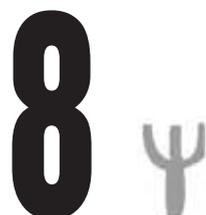


REVISTA DE

PSICOTERAPIA

LA ESQUIZOFRENIA

Epoca II, Volumen II - 4º. trimestre 1991



REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, LEONOR PANTINAT GINÉ,
RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, MAR GOMEZ
MASANA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a
JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: MARI CARMEN CUENCA GOMEZ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA
ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CARO GABALDA, LORETTA CORNEJO
PAROLINI, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI
LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS
MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO
MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME
SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

Secretaria de Administración: ARIADNA V. TORRAS

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.A.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen II - Nº 8 - 4º trimestre 1991

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

Fotocomposición, Fotomecánica: Más... Tres Ediciones, s.c.p.

Ave. Rep. Argentina, 225, 6º 1ª. Tel.: 418 28 67. Fax: 417 52 35, 08023-BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA,

Ventallat 15. 08024 Barcelona. Tel.: (93) 217 05 55

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.100 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LAS RAICES RELACIONALES DE LA ESQUIZOFRENIA Mara Selvini Palazzoli	5
TERAPIA FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA Alberto Espina	13
LA ESQUIZOFRENIA COMO HIPOTESIS. UNA VISION CONSTRUCTIVISTA DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA	35
Giorgio F. Rezzonico y Christine Meier	
FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA. INTERVENCION TERAPEUTICA EN HABILIDADES SOCIALES	49
J. Guarch, R. Cirici, M. Bel, J. Obiols	
EL TRASTORNO ESQUIZOFRENICO DEL PENSAMIENTO	61
Roberto Lorenzini y Sandra Sassaroli	
JESUS, MARIA, JOSE: EL DELIRIO MISTICO COMO METAFORA INTERACCIONAL	73
Juan Luis Linares y Ricardo Ramos	
EL LENGUAJE DEL CUERPO: EL CASO DE LA SRA. N. .	81
Ramón Rubio	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

SERVEIS PEDAGOGICS S. A.
(Revista de Psicoterapia)
c/. de l'Art, 81 - 08026 - Barcelona
Tel. (93) 235 2311

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago:

- Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso

Firma:

Precio de la suscripción anual para 1992
para España 3.800 pts.
para el extranjero 50 \$ USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Cuenta corriente num.: Libreta núm.:

Banco/Caja

Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

.....
Fecha y Firma:



EDITORIAL

Dedicamos este número monográfico al tema de la Esquizofrenia, inaugurando con ello el proyecto de publicar cada año una monografía orientada a desarrollar una temática que contemple los aspectos terapéuticos específicos más adecuados para la intervención en psicopatologías graves.

Nos sentimos orgullosos de poder iniciar este número con una colaboración de Mara Selvini-Palazzoli, en la que repasa el trabajo llevado a cabo por el equipo de Milán durante la última década. Los cambios experimentados en la técnica de abordaje terapéutico, particularmente de la esquizofrenia, constituyen una de las aportaciones más interesantes del equipo de Milán.

La convocatoria a los autores españoles para que utilicen nuestra Revista como foro de difusión de sus trabajos ha empezado a dar sus frutos. Son tres, nada menos, los artículos firmados por autores de la extensa piel de toro los que colaboran en este número monográfico. En primer lugar el artículo de Alberto Espina, profesor de la Universidad del País Vasco, que ofrece una vista panorámica muy completa del vasto campo de la intervención terapéutica en la esquizofrenia. El trabajo del equipo del Hospital Clínic de Barcelona desarrolla de modo más concreto uno de los abordajes terapéuticos específicos para la esquizofrenia, a saber el desarrollo de habilidades sociales. El Dr. Linares ofrece, finalmente, una interesantísima trilogía clínica en la que casualmente se dan cita los personajes bíblicos de la Sagrada Familia, Jesús, María y José.

Otras dos colaboraciones, las de Giorgio F. Rezzonico & Christine Meier y Roberto Lorenzini & Sandra Sassaroli, parten de una perspectiva epistemológica o constructivista para dar cuenta del fenómeno del pensamiento esquizofrénico y de su tratamiento, a partir de la concepción de la esquizofrenia como hipótesis.

Completa el número un caso clínico de asistencia terapéutica a una enferma que rehúye la comunicación, tratado con una exquisita delicadeza por un colega nuestro Ramón Rubio, de origen cubano, que desde hace años trabaja en Francia, y que constituye un testimonio de una gran sensibilidad, ejemplo de posibles formas de abordar los enfermos que no sólo se resisten al cambio, sino a cualquier forma de ayuda humana.

Aprovechamos esta ocasión para desear a nuestros lectores un feliz año 1992 y anunciarles los temas que esperamos vean la luz en los próximos números que han de publicarse durante este nuevo año: integración en psicoterapia; análisis del discurso terapéutico; la depresión. Esperamos vuestras sugerencias y colaboraciones.

PSICOBIEETTIVO

RIVISTA QUADRIMESTRALE DI PSICOTERAPIE A CONFRONTO

Alle drastiche contrapposizioni, concettuali e pratiche, tra modelli psicoterapeutici differenti, sembra oggi sostituirsi una più attenta ricerca di punti di contatto e di convergenza, nel rispetto delle reciproche diversità.

Alla costruzione di questo terreno di confronto *Psicobiettivo* si propone di dare un contributo e di destinare il proprio spazio.

2/1991

IL SETTING

Possibilità e limiti nel concordar regole in psicoterapia
di Giovanni Liotti e Cecilia La Rosa

Il setting psicoanalitico

di Alberto Scavo

Il problema del setting nella terapia delle psicosi

di Matteo Selvini

ARGOMENTI

Il tema dell' "auto-organizzazione" (un uso in psicoanalisi)
di Sidney Cohen

ESPERIENZE PSICOTERAPEUTICHE NEI SERVIZI PUBBLICI

Aspetti del setting nel servizio psichiatrico pubblico

Il punto di vista cognitivo di Cecilia La Rosa

Il punto di vista psicoanalitico di Alberto Scavo

Il punto di vista sistemico di Matteo Selvini

Servizi territoriali e cronicità

di Angela Di Vanna

CAMPAGNA ABBONAMENTI 1992

Abbonamento 1992

Periodicità quadrimestrale (3 numeri l'anno)

Italia: ordinario L. 50.000 Enti L. 70.000

Estero: L. 80.000

Sostenitore L. 200.000 **un numero** L. 20.000

VERSAMENTI sul conto corrente postale

N. 51966000 intestato a:

Cedis, Via F. Denza 52, 00197 Roma

cedis
editrice

LAS RAICES RELACIONALES DE LA ESQUIZOFRENIA

Mara Selvini Palazzoli

Nuevo Centro para el Estudio de la Familia. Milán.

From 1979 through 1986, our Center systematically issued one and the same series of prescriptions to the parents of every family (49 in all) that undertook family therapy with us for the problem of a child diagnosed as schizophrenic according to DSM III-R. The procedure was instrumental to both therapy and research. The response to it yielded a repetitive pattern of phenomena hitherto unobserved, strongly indicative of complex transgenerational strategies we called "imbroglio" and "instigation". We systematically traced the phenomena we observed back to what we consider their single natural root, namely a disturbed marital relationship of the parental couple. We were able to reconstruct, in fact, how parents of this type, in attempting to mask their flawed relationship while providing it with a safety-valve, elaborate a special game. This type of complementary game, which no partner can ever win or lose, we called the couple stalemate. The symptom thus appears to be the emerging quality of a lengthy interactional family process that gets under way in a particular son or daughter who first gets enticed into joining the parents game and then becomes wholly involved in it. When the symptom erupts, it does so as a result of a sequence of behaviors and events that utterly invalidates the foundations upon which the "patient" has built up his/her stunted affective and cognitive universe.

Con el fin de hacer más comprensible mi exposición, comenzaré con un breve *excursus* sobre los antecedentes que han dado lugar a nuestra investigación sobre las raíces relacionales de los graves trastornos mentales de la infancia y de la adolescencia (esquizofrenia y síndromes psicóticos). El primero de ellos es el tipo de clientela que acudía (y todavía acude) a nuestro Centro, constituida casi exclusivamente por familias con hijos afectados por graves trastornos mentales. Los demandantes de la terapia son siempre, por ello, los padres, extremadamente angustiados por los problemas de un hijo, que se dirigen al Centro como a una especie de último recurso.

El segundo antecedente importante es la insatisfacción que siguió a la primera fase de nuestra investigación sobre esta casuística. Esta fase, iniciada en 1971, se concluyó a finales de 1978 coincidiendo con la escisión del equipo de entonces, equipo que fue designado después por parte de los colegas con el término de "Equipo

de Milán". Cuando aquel equipo, en 1975, publicó en Italia *Paradoja y Contraparadoja*, el grupo de co-autores, que durante años trabajaron constantemente juntos como terapeutas de familia, expuso un método original de aproximación terapéutica familiar. Dicha aproximación se basaba en la reformulación del "juego" familiar en acto, en la cual se daba una connotación positiva a los comportamientos de los varios miembros de la familia, seguida por la prescripción de tales comportamientos, incluidos los sintomáticos del paciente. Este método, que constituía una ruptura auténtica con nuestro modo precedente de trabajar como psicoanalistas, consiguió, con algunas familias que pedían ayuda a causa de los hijos psicóticos, algunos éxitos rápidos antes impensables.

Es necesario que precise, antes que nada, que en tal método estaba ya implícita una premisa valiente: el comportamiento sintomático del paciente se conecta siempre a un cierto juego en acto en su familia (donde el término juego se emplea intuitivamente como sinónimo de espontaneidad y modalidad inevitable de organización interactiva de los miembros del grupo familiar, que se transforma en el tiempo). Si el terapeuta consigue romper este juego, el paciente abandona los síntomas. Por ello, en aquel tiempo, lo que sobre todo nos corría prisa era desarrollar nuestra capacidad de intuir lo más rápidamente posible aquel juego. Con el fin de potenciar tal capacidad, concentramos nuestros esfuerzos en refinar nuestra técnica de entrevista, a fin de recoger informaciones claves que nos permitieran estructurar, confirmar o falsificar nuestras hipótesis sobre el juego. Pero desgraciadamente aquel momento creativo, que indicamos como momento hipotetizador, se reveló muy pronto demasiado difícil y desproporcionado en referencia a los límites de nuestra comprensión.

La extrema complejidad (en el sentido de su organización interactiva interna) de las familias que habríamos podido ayudar, nos aplastaba. Refinar nuestras técnicas de entrevista, y nuestras intervenciones llamadas paradójicas, no nos ayudaba a adquirir un progreso real a la hora de modelizar los patterns interactivos esenciales para el desarrollo de un síntoma psicótico en un hijo. Deslumbrados por el gran número de variables propias de cada familia, éramos incapaces de distinguir detrás de éstas los patterns fundamentales, invariables y repetitivos aquellas regularidades o repeticiones, en suma, comunes a todas las familias con un hijo psicótico.

Cuando a finales de 1978, nuestro equipo originario se escindió, yo me quedé tres años más con G. Prata, con la que proseguí la investigación. Finalmente, en 1982, constituí el actual equipo compuesto por S. Cirillo, M. Selvini y A. M. Sorrentino y por mí misma.

En el período comprendido entre 1979 y 1987 se ha desarrollado la segunda fase de la investigación, de la que hemos dado cuenta en una reciente publicación. En ella describimos y discutimos en detalle esta segunda fase, que implica, respecto a la precedente, un giro metodológico radical. Es de esto último que quiero hablar

en este artículo. He aquí la síntesis. Hemos abandonado las llamadas intervenciones paradójicas. Nuestro nuevo método terapéutico consiste en dar la consigna a toda la familia con hijos afectados por serios trastornos mentales (49) una serie invariable de prescripciones. Presenté este nuevo método en 1981 en el Congreso Internacional de Heidelberg sobre la Psicoterapia de la Esquizofrenia. Este método, además de ser terapéuticamente más eficaz que el precedente, se reveló también potente a la hora de generar informaciones claves concernientes a las relaciones familiares, ya que permitía confrontar entre ellos las reacciones en referencia a la prescripción presentada por las diversas familias y por los diversos miembros de una misma familia. La comparación nos obligó a redescubrir un dato que hacía tiempo habíamos dejado de lado: precisamente que el grupo familiar está compuesto por sujetos, por individuos que interactúan, de los que cada uno no sólo tiene su propio objetivo *in mente* sino que también pone en acción su propia estrategia para alcanzarlo. De esta forma, a medida que el número de casos tratados aumentaba, comenzó a emerger un dato importante: a diferencia de la imprevisibilidad de los fenómenos provocados por las intervenciones paradójicas, muchas reacciones individuales suscitadas en los diversos miembros de la familia por nuestras prescripciones, se podían prever, categorizar y clasificar. Finalmente, comenzaban a emerger aquellas regularidades que buscábamos desde hacía tanto tiempo y que podríamos utilizar para la construcción de esquemas o modelos que sirvieran de guía en el trabajo clínico. ¿Cuáles eran tales fenómenos?.

Se trataba de la presentación, familia tras familia, de comportamientos repetitivos de clara naturaleza relacional, los cuales nos permitieron hipotetizar la presencia subyacente de estrategias transgeneracionales (padre o madre - hijo) por su naturaleza patógena (debido a la transgeneracionalidad). A tales estrategias, que daban lugar a auténticos procesos interactivos familiares que evolucionaban con el paso del tiempo, los indicamos con los términos embrollo e instigación.

Entendemos por embrollo el hacer trampas en referencia a los sentimientos por parte de un padre (o madre) que se siente en dificultad con el propio cónyuge. Este padre se comporta ostentosamente ante el hecho de tener con un hijo una relación privilegiada, que sin embargo no es auténtica, sino más bien un instrumento en la escaramuza que este padre ha puesto en acción con respecto al propio cónyuge.

En cuanto a la instigación la definimos como sigue: un padre, a menudo en los niveles no verbales, se muestra víctima impotente de las prevaricaciones del cónyuge, soportadas por el bien de la familia. De forma intuitiva uno puede captar cómo tal ostentación fomenta los partidismos del hijo. Sin embargo creemos que la nocividad potencial para los hijos de estos comportamientos escapa al control y a la conciencia de sus actores. El paso siguiente que llevamos a cabo en nuestra investigación fue el de conectar sistemáticamente dichos fenómenos con su raíz natural: la relación disfuncional de la pareja parental. Paulatinamente se nos hacía, de hecho, cada vez más evidente, que cada uno de aquellos padres había atraído a

un hijo (que, por su parte, se había dejado atraer...!), a juegos retorcidos, justamente porque debía ser víctima, desde hacía años ya, tal vez desde el origen mismo de la relación de pareja, de una incomodidad relacional, de un malestar del cual no quería hablar, sobre el cual no quería abrirse con el cónyuge. Debía ser por este motivo que, por razones diversas, cada cónyuge había organizado a través del tiempo su relación con el otro, en modo de ocultar su malestar, dándole, a la vez, una salida indirecta.

Dimos a este tipo de juego sin salida el nombre de “tablas de pareja”. Pero debo abrir aquí un paréntesis para recordar la bien sabida afirmación que se remonta a los años 60, a los pioneros de la terapia familiar. “Donde hay un hijo con trastorno, hay un pareja con trastorno siempre, aunque no todas las parejas con trastorno producen hijos con trastornos”. Hoy podemos responder al por qué “no todas las parejas con trastornos producen hijos con trastornos”. La respuesta es la siguiente: un hijo/a presenta síntomas sólo cuando se ve co-envuelto, y se ha dejado co-envolver totalmente, en el juego de tablas de la pareja parental; cuando ha creído en el embrollo de ser el elegido de una pretendida relación privilegiada con uno de los padres; y cuando silenciosamente se ha puesto de parte de su pretendido aliado, actuando en connivencia con él.

Las tablas de una pareja esquizofrénica, debemos subrayarlo, son particularmente patógenas para el hijo/a que se ha involucrado totalmente, debido a su naturaleza intrínseca. Es típico de tal juego el hecho de que sea uno de los padres el que activamente provoca a su *partner* que, por su lado, no reacciona, o reacciona de una forma totalmente inadecuada. Y también es evidente que el hijo, que se ha involucrado en el juego de los padres, no recibe informaciones que lo ayuden a entender de forma correcta el comportamiento del padre que sucumbe, que encaja sin reaccionar. Convencido de que el padre sucumbe porque es más débil, querrá asumir él mismo la defensa, o la venganza del presunto derrotado. Pero las cosas no son, de hecho, así. Este padre (padre o madre) “sucumbe” por que ha elegido para el juego una cierta estrategia que sintetizo del modo siguiente: “nunca jamás te daré la satisfacción de hacerte ver que has sido capaz de hacerme sufrir”. ¡Casi una absurda e interminable partida de esgrima donde no existe la señal de “tocado”!. Pero el *partner* lo contraprovoa, permaneciendo impasible. He aquí un ejemplo ilustrativo.

Se trata de una familia con dos hijas adolescentes, que piden ayuda para la segunda de éstas, Antonia de 17 años, después de una crisis disociativa en la que ha sido necesario un período de internamiento.

La pareja parental se caracteriza por los siguientes puntos. Los dos padres se casaron algunos años después del nacimiento de la hija mayor. Sonia, una chica de diecinueve años inteligente y graciosa. En la segunda sesión de terapia familiar emerge un hecho traumático que las hijas ignoraban. Sonia había sido concebida durante una corta aventura en las vacaciones de verano, sin que los dos miembros de la pareja se conocieran apenas. Se trata de una pareja no muy equilibrada. La

madre es algunos años mayor que el marido, bonita, pero modesta en cultura e intereses. El padre es, en cambio, un manager culto y ambicioso. La relación entre los dos se caracteriza: por un lado por la actitud supercompetente del marido que no ahorra alusiones a la ignorancia y a la poca credibilidad de la mujer; por el otro, por la total ausencia de rebelión por parte de la mujer, que aguanta sin reaccionar y menos aún sin esmerarse para ponerse a la altura de ciertas expectativas del marido. Cuando posteriormente al matrimonio nace la segunda hija, Antonia, afectada por un modesto handicap motórico, la madre enseguida se liga a ella con una relación morbosa aparentemente privilegiada. Siempre está cerca de ella, la defiende, la ayuda en los deberes de la escuela, sin darse cuenta de hecho de que la está bloqueando gravemente en la socialización y en la iniciativa.

El padre asiste con rabia y celos crecientes a esta relación de la mujer con la hija. Sus intervenciones pedagógicas con Antonia se hacen más insistentes y pesantes, y crece su desprecio por la mujer. Antonia, en su relación con el padre, recurre primero a la tácita estrategia materna. No hace nada para gratificarlo, con aire de no conseguir hacerlo a pesar suyo. Pero últimamente con el irrumpir del comportamiento típico de la adolescencia, provoca activamente, reforzando así las conductas que más exasperan a su padre. Sentada en frente de él en la mesa muestra una voracidad repelente que en poco tiempo, pese a las iras paternas, la lleva a una obesidad desfigurante. “Si mamá es incapaz de rebelarse al desprecio de este hombre, parece decir, yo sé devolvérselo como se merece”.

Esta forma de conectar el síntoma del hijo con el juego específico de la pareja parental es el punto clave de nuestro trabajo. Quiero subrayar que con esto no pretendemos excluir en absoluto la presencia de factores biológicos y sociales en la génesis de la esquizofrenia. Pero a nosotros nos corresponde profundizar en los componentes que son de nuestra competencia, es decir en las interacciones familiares.

Y vamos ahora a examinar el juego de la pareja que hemos definido como tablas. Lo consideramos el pasaje obligado (por así decirlo de sexto grado en el lenguaje de los escaladores) de toda nuestra investigación clínica. De hecho, a medida que, con la ayuda de nuestros modelos, perfeccionamos nuestras estrategias de indagación o multiplicamos nuestros experimentos terapéuticos, nos encontramos ante la puerta cerrada de las tablas de pareja, puerta que estamos convencidos que hemos de aprender a abrir. Puesto que nuestra hipótesis es que lo esencial, la matriz de todo el proceso interactivo familiar se esconde allí detrás. Si no conseguimos descifrarlas y disolverlas, a las tablas, no haremos un buen trabajo. Somos conscientes de haber entendido demasiado poco, y que esto deberá ser en el futuro el mayor trabajo. De todas formas exponemos aquí lo poco que hemos comenzado a descifrar. El primer paso consiste, según nuestro punto de vista, en el distinguir las tablas de pareja del conflicto de pareja. Las tablas son algo oculto, mientras que el conflicto es aquello que aparece, que se hace manifiesto. O mejor aún, el conflicto

manifiesto de la pareja parental se utiliza para ocultar la urgencia del sufrimiento auténtico, procurando, al mismo tiempo, una salida indirecta. Demasiadas veces, en el pasado, nos hemos detenido al llegar al conflicto manifiesto de los padres de hijos esquizofrénicos, convencidos de saberlo ya todo, sin darnos cuenta de que el conflicto manifiesto cubría algo que estaba detrás, y que dejaba abierta la rendija de la recaída. Pero, si no lo entendíamos nosotros, menos lo entendía la pareja, que durante años y años sufría y se atormentaba, cogida y confusa en la maraña entre lo “manifiesto” y lo “oculto”. En efecto, no creemos que un juego abierto, aunque fuertemente conflictivo, en el que los padres son capaces de expresar su propia debilidad, de manifestarse al otro explicitando deseos y miedos, pueda ser confusional y psicotizante para los hijos.

Pero intentemos definir, de la forma menos desagradable posible, cómo últimamente hemos llegado a representarnos esta maraña. El fundamento sustancial de las tablas de pareja es un miedo muy grande que un cónyuge nutre con respecto al otro, miedo que no manifiesta ni admite (por motivos que no conocemos), quizás por temor de “caer en manos del otro”, por miedo de que el otro se aproveche, desesperación ante el hecho de abrirse ante el otro y ser entendido. Así, esconde su miedo detrás de un problema-pantalla, totalmente banal del que en cambio habla demasiado, atormentando al cónyuge. Sin embargo, tal miedo es intuitivo por la pareja, que se atrinchera en el no hablar de ello, pero que a pesar de esto se sirve de lo anterior para sacar sus propias ventajas de la situación, construyendo sobre ello su punto de fuerza. Dicho partner se comporta de hecho como si creyera que el problema-pantalla fuese el verdadero, y se enfada (conflicto de pareja manifiesto), explotándolo con el fin de recargar, incesantemente, el miedo oculto del otro. Lo que lo empuja a hacer todo esto, es el hecho de también él es presa de algún miedo, concerniente quizás a otra esfera. Un caso típico viene representado por un marido que oculta cuidadosamente el propio miedo a ser traicionado por su mujer. Esta, atormentada a su vez por el temor de no gozar de la estima y del aprecio del marido, parcialmente se siente más segura ante el miedo de él de perderla como objeto de deseo, aunque si bien no de estima, y por ello continuamente atiza su miedo. No podemos llegar a conocer los niveles de conciencia de tales organizaciones interactivas. Cuando sin embargo las hemos captado y expuesto a la pareja, hemos tenido con frecuencia la sensación de suscitar reacciones emocionales y de estupor no tanto por la revelación en sí, sino por el hecho de haber llegado a descifrarlas.

Paralelismo y complementariedad de los recíprocos miedos podrían explicar el persistente equilibrio de las tablas. Existe además un tipo de pareja de padres de hijos gravemente perturbados que no recurre al conflicto manifiesto como pantalla para las tablas, sino que manifiesta obstinadamente, por el contrario una fachada de acuerdo perfecto. En tales casos el esfuerzo terapéutico por abrir la puerta de las tablas es todavía más ingente.

Recientemente, en nuestro esfuerzo por comprender la naturaleza de este

malestar oculto, hemos recurrido a la estrategia de separar a los dos cónyuges, es decir que un mismo terapeuta trabaja individualmente con cada uno de ellos, en sesiones alternas. Desgraciadamente, nos ha sido necesario mucho tiempo para entender que mentiras, negaciones, minimizaciones, banalizaciones y reticencias, que tanto nos exasperaban en sesión, no iban dirigidas a nosotros, no eran debidas a la presencia del terapeuta, sino más bien a la presencia del cónyuge. Ninguno de los cónyuges quiere descubrir su juego. Pero si llega a fiarse del terapeuta, podrá decidirse a nombrarlo su mediador.

Hago notar aquí una confidencia de un padre de un esquizofrénico crónico de 30 años, Alberto: "Yo y mi mujer podemos vivir juntos bastante bien si conseguimos mantener entre nosotros una conflictualidad controlada, pero desgraciadamente nuestro hijo Alberto se inmiscuye, consiguiendo romperla de forma dramática. Por mi parte estoy seguro que esta conflictualidad controlada con mi mujer es indispensable para mi supervivencia como persona. Fíjese, como ejemplo, en lo que sucedió ayer. Estábamos juntos en el coche y yo acababa justamente de aparcarlo. Mientras salía de él, mi mujer me explicaba, con detalle, que ella lo habría hecho de una forma totalmente diferente. Yo lo sabía ya perfectamente. Pero Dios me guarde de hacerlo... ¡me convertiría en un fantoche!"

En nuestra investigación, se está haciendo patente también cómo una percepción de la propia mujer como ser potente y potencialmente destructivo de la propia subjetividad, se combina a un intenso terror a perderla.

Esta reciente estrategia nuestra centrada en el terapeuta que se queda solo con la pareja (pero afortunadamente tiene el supervisor detrás del espejo que lo protege...), o también solo con cada uno de los cónyuges, nos ha permitido dar un nuevo paso hacia delante: el de experimentar en nuestra piel, y de reconstruir, cómo debe encontrarse allí, en medio, el hijo paciente. Es decir de empezar a entender en detalle lo confuso y angustiante que puede ser tal posición entre los dos padres, en poder de una trágica escaramuza en la que te implican y, sin darte cuenta, te instrumentalizan.

No quisiera terminar esta breve exposición sin dedicar unas pocas, pero esenciales palabras a aclarar un aspecto fundamental de nuestro trabajo terapéutico, con el fin de evitar malentendidos.

Nuestro trabajo de investigación con la pareja parental se orienta sobre todo a ganarnos la confianza y la colaboración, con cualquier medio que nos sea posible y en primer lugar mediante el abandono de cualquier manipulación y reticencia, en actitud de total sinceridad. Nuestra hipótesis de trabajo y nuestro modo de trabajar vienen explicados preliminarmente a la familia, con la finalidad de pedir una aceptación consciente. El clima es de respeto, de comprensión y de empatía ajena a cualquier reacción moralista.

Concluyendo, sintetizaré lo aquí expuesto en cuatro enunciados esenciales.

* El malestar de la pareja precede en años y años la aparición de los

- síntomas en el hijo (no es su consecuencia)
- * La puesta en escena por parte de los cónyuges de la conflictualidad controlada sirve para enmascarar el malestar relacional subyacente, dándole al mismo tiempo una salida indirecta.
 - * La pareja estructura así un juego interactivo (en el que a menudo participan miembros de las familias extensas) que constituye la raíz del juego familiar. Los hijos, pueden ser invitados o no a involucrarse en el juego de la pareja, así como pueden aceptar o no aceptar ser involucrados.
 - * El hijo convertido en paciente resulta estar siempre involucrado del todo en el juego de la pareja parental, a través de un proceso interactivo que evoluciona en el tiempo, y en cuya secuencia debemos siempre inscribir también a los acontecimientos casuales.
-

*Desde 1979 hasta 1986 se han venido dando sistemáticamente una serie idéntica de prescripciones a los padres de todas las familias (49) que han entrado en terapia familiar en nuestro Centro, a causa de un hijo diagnosticado de esquizofrénico (según los criterios del DSM III-R). Dicho método terapéutico y de investigación, a la vez, ha dado lugar a la repetida aparición de fenómenos observables y por otra parte insospechados. Se trata de fenómenos indicadores de estrategias complejas transgeneracionales que hemos señalado con los términos de **embrollo e instigación**. Hemos conectado sistemáticamente tales fenómenos con su raíz natural: la relación disfuncional de la pareja parental. Hemos podido reconstruir cómo la pareja parental en el intento de ocultar su propio malestar en la relación y a fin de darle una salida indirecta, había elaborado un cierto juego. Hemos dado a este tipo de juego complementario, sin vía de salida, el nombre de "tablas de pareja". El síntoma aparece así como cualidad emergente de un largo proceso interactivo familiar justo en aquel hijo/a que había sido inducido y que se había involucrado totalmente en el juego parental. Dicho síntoma explota otros eventos y comportamientos que falsifican los presupuestos de fondo, sobre los que el paciente ha construido su restringido mundo afectivo y cognitivo.*

Traducción: María José Pubill

Referencias bibliográficas:

- SELVINI PALAZZOLI, M. BOSCOLO L. CECCHIN, F., PRATA, G. (1975). *Paradosso e contropadosso*. Milano: Feltrinelli.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO S., SELVINI, M. SORRENTINO A. M. (1989). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina.

TERAPIA FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA

Alberto Espina

Universidad del País Vasco.

In this article the author reviews the development of schizophrenia, and highlights relevant criteria for its proper diagnosis. Continuing in this vein, the author discusses the medical model, environmental factors and the role of stress in the exacerbation of the schizophrenic condition. The author also explores those therapies traditionally associated with the treatment of schizophrenia: systemic therapies, psychoeducational approaches, behavioral therapies, psychosocial approaches, and psychoanalysis. Finally, the similarities and differences among these diverse orientations are pointed out.

1. Introducción

Al hablar de la terapia familiar de la esquizofrenia debemos tener en cuenta que nos encontramos frente a un cuadro clínico complejo en el que determinados aspectos van a influir poderosamente en el pronóstico, pudiendo distorsionar los resultados de la intervención terapéutica. Por ello, nos parece necesario hacer una breve referencia nosológica.

Las clasificaciones de los tipos de esquizofrenia varían según los autores. Stephens et al. (1966) hablan de procesual (curso insidioso y largo) y reactiva (aparición brusca asociada generalmente a estresores ambientales); la segunda tendría mejor pronóstico. Crow (1980,1982) las clasifica en: Tipo I (predominio de síntomas positivos, evolución reversible, buena respuesta a los antipsicóticos, aparición temprana y aguda y patogenia asentada en la hiperactividad dopaminérgica) y Tipo II (síntomas negativos, crónica, escasa respuesta a los antipsicóticos, patogenia estructural del cerebro y mal ajuste premórbido). Andreasen y Akiskal (1983) describen las esquizofrenias positiva, negativa y mixta según el predominio de los síntomas. Tsuang y Winokur (1974) hacen referencia a dos tipos de esquizofrenia: Paranoide y no paranoide (hebefrenia).

EL DSM-III-R (Spitzer et al.,1987) los clasifica en 5 tipos: Catatónica, desorganizada (deterioro social extremo, personalidad premórbida pobre, inicio temprano e insidioso y curso crónico sin remisiones), paranoide (comienzo más tardío, el deterioro puede ser mínimo si la actividad laboral no se ve afectada por los

delirios, más estable en el tiempo y mejor pronóstico en actividad laboral y capacidad de autonomía), indiferenciada y residual (embotamiento emocional, retraimiento social, conducta excéntrica, pensamiento ilógico, y pérdida de capacidad asociativa). Estos autores dividen el curso en tres fases: Prodrómica, activa y residual y lo clasifican en: Subcrónico, crónico, subcrónico con exacerbación aguda, crónico con exacerbación aguda y en remisión. La evolución del cuadro clínico, según Ciompi (1980), sería hacia la remisión en el 27% de los casos, mejoría en el 22%, resultados desfavorables en el 42% y severo empeoramiento en el 18%. Según este autor (Ciompi, 1984) los predictores de evolución, son la personalidad premórbida, la adaptación social, el tipo de comienzo, la sintomatología inicial y el tipo de evolución. Según Spitzer et al. (1987) los factores asociados a un buen pronóstico son: 1) Ausencia de trastornos previos de la personalidad, 2) Adecuada actividad social premórbida, 3) Presencia de acontecimientos precipitantes, 4) Cuadro clínico con confusión y 6) Una historia familiar de trastorno del estado de ánimo. En base a los diferentes parámetros de: Personalidad premórbida, inicio, curso, y subtipo se suelen asociar las diferentes clasificaciones formando dos grupos: Esquizofrenia con mal ajuste premórbido, procesual, no paranoide y crónica, y esquizofrenia con buen ajuste premórbido, reactiva, paranoide y aguda. Pero actualmente no existen datos concluyentes que puedan clarificar las opiniones controvertidas en este campo, aunque los conceptos y clasificaciones citadas son tenidas en cuenta en las investigaciones clínicas, pues el pronóstico parece diferir en unos y otros tipos y podría distorsionar los resultados.

2. Modelos explicativos de la esquizofrenia.

Las teorías sobre la esquizofrenia se han centrado fundamentalmente en su etiología y en su patofisiología, dando mayor o menor importancia a los parámetros bio-psico-sociales. Voy a hacer referencia a tres modelos explicativos que tienen gran relevancia en el tratamiento de la esquizofrenia y que van a estar presentes, de una u otra forma, en la terapia familiar.

2.1. Modelo médico.

Este modelo se aplica tanto a la etiología como a la patofisiología. Y se apoya en estudios genéticos (Gottesman y Shields, 1976), que no aportan datos concluyentes, y en estudios sobre anomalías estructurales del cerebro, como la dilatación ventricular (Johnstone, 1978) y funcionales, como las alteraciones de los neurotransmisores (Verhoeven, Westenberg y Van Ree, 1984), especialmente la dopamina cuyo aumento en los receptores neuronales produciría un exceso de información no procesable, dando lugar a déficits atencionales (Meltzer, 1979). Para Gottesman y Shields (1982) el 70% de las causas de la esquizofrenia son biológicas y el 30% ambientales. Este modelo, aunque realiza aportaciones importantes, como los estudios sobre neurotransmisores, no logra explicar porqué hay

remisiones y porqué el curso suele ser episódico.

2. 2. Modelo ambiental

En Estados Unidos durante los años 50, varios grupos de investigadores estudian familias de esquizofrénicos intentando encontrar una etiología “familiar” para la esquizofrenia.

El grupo de Bateson publicó en 1956 un trabajo en el que afirmaba que la esquizofrenia se debía al aprendizaje, en el medio familiar, de estilos comunicacionales disfuncionales. Esta comunicación esquizofrenógena se llamó “doble vínculo” y en ella se sometía al futuro esquizofrénico a mensajes incongruentes sin posibilidad de huida ni clarificación, atrapándole en una relación paradójica, de manera que no podía aprender a discriminar correctamente sus percepciones (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Posteriormente, Bateson (1960) señaló que la relación era recíproca eliminado el rol de víctima y, en 1963, los autores del trabajo de 1956 afirman “en la esquizofrenia el doble vínculo es una condición necesaria pero no suficiente para explicar la etiología y, a la inversa, es un subproducto inevitable de la comunicación esquizofrénica” (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1963 p.84). De manera que relativizan el papel causal del doble vínculo, encontrado en otras patologías y en familias sin enfermos psíquicos, y hacen hincapié en la circularidad de la relación, es decir que el doble vínculo puede influir en la aparición de la esquizofrenia, pero también puede deberse a ella. De esta manera intentaban, quizás, responder a las críticas por pretender sacar conclusiones etiológicas de estudios transversales, pero la teoría se queda simplemente en que es frecuente encontrar dicho estilo comunicacional en las familias de esquizofrénicos. El grupo formado por Lidz, Cornelison, Fleck y Terry publican en 1958 un artículo en el que hablan de la “transmisión de la irracionalidad” de padres a hijos; es decir que la esquizofrenia es aprendida por el hijo al ver conductas atípicas en sus padres. El grupo de Wynne, también desde una perspectiva psicoanalítica como Lidz, desarrolla el concepto de “pseudomutualidad” para describir unas relaciones en las que se sacrifica la identidad individual para adecuarse a las expectativas recíprocas, creando un caldo de cultivo propicio para el desarrollo de la esquizofrenia (Wynne et al. 1958).

Estos primeros estudios tenían graves fallos metodológicos que reducían sus conclusiones a intuiciones clínicas, como son el intentar unir terapia e investigación, sacar conclusiones etiológicas de estudios transversales, no utilizar criterios diagnósticos adecuados, etc. Frank (1965), Riskin y Faunce (1972), Doane (1978), Wynne (1983).

En la década de los 60 existían dos opiniones encontradas en relación a las alteraciones de la comunicación halladas en los padres de esquizofrénicos: La esquizofrenia causa la alteración en la comunicación de los padres, versus, ésta última causa la esquizofrenia.

A partir de finales de esa década se empiezan a desarrollar investigaciones, con una adecuada metodología, sobre la interacción en familias de esquizofrénicos. Las tres más importantes son sobre la Comunicación Desviada (CD), los Estilos Afectivos (AS) y la Emoción Expresada (EE).

2.2.1. Comunicación Desviada (CD).

Wynne y Singer (1963, 1965, 1966, 1968) elaboran un instrumento para medir las alteraciones de la comunicación de los padres con el fin de comprobar la hipótesis de que las alteraciones en la capacidad de focalizar, mantener y compartir la atención en los esquizofrénicos son aprendidas de las alteraciones de la comunicación de los padres. Con el manual de comunicación desviada puntúan las respuestas obtenidas en una entrevista individual, en la que los padres deben mirar unas láminas del Rorschach y el T.A.T. y explicar lo que han visto, y los clasifican en altos o bajos en CD. Con este método realizaron varios estudios transversales y jueces entrenados lograban averiguar la patología del hijo a través de la comunicación de los padres.

Como esto no solucionaba el problema de si la patología se debía a la comunicación de los padres o viceversa, Wynne et al. (1982) realizan un estudio longitudinal con una muestra de familias con hijos no esquizofrénicos pero con características premórbidas afines, y a los 5 años el nivel de predicciones acertadas es muy elevado en base a la CD de los padres. La predicción va a ser mayor utilizando simultáneamente los Estilos Afectivos (AS).

2.2.2. Estilos Afectivos (AS).

Doane et al. (1981) desarrollan un instrumento para estudiar la relación afectiva entre los padres y el hijo, y evalúan las siguientes conductas: Apoyo, crítica, inducción a culpa e intrusismo. Utilizando AS y CD estudian 65 familias de adolescentes con alteraciones psicológicas, pero no psicosis, y a los 5 años las familias altas en CD y AS tenían un hijo esquizofrénico o con otra psicosis. En esta investigación se comprueba que la alteración en la interacción es anterior a la aparición de la esquizofrenia, aunque no explica porqué no todos los hijos de los padres altos en CD y AS son esquizofrénicos. Podría argüirse que los padres actúan de diferente manera con cada hijo, lo cual podría valer para AS siempre que se evaluara la interacción con todos los hijos, pero en CD no se evalúa la interacción sino la capacidad de los padres para comunicarse adecuadamente, y si no pueden no lo harán con ningún hijo. En conclusión, deben existir otros factores que contribuyan a que un hijo de los mismos padres desarrolle una esquizofrenia y otros no, aunque CD y AS sean factores importantes en la etiología y mantenimiento de la esquizofrenia.

2.2.3. Emoción Expresada (EE).

En Inglaterra, a diferencia de USA, no se ocuparon de estudiar el origen

“interaccional” de la esquizofrenia, sino que, a partir de la observación de que los esquizofrénicos que al alta regresaban al hogar recaían más que los que iban a un hogar protegido, Brown y Rutter (1966), Brown y Birley (1968), Brown, Birley y Wing (1972) investigan la actitud emocional de los familiares de los esquizofrénicos. Fruto de sus investigaciones surge el constructo Emoción Expresada que se mide a través de una entrevista semiestructurada, la Camberwel Family Interview (CFI), realizada con cada padre por separado y grabada en audio para ser evaluada por jueces entrenados. La CFI fue reducida por Vaughn y Leff (1976) durando en la actualidad alrededor de una hora.

La EE está compuesta por cinco subescalas: Criticismo (CC), Hostilidad (H), Implicación Emocional Excesiva (IEE), Comentarios Positivos (CP) y Calor (C). Las tres primeras son predictores de la recaída.

El criticismo comprende los comentarios críticos (resentimiento, desaprobación o disgusto) dirigidos a conductas del paciente, (por ej.: “Me fastidia que fume tanto”). Si el familiar expresa seis o más comentarios críticos es calificado como alto en EE.

La hostilidad está presente cuando el familiar desconfirma (rechaza como persona) al paciente, (por ej. “Es un gandúl sin remedio”). Es una escala global que puntúa de 0 a 4; si se da hostilidad, el familiar es calificado como alto en EE.

La implicación emocional excesiva es otra escala global e incluye tres tipos de conductas: Control excesivo de la conducta del paciente, respuesta emocional exagerada (por ej. lloros frecuentes al hablar del paciente) y una conducta de sacrificio y sobreprotección excesivos. La puntuación va de 0 a 5 y se valora alto en EE a partir de 3.

Comentarios positivos es una escala cuantitativa en la que se numeran las expresiones de valoración o aprecio (por ej. “es un buen chico”).

Calor es una escala global que va de 0 a 5 y valora las manifestaciones de afecto e interés.

A la hora de evaluar se tiene en cuenta el contenido y el tono emocional con que se expresa el familiar.

Los familiares altos en EE se caracterizan, según Vaughn y Leff (1981), por: Intrusismo, cólera y/o estrés alto, ansiedad, abierta censura al paciente, marcada intolerancia a los síntomas y largo período de deterioro.

En los hogares altos en emoción expresada las recaídas de los esquizofrénicos a los 9 meses del alta, son mucho más frecuentes que en hogares bajos en EE.

Vaughn y Leff (1976) Leff y Vaughn (1981) señalan que dos factores parecen proteger del efecto negativo de la alta EE: La toma regular de medicación neuroléptica y la reducción del contacto cara a cara con el familiar alto en EE a menos de 35 horas semanales, aunque si al estresor crónico que es la alta EE se le suma un estresor agudo (acontecimiento vital estresante) ambas medidas suelen ser insuficientes para prevenir la crisis.

Fig. 1

Porcentajes de recaída a los 9 meses en un grupo de 128 esquizofrénicos. Leff et al. (1982)

		subgrupos		
grupo total	EE baja 13%	1. Con medicación	12%	
		2. Sin medicación	15%	
	EE alta 51%	Contacto directo <35 hras. 28%	3. Con medicación	15%
			4. Sin medicación	42%
	>35 hras. 69%	5. Con medicación	53%	
		6. Sin medicación	92%	

La EE se ha mostrado como el mejor predictor individual de la recaída en la esquizofrenia según estudios realizados en diferentes países (Leff et al., 1982; Leff y Vaughn, 1985; Vaughn et al., 1984) Este constructo no hace referencia a la etiología (también predice la recaída en otras patologías), sino a la predicción de la recaída en la esquizofrenia ya establecida y abre las puertas a intervenciones dirigidas a reducir el nivel de EE para prevenir la recaída.

2.3. Modelo de la vulnerabilidad al estrés.

Zubin y Spring (1977), Zubin, Magaziner y Steinhauer (1983) proponen un modelo según el cual el riesgo de esquizofrenia no proviene únicamente de factores genéticos o biológicos, sino que confluyen para su aparición otros cambios de la personalidad y conducta. Los factores que componen este modelo son:

1) Vulnerabilidad: Es un rasgo que hace que una persona determinada tenga más probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico. 2) Esfuerzo de Enfrentamiento que deben hacer para sobrellevar situaciones vitales, es mayor cuanto más vulnerable se es. 3) Competencia: es el conjunto de habilidades necesarias para desempeñar roles sociales; es menor en los vulnerables. 4) La Habilidad de Enfrentamiento también es menor en los más vulnerables.

La vulnerabilidad puede deberse a factores genéticos, bioquímicos, factores psicosociales, procesos evolutivos y de aprendizaje. Los estresores ambientales tienen una gran importancia en este modelo y pueden producir dos tipos de efectos: a) Causales o formativos, determinan una alteración estable que hace ser más vulnerable, especialmente si actúan en la infancia. b) Precipitante, provoca un episodio agudo en la persona vulnerable.

Este modelo integra teorías biológicas, del desarrollo y ambientales, pero no

es específico de la esquizofrenia y recuerda al modelo propuesto por Freud para explicar la aparición de las neurosis. Según Freud, la constitución sexual, genéticamente determinada, más las experiencias infantiles conformaban una disposición debida a la fijación de la libido (vulnerabilidad) que unida a experiencias traumáticas (estresores), provocaban la aparición de la neurosis (Freud, 1916).

Ciampi (1983, 1984, 1985), en la misma línea, propone un modelo multicausal para la esquizofrenia en el que tiene en cuenta la fase premórbida, la aguda y la evolución a largo plazo:

1) Fase premórbida: Las influencias genéticas (constitución y defectos pre y perinatales) y las psicosociales (traumas infantiles tempranos, estilo de comunicación familiar, mecanismos de “coping” adquiridos, etc.) determinan una vulnerabilidad premórbida (baja tolerancia al estrés, hipersensibilidad y poca capacidad para enfrentarse a estímulos emocionales y cognitivos complejos de la información).

2) En la fase aguda, un estrés inespecífico provoca la descompensación psicótica aguda, y

3) La evolución a largo plazo dependerá de influencias psicosociales y de las capacidades del paciente, pudiendo ir hacia la remisión total o hacia frecuentes recaídas y deterioro.

Zubin, Steinhauer y Day (1985) propugnan que la esquizofrenia es un trastorno episódico y la cronicidad se debe a la personalidad premórbida y a factores sociales, entre los que se deben incluir la intervención terapéutica, y lo que persistiría es la vulnerabilidad a tener episodios psicóticos.

3. Terapias familiares en la esquizofrenia.

Diferentes modelos van a proponer abordajes familiares específicos para la esquizofrenia: Sistémico, psicoeducacional, conductual, psicoanalítico, etc. Vamos a revisar brevemente estas terapias familiares para ver similitudes y diferencias en cuanto a objetivos y técnicas.

3.1. Terapia familiar sistémica.

Partiendo de los primeros trabajos sobre la familia del esquizofrénico (Bateson et al., 1956; Jackson, 1960; y aplicando la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy, 1968), la teoría de la comunicación humana (Watzlawick et al., 1967) y la teoría de los tipos lógicos de Russel y Whitehead la terapia sistémica entiende la esquizofrenia como fruto de una disfunción familiar, corrigiendo la cual desaparecería el cuadro clínico. Dos escuelas de terapia familiar sistémica se han ocupado particularmente de la esquizofrenia: La estratégica y la de Selvini.

3.1.1. Terapia familiar estratégica.

Haley (1980) incluye a los esquizofrénicos en el grupo de los “jóvenes excéntricos” o “jóvenes locos” caracterizados por: Problemas sociales (no logran

emanciparse, fracasan en sus estudios o trabajo haciéndose dependientes) y problemas de comunicación (conducta desordenada y anómala). Y atribuye dos funciones a esta conducta: a) Social, estabilizando al grupo familiar y b) metafórica, comunicando al grupo y al exterior que existe un conflicto familiar no explicitado.

“El problema reside en el funcionamiento anómalo de la organización, la cual demanda una conducta comunicativa peculiar, y por ende, procesos de pensamiento peculiares...La intervención terapéutica tendrá máxima eficacia si apunta a la estructura organizacional básica, cambiada la cual cambian también todos los otros factores” (Haley, 1980, p.42).

El fallo organizacional consiste en un problema conyugal no afrontado, que lleva a que los padres se alíen con el hijo trastornado contra el otro cónyuge impidiendo su emancipación. Las premisas de la intervención son: 1) La jerarquía familiar está confusa y el estancamiento en que se encuentra la pareja conyugal es más grave de lo usual, 2) “La persona problemática es orgánicamente sana e inteligente, aunque no lo manifieste. Si está fracasando, lo hace como un modo de proteger a su familia” (Haley, 1980 p.47). 3) La emancipación es una amenaza para la familia, y 4) Los padres presentan el problema del hijo y no el de la familia.

Con esta visión de la esquizofrenia, Haley propone como objetivo terapéutico desligar al hijo de la familia haciendo que los padres no lo necesiten como vehículo de su comunicación y éste pueda hacer su vida. La intervención se basa en que los padres funcionen como coterapeutas haciéndose cargo de la conducta del hijo, y para ello deben fijar metas para el hijo utilizando refuerzos para su consecución.

Los padres deben consensuar las tareas que debe hacer el hijo y los refuerzos que aplicarán (las tareas irán de lo más simple (levantarse, lavarse) a lo más complejo (trabajar). Lo que en apariencia es un simple abordaje conductual tiene unas implicaciones importantes, acordes con las teorías del modelo sistémico.

Si la familia del esquizofrénico se caracteriza por una involucración del hijo en el conflicto parental y éstos le envían mensajes paradójicos que le reafirman en su convicción de que debe estabilizar a la familia “mediante su sacrificio personal” (Haley, 1980, p.44) (por ej. diciéndole que debe ser adulto y tratándole como un niño, o mostrando disgusto cuando se comporta adultamente), el que los padres discutan qué normas ponerle al hijo favorece que aprendan a escucharse y negociar, con lo que se haría una terapia de pareja encubierta. Por otro lado, si ambos padres funcionan como sistema ejecutivo se restablece la jerarquía (el hijo ya no mandará con sus síntomas), se marcan límites entre subsistemas (los padres se alían frente al hijo y por tanto se separan de él) y, finalmente, al acompañar sus órdenes de premios y castigos, envían mensajes congruentes (dicen lo mismo con palabras y hechos) rompiendo la comunicación paradójica.

Haley es partidario de suprimir la medicación lo antes posible y que el joven trabaje y se emancipe, ayudando a los padres a tolerar esa separación (es frecuente que los padres amenacen con el divorcio cuando el hijo comienza a ser autónomo,

lo cual estimula la recaída).

Este abordaje (Haley, 1980; Madanes, 1981; Perrota, 1986) es muy eficaz, en mi experiencia, con adolescentes problemáticos, pero la esquizofrenia es algo más que eso. La casuística presentada por Haley (1980) es de 14 casos de supuesta esquizofrenia (no hace referencia a criterios diagnósticos) y que han tenido un sólo ingreso. Es posible que esta terapia sea efectiva con esquizofrénicos jóvenes de buen pronóstico (buen ajuste premórbido, paranoides, reactivos etc..) evitando intervenciones iatrogénicas y su cronificación, como sugiere Mc Farlane (1983). Pero simplifica peligrosamente un cuadro clínico que puede revestir una gravedad importante, fijando unas metas inalcanzables, con la consiguiente frustración de pacientes, familias y terapeutas.

3.1.2. Abordaje de Selvini

Este abordaje ha sido llamado “terapia sistémica”, “escuela de Milán”, se ha discutido si era una terapia estratégica, el equipo de Selvini ha sufrido varias escisiones y su terapia grandes modificaciones. Por todo ello prefiero llamarlo “abordaje de Selvini” y describir las modificaciones que ha sufrido su terapia familiar de la esquizofrenia.

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata publicaron en 1975 “paradoja y contraparadoja”, libro que causó gran sensación en el campo de la terapia familiar, pues proponían en él intervenciones que modificaban la interacción disfuncional de “familias de transacción esquizofrénica”, las cuales se caracterizaban por un conflicto en la pareja que les llevaba a una “escalada simétrica” negada, con mutuas desconfirmaciones y sin poder definir su relación. El esquizofrénico participaría en ese conflicto en el que frecuentemente estaría involucrada la familia extensa.

Esta descripción de la familia del esquizofrénico se basa en la teoría del Doble Vínculo y en las descripciones de Haley (1959) y Bowen (1960) y la esquizofrenia sería el producto de ese juego relacional en el que “los participantes comunican continuamente a los demás la demanda paradójica de cambiar una relación que no ha sido definida” (Selvini et al. 1975, p.39) y en el que el propio esquizofrénico se implica.

La terapia contraparádójica consiste en detectar cuál es la función del síntoma dentro de las transacciones familiares y dar instrucciones paradójicas que rompan ese juego relacional, para que las relaciones familiares se normalicen y no sea necesaria la conducta anormal.

Posteriormente, Selvini y Prata (1983), en vez de intentar descubrir el juego de cada familia para estructurar la intervención, propusieron utilizar una prescripción única con todas las familias. Esta “Prescripción Invariable” consistía básicamente en que los padres debían salir solos sin dar explicaciones a los hijos, guardar el secreto de la tarea y observar las conductas de los hijos para comentarlas con los terapeutas.

De estos abordajes dirá Selvini “en la etapa paradójica y por mucho tiempo también en la prescriptiva, nuestra relación con los clientes era demasiado tecnicista: Paradojas y prescripciones funcionaban como separadores emotivos, eran jugadas de un juego intelectual. No nos sentíamos cerca de la familia, no decíamos lo que pensábamos. Nos sentíamos unidos únicamente al equipo y protagonistas de una lucha con la familia, aunque fuese para prestarle ayuda” Selvini (1988, p.260).

En 1988 Selvini hace hincapié en el juego familiar describiendo varios tipos de “juegos sucios” en los que la pareja implica a un hijo en su pelea recurriendo a maniobras desleales y enmascaradas. Describe tres tipos de juegos: 1) Embrollado: el comportamiento psicótico aparece cuando el hijo se siente traicionado por el padre cercano. 2) Estrategia basada en el síntoma: Uno de los padres boicotea la mejoría del hijo favoreciendo su cronificación. 3) Instigación: Al paciente contra el otro cónyuge.

Siguiendo con la hipótesis de que la patología del hijo se debe a la disfunción familiar, la estrategia terapéutica se basa en:

- a) El terapeuta evita ser absorbido por el juego.
- b) Utiliza su influencia para invitar a la familia, por medio de prescripciones, a jugar otro juego.
- c) Se revela el juego de la pareja, para abordar los problemas negados.

Actualmente, Selvini da también importancia al individuo en el tratamiento, abandonando el abordaje sistémico radical que le dejaba de lado.

Esta escuela, a través de la descripción de casos de “curaciones” espectaculares, fascinó como la “terapia milagro” de la esquizofrenia, pero el tiempo ha ido demostrando que para la esquizofrenia no existen curaciones mágicas y que las intervenciones “milagrosas” pueden ocasionar graves daños a la familia y paciente, como ha criticado Anderson (1987). Ello no invalida las técnicas desarrolladas por los autores que pueden ser útiles en el abordaje de diferentes patologías, siempre que se usen con prudencia y sin confiar en que una técnica puede curar la esquizofrenia.

3.2. Terapia familiar psicopedagógica.

La terapia psicopedagógica se basa en la teoría de la vulnerabilidad al estrés e incide en los estresores agudos (acontecimientos vitales) y, sobre todo, en los crónicos (emoción expresada de los familiares). Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg (1978) desarrollaron un programa de terapia familiar breve en el que, a lo largo de seis semanas, se daban unas charlas sobre la esquizofrenia y se identificaban los hechos que provocaban estrés en el paciente, para prevenirlos en base a la elaboración de estrategias de resolución de conflictos. En un estudio controlado en el que se aplicó esta terapia acompañada de medicación neuroléptica, a un grupo, y dosis bajas de medicación a otro grupo, consiguieron reducir la tasa de recaídas a los seis meses (Goldstein et al. 1978), pero los resultados se igualaron con el grupo control en el seguimiento a los dos años (Goldstein y Kopeikin, 1981).

Hogarty et al.(1979), Anderson et al. (1983) Anderson, Hogarty y Reiss(1986) desarrollaron, a partir de la experiencia de Goldstein, una terapia psicopedagógica de mayor duración.

Este abordaje comienza con un “Taller de Supervivencia” en el que, en una reunión de 7 horas, se informa a un grupo de familiares sobre la esquizofrenia, su tratamiento y cómo influye en la familia. El objetivo de este taller es que los familiares abandonen las respuestas que incrementan el estrés y refuerzan conductas inapropiadas (Involucración interpersonal, ambientes tolerantes no estructurados) y lograr una reestructuración cognitiva, en relación a la esquizofrenia, que tenga en cuenta la conducta del paciente, la de los familiares y la de los profesionales.

Con la información dada se espera que los familiares:

- a) Comprendan cuándo pueden esperar y exigir más al paciente.
- b) Se forjen expectativas y planes realistas para el futuro.
- c) Comprendan y acepten las limitaciones impuestas por la enfermedad.
- d) Establezcan metas apropiadas y asequibles a corto y largo plazo.
- e) Disminuyan las presiones al paciente después de los ingresos.

Después del taller se pasa a una terapia unifamiliar con la que se intenta establecer un ambiente hogareño, laboral y social sosegado, que sustente la permanencia del paciente dentro de la sociedad y su integración gradual en papeles familiares, sociales y profesionales.

La terapia se divide en tres fases: Reintegración a la sociedad después del alta, Rehabilitación social y profesional y las etapas finales del tratamiento.

En la primera fase se aborda la vulnerabilidad del paciente a la estimulación (el año siguiente al alta es el de máximo peligro de recaída), su tendencia a abandonar la medicación, los síntomas negativos, la tendencia de los familiares a centrar su vida en el paciente, etc. Las sesiones se estructuran en fases: Contacto social, revisión de tareas, resolución de problemas y asignación de nuevas tareas; son quincenales y van dirigidas a la reasunción gradual de responsabilidades por parte del paciente y al mantenimiento adecuado de las fronteras interpersonales y generacionales. Esta etapa puede durar meses o años.

En la segunda fase se aplican los mismos principios a tareas de funcionamiento laboral y social, procurando realizar un solo cambio por vez y fijando metas pequeñas. También se favorece que la familia extienda su red social para evitar la sobreinvolucración y recibir más apoyo.

La tercera fase se inicia cuando el paciente se ha estabilizado en un funcionamiento óptimo y pueden proponerse varias alternativas: Empezar a tratar otras cuestiones familiares o de pareja (la emancipación del hijo, la discordia conyugal, las dificultades en otro hijo, el deseo de uno de los cónyuges de llevar una vida más independiente), pasar a un plan de sesiones menos frecuentes para mantener el cambio, o finalizar la terapia.

La terapia suele durar varios años y recomiendan un contacto periódico con las

familias de pacientes crónicos.

En resumen, tenemos que en la terapia psicopedagógica se rotula al paciente como tal, se da información sobre la esquizofrenia y se prescribe medicación, pero también se incluyen intervenciones de terapia estratégica (Haley, 1976, 1980) estructurales (Minuchin, 1974) y de solución de problemas (Falloon et al. 1984) que tienden a producir una modificación profunda en las relaciones familiares, no porque sean vistas como causa de la esquizofrenia, pero sí de la recaída y cronificación de la misma. Las investigaciones clínicas realizadas con este modelo (Hogarty et al., 1986) confirman su eficacia con pacientes crónicos.

3.3. Terapia familiar conductual.

Se centra fundamentalmente en dos tipos de intervenciones: Entrenamiento en habilidades de comunicación y en solución de problemas (Falloon y Liberman, 1983; Fallon et al., 1984; Falloon, 1986).

Falloon y Liberman (1983) describen tres categorías de problemas en las familias de esquizofrénicos: 1) Trastornos causados por la conducta sintomática y socialmente inadaptada del paciente: Introversión social por un lado y conducta agresiva, bizarra y perturbadora por otro. 2) Ansiedad e irritabilidad experimentada por los familiares. 3) Trastornos en las relaciones sociales de las familias.

Antes de la intervención realizan una evaluación conductual en tres niveles: Identificar habilidades y déficits de cada miembro, de la familia en general e identificar el papel que cada conducta problemática concreta tiene en el funcionamiento del grupo familiar. Para ello observan la comunicación y las habilidades en resolución de problemas. Otro aspecto tenido en cuenta es la Emoción Expresada medida a través de la CFI.

El formato de intervención conductual es variado, incluyendo talleres educacionales, entrenamiento en comunicación y en solución de problemas en grupos multifamiliares y entrenamiento en resolución de problemas en el hogar.

Falloon (1986) propone un abordaje conductual en cuatro fases que incluye:

1) Psicoeducación: 2-3 sesiones sobre la esquizofrenia para fortalecer la toma de medicación y para proveer las bases de un tratamiento del estrés basado en la familia.

2) Entrenamiento comunicacional que incluye: Escuchar empáticamente a una persona ansiosa y esclarecer el problema exacto que provoca la ansiedad; expresión mutua de sentimientos positivos y negativos en relación a la conducta específica de los miembros de la familia, y hacer peticiones constructivas de cambio de conducta en algún miembro. Para ello se utiliza fundamentalmente el modelado y tareas.

3) Entrenamiento en resolución de problemas siguiendo seis pasos: Definir el problema, buscar las soluciones posibles, discutir cada solución viendo ventajas y desventajas, elegir la mejor solución, planear como llevarla cabo y, finalmente,

revisar la puesta en práctica y reforzar los esfuerzos.

4) Entrenamiento en habilidades sociales y condicionamiento operante.

La terapia familiar conductual recoge las aportaciones de la teoría de la vulnerabilidad al estrés, de la comunicación desviada (CD) de los estilos afectivos (AS) y la emoción expresada (EE) y, aplicando técnicas conductuales, intenta reducir los estresores familiares y entrenar al esquizofrénico para que pueda desenvolverse en el medio social tolerando los acontecimientos vitales estresantes.

La eficacia de este abordaje ha sido demostrada en estudios controlados (Falloon et al., 1985; Doane et al., 1986; Tarrrier et al., 1988; Rea et al., 1991).

3.4. Terapia familiar múltiple.

Mc Farlane y Beels (1983) resaltan, para la intervención, cuatro características de las familias de esquizofrénicos:

- Emoción Expresada (EE).
- Comunicación Desviada (CD).
- Aislamiento familiar, que favorecería la alta EE.

- Estigma-Carga. El estigma se refiere al rechazo social y la vergüenza por tener un familiar esquizofrénico. La carga puede ser subjetiva (sensación de derrota, culpa, cólera, sentimiento de inadecuación) y objetiva (agotamiento económico, estrés).

Mc Farlane (1983) propone la terapia familiar múltiple (TFM) para, interviniendo en los factores antes citados y aceptando la contribución biológica a la etiología y curso de la enfermedad, alcanzar los siguientes objetivos: 1) Prevención de la recaída (al reducir la EE, el aislamiento y el estigma-carga); 2) Mejora del funcionamiento psicosocial (corrección de patrones que inducen a la dependencia); 3) Extensión de la red social.

En la TFM se van a dar cuatro tipos de intervenciones:

Tipo 1: Autotriangulación: El terapeuta se interpone ente las familias o los miembros (Apoyando, bloqueando interacciones, clarificando).

Tipo 2: Interpretación grupal: Establecer reglas, compartir reacciones personales, señalar aspectos comunes en familias, realizar interpretaciones grupales convencionales etc. Estas intervenciones favorecen la cohesión grupal.

Tipo 3: Enlace transfamiliar: Se invita a una familia a comentar lo observado en otra; por ej. cuando le preguntan al terapeuta, éste desvía la pregunta al grupo o a otro miembro.

Tipo 4: Tratamiento interfamiliar: El terapeuta refuerza, regula, desconfirma interacciones, por ej. felicita a un miembro por su intervención con otras familias.

Este autor propone cuatro tipos TFM en base a que el grupo sea cerrado o abierto y la duración breve o larga: 1) TFM de corto plazo y participación abierta: Se usa en las crisis y es educativa. 2) TFM de corto plazo y participación cerrada: Se da educación sobre la esquizofrenia. 3) TFM de largo plazo y participación

abierta: En ella los “veteranos ayudan a los “novatos”. 4) TFM de largo plazo y participación cerrada: Es recomendada para los crónicos.

La TFM de largo plazo y participación cerrada es con la que se obtienen mejores resultados, según Mc Farlane (1983), y se desarrolla a lo largo de cuatro fases:

Fase 1: Captación del grupo: Se conciertan unas entrevistas con cada familia y se exploran sus conocimientos sobre la esquizofrenia, habilidades de afrontamiento, vulnerabilidad de cada miembro, y se les explican los objetivos y el proceso del grupo: Comprender y compartir, aprendizaje y apoyo social.

Seguidamente se compone un grupo de 4-7 familias homogéneo en cuanto al diagnóstico y composición familiar y heterogéneo en cuanto a clase social, y estilos familiares. Las dos primeras sesiones son charlas sobre la esquizofrenia y previamente se les ha reunido a los pacientes para explicarles como va a ser el grupo.

Fase 2: Cohesión grupal: Se presentan los miembros y el terapeuta va haciendo intervenciones tipo 1 y progresivamente tipo 2 y 3.

Fase 3: Desvinculación y resolución de problemas: Es una terapia grupal real en la que se rompen los vínculos familiares y los subgrupos. El terapeuta pasa, de ser controlador, a instigador y facilitador, mediante intervenciones tipo 1 y 3. En esta fase se favorece la emancipación de los hijos.

Fase 4: Construcción de una red social: A los 2-3 años las recaídas han disminuido y los demás son vividos como compañeros o vecinos. Los temas se centran en los padres, fundamentalmente en facilitar su socialización, ahora que no necesitan centrarse en el hijo. Se emplean intervenciones tipo 3 y 4 y el terapeuta se pone en un segundo plano.

Los procesos que promueven el crecimiento y la reducción de síntomas serían:

- Resocialización de la familia, al ayudarles a superar su aislamiento en el grupo, el cual se convierte en una red “natural”.

- Revocación del estigma: No son los únicos, comparten temores, culpas, vergüenza, sentimientos de pérdida por lo que el hijo pudo ser; el grupo se convierte en red social de aceptación. Y la carga: Al hablar y recibir comprensión, ayuda mutua, aprender nuevas estrategias.

- Reducir la EE, al hablar unos de otros en cuanto a sus actitudes con los hijos, pueden prestar atención a otros pacientes, aprenden de los otros etc.

- Normalización de la comunicación familiar al poder hablar más abiertamente.

- Manejo de las crisis y la medicación: Aprenden a detectar síntomas prodrómicos y utilidad de la medicación.

La TMF permite acceder a varias familias simultáneamente, con un ahorro de terapeutas necesario en la asistencia pública, y su larga duración se contrarresta con el soporte social que se brindan las familias, el cual es necesario con los pacientes crónicos por los aspectos antes señalados.

3.5. Paquete de intervenciones sociales.

Leff et al. (1982) desarrollaron una gama de estrategias dirigidas a bajar el nivel de EE y el contacto por debajo de 35 horas semanales, para reducir la tasa de recaídas. La intervención consta de tres elementos: Un programa educativo, un grupo de familiares y sesiones de terapia familiar.

1) El programa educativo: Compuesto por cuatro charlas sobre la esquizofrenia (etiología, síntomas, desarrollo, tratamiento y manejo) que se imparten en el hogar de cada familia.

2) Grupo de familiares: Un máximo de siete se reúnen con dos terapeutas en sesiones quincenales de 1 hora y media. En el grupo se incluyen familiares altos y bajos en EE y se les anima a que presenten sus problemas y las soluciones intentadas para que aprendan nuevas estrategias. Otros objetivos son el disminuir el aislamiento social y el que viertan sus emociones en el grupo en vez de en el paciente.

3) Sesiones familiares: El objetivo es reducir el EE y/o el contacto cara a cara con técnicas conductuales e interpretaciones dinámicas.

Diversos estudios han probado la eficacia de este tratamiento (Leff et al., 1981, 1982, 1985) y de cada uno de sus elementos (Leff et al., 1989).

3.6. Terapia familiar psicoanalítica.

Boszormenyi-Nagy (1972) y Stierlin (1977) proponen una terapia familiar "transgeneracional" basada en el psicoanálisis, aunque recogen también aportaciones del enfoque comunicacional. La esquizofrenia es vista como el resultado de una interacción familiar disfuncional, en la que el esquizofrénico, o está vinculado afectiva (dependencia), cognitiva (atribución de debilidad o maldad) y lealmente (culpa por la separación) con la familia, o se le delega un rol necesario para la familia y se le culpabiliza si no lo cumple. En ambos casos el esquizofrénico cumple una función necesaria para la estabilidad de la familia.

La terapia familiar irá orientada a analizar los conflictos, romper la vinculación excesiva y redistribuir la misión delegada, de manera que sea innecesaria la conducta invalidante esquizofrénica.

Estos autores no ofrecen datos de los resultados obtenidos, ni de las características clínicas de los sujetos tratados, siendo sus aportaciones más teóricas que técnicas en la terapia de la esquizofrenia.

4. Conclusiones.

Todos los modelos de terapia familiar aceptan que las relaciones familiares influyen en el curso de la esquizofrenia y que la terapia familiar es necesaria para intentar mejorar el pronóstico.

Las diferencias vienen dadas por la aceptación o el valor dado a los factores estudiados, que pueden resumirse en:

- Causalidad familiar versus vulnerabilidad genética.

- El papel de la medicación.
- Educación sobre la esquizofrenia.
- La emoción expresada como factor pronóstico de primer orden.
- La comunicación familiar.
- El entrenamiento en resolución de problemas.
- La necesidad de rehabilitación social.
- Las relaciones familiares.

Vamos a revisar estos factores para ver donde se ubica cada modelo y mostrar similitudes y diferencias.

1) Causalidad familiar versus vulnerabilidad genética.

Mientras no se descubra un gen causante de la esquizofrenia, no es posible saber si la conducta esquizofrénica se debe a la herencia genética, a la ambiental, o a una conjunción de ambas. El que la esquizofrenia se pueda deber a relaciones familiares disfuncionales desde la temprana infancia fue defendido por el psicoanálisis y, posteriormente, por los sistémicos. Actualmente los estudios sobre Estilos Afectivos (Doane et al. 1981) y sobre Comunicación Desviada (Wynne y Singer, 1967) parecen apoyar la hipótesis de un papel etiológico "familiar" en la esquizofrenia, pero no excluyen los factores genéticos, los cuales no son determinantes de incurabilidad (hay un 20% de remisiones espontáneas).

Desde los modelos sistémico y psicoanalítico se mira con recelo a cualquier teoría que pueda reforzar el rol de paciente, pues dificultaría el focalizar la intervención en las relaciones familiares, mientras que los demás modelos aceptan la teoría de la vulnerabilidad al estrés.

Si el esquizofrénico es joven, con pocas crisis y buen pronóstico, quizás sea conveniente no hablar de "enfermedad" y centrarse en problemas "adolescentes", como recomienda Haley (1980), pero si es crónico y de mal pronóstico ese planteamiento puede crear falsas expectativas a la familia, aparte de ser poco creíble que un esquizofrénico de esas características se pueda equiparar a un adolescente normal. Es decir, se deberían evitar los excesos de pesimismo y optimismo, pues ambos pueden interferir en el proceso terapéutico.

2) El papel de la medicación.

Aquí encontramos los mismos bloques, los modelos sistémico y psicoanalítico están generalmente en contra de la medicación, mientras que los demás la consideran imprescindible. Durante el año siguiente a una crisis existe gran riesgo de recaída (Anderson et al., 1986). Si forzamos el proceso de rehabilitación y proscribimos la medicación, es muy posible que el paciente recaiga y los padres pierdan la fe en el tratamiento. La recomendación de Haley (1980) de quitar la medicación lo antes posible, puede ser eficaz con jóvenes de buen pronóstico y poca sintomatología, pero puede ser catastrófica en otros casos. Es bien sabido que la medicación tiene poco efecto sobre los síntomas negativos y que en dosis excesivas puede ser más perjudicial que benigna, pero el control de los síntomas positivos, y otros asociados,

se hace necesario por la peligrosidad de los mismos y el sufrimiento del paciente y de la familia, y esto puede ser prioritario frente a la desventaja de “rotular” al paciente como tal.

3) Educación sobre la esquizofrenia.

El objetivo de Leff y Vaughn (1976) al informar a los familiares sobre la esquizofrenia era disminuir el criticismo dirigido frecuentemente a los síntomas negativos; es decir, si los familiares comprendían que esas conductas eran fruto de la enfermedad serían menos críticos y disminuiría el nivel de EE y las recaídas. Otros objetivos adicionales son los señalados en el apartado correspondiente. Las diferencias entre modelos siguen las mismas líneas señaladas antes.

4) La EE como factor pronóstico.

Aunque los modelos sistémico y psicoanalítico no recogen directamente las aportaciones de este constructo, sus intervenciones van a intentar, entre otras cosas, neutralizar la hostilidad, la crítica y la implicación emocional excesiva, pues son consideradas nocivas desde su propio modelo teórico. Quizás les pueda ser de utilidad al terapeuta sistémico y al psicoanalista conocer la gran importancia de la EE para hacer especial incapié en esas conductas de los familiares.

5) Comunicación familiar.

La importancia de la comunicación en las familias de esquizofrénicos ha sido señalada desde los años 50 y todos los modelos intervienen, de una u otra manera, en ese nivel. Pero los excelentes resultados obtenidos con el entrenamiento conductual en comunicación (Hogarty et al., 1986) obligan a estudiar estos programas para ver si se pueden enriquecer en algo los otros modelos.

6) Resolución de problemas.

Lo dicho respecto a la comunicación se puede aplicar a este apartado.

7) Rehabilitación social.

Aunque la esquizofrenia se debiera únicamente a la interacción familiar, si el paciente lleva varios años de trastorno va a tener déficits en socialización, que pueden ser resueltos con la terapia familiar o necesitar de una rehabilitación social. Si el terapeuta de familia conoce la gravedad del problema que trata y no está cegado por las excelencias de su modelo, no tendrá dificultades a la hora de evaluar la necesidad de una rehabilitación social del esquizofrénico. Otro problema será la posibilidad de contar con unos servicios que oferten programas de rehabilitación, hogares protegidos y empleo, lo cual no abunda en nuestro medio.

8) Relaciones familiares.

Todos los modelos han recogido, más o menos explícitamente, los conceptos sistémicos de jerarquía (Haley, 1976, 1980) y estructura familiar (Minuchin, 1974) y van a realizar intervenciones dirigidas a marcar subsistemas, favorecer, en la medida de lo posible, la emancipación del hijo, etc.

Respecto al conflicto conyugal de los padres de esquizofrénicos, sea éste causa o efecto de la esquizofrenia, casi todos los modelos reservan este tema para el final

de la terapia familiar, y lo abordan si es que lo proponen los padres y/o es muy evidente. El sufrimiento familiar también será tenido en cuenta por todos los modelos.

Actualmente las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones familiares en la esquizofrenia están en pleno auge y la tendencia a integrar aspectos de los diferentes modelos es muy común. Se echa en falta la investigación empírica de los resultados de varios de los modelos citados y el estudio de los cambios producidos por la intervención a más niveles, como recomiendan Gurman y Kniskern (1986). Esperamos poder aportar algo en este sentido, con una investigación que finalizaremos en breve.

En este artículo, el autor revisa algunos aspectos diagnósticos de la esquizofrenia y su evolución. En segundo lugar describe los modelos médico, ambiental y de la vulnerabilidad al estrés, explicativos de la esquizofrenia. Seguidamente habla de las terapias familiares de la esquizofrenia: Sistémicas, psicoeducacionales, conductuales, psicosociales y psicoanalíticas. Para, finalmente, señalar las similitudes y diferencias de los diferentes abordajes.

NOTA: Este trabajo ha sido financiado por la beca 006.230-0038(89), concedida por la Universidad del País Vasco.

Referencias bibliográficas

- ANDERSON, C.M. Y STEWART, S. (1983). *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: The Guilford Press.
- ANDERSON, C.M., REISS, D.J. & HOGARTY G.E. (1986). *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: The Guilford Press.
- ANDERSON, C.M., SELVINI, M. & DINICOLA, V. (1987). Giochi psicotici: Terapia o ricerca. *Terapia familiare*, 25, 35- 48.
- ANDREASEN, N. & AKISKAL, H. (1983). The specificity of bleulerian and schneiderian symptoms: A critical reevaluation. *Psychiatric*, 6, 41-55.
- BATESON, G. (1960). The group dynamics of schizophrenics. en L. Appleby, J.M. Sher & J. Cumming (Eds.) *Chronic schizophrenia: Explorations in theory and treatment*. Glencoe: Free Press.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., & WEAKLAND J. (1963). Notes on double bind. *Family Process*, 1, 154-161.
- BOWEN, M. (1960). A family concept of schizophrenia. En D.D. Jackson (Ed) *The etiology of schizophrenia*. New

York: Basic Books.

- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G (1972). *Invisible loyalties*. New York: Brunner/Mazel.
- BROWN, G.M. & RUTTER, M. (1966). The measurement of family activities and relationships. *Human relation*, 19, 241-263.
- BROWN, G.M., & BIRLEY, J.L.T. (1968). Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and social behavior*, 9, 203-214.
- BROWN, G.M., BIRLEY, J.L.T. & WING, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- CIOMPI, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- CIOMPI, L. (1984) Is there really a schizophrenia?. The long term course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry*, 145, 636-640.
- CIOMPI, L. (1985). Aging and schizophrenic psychosis. En P. Tienari, A. Hemmi & J. Lonquist (Eds.) *New perspectives in psychiatric research*. Copenhagen: Munksgaard.
- CROW, T.J. (1980). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British J. of Psychiatry*, 137, 383-389.
- CROW, T.J. (1982). Two syndromes in schizophrenia. *Tins*, X, 351-4.
- DOANE, J.A. (1978). Family interaction and communication deviance: An exercise of epistemological confusion. *Family Process*, 17, 357-376.
- DOANE, J.A., GOLDSTEIN, M.J. & RODNICK, E.H. (1981). Parental patterns of affective style and the development of schizophrenia spectrum disorders. *Family Process*, 20, 337-349.
- DOANE, J.A., GOLDSTEIN, M.J. & MINKLOWITZ, D.J. (1986). The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *British J. Psychiatry*, 148, 279-287.
- FALLOON, I.R.H. (1986). Behavioral family therapy for schizophrenia: Clinical, social, family and economic benefits. En M.J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlwing (Eds.) *Treatment of schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag.
- FALLOON, I.R.H. & LIBERMAN, R.P. (1983). Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. En W.r. McFarlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L. & MC GUILL, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia. A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: The Guilford Press.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., MCGUILL, C.W. et al. (1985). Family versus individual management in the prevention of morbidity of schizophrenia: I clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- FRANK, G.H. (1965) The role of the family in the development of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 64, 191-205.
- FREUD, S. (1916) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. O.C. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOLDSTEIN, M.J., RODNICK, E.H., EVANS, J.R., MAY, P.R.A. & STEINBERG, M.R. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
- GOLDSTEIN, M.J. & KOPEIKIN, H. (1981). Short and long term effects of combining drug and family therapy. En M.J. Goldstein (Ed.) *New developments in interventions with families of schizophrenics*. San Francisco: Jossey-Bass.
- GOTTESMAN, I.I. & SHIELDS, J. (1976) A critical review of recent adoption, twin, and family studies on schizophrenia: Behavioral genetics perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 360-398.
- GOTTESMAN, I.I. & SHIELDS, J. (1982). *Schizophrenia: The epigenetic puzzle*. London: Cambridge University Press.
- GURMAN, A.S., KNISKERN, D.P. & PINSON, W.M. (1986) Research on the process and outcome of marital and family therapy. En S.L. Garfield & L.E. Bergin, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley and Sons.
- HALEY, J. (1959). Interactional description of schizophrenia. *Psychiatry*, 22, 321-332.
- HALEY, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- HALEY, J. (1980). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: Mc Graw-Hill.
- HOGARTY, G.E., SCHOOLER, N.R., ULRICCH, R., MUSSARE, F., FERRO, P. & HERRON, E. (1979). Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1283-1294.
- HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J. et al. (1986) Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. one year effects of a controlled

- study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- LEFF, J. & VAUGHN, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLINE-FRIES, R. & STURGEON, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- LEFF, J., & VAUGHN, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York: The Guilford Press.
- LEFF, J., BERKOWITZ, R. & STURGEON, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- LEFF, J., BERKOWITZ, R., SHAVIT, N., STRACHAN, A., GLASS, C. & VAUGHN, C. (1989). A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.
- LIDZ, T., CORNELISON, A. R., TERRY, D. & FLECK, D. (1958). The intrafamilial environment of schizophrenic patient. VI. The transmission of irrationality. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, 305-316.
- MADANES, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- MC FARLANE, W. R. (1983). *Family therapy in schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- MC FARLANE, W. R. & BELLS, C. (1983). Family research in schizophrenia: A review and integration for clinicians. En W. R. Mc Farlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia* (pp.311-324). New York: The Guilford Press.
- MELTZER, H. Y. (1979). Biochemical studies in schizophrenia. En L. Bellack (Ed.) *Disorders of schizophrenia syndrome* (pp.45-135). New York: Basic Books.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- PERROTTA, P. (1986). Leaving Home: Later stages of treatment. *Family Process*, 25, 3461-474.
- REA, M. M., STRACHMAN, A. M., GOLDSTEIN, J., FALLON, I. & HWANG, S. (1991). Changes in patient coping style following individual and family treatment for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 158, 642-647.
- RISKIN, J. & FAUNCE, C. (1972). An evaluative review of family interaction research. *Family Process*, 11, 365-455.
- SELVINI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. F. & PRATA, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milan: Feltrinelli.
- SELVINI, M. & PRATA, G. (1983). A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families. En H. Stierlin, L. C. Wynne & M. Wirsching (Eds.). *Psychosocial intervention in schizophrenia. An international view*. Berlin: Springer.
- SELVINI, M., CIRILLO, C., SELVINI, M. & SORRENTINO, A. M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milan: Raffaello Cortina Editore.
- SPITZER, R. L. et al. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised*. The American Psychiatric Association.
- STEPHENS, J. H., ASTRUD, C. & MAGRUM, J. C. (1966). Prognosis factors in recovered and deteriorated schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 122, 1116-1121.
- STIERLIN, H. (1977). *Psychoanalysis and family therapy*. New York: Jason Aronson.
- TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., VAUGHN, C., BAMRAH, J. S., PORCEDDU, K., WATSS, S. & FREEMAN, H. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioral intervention With families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- TSUANG, M. T., WINOKUR, G. (1974). Criteria for subtyping schizophrenia: Clinical differentiation of hebephrenic and paranoid schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31, 43-47.
- VAUGHN, C. & LEFF, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinic Psychology*, 15, 423-429.
- VAUGHN, C. & LEFF, J. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenics patients. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 43-45.
- VAUGHN, C., SNYDER, K. S., JONES, S., FREEMAN, W. B. & FALLON, I. R. H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse: A californian replication of the british research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- VON BERTALANFFY, L. (1968). *General Systems theory*. New York: Brazillier.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H. & JACKSON, D. D. (1967) *Pragmatics of communication*. New York: Norton.
- WYNNE, L. C. (1968). Methodological and conceptual issues in the study of schizophrenics and their families. En D. Rosenthal & E. Kety (Eds.) *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon.
- WYNNE, L. C. (1983). Family research and family therapy. A reunion?. *Journal of marital and family therapy*, 9, 113-118.

- WYNNE,L.C. & SINGER,M.T. (1963). Differentiation characteristic of parents of childhood schizophrenics, neurotics and young adult schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 120, 234-243.
- WYNNE,L.C.& SINGER,M.T. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics. IV Results and implications. *Archives of general Psychiatry*, 12,201-212.
- WYNNE,L.C. & SINGER,M.T. (1966). Principles for scoring communication defects and deviance in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT manuals. *Psychiatry*, 24, 260-288.
- WYNNE,L.C. RYCKOFF,J.M., DAY,J. & HIRSCH,S.I. (1958). Pseudo- mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- WYNNE, L.C., SINGER, M.T., DOANE, J.A.,JONES. J.,FISHER, L. & RITZLER, B. (1982). Parental communication deviance as a predictor of competence in children at risk for adult psychiatric disorder. *Family Process*,2, 211-223.
- ZUBIN,J. & SPRING, B. (1977). A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal Psychology*,86,103-126.
- ZUBIN,J.,MAGAZINER,J.& STEINHAUER,S.R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.
- ZUBIN,J.,STEINHAUSER,S.R. & DAY, R. et al. (1985). Schizophrenia at the crossroads: A blueprint for the 80s. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 217-240.



LA ESQUIZOFRENIA COMO HIPOTESIS. UNA VISION CONSTRUCTIVISTA DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Giorgio F. Rezzonico
Università di Milano

Christine Meier
Centro al Dragonato, Bellinzona (Suiza)

In this work are presented pragmatic implications which derive from a constructive approach at the treatment of schizophrenia. At meaning attribution process is recognized a main role in promoting the arising of disease and in taking up the development. It is derived the need of difening the intent, of integrating techniques and giving constant attention at the results of the intervention in order of biological, physiological and social aspects.

Introducción

En este artículo se intenta esbozar una respuesta a la cuestión sobre las características que puede tener, desde una óptica constructivista, la actividad terapéutico-rehabilitadora con pacientes diagnosticados de esquizofrénicos. No tratamos pues de proponer una teoría sobre la esquizofrenia, sino más bien de presentar y discutir las implicaciones pragmáticas que derivan del enfoque constructivista.

La premisa de base de este enfoque constructivista, que llamamos “constructivismo conscientemente ingenuo” es que cualquier realidad es co-creada por la interacción ideativa de un grupo, por las acciones y la retroacciones correspondientes, todo lo cual desemboca con el tiempo en nuevas ideas, nuevas acciones y nuevas retroacciones. Este proceso circular y complejo constituye la realidad clínica que observamos y describimos.

La propuesta constructivista nace de una actividad terapéutico-rehabilitadora desarrollada por los autores en el campo del tratamiento de la esquizofrenia con técnicas cognitivo-comportamentales y sistémicas. Tanto de la experiencia

rehabilitadora con pacientes crónicos (Rezzonico & Meier, 1987) - que ha desembocado en la derivación de unos 30 pacientes a pisos semiautónomos- como de la actividad con numerosos jóvenes en la primera crisis o con los que se hallan ya en vías de cronicidad (Meier & Rezzonico, 1988), ha surgido la necesidad de formular de un modo más preciso las bases actuales de nuestra modalidad de trabajo.

La propuesta constructivista nace también de otras dos consideraciones: por un lado no existe todavía en la actualidad, a pesar de estudios prometedores provenientes de distintos campos, ningún modelo de intervención en la esquizofrenia realmente innovador, al tiempo que asistimos a una evidente proliferación de técnicas, programas y modelos de intervención. Se nos impone pues, la necesidad de identificar un principio organizador que permita utilizar e integrar los conocimientos en programas orientados a objetivos, tendientes a evitar la confirmación de atribución del rol de enfermo y la autodefinición del individuo en el seno del contexto social.

Referencias teóricas

En el campo de la psicoterapia y de la rehabilitación las aportaciones relativas al constructivismo que han influido sobre nuestro trabajo —y de las que nos limitamos a señalar una parte— se pueden agrupar en tres áreas: las de las disciplinas no psicológicas, las de los teóricos de la investigación en psicología y las de los clínicos.

Representantes de la posición constructivista, aunque en otros campos disciplinarios, ajenos a la psicología -biología, epistemología, física, etc.- pueden considerarse: Maturana & Varela (1980; 1987), Maturana (1988), Zeleny (1981), Jantcsh (1980), Hayek (1986), von Glasersfeld (1984; 1987; 1988). Heinz von Forster (1981), Morin (1985), Atlan (1979), Prigogine & Stengers (1979)

Las aportaciones de estos estudiosos coinciden en el área de la “complejidad” (Bocchi & Cerutti, 1985) y desarrollan conceptos derivados de la segunda cibernética, relevantes para la psicología: autopoiesis y acoplamiento estructural, relación observador/observado, “fitness” o viabilidad de las estrategias del organismo, etc... Es importante igualmente el tema de la autoorganización de un sistema, que está sometido a perturbaciones a las que confiere un significado autorreferencial en relación a los propios vínculos. Se trata de vínculos inherentes, tanto a la estructura misma del sistema —en el ser humano vínculos genéticos y biológicos— como a la organización del sistema desarrollado a través del tiempo, a saber vínculos sociales, culturales y psicológicos.

El segundo grupo de teóricos se refiere al área psicológica entendida en sentido amplio y representada por Piaget (1937; 1967; 1970), Bowlby (1979), Bartlett (1932), Brunner (1986), Kenny (1988), Holland et al. (1986), Johnson-Laird (1983). En el se consideran las aportaciones de la psicología cognitiva y social de matriz constructivista e interaccionista (Ugazio, 1988). Estos autores, aun desde

posiciones distintas, ponen de relieve la importancia del desarrollo de los esquemas mentales que permiten la atribución de significado al flujo de acontecimientos que llamamos realidad.

El tercer grupo, el clínico, viene representado por algunos de los enfoques cognitivos (Guidano, 1987), estratégicos (Haley, 1976), el Grupo de Palo Alto y los sistémicos (Selvini et al., 1980).

Estos terapeutas, en sus distintas modalidades de trabajo, otorgan particular importancia a la relación observador/observado, a las interacciones entre sistemas interdependientes y al proceso de hipotetización. Los cognitivistas intentan identificar las hipótesis o constructos disfuncionales del individuo, trabajando sobre la atribución de significado. Los estratégicos y sistémicos utilizan el proceso de hipotetización, como técnica orientada a la perturbación de un sistema que se halla en un "impasse", a través de un recontextualización que cambia la atribución de significado.

En base a nuestra interpretación de tales conceptos proponemos que el hilo conductor principal se halla representado por la centralidad asumida por el proceso de atribución de significado. Sin este proceso de atribución de significado, que ordena y da sentido al flujo de las perturbaciones, el ser humano no podría desarrollar capacidades de previsión o entrar en relación social. La viabilidad del proceso de atribución de significado puede valorarse en base a los resultados de la acción y al mantenimiento de la coherencia interna de los vínculos biológicos, psicológicos y sociales del organismo.

La esquizofrenia como hipótesis

Si se acepta la premisa de que el proceso de atribución de significado se halla en la base de cualquier acontecimiento observado, a nivel de la intervención terapéutica de consulta o de investigación.

La atribución de significado a cualquier acontecimiento por parte de un observador puede ser llevada a cabo o en base a la creencia de una posible correspondencia exacta entre la realidad externa ("match" perfecto) o en base a la idea de que la hipótesis es funcional al objetivo ("fitnes") más que representativa de una realidad que existe independientemente del observador.

En el primer caso la esquizofrenia podría considerarse como una enfermedad que existe independientemente del punto de vista social, mientras que en el segundo caso la esquizofrenia puede presentar diversos significados, en relación a un previo acuerdo tomado en el seno de un grupo que tiene necesidad de atribuir sentido a fenómenos que superan la tolerancia consentida por los vínculos de las personas implicadas. Conviene precisar que la adhesión a esta última posición no implica la negación del fenómeno de la esquizofrenia, sino sólo la consideración de que la hipótesis escogida guía la intervención. Desde la óptica constructivista la hipótesis escogida será tanto más funcional, cuanto más capaz sea de favorecer estrategias

viables en el máximo respeto de los vínculos biológicos, psicológicos y sociales.

La ventaja de la segunda posición que acabamos de describir es que permite una elección flexible en base a la viabilidad de la intervención. Por ejemplo, es posible que la hipótesis de enfermedad se manifieste como la más viable en relación a los vínculos mencionados. Pero si tal intervención conlleva consecuencias peligrosas para la salud psicofísica del paciente —daños orgánicos como las discinesias tardías asociadas a la administración de neuroeléctricos— o bien lleva a la marginación social, dependencia asistencial o cronicidad, la hipótesis, a pesar de mantener la coherencia interna de las personas implicadas (familiares, trabajadores asistenciales) no respeta importantes vínculos biológicos y sociales).

En este sentido no es la hipótesis la que justifica la intervención, sino los resultados de la intervención los que deben justificar la hipótesis. Las consecuencias de la intervención pueden verificarse, las hipótesis, en cambio, son alternativas; en este caso disminuye el riesgo de producir profecías autocumplidoras.

Nuestra hipótesis operativa sobre el fenómeno de la esquizofrenia se refiere a dos fases del trastorno: el desarrollo de síntomas y su evolución. En la primera fase se incluyen las hipótesis que describen los factores que pueden influir sobre el desarrollo de los primeros síntomas del individuo, como el aislamiento social, la comunicación patológica, las ideaciones delirantes, etc. Las hipótesis que describen esta fase del desarrollo de una realidad psicótica pueden ser varias, pero deben siempre referirse al caso individual, en cuanto cualquier familia tiene una historia distinta que puede llevar al desarrollo y mantenimiento de los síntomas. En la segunda fase, más pública, nuestras hipótesis describen el impacto de los síntomas sobre otros miembros de la familia y sobre su ambiente relacional.

La hipótesis central que intenta dar sentido tanto a la fase inicial del desarrollo de los síntomas de un miembro de la familia, como de la fase del tratamiento la constituye la importancia de la atribución de significado para los seres humanos.

Para el individuo que forma parte de un grupo de “los otros significativos”, donde existe una interdependencia relacional, la atribución de significado a un acontecimiento o situación se halla ligado tanto a las exigencias de cada uno, como a la necesidad de llegar a un acuerdo sobre el significado escogido. Con frecuencia en las familias existe un desacuerdo sobre el verdadero motivo de un malestar o tensión, razón por la cual se niega o reprime la verbalización de los significados considerados tabú. Pueden negociarse o acordar a nivel “oficial” significados aceptables por todos, mientras permanecen en otro nivel las atribuciones de significado no verbalizadas. Tales atribuciones de significado no verbalizadas pueden abandonarse a favor de la atribución de significado oficial, para obtener un acuerdo general (el individuo renuncia a su propia versión de los hechos no congruente con la comúnmente aceptada); pueden ser las negadas como tabú por el resto del grupo; pueden ser las inseguras o no desarrolladas en cuanto el individuo —a pesar de no estar convencido del significado “oficial”— no consigue imaginar un significado

alternativo que explique la situación de malestar, con frecuencia porque desconoce las atribuciones de significado importantes para otras personas.

Una madre, por ejemplo, se siente a disgusto en relación al hijo y explicita esta sensación suya, atribuyéndola a la preocupación por el comportamiento rebelde de éste en relación al padre. La madre podría estar preocupada, en realidad, porque desde hace meses el marido no vuelve a casa por la noche y da señales de tener intereses en otra parte. No pudiendo verbalizar este pensamiento, la madre desplaza su tensión sobre otra situación alternativa. El desplazamiento de atribución de significado determina una atención excesiva hacia las actitudes del hijo adolescente, cuyos comportamientos —no insólitos para la edad— se convierten en “síntomas”

Para el padre la atribución de significado que considera la tensión en familia como causada por el hijo es una solución mejor que la verbalización de los problemas conyugales; a su vez, esta atribución de significado permite a la madre tanto el alejamiento de sus problemas como una forma de implicar al marido en el problema del hijo. Para este último manifestar los síntomas representa el paso de un papel de rebelde a uno de enfermo, merecedor de cuidados. De este modo los síntomas del hijo, expresión de una situación de tensión generalizada, se transforman en problema y enfermedad. Si la madre está preocupada por la ausencia del marido (atribución de significado no verbalizada), y atribuye a nivel oficial la responsabilidad al hijo, las acciones que se derivarán atraerán la atención sobre la rebelión del hijo, más que sobre los problemas conyugales de los padres. Tanto la soledad de la madre, como las relaciones entre marido y mujer, se ven colmadas de este modo de una forma indirecta con la implicación perturbadora del hijo. En este sentido, la solución del primer problema de insatisfacción es la creación y el mantenimiento de un problema alternativo. En el caso del adolescente esto significa tener que convertirse en un caso difícil o “incurable”.

Nuestra hipótesis es que, dejando de lado la vulnerabilidad individual o las interacciones familiares que hayan podido provocar el malestar inicial, cuando la atribución de significado del acontecimiento o situación no está en concordancia con el grupo implicado, el problema se halla destinado a agravarse. La necesidad de llegar a un acuerdo sobre la atribución de significado de la situación creada, podría crear dificultades siempre que el significado pensado fuera considerado tabú. En esta situación, un miembro del grupo que se atreva a verbalizar una interpretación tabú podría ser marginado, negado o criticado por no haber entendido. Se convierte en malo o loco, en la medida en que percibe cosas que no “existen” o que no deben decirse. En la relación con otro significado, esta negación de la propias percepciones, puede minar las bases del proceso fundamental de atribución de significado.

Entre los expertos del desarrollo mencionados más arriba existe un acuerdo general sobre el hecho de que el ser humano desarrolla estrategias viables a través de la relación con el “otro significativo” en una fase de prolongada vulnerabilidad y dependencia. En particular, la madre, en cuanto figura espejo, confirma la

viabilidad tanto de la comunicación y de la percepción, como de la viabilidad del proceso de atribución de significado. La comunicación ambigua y la relación de disconfirmación niegan las percepciones del otro y de sí mismo en relación al otro, niegan el reconocimiento de las propias sensaciones y emociones, y en conclusión, mina las bases del proceso de hipotetización y atribución de significado. Sin la validez del proceso de atribución de significado, la confusión que le sigue, la imposibilidad de entrar en relación con otros significativos y con el mundo social, implica consecuencias que caracterizan en parte el fenómeno de la esquizofrenia. Además de la posible vulnerabilidad biológica, estas dinámicas pueden predisponer al individuo a la fase de sintomatología declarada.

El desarrollo de la segunda fase presenta una menor variabilidad. Las atribuciones de significado oficiales —por ejemplo, las que atribuyen el motivo del malestar al hijo vulnerable— tienden a autoconfirmarse en una situación de tensión cada vez mayor y cada vez menos controlable. Frente a esta situación de grave malestar, la familia se reencuentra en la búsqueda de una atribución de significado oficial, que pueda explicar el fenómeno y orientar la acción hacia un control mayor. Por desgracia la gravedad de los síntomas hace muy difícil la tarea de encontrar un significado explicativo, dado que la relación entre los síntomas graves de la situación actual y las dinámicas relacionales del malestar original, se hace cada vez más improbable. Por este motivo, la atribución de significado oficial sobre este nuevo malestar, tiene siempre menos influencia sobre el fenómeno observado. En cualquier caso, frente al malestar que esta confusión tiende a crear, la familia tiene que encontrar una explicación no culpabilizadora y aceptable.

En esta fase de búsqueda de hipótesis viables, la familia depende del médico que se ocupa del caso, el cual asume el papel del otro significativo. En nuestra sociedad el experto —el médico— frente a la ausencia de trastornos somático, formulará la hipótesis de trastorno psiquiátrico para el mantenimiento de la propia coherencia interna. El psiquiatra experto en relaciones humanas debe confrontarse con las dificultades de entrar en relación con tal individuo desconcertante. Mientras en el mapa cognitivo neurótico se hallan inscritas las estrategias de mantenimiento de la comunicación social, el mapa cognitivo psicótico se caracteriza por la estrategia de evitación, que hace difícil la co-creación de atribuciones de significado viables. El experto propone la hipótesis de “enfermedad esquizofrénica”, definiendo el proceder y atribuyendo contemporáneamente un significado socialmente aceptable a la familia y a la comunidad.

La hipótesis diagnóstica se cosifica muy pronto en la fijación de la atribución de enfermedad. En la mayoría de casos, esto tiene un efecto tranquilizante en relación a la familia y al ambiente social en general, que halla así una explicación externa a su situación de malestar. Esta tranquilidad se refleja incluso en el sujeto que puede encontrar un rol social aceptable para sí mismo, saliendo de una situación de indefinición estrechamente personal para conseguir una condición de “indefinición

concordada” y por tanto menos angustiosa.

La prescripción de neurolépticos asume el significado de confirmación del estado de enfermedad y de su gravedad, confirma la profesionalidad y conocimientos del médico, quien ha sabido detectar el problema (diagnosticar) y proponer una solución, mantiene la praxis de la no verbalización de posibles contenidos tabú por parte del sujeto (inhibe la memoria y la motivación a actuar) y ayuda finalmente a la persona a identificarse en el rol de enfermo. Las consecuencias de este proceso son, principalmente, la atribución de la responsabilidad del malestar y del comportamiento disfuncional a la enfermedad.

Resulta de importancia fundamental, por tanto, considerar que son las hipótesis sobre la esquizofrenia las que constituyen el contexto significativo en que aparece, se desarrolla y se trata este fenómeno. Si para nosotros la esquizofrenia es un fenómeno ligado al proceso de atribución de significado o bien —lo que es lo mismo— a la imposibilidad actual de generar hipótesis distintas a la de enfermedad, es precisamente la hipótesis de enfermedad la que es viable para la coherencia interna del contexto social y psiquiátrico. La intervención consiguiente a este hipótesis tiende a cerrar las posibilidades de elección y de rol, e impone vínculos muy rígidos a la evolución del individuo. En efecto, cada vez encuentra mayor confirmación la hipótesis de que la cronificación no depende sólo de la “institucionalización”, sino que este proceso es inherente también a la gestión que la sociedad, y particularmente el sistema asistencial, llevan a cabo en relación al fenómeno.

Los individuos aprenden estrategias como la comunicación sintomática que son funcionales y validadas en el interior del sistema socio-asistencial, pero que son disfuncionales y no aceptadas en la sociedad fuera de la hipótesis de enfermedad. Obsérvese que otras hipótesis desmedicalizadas —por ejemplo, las sociales de la antipsiquiatría— han mostrado un grado limitado de viabilidad en la medida en que su hipótesis prescindía de la consideración de que estar o haber estado enfermo en un determinado contexto había provocado modificaciones organizativas en la persona y en el ambiente, y que, por tanto, la resolución eventual del problema no podía pasar a través de la negación de la realidad que se había constituido de este modo. En el interior de nuestra hipótesis esta condición debe necesariamente tenerse presente, antes de poder proponer una intervención.

De la teoría a la práctica

El hecho de que la esquizofrenia no esté en el cerebro de la persona, sino en una interacción compleja constituida por hipótesis y acciones tanto individuales como micro y macro-sociales abre las puertas a un notable número de intervenciones posibles. Se trata de utilizar todo el patrimonio de conocimientos adquiridos sobre las modalidades de intervención, descritas más adelante, volviéndolas funcionales para nuestras hipótesis. Para poner de manifiesto las consecuencias de estas

premisas, resulta oportuno a nivel terapéutico valorar la casuística según que el mapa psicótico se haya consolidado o bien posea todavía suficiente flexibilidad. Conviene valorar en qué términos ha sido co-creada en el tiempo aquella realidad psicótica por las interacciones ideativas (hipótesis concordada) por los otros sistemas significativos —la familia, la red asistencial, etc.— y las consecuencias en el tiempo de todo esto sobre los recursos actuales del sistema.

Por ejemplo, en el caso de una primera descompensación podemos encontrar-nos frente a una situación confusa y fluctuante, en la que todavía no se haya dado una importante atribución de significado ni una consolidación relativa de los mapas cognitivos en torno al concepto de enfermedad por parte de los varios sistemas implicados. En tales casos, aun con todas las dificultades relativas a la distinción y a la sobreposición de las fases, la hipótesis estratégica que guía la intervención consiste en connotar tales condiciones en términos alternativos, es decir incompatibles, con la hipótesis de enfermedad grave e irreversible.

En el caso de un así llamado “nuevo crónico” es posible que se presenten situaciones definibles como de “realidad/mapa cognitivo consolidado”. En tales situaciones, a causa de la imperiosa exigencia de la familia y de los “otros significativos” implicados en dar un sentido a las condiciones de profundo malestar, las connotaciones del trastorno como enfermedad se hallan en fase avanzada de estructuración, si es que no se han producido ya, en cuanto resultan en aquel punto ser la única vía viable para los diversos sistemas. Esto se aceptará y respetará, en cuanto que en estos casos conviene comportarse cautelosamente en el intento de co-crear nuevas atribuciones de significado, puesto que los cambios de dirección impuestos en tales condiciones representan una amenaza a la coherencia adquirida por el sistema, y provocarían la reaparición de los fantasmas de incoherencia y de desorganización de la fase precedente.

Pueden tomarse también en consideración el incremento de la autonomía del sujeto, para disminuir la dependencia asistencial, activando los recursos de los tratamientos amplios, animando a la asunción de los roles incompatibles con el de enfermo y favoreciendo una reinserción socio-profesional.

En el caso de personas asistidas durante mucho tiempo, nos hallamos frecuentemente frente a mapas cognitivos fuertemente consolidados. El individuo, la familia todavía existente, el sistema socio-asistencial y la sociedad en general concuerdan en atribuir a la enfermedad crónica la condición actual. En tales casos, la creación de una nueva realidad pasa inevitablemente a través de una acción de fuertes características psicoeducativas, dirigida esencialmente por un lado a probar en una dimensión protegida la flexibilidad del sistema y, por otro, a remover antiguos vínculos personales, muchos de ellos relativos a las condiciones institucionales y a las modalidades asistenciales. Se trata en otras palabras de ofrecer de modo gradual la oportunidad para un desarrollo hacia la autonomía, abriendo espacios evolutivos distintos de los habituales.

Al terapeuta que quiera introducir atribuciones de significado más viables —además de los mapas cognitivos consolidados— se le plantea para las dos últimas categorías de pacientes el problema de los beneficios secundarios, que se consolidan con el tiempo en relación al concepto de enfermedad. Entre estos beneficios cabe mencionar los correspondientes a la condición de inválido —pensiones, etc.— y los privilegios conseguidos eventualmente por otros miembros de la familia.

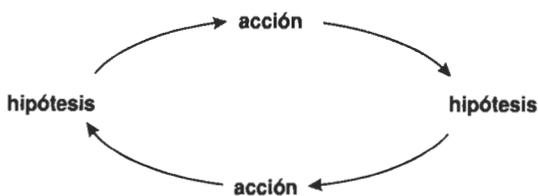
Las técnicas

Es dudosa la eficacia de las técnicas por sí mismas; ellas no son inherentes al psicoterapeuta en cuanto instrumentos conceptuales de planificación de la intervención, y sólo podrá conocerse su utilidad por los resultados obtenidos: en este sentido es determinante el uso que se hace de ellas.

En relación a nuestra hipótesis las técnicas que se utilizan se pueden reagrupar en dos áreas, por otra parte estrechamente interdependientes entre sí. La primera se refiere a la necesidad de cambiar la bases hipotéticas consolidadas en torno al concepto de enfermedad grave. Se trata, por tanto, de promover las atribuciones de significado que puedan crear una realidad más adecuada tanto a nivel biológico —en cuanto se evitan daños físicos—, social —en cuanto se evita la marginación, la dependencia asistencial— y psicológico, en cuanto se mantiene la coherencia interna de todos los sistemas implicados.

La segunda área se refiere a la falta de habilidades individuales, en la medida en que la connotación de enfermedad promueve con el tiempo y la subsiguiente creación de la realidad psicótica el aprendizaje de estrategias vinculadas a esta realidad y al papel de enfermo. En estos casos existe la necesidad de proporcionar al individuo las oportunidades de reaprender —sobre todo a través de la acción— tanto las habilidades prácticas para una vida autónoma de la red asistencial, como las estrategias sociales para un mundo no psicótico, tanto las capacidades para una eficaz inserción socio-profesional, proyectando eventualmente una “separación constructiva” de la familia.

Para cambiar las bases hipotéticas consolidadas existen varias técnicas derivadas de los sistémicos, estratégicos y cognitivistas. En el esquema circular:



las técnicas pueden actuar inicialmente como hipótesis —el reencuadre, la connotación positiva, las preguntas circulares— con la finalidad de aumentar la perturbación en el sistema, promoviendo de este modo nuevas asociaciones e hipótesis. O bien

las técnicas pueden actuar primeramente a nivel de la acción —a través de prescripciones comportamentales, de rituales, etc.— las cuales utilizando la pres-

cripción de un cambio obligado o experiencia comportamental, pueden favorecer un cambio en el sistema a nivel de sus hipótesis.

Queremos subrayar que, aunque un terapeuta supiese captar todas las atribuciones de significado no verbalizadas de cada uno de los miembros de la familia, en general con esta casuística no resulta útil hacerlas verbalizar ni intentar descubrir conjuntamente las “verdaderas” causas del malestar. Habida cuenta de que en la mente de cinco miembros de una familia existen cinco familias, los puntos de vista de cada miembro se tomarán en cuenta para orientar la familia hacia una atribución de significado “oficial” alternativa que produzca acciones capaces de disminuir el malestar en relación a todas las personas implicadas. Con esta finalidad se pueden utilizar las atribuciones de significado que desafían, provocan o connotan las situaciones de forma alternativa.

La connotación alternativa utiliza frecuentemente el concepto de “crisis existencial o evolutiva” en la que se pone de relieve el potencial y las características positivas. En otros casos se podrá connotar la situación en términos de “misterio”, de “comportamiento voluntario”, de “sacrificio”, “de comportamiento orientado a la unidad de la familia”, etc. Cuando el significado de enfermedad es central, se trata de introducir el concepto de enfermedad con evolución positiva —en términos de porcentaje o de revisión de la literatura, etc.— o bien de vaciar progresivamente el significado frente a la autonomía que el sujeto va adquiriendo.

Las técnicas de la segunda área son las de la intervención reabilitadora, orientadas a proporcionar las oportunidades de adquisición de habilidades de la vida cotidiana, habilidades sociales y laborales de las que carece el individuo. Tales técnicas deben hallarse inscritas en una estrategia adecuada que tienda a la autonomía de la red socio-asistencial, de otro modo se corre el riesgo, paradójicamente, de que las técnicas reabilitadoras contribuyan de modo importante a confirmar al enfermo en su rol, perpetuando la realidad psicótica. El principio clave para evitar este riesgo —y para mantener la coherencia de nuestra intervención— lo constituye el enfoque “no directivo” en la utilización de las técnicas reabilitadoras, en la relación con los usuarios y en las modalidades de gestión del equipo. Este enfoque que implica una formación específica del equipo, expresa la actitud constructivista derivada de los conceptos expuestos con anterioridad y dedica una especial atención a aspectos como la flexibilidad operativa, la relatividad y la funcionalidad de la hipótesis, la autoorganización individual y del grupo. El trabajo en grupo resulta de particular importancia, dado que puede servir de “palestra relacional”, de apoyo afectivo recíproco y como oportunidad terapéutica para co-crear nuevas atribuciones de significado viables.

Hasta ahora se ha hablado de intervenciones orientadas a los mapas cognitivos de los usuarios, pero se impone ahora una consideración sobre las de los operadores. La intervención se precisa en la formación teórico-práctica, en la supervisión del equipo y en la consulta clínica, y se orienta hacia minar las bases de las atribuciones

de significado “oficiales” que sirven de justificación, pero no como hipótesis de intervención viable. Conviene que los operadores sean bien conscientes de los beneficios que se derivan de su condición de expertos.

En el proceso de formación atribuimos una notable importancia a la experimentación sobre sí mismos, utilizando los procedimientos que permiten al operador convertirse simultáneamente en observador y observado. Este es un primer paso hacia el conocimiento de su participación en lo que observa y la importancia de su presencia como observador y observado en el desarrollo de una intervención. En particular, se proponen aquellos juegos que en el campo de la atención, la percepción y la memoria que revelan en qué medida nuestro conocimiento y nuestros esquemas influyen sobre lo que vemos; los juegos que muestran nuestra tendencia a completar, a dar significado a lo que observamos, y finalmente a los juegos de rol que evidencian los aspectos relacionales y sociales, particularmente el uso del lenguaje y de la comunicación verbal y no-verbal. Para favorecer una flexibilidad a nivel de atribución de significado hemos desarrollado el “juego infinito”. Este juego se propone como una primera aproximación al enfoque constructivista, en cuanto ilumina las diferencias entre las atribuciones de significado “oficiales” verbalizadas y las pensadas o negadas, la operatividad más que la verdad de las hipótesis y pone de manifiesto, finalmente, —y de ahí el nombre de juego infinito— cómo en cada grupo, obligado a ponerse de acuerdo sobre el significado de un acontecimiento observado, actúan los mismos mecanismos. Descrito de forma muy esquemática: se forman dos o más grupos y se empieza por el grupo “familia” al que se le asigna la tarea de llegar a un acuerdo sobre un problema definido; a cada miembro se le instruye con tareas precisas, algunas de las cuales no son verbalizables. En la fase siguiente el grupo de los observadores debe ponerse de acuerdo sobre la atribución de significado de lo que se ha observado y en este momento se hace evidente el papel que juegan las atribuciones de significado oficiales y las no verbalizadas en el trabajo de equipo; la convergencia de puntos de vista diferentes ha creado una nueva realidad, distinta sin embargo, de la de la “familia”. En un segundo tiempo se pide al operador practicar el arte de recoger elementos de la entrevista con el otro para construir una atribución de significado viable. Durante el coloquio “los otros significativos” muestran los elementos que consideran importantes para confirmar su hipótesis o explicación de los acontecimientos. Los operadores deben ser capaces de establecer modelos alternativos, seleccionando aquellos elementos de la entrevista o de la historia evolutiva que puedan ser significativos para negociar y construir conjuntamente una nueva atribución de significado más viable para todos.

Un instrumento que ha demostrado tener una notable capacidad de generar hipótesis y atribuciones de significado viables está constituido por una versión ampliamente modificada de la técnica de la “solución de problemas” (*problem solving*). En la resolución de problemas, después del momento de definición y análisis del problema, se pasa a la fase del *brainstorming*, o de generación de

hipótesis. A continuación se procede a la valoración particularizada de cada una de las hipótesis, la elección de la alternativa considerada más adecuada, y, finalmente, su aplicación a la práctica con la consiguiente verificación. La fase del *brainstorming* favorece la creatividad en la construcción de atribuciones de significado alternativas, las cuales se valoran en función de su viabilidad en relación a las posibles consecuencias. La variante introducida por nosotros —llamada de los “puntos de vista” (Rezzonico & Meier, 1987)— favorece la actitud de aceptación de la relatividad y subjetividad de las varias atribuciones de significado individuales. Se les pide a los participantes que se pongan de forma activa “en la piel del otro” —operador, paciente, familiar, etc.— y de sugerir, a continuación, cuáles podrían ser las soluciones para un problema desde el punto de vista del otro individuo. Esta técnica ha sido usada, tanto con grupos de pacientes, como de familias y, sobre todo, como técnica de trabajo y de conducción del equipo (De Isabella & Rezzonico, 1989) para minar los esquemas mentales rígidos, estimular la construcción de nuevas ideas y permitir una gestión *horizontal* y responsabilizadora del equipo.

Las capacidades adquiridas de esta forma —y constantemente sometidas a discusión en los encuentros de equipo— se explicitan tanto a nivel de la relación individual, como en las actividades de grupo. En la relación individual con el operador privilegiado el paciente tiene la oportunidad de experimentar un tipo particular de vínculo afectivo, que puede en algunos casos favorecer la exploración de los significados personales.

En las actividades rehabilitadoras se trata de proponer una lectura no trivial. La actividad de “preparar la comida” significa proporcionar la oportunidad para aprendizajes de vida autónoma. Significa un contexto pedagógico, donde el paciente es el alumno y el operador el maestro. Significa la propuesta de un modelo imperfecto que debe ser observado. Significa que tanto el paciente como el operador saben que están jugando un papel determinado, y que el otro también lo sabe. Significa grupo, y por lo tanto aspectos afectivos, comunicativos, de solución de conflictos y problemas. Significa organización, capacidad de previsión, situaciones gratificantes y muchas otras cosas.

En el enfoque rehabilitador “no directivo” se juega en todos estos niveles, intentando poner de manifiesto en concreto que es el individuo quien atribuye y crea conjuntamente con los demás el significado de los varios niveles de realidad, quedando bien establecido que, salvo posibles excepciones, la comida debe estar a punto a la hora convenida.

Algunas implicaciones pragmáticas

Desde esta perspectiva el terapeuta es responsable de la realidad creada, de la verificación de las propias profecías: le está prohibida la atribución de culpabilidad por la falta de mejora terapéutica a la enfermedad, a las instituciones, o a los compañeros. Este hecho exige, por parte de los operadores, una verificación

constante de las consecuencias de las hipótesis en términos de ventajas o desventajas de carácter biológico, psicológico y social, siguiendo las pautas de Haley (1981).

Al mismo tiempo, la conciencia de no poseer una verdad absoluta es la premisa por el respeto de las verdades creadas por los otros —pacientes, terapeutas, etc.— que pueden mostrarse más adecuadas según las circunstancias. Significa además el compromiso de hacer lo más públicos posibles las intervenciones llevadas a término, incluso con la construcción común de los instrumentos de evaluación, y con la recuperación de la “objetividad científica”, interpretada en un modo distinto.

La elaboración continua de las modalidades de trabajo a través de la investigación, favorece una actitud de autocrítica y flexibilidad en los operadores y consiente la creación de un grupo de trabajo con finalidades precisas y concordantes. Finalmente, creemos que con esta forma de trabajo se constituye un sistema de trabajo más gratificante, aunque no menos gravoso, para los operadores, sobre todo porque parece capaz de suscitar la novedad con mayor facilidad, favoreciendo por tanto la creatividad del individuo y del grupo.

Conclusiones

El enfoque constructivista “ingenuo”, que hemos descrito en este artículo, pone de manifiesto una forma de pensar que nos ha resultado útil y ventajoso para hacer frente al problema del tratamiento de la esquizofrenia. Subrayar la naturaleza hipotética del concepto de esquizofrenia no significa negar la viabilidad de otras hipótesis, sino más bien tratar de utilizar lo mejor posible y a través de una constante verificación de resultados las técnicas disponibles.

En este artículo se presentan las implicaciones pragmáticas derivadas de un enfoque constructivista para el tratamiento de la esquizofrenia. Se concede un papel central al proceso de atribución de significado en la aparición del trastorno y la dirección que sigue su desarrollo. Como consecuencia se hace imprescindible una definición de los objetivos, una utilización integrada de las técnicas y una constante atención a los resultados de la intervención en relación a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas:

- ATLAN, A. (1979). *Entre le cristal et la fummé*, Seuil, Paris.
BARA, B.G., CARASSA, A., GEMINIANI, G., STREPPARAVA, M.G. (1988). L'evoluzione della mente: i

- paradigmi piagetiano e computazionale a confronto. *Età evolutiva*, 31, 5-15.
- BARLETT, F.C. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- BOCCI, G., CERUTTI, M. (1985). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, C., HOFFMAN, L., PENN. (1987). *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- BRUNER, J. (1986). *Actual minds, possible words*. Cambridge: Harvard University Press.
- DE ISABELLA, G., REZZONICO, G. (1989). Il problem solving come tecnica di conduzione dell' équipe. In A. Meneghelli, D. Sacchi (Eds.), *La terapia e la modificazione del comportamento negli anni 80*. Milano: Ghedini.
- DELL, P. (1980). Researching the family theories of schizophrenia. *Family Process*, 10, 321-326.
- GUIDANO, V. (1987). *Complexity of the self: a developmental approach to psychopathology and therapy*. New York, London: Guilford Press.
- HAYEK, F.A. (1986). *Legge, legislazione e libertà*. Milano: Il Saggiatore.
- HALEY, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- HALEY, J. (1981). Reflections on therapy. *Psicobiettivo*, 8, 49-59.
- HOLLAND, J.H., HOLYOAK, K.J., NISBETT, R.E., THEGARD, P.R. (1986). *Induction: Processes of inference, learning and discovery*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- JANTSCH, E. (1980). *The self-organizing universe: Scientific and human indications of the emerging paradigm of evolution*. New York: Pergamon.
- JOHNSON-LAIRD, P.N. (1983). *Mental models. Towards a cognitive science of language, inference and consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KENNY, V. (1988). Autopoiesis and alternativism in psychotherapy: Fluctuations and reconstructions. In F. Fransella & L. Thomas (eds.), *Experimenting with personal construct psychology*. London: Routledge.
- MATURANA, H.R., VARELA, F.J. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Dordrecht: Reidel.
- MATURANA, H.R., VARELA, F.J. (1987). *The tree of knowledge: the biological roots of human understanding*. Boston: New Science Library.
- MATURANA, H.R. (1988). Reality: the search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 1-25.
- MEIER, C., REZZONICO, G. (1988). Considerazioni sul processo terapeutico nella schizofrenia. *Quaderni di formazione psichiatrica*, 4, 153-156.
- MENDEZ, C., CODDOU, F., MATURANA, H. (1988). The bringing forth pathology. In (ed.) *The Irish Journal of Psychology*, 9, 144-172.
- MORIN, E. (1985). La via della complessità. In G. Bocchi & M. Ceruti (Eds.), *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- PIAGET, J. (1967). *Logique et connaissance scientifique*, Encyclopédie de la Pléiade. Paris: Gallimard.
- PIAGET, J. (1970). *L' épistémologie génétique*. Paris: P.U.F.
- PRIOGOINE, I., STENGERS, I. (1979). *La nouvelle alliance: métamorphose de la science*. Gallimard.
- REDA, M. (1985). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- REZZONICO, G., MEIER, C. (1987). *La riabilitazione nell' assistenza socio-psichiatrica: analisi di una esperienza*. Milano: Unicopli.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. BOSCOLO, L. CECCHIN, G., PRATA, G. (1980). Ipotizzazione, circolarità e neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, 7-20.
- UGAZIO, V. (Ed) (1988). *La costruzione della conoscenza*. Milano: Angeli.
- VON FOERSTER, H. (1981). *Observing systems*. Seaside: Intersystems.
- VON GLASERSFELD, E. (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality*. New York: Norton.
- VON GLASERSFELD, E. (1987). *The concepts of adaptation and viability in a radical constructivist theory of knowledge. In the construction of knowledge: contributions to conceptual semantics*. Seaside: Intersystems.
- VON GLASERSFELD, E. (1988). The reluctance to change a way of thinking. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 26-83.
- WATZLAWICK, P. (ed.) (1984). *The invented reality*. New York: Norton.
- ZELENY, M. (ed.) (1981). *Autopoiesis: a theory of living organization*. New York: North Holland.

FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN HABILIDADES SOCIALES

J. Guarch, R. Cirici, M. Bel, J. Obiols.
Hospital Clínic, Barcelona

Social Skills Training is one of the few psychosocial interventions of proven effectiveness with schizophrenic patients. The present article discusses theoretical and practical aspects of this technique within the framework of Family Educational Therapy, and make references to work being done in this area at the Hospital Clínic de Barcelona.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, que ha sido objeto de estudios y revisiones a lo largo de toda la historia de la Psiquiatría y la Psicología Clínica. Uno de los aspectos más destacados de esta patología es el funcionamiento social alterado. Actualmente el DSM III-R considera el **deterioro en el funcionamiento social** como una característica deficitaria de la **Esquizofrenia**, incluyéndolo como criterio diagnóstico.

Para Colodrón (1990) uno de los aspectos más significativos en esta enfermedad es la “escisión” del funcionamiento psíquico, que conlleva la interiorización de la vida psíquica y una notable pérdida de contacto con el medio social.

Nuestra intención en el presente artículo, es subrayar la importancia del funcionamiento social en la esquizofrenia, entendiéndolo como un factor imprescindible y vital para el desarrollo de cualquier individuo.

Coincidimos con los autores J.E. Obiols y J. Obiols (1989) en la trascendencia que tiene el funcionamiento social como un elemento que ayuda a comprender el continuum salud-enfermedad. Entienden la esquizofrenia como una enfermedad cerebral, puesto que también es función de nuestro cerebro, entre otras, la de “asimilar estímulos ambientales de tipo social y utilizarlos para una correcta adaptación al medio”. Para ellos el resultado de la incapacidad de un Sistema Nervioso para adaptar al individuo a un medio —especialmente al más complejo de

los niveles: el social—, sería la esquizofrenia.

Las primeras manifestaciones de la enfermedad, en la adolescencia o primera juventud, coinciden con el período de desarrollo en el que es típico el incremento de los contactos sociales y la mejora, a través de repetidos ensayos, de nuestras relaciones interpersonales. Sin embargo, en los pacientes esquizofrénicos, la falta de habilidades interpersonales y un funcionamiento social empobrecido parecen ser características premórbidas. Además, el curso crónico de la enfermedad, habitualmente lleva a un deterioro de las funciones superiores.

Aunque con la prescripción de neurolépticos se consigue atenuar la sintomatología más activa y aparente, suele ser frecuente el establecimiento de “un estado defectual o residual, que abarca tanto aspectos neuropsicológicos (trastornos mnésicos, atencionales, apráxicos, cognitivos,...) como sociales” (Obiols y Obiols, 1989).

La dicotomización de los síntomas entre positivos y negativos (Andreasen, 1982 y 1987), aunque polémica para determinados autores, nos es útil desde el punto de vista terapéutico, como destacaremos seguidamente. El primer grupo de síntomas lo constituyen los llamados **productivos** o **positivos** de la esquizofrenia, y corresponden a las ideas delirantes, las alucinaciones, los trastornos de conducta y determinadas alteraciones del lenguaje. Los síntomas **negativos** o **defectuales** son los que implican pérdida o disminución de funciones, y los constituyen la abulia y aplanamiento afectivo, anhedonia, anergia, apatía, inhibición social y pobreza del contenido del lenguaje. Cabe también considerar síntomas negativos y efectos secundarios de la medicación, que frecuentemente dan lugar a la percepción de un paciente con un deterioro más importante que el real.

Tratamiento: complementariedad farmacoterapia-psicoterapia

Disponemos de sobrada evidencia respecto a la eficacia de los fármacos neurolépticos sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia. Los antipsicóticos se consideran universalmente como tratamiento de elección en el abordaje de la esquizofrenia en fase aguda (Carpenter, 1986; Simpson, 1984).

Sin embargo su acción es limitada, y en ocasiones estéril, en la eliminación de los síntomas negativos (Crown, 1985; Obiols y Obiols, 1989; Simpson, 1984). A menudo, pacientes esquizofrénicos con niveles correctos de medicación siguen experimentando altas tasas de recaídas (Hogarty, 1984) y continúan presentando déficits en el funcionamiento social e interpersonal (Anthony y Liberman, 1986; Wallace, 1984).

Es innegable que la eficacia de los neurolépticos ha permitido a numerosos pacientes vivir en la comunidad, pero no ha mejorado su calidad de vida, puesto que la medicación por sí sola no puede enseñarles las habilidades de afrontamiento necesarias para adaptarse a su medio (Fallon y Liberman, 1983; Liberman y cols., 1986). Obviamente, pues, el tratamiento psicoterapéutico debe centrarse en las

características propias de la enfermedad, no en subsanar los efectos secundarios de la medicación.

Como consecuencia, en los últimos años se ha dirigido la atención hacia los **tratamientos psicológicos** y la evaluación de su impacto en el curso de la esquizofrenia. Un estudio realizado por Malm, ya en 1982, demuestra que la terapia de grupo, combinada con los fármacos, mejora toda la sintomatología negativa que arrastran estos enfermos tras la manifestación de la esquizofrenia.

En resumen, la medicación antipsicótica “permite actuar directamente sobre los síntomas prominentes de la esquizofrenia y así facilitar la accesibilidad de los pacientes a la intervención psicosocial: **complemento indispensable** del tratamiento farmacológico” (Fallon y Liberman, 1983; Obiols y Obiols, 1989).

Justificación de los tratamientos psicológicos: modelo de vulnerabilidad.

La escasa habilidad de que dispone el paciente esquizofrénico para enfrentarse a su ambiente social le comporta un nivel de **estrés** que repercute de forma negativa en su desarrollo dentro de la comunidad (Halford y Haynes, 1991). Se acentúa así su inhibición y por tanto el deterioro social.

Según destaca Colodrón (1990), una de las posibles opciones para contrarrestar este retraimiento es la Terapia Ocupacional o Laborterapia, siendo indicada su adopción para la rehabilitación de estos pacientes.

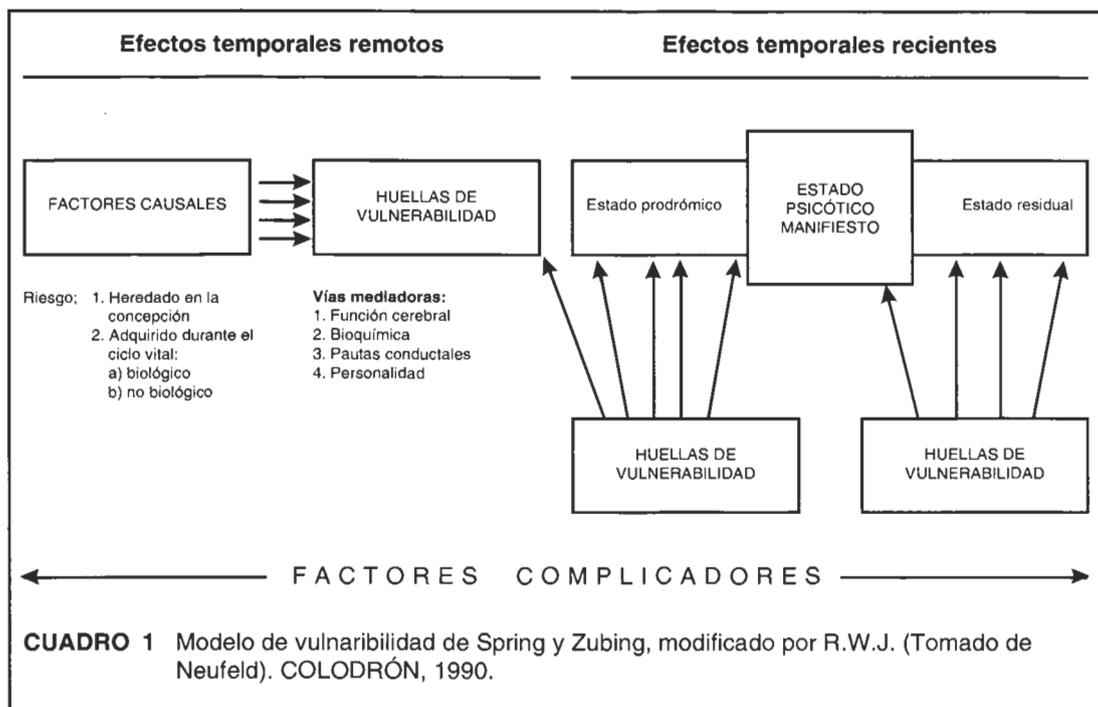
El **Entrenamiento en Habilidades Sociales** es una de las pocas terapias psicosociales reconocidas como efectivas en pacientes esquizofrénicos (Ballús, C. y cols., 1991; Bellack y cols., 1984; Brown y Munford, 1983; Hogarty y cols., 1986; Liberman y cols., 1986; Wallace y Liberman, 1985).

Otro abordaje de indudable eficacia lo constituye la **Terapia Psicoeducativa Familiar** (Falloon y cols., 1982; Hogarty y cols., 1986; Leff y cols., 1982; Wallace y Liberman, 1985). Con frecuencia, las deficiencias en el funcionamiento social de los esquizofrénicos les hace dependientes de sus familias como único **soporte social** (Wallace, 1984). Por consiguiente, los patrones de interacción y los estilos de comunicación entre paciente y familia tienen una influencia crucial.

A partir del concepto de **Emoción Expresada** (EE) se ha podido establecer una correlación entre ciertas actitudes emocionales de los familiares que conviven con el paciente (comentarios críticos, hostilidad, sobreinvolucración) y el curso de la enfermedad, de tal índole que se observa un 50% de recaídas, a los 9 meses de alta hospitalaria, en los pacientes que vuelven a un hogar con predominio de alta EE, frente a un 15% en los familiares con baja EE (Brown y cols, 1972; Vaughn y Leff, 1976; Vaughn y cols., 1984).

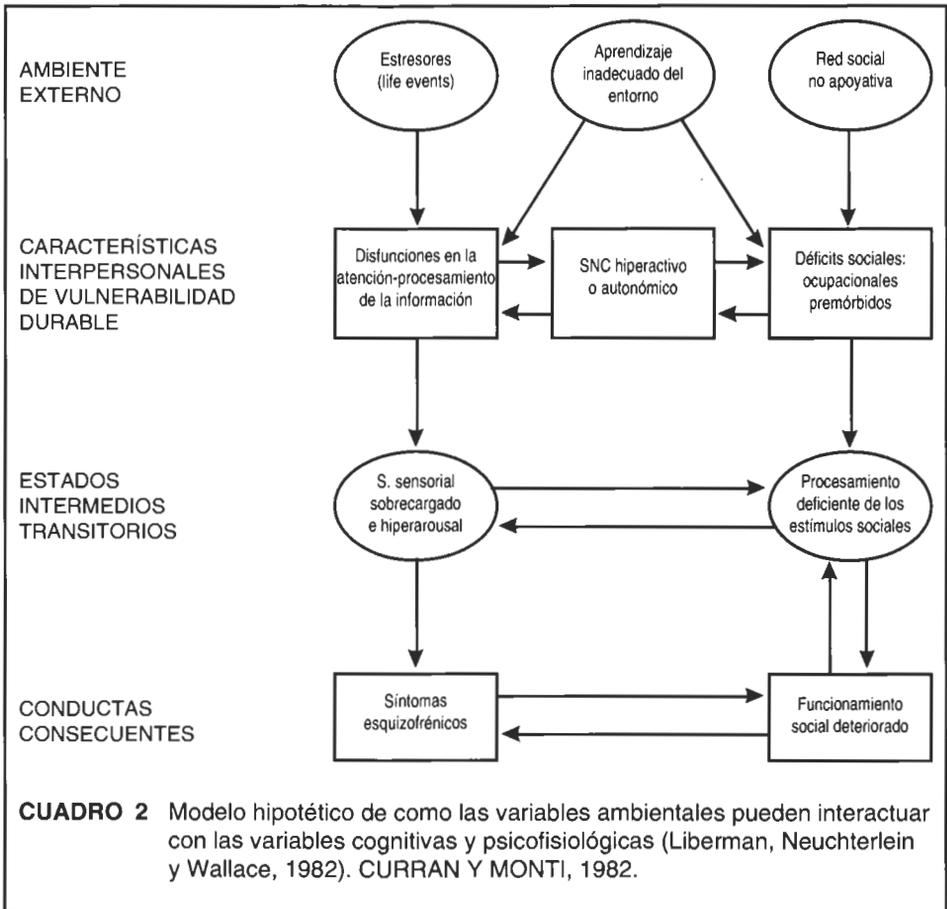
Ambas intervenciones, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Terapia Psicoeducativa Familiar, podrían basarse en el **Modelo de Vulnerabilidad** de Zubing y Spring (1977): los agentes estresantes pueden desencadenar la manifestación de la enfermedad esquizofrénica, en las personas con una mayor predisposi-

ción de índole biológica. Dicha vulnerabilidad dependerá también de la habilidad del sujeto, ya adulto, en afrontar ese estrés. De hecho Zubing y Spring especifican que entre la impronta de vulnerabilidad y la esquizofrenia manifiesta, transcurren unos estadios temporales intermedios que dificultan aún más las relaciones con el ambiente y desembocan en un estado ya deficitario del pensamiento cognitivo, induciendo a la aparición de los síntomas activos de la enfermedad. Finalmente, señalan como factores protectores del estrés la medicación antipsicótica y la red de soporte social (Cuadro 1).



Liberman y cols. (1982) elaboran un nuevo modelo de Vulnerabilidad psicológica, y proponen que como consecuencia de los déficits sociales de estos pacientes, acontecimientos triviales o “life-events” cotidianos, que no representarían amenaza para otras personas, actúan en ellos como estresores y pueden precipitar una descompensación (Cuadro 2).

Como señalan Liberman y Mueser el Modelo de Vulnerabilidad hipotetiza que los pacientes esquizofrénicos debidamente medicados tienen mayores probabilidades de funcionar adecuadamente e integrarse en la comunidad si disponen de adecuadas **habilidades sociales, competencia interpersonal e interacciones de soporte** con sus familias.



La adquisición de Habilidades Sociales, a través de los Programas de Entrenamiento, constituye un intento para el desarrollo de redes de soporte social, y una ayuda para enfrentarse con efectividad a los estresores diarios (Anthony y Liberman, 1986; Liberman y cols., 1989; Trower, Bryant y Argile, 1978; Wallace y cols., 1985). En consecuencia, el Entrenamiento en Habilidades Sociales redundará en una mejora de la calidad de vida y afecta a la frecuencia de recaídas disminuyendo su incidencia.

EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.

El concepto de Habilidades Sociales cuenta con numerosas definiciones. En su mayoría incluyen alguna combinación de las siguientes dimensiones (Saltó y cols., 1990; Wallace y cols., 1980):

- 1) Estado Interno del sujeto: sentimientos y actitudes.

- 2) Percepción del Contexto Interpersonal (dependiendo de la dimensión anterior), que incluye:
 - Variables situacionales
 - Patrones cognitivos de interpretación de las situaciones.
- 3) Topografía Conductual: manifestaciones verbales, no-verbales y paralingüísticas (contacto ocular, gesticulaciones, postura, fluencia del habla, volumen, contenido,...).
- 4) Resultado de las interacciones para el sujeto: obtención de refuerzo social positivo compatible con la consecución de los propios objetivos.
- 5) Resultado de la interacción en los interlocutores, reflejado a través de sus actitudes, sentimientos, conductas y propósitos.

Con la intención de incluir todas las variables relevantes de la conducta socialmente habilidosa, Caballo (1987) propone la siguiente definición: "Es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y, generalmente, resolviendo los problemas inmediatos de la situación, al tiempo que minimiza la probabilidad de problemas futuros".

Los diversos programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales para sujetos esquizofrénicos se basan en los principios conductuales, la Teoría del Aprendizaje y el modelo de Procesamiento de la Información (Bellack y Hersen, 1978; Kelly, 1982; Liberman y cols., 1986), incorporando en las últimas propuestas los procedimientos de Resolución de Problemas (Halford y Haynes, 1991; Wallace y Liberman, 1985).

Las habilidades entrenadas varían considerablemente en cada estudio, y van desde el desarrollo de una única conducta discreta, a la amplitud de habilidades que intervienen en la comunicación interpersonal, aplicadas a la vez, a diversas situaciones sociales (entrevistas laborales, citas, salud, economía,...) (Halford y Haynes, 1991).

Por nuestra parte el programa de Habilidades Sociales que venimos aplicando desde el año 1988, en la Subdivisión de Psiquiatría y Psicobiología Clínica del Hospital Clínico Provincial de Barcelona, se adscribe al proyecto PIAE-PPRE de asistencia global al esquizofrénico y a sus familiares. En nuestro programa el entrenamiento va dirigido a pacientes diagnosticados de Esquizofrenia, con edades comprendidas entre 18 y 35 años. Consta de dos partes, las primeras sesiones se dedican exclusivamente al desarrollo y fomento del uso correcto de conductas topográficas, divididas en componentes No-Verbales (mirada, gestos, postura corporal, expresión facial,...) y Paralingüísticos (volumen y tono de la voz, fluidez en el habla,...). Completado este primer apartado, nos centramos en el contenido de la comunicación, desarrollo de habilidades de inicio y mantenimiento de la conversación, expresión de sentimientos, actitudes y opiniones, y defensa de los

propios derechos (asertividad).

Hasta el momento hemos realizado 6 grupos terapéuticos, con una composición no superior a 8 pacientes por grupo, donde se han venido aplicando las siguientes técnicas conductuales: Instrucciones y Aleccionamiento, Focalización de la Atención, Role-Play con Moldeamiento, Refuerzo Positivo Inmediato, Reensayo Conductual y Tareas para Casa con Autorregistros.

A lo largo de las sesiones y a través de la práctica (role-playing) de situaciones diversas de interacción social y que son habituales en la vida cotidiana (pedir información, realizar compras, manifestar opiniones, iniciar conversaciones...), se entrena a los pacientes a mejorar su capacidad de comunicación:

- Las habilidades de RECEPCION: Percepción adecuada de la situación.
- Las habilidades de PROCESAMIENTO: Interpretación de la situación interpersonal y generación de alternativas, considerando las consecuencias y eligiendo una respuesta razonable.
- Las habilidades de EMISION: Manifestación de una respuesta social afectiva, utilizando tanto conductas verbales como no-verbales.

(La bibliografía consultada propone la técnica del Modelado "Modeling", sin embargo desde nuestra experiencia, es complejo proporcionar modelos válidos, imitables, a estos pacientes; en cambio obtenemos mejores resultados -aprendizaje y práctica del componente trabajando en cada sesión- con la aplicación del Moldeamiento "Shaping". (Saltó y cols. 1990).

Como señalábamos el aprendizaje se realiza al mismo tiempo que se aplican y practican las habilidades a diferentes áreas y situaciones sociales (familia, amigos, compañeros de trabajo, superiores, citas, compras, reclamaciones, solicitudes de información, petición o rechazo de favores,...). Para ello nos servimos del Ensayo Conductual —durante la sesión— y, sobre todo, de la asignación de Tareas para Casa, estrategia indispensable para conseguir la transferencia y generalización de las habilidades aprendidas al ambiente natural de cada sujeto.

Naturalmente, a pesar de una programación conjunta para todos los miembros del grupo, durante las prácticas se "individualizan" los contenidos, y para cada sujeto se incide especialmente en el área en la que se ha detectado, durante la evaluación previa, mayores dificultades de funcionamiento social.

El procedimiento de Entrenamiento en Habilidades Sociales, por tanto, se asemeja más a un aula de enseñanza que a una terapia tradicional (Lieberman y cols., 1986), por consiguiente precisa de la participación activa, tanto de pacientes como de terapeutas. El objetivo es conseguir el dominio de ciertas estrategias que permitan al paciente reducir el nivel de estrés durante las interacciones, comunicarse con efectividad con los demás y, en consecuencia, trabajar en pro de su adaptación a la comunidad.

Evidentemente, de conseguirse estos objetivos, y eso parece a la vista de los resultados (como bien se demuestra en la revisión de Halford y Haynes, 1991),

estamos mejorando la calidad de vida de los pacientes e incidimos favorablemente en el curso de la enfermedad, aunque sobre este último aserto serían necesarios estudios más controlados que aportasen una evidencia fiable.

Comentarios finales.

A pesar del carácter crónico de la enfermedad esquizofrénica y de su pronóstico grave, en la actualidad ya no es posible mantener una actitud nihilista, ni ética ni científicamente.

En este mismo artículo se han aportado diversas opciones terapéuticas efectivas, que enmendarían una actitud reticente frente a la mejoría de los enfermos esquizofrénicos.

Sin embargo, tampoco se trata de adoptar una actitud opuesta y mantener un falso optimismo: no puede hablarse por ahora de una curación absoluta, aunque sí es posible la remisión, al menos temporalmente, de los síntomas y es adecuado si no imprescindible, actuar en ese momento con vistas a la “resocialización” de estos pacientes, enseñándoles estrategias o dominio de técnicas e instrumentos que les permita una vida lo más normalizada posible, incluyendo la adaptación a su medio.

Insistimos en la importancia de una correcta evaluación para la detección de los déficits sociales y/o instrumentales específicos de cada paciente, y la programación de la intervención más adecuada a sus necesidades inmediatas para conseguir dichos objetivos.

Las intervenciones psicosociales han de plantearse objetivos realistas y a pequeña escala, implantándolos de forma gradual. En este sentido, destacamos la propuesta de Liberman y cols. (1982) (Cuadro nº 3), entendiendo que la intervención óptima debe basarse en un marco plural que se ocupe de atender, además de las áreas que atañen al propio paciente, al resto de sistemas que interactúan con él: Intervención Psicoeducativa con familiares y creación de estructuras sociales de soporte.

Desde los años 60 se han venido publicando trabajos sobre Entrenamiento en Habilidades Sociales con pacientes esquizofrénicos, que han demostrado que la intervención es adecuada y efectiva por cuanto supone un incremento —o adquisición— de habilidades que redundan en la sensación subjetiva de confort y mayor seguridad para el sujeto durante las situaciones de contacto social (Halford y Hayes, 1991).

En nuestros grupos apreciamos, además, un aumento notable de la motivación y frecuencia en la autoexposición a situaciones sociales diversas.

Sin embargo, queda aún mucho por hacer. Destacábamos con anterioridad la incorrección de mantener una actitud optimista, por ser poco realista; está claro: no todos los programas de intervención son útiles ni adecuados a todos los pacientes; ni todos persiguen un objetivo terapéutico —con demasiada frecuencia se pretende únicamente entretener al paciente—; ni es similar el nivel de incidencia de cada tipo de intervención sobre la enfermedad.

Cuadro 3 Áreas de funcionamiento y terapias de la intervención clínica del programa de entrenamiento en Habilidades sociales y comunitarias				
NIVEL DE ENTRENAMIENTO	SOCIAL	VIVIENDA INDEPENDIENTE COMUNIDAD	VOCACIONAL	MANEJO DE SÍNTOMAS
I	Entrenamiento en HHSS básicas	Piso protegido con entrenamiento específico en arreglar y limpiar la casa.	Entrenamiento prevocacional para el programa MHCRC.	Supervisión de los síntomas y medicación por el cuidador y educación en programa MHCRC.
II	Entrenamiento en HHSS instrumentales	Vivienda en comunidad de soporte (visitas diarias del staff)	Taller protegido.	Entrenamiento por parte del staff
III	Entrenamiento en HHSS conversacionales	Vivienda en comunidad con persona de soporte (entrenamiento avanzado)	Trabajo en comunidad con supervisión del staff	Supervisión por parte de la familia o iguales.
IV	Habilidades de generalización a situaciones problemáticas especiales y a la superación etiqueta social. Grupo continuo.	Vivienda en comunidad con persona de soporte (Grupo continuo)	Trabajo independiente en la comunidad.	Independiente.

De hecho, a pesar de las numerosas publicaciones, pocos estudios cuentan con una metodología correcta, que incluya grupo control y seguimiento posterior de los cambios detectados. Halford y Hayes (1991) recogen únicamente 5 estudios, publicados todos a partir de 1983.

Esto evidencia la necesidad, a partir de ahora, de trabajar en vistas a una mayor especificación tanto del tratamiento como de las técnicas empleadas, así como del tipo de paciente —o del tipo de síntomas que presente— susceptible de obtener beneficios con la intervención. Liberman y cols. (1986) aportan ya algunos datos al

respecto.

Por lo tanto, consideramos que la evaluación ya no debe ceñirse exclusivamente al estudio de la efectividad del tratamiento, sino a discernir en qué consiste esta efectividad ya comprobada; se trata de determinar cuál es su **incidencia en el curso de la enfermedad**:

- A qué tipo de déficits va dirigida cada estrategia terapéutica utilizada.
- Para qué tipo de pacientes es más adecuado un programa determinado.
- Cómo afecta la intervención a los síntomas que persisten durante las fases intercríticas.
- Qué incidencia tienen otros tratamientos que puedan o deban (fármacos) administrarse simultáneamente.
- Cómo se modifica el curso de la enfermedad: frecuencia de recaídas, tiempo medio de hospitalización, intensidad de los síntomas agudos, manejo de los síntomas por el propio paciente,... por poner algunos ejemplos.

Algunas de las razones de el porqué es necesaria esta especificidad no se refieren únicamente a las argüidas de tipo ético y terapéutico, ni científico. El coste económico y social de las enfermedades crónicas es muy importante, por lo tanto, a la creciente demanda de servicios le es indispensable una oferta válida y rentable, y no solamente por motivos económicos sino por razones sociales: mejor calidad de vida para el que la recibe.

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es una de las pocas terapias psicosociales reconocidas como efectivas en pacientes esquizofrénicos. El artículo desarrolla los aspectos teóricos y prácticos de este enfoque dentro del marco de la Terapia Psicoeducativa Familiar y hace referencias a los trabajos que en este sentido se llevan a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona.

Referencias Bibliográficas

- ANDREASEN, N.C., OLSEN, S. (1982). Negative versus positive Schizophrenia. Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry*, 39: 789-794.
- ANDREASEN, N.C. (1987). The diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13: 9-23.
- ANTHONY, W.A., LIBERMAN, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 542-559.
- BALLUS, C., LLOVET, J.M., BOADA, J.C., CABRERO, LL. (1991). La orientación terapéutica familiar en la esquizofrenia: un modelo psicoeducativo sistémico. Reflexiones tras un año de seguimiento. *Revista de*

- Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18 (2), 71-77.
- BELLACK, A.S. Y HERSEN, M. (1978). Chronic psychiatric patients: social skills training. In M. Hersen y A.S. Bellack (Ed.) *Behavior Therapy in the psychiatric setting*. Baltimore.
- BELLACK, A.S., TURNER, S.M., HERSEN, M., LUBER, R.F. (1984). An examination of efficacy of Social Skills Training for chronic Schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35: 1023-1028.
- BIRLEY, J.L.T., BROWN, G.W. (1970). Crises and life changes preceding the onset of relapse of acute schizophrenia: Clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 116: 327-333.
- BRADY, J.P. (1984). Social Skills Training for Psychiatric Patients, II: Clinical Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry*, 141: 491-498.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WINCK, J.K. (1972). Influence of Family life on the course of Schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121: 241-258.
- BROWN, M.A., MUNFORD, A.M. (1983). Life skills training for chronic schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171: 466-470.
- CABALLO, V.E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Servilibro.
- CARPENTER, W. (1986). Early targeted pharmacotherapeutic intervention in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47: 23-29.
- COLODRON, A. (1990). *Las esquizofrenias: Síndrome de Kraepelin-Bleuler*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- CROW, T. (1985). The two syndrome concept: Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11: 471-485.
- DAVIS, J.M. (1965). Efficacy of tranquillizing and antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry*, 13: 552-572.
- DSM-III-R: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*.
- FALLOON, I.R.H., LIBERMAN, R.P. (1983). Interactions between drug and psychosocial therapy in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 9: 543.
- GLYNN, S., MUESER, K.T. (1986). Social learning of chronic mental inpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4): 648-68.
- HALFORD, W.K., HAYES, R. (1991). Psychological Rehabilitation of chronic schizophrenia patients: recent findings on Social Skills Training and Family Psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11: 23-44.
- HOGARTY, G.E. (1984). Depot Neuroleptics: The relevance of psychosocial factors. A United States perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45: 36-42.
- HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBLITH, S.J., GREENWALD, D.P., JAVNA, C.D., MADONIA, M.J. (1986). Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43: 633-642.
- KELLY, J.A. (1987). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- LEEF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLEIN-VRIES, R., STURGEON, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141: 121-134.
- LIBERMAN, R.P., NEUCHTERLEIN, K.H., WALLACE, CH.J. (1982). Social Skills Training and the nature of schizophrenia. In J.P. Curran y P.M. Monti, (Eds.). New York: The Guilford Press, London. LIBERMAN, R.P., MUESER, K.T., WALLACE, CH.J., JACOBS, H.E., ECKMAN, T., MASSEL, H.K. (1986). Training Skills in the Psychiatrically Disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 4: 631-647.
- LIBERMAN, R.P., MUESER, K.T. (1988). Psychosocial treatment of Schizophrenia. In S. Kaplan, B.J. Saddock (eds). *Comprehensive textbook of psychiatry* pp. 792-805. Baltimore: Williams & Wilkins.
- LIBERMAN, R.P., DERISI, W.J., MUESER, K.T. (1989). *Social Skills Training with psychiatric patients*. New York: Pergamon.
- MALM, M. (1982). The influence of group therapy on schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supl.* 297. 1-65.
- OBIOLS, J.E., OBIOLS, J. (1989). *Esquizofrenia*. Ed. Martínez Roca, S.A. Barcelona.
- SALTO, C., GUARCH, J., CIRICI, R., OBIOLS, J. (1990). Importancia de la intervención psicosocial en el curso de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 17. 6: 282-290.
- SIMPSON, G.M. (1984). A brief history of depot neuroleptics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45: 3-4.
- SPAULDING, W.P., STORMS, L. GOODRICH, V., SULLIVAN, M. (1986). Applications of Experimental Psychopathology in Psychiatric Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4): 560-77.
- SPENCER, P.G., GILLESPIE, C.R., ERISA, E.G. (1983). A controlled comparison of the effects of Social Skills Training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 143: 165-172.

- SPOHN, H.E., LACOURSIERE, R.B., THOMPSON, R., LALOFOYE, C. (1977). Phenothizine effects on psychological and psychophysiological dysfunction in chronic schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 34: 633-644.
- TROWER, P., BRYANT, B., ARGYLE, M. (1978). *Social Skills and Mental Health*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press. London.
- VALLEJO, J. (1991). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores (3ª ed.).
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.P. (1976). The influence of family and Social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenia and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129: 125-137.
- VAUGHN, C.E., SNYDER, K.S., FREEMAN, W., JONES, S., FALLOON, I.R.H., LIBERMAN, R.P. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 41: 1169-1177.
- WALLACE, CH.J., NELSON, C.J., LIBERMAN, R.P., AITCHISON, R.A., LUKOFF, D., ELDER, J.P., FERRIS, CH. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 6: 42-63.
- WALLACE, C.J. (1984). Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10: 223-257.
- WALLACE, C.J., BOONE, S.E., DONOHUE, C.P., FOY, D.W. (1985). The chronically mentally disabled: independent living skills training. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*, pp. 462-501. New York, Guilford.
- WALLACE, C.J., LIBERMAN, R.P. (1985). Social Skills Training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15: 239-247.
- ZUBING, J., SPRING, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.



EL TRASTORNO ESQUIZOFRENICO DEL PENSAMIENTO.

Roberto Lorenzini y Sandra Sassaroli
Società Italiana di Terapia Cognitiva, Roma.

The authors make use of Kelly's epistemology of realistic constructivism to shine light on specific characteristics in schizophrenic thought, thought which is viewed by the authors as lacking central organization. Schizophrenic thought is characterized by categorical thinking, which overrules any attempt at explicative reality testing; this schizophrenic cognitive style precludes retrospective growth and development of the individual's system of constructs.

Presentamos un modelo de trastorno del pensamiento esquizofrénico (delirio y trastorno formal positivo del pensamiento) desde el punto de vista de la epistemología del constructivismo realista en los términos del modelo de funcionamiento psicológico propuesto por George A. Kelly. Según la Teoría de los Constructos Personales de Kelly las personas se comportan como científicos, empeñados en predecir los acontecimientos en base a un sistema de constructos bipolares, jerárquicamente organizado que cubre idealmente todo el campo de acontecimientos previsibles. Tomados separadamente, sin embargo, los constructos tienen un campo de aplicabilidad limitado; sólo su interdependencia y subordinación en el conjunto del sistema permiten asegurar su valor predictivo. Tal valor predictivo del sistema, sin embargo, se mantiene solamente a condición de verse constantemente validado. Por ello, el sistema debe ser capaz de crecer o aumentar sus construcciones a fin de hacer frente a posibles "anomalías" que se presenten en su desarrollo. En consecuencia, el sistema debe poseer, además de las propiedades de aplicabilidad y organización jerárquica, las de flexibilidad y complejidad.

En nuestro intento de desarrollar un modelo explicativo del trastorno de pensamiento esquizofrénico utilizaremos como único principio el mantenimiento de la capacidad predictiva del sistema, rechazando las explicaciones de tipo conflictual que presuponen una bipartición de la mente entre razón y emoción, sosteniendo que el delirio constituye un intento desesperado de mantener, ni que sea residualmente después de una grave invalidación, una cierta capacidad predictiva.

Estructura premorbose e invalidación

De acuerdo con nuestra hipótesis el sistema de constructos del candidato a la esquizofrenia se caracteriza en fase premorbose por una organización jerárquica poco desarrollada, una integración muy débil y una diferenciación consistente. El exordio es consecuencia de una invalidación que afecta a la "aplicabilidad" de un constructo situado en los niveles altos de la incipiente organización jerárquica.

Frente a un acontecimiento de este tipo el sistema esquizofrénico intenta mantener dentro de lo posible una cierta capacidad predictiva, pero lo hace de modo absolutamente opuesto al sistema paranoico: se intenta la impermeabilidad a la invalidación, reduciendo la precisión de las previsiones. El esquizofrénico renuncia a tener razón, con tal de no estar equivocado.

La impresión que se saca de un esquizofrénico con trastornos del pensamiento es que ha renunciado a una organización central del conocimiento, que el núcleo metafísico se ha derrumbado o que se ha vuelto periférico o sin influencia.

Nos hallamos ante una especie de "empirismo caricaturesco" (en contraposición al "dogmatismo caricaturesco" del paranoico) en el que parecen imponerse los datos a falta de cualquier teoría capaz de organizarlos: las teorías categoriales predominan sobre las explicativas, actúan por su cuenta, desordenadamente y dan lugar a previsiones inestables y de bajo nivel.

Frente a una invalidación de la aplicabilidad de un constructo generalmente el sistema debería suspender la utilización de tales constructos y de todos sus subordinados puesto que la invalidación de la aplicabilidad significa la invalidación de una parte del sistema mismo. A esta invalidación se halla asociada invariablemente una intensa experiencia de ansiedad, puesto que el sistema "sabe que no sabe" construir con esta parte del sistema invalidado.

La resolución, por otra parte, de este tipo de invalidaciones es uno de los caminos preferidos para el aumento de la organización jerárquica y de la complejidad del sistema puesto que se lleva a cabo a través de la creación de un constructo totalmente nuevo que se sitúa a

nivel intermedio entre el constructo invalidado y su inmediato superior (en la figura 1 entre A+ y B+ B-) con un polo construye el acontecimiento nuevo que representaba la "anomalía" de la teoría precedente y con el otro polo devuelve la aplicabilidad al constructo invalidado y a todos sus subordinados que por tanto no se pierden, sino que se recuperan como

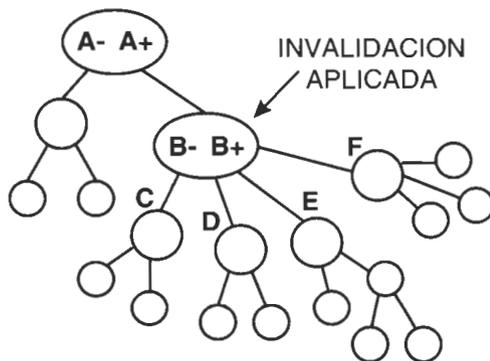


Figura 1

“caso particular” de la nueva teoría más ampliada, generada por el nuevo constructo. La discriminación llevada a cabo por B+ B- y por sus subordinados no es inútil por tanto, pero tampoco agota toda la posibilidad constructiva del polo A+, sino sólo de una parte suya que se define por uno de los polos del nuevo constructo (Mancini, 1987).

Imaginemos un chico joven que al final de la adolescencia está construyendo su identidad masculina como contrapuesta a la idea de femenina (constructo “masculino-femenino”) y que en el polo “masculino” se haya construido subordinadamente un constructo del tipo “heterosexual-homosexual” y que “heterosexual” equivalga a “éxito con las chicas”. Si casualmente intenta conquistar a alguna de ellas y fracasa en su intento, puede concluir que es homosexual. Puede suceder que este polo (“homosexual”) del constructo esté menos elaborado y posea, por tanto, un menor valor predictivo. Si aun así prueba un acercamiento homosexual y éste también fracasa porque no le satisface, terminará por desembocar en un típica situación de inaplicabilidad, puesto que no puede incluirse en ninguna de las dos categorías contrapuestas que en su sistema agotaban todas las posibilidades de “masculino” y, por tanto, pierde la posibilidad de utilizar el resto de constructos subordinados a ellos.

Para salir de este impasse bastaría con la creación de un nuevo constructo intermedio del tipo “soltero-emparejado”, que divida en dos el polo heterosexual y que le permita, a su vez, construir como soltero su situación actual, recuperando la distinción entre heterosexual-homosexual con las construcciones subordinadas anteriormente existentes.

La superación de la invalidación es cuanto puede verificarse y presumiblemente se verifica con más frecuencia en el proceso de desarrollo, aunque no quiere decir que se lleve siempre a término. Las dificultades para este desarrollo pueden venir:

a) del hecho que el sistema no consiga elaborar el nuevo constructo, es decir a reconstruir la invalidación poniéndose en situación “meta” respecto al constructo invalidado;

b) del hecho que cualquier nuevo constructo creado pueda verse invalidado posteriormente y que vuelva a repetirse la misma experiencia;

c) del hecho que el sistema sea jerárquicamente pobre y que la construcción que utilizaba el constructo invalidado fuese el único posible, de modo que renunciar a él aunque sea sólo temporalmente no convenga al sistema para no caer en el vacío predictivo.

El nivel de homogeneización

Si la operación de reconstrucción no tiene éxito, el constructo invalidado, cuya actividad discriminativa se ha visto mermada puede transformarse de nivel discriminativo a nivel homogeneizador, como si la afirmación “esta discriminación no vale” se utilizara en el sentido de “esta discriminación no existe”.

Tratar las diferencias como identidades, cuando las dos alternativas que propone no pueden aplicarse a un acontecimiento que pertenece, sin embargo, a un campo que se consideraba completamente agotado por las dos polaridades de la diferencia es, evidentemente, un error lógico. El sistema cognitivo puede cometer este error por dos motivos:

a) Por un lado existe una especie de predisposición a ignorar las diferencias para defenderse de las invalidaciones constantes que afectan a ambas polaridades; existen criterios epistemológicos adaptados a semejante operación que se han estructurado en función de una forma particularmente de apego, sobre la que volveremos más adelante.

b) Por otro lado, dada la estructura del sistema la pérdida de predictividad que se tendría asumiendo la invalidación y suspendiendo en consecuencia toda la jerarquía de constructos subordinados es demasiado grave, razón por la cual no queda más remedio que negar la capacidad discriminativa del constructo que no ha sido capaz de discriminar: tratarlo como una identidad en lugar de una diferencia.

Esta operación permite salvar, aunque sea sólo parcialmente, la estructura subordinada en la medida en que el sistema puede continuar utilizando las cadenas de constructos que de ella se derivan en C, D, E, F, que sólo producen, sin embargo, expectativas de bajo nivel, desordenadas y, sobre todo, contradictorias por el hecho de no reconocer la diferencia entre B+ y B- (los dos polos del constructo invalidado): los dos polos ya no son diferentes, sino dos modos de decir lo mismo. A esto es a lo que llamamos un nivel de homogeneización. Las contradicciones que detecta un observador externo lo son sólo para él, pero no para el sujeto que ha renunciado al punto de vista supraordenado que confería orden a las estructuras subordinadas y desde el que únicamente sería posible darse cuenta de tales contradicciones.

Si consideramos ahora el funcionamiento de los niveles altos de la estructura, aquellos que están por encima del punto donde se ha producido la invalidación, se nota cómo el constructo inmediatamente supraordenado (A+ A-) al invalidado (B+ B-) se convierte de hecho en un constructo minimal, y el invalidado ya no constituye una discriminación ulterior, sino simplemente un elemento suyo con dos etiquetas verbales. Un constructo minimal, en efecto, no discrimina ya entre los elementos que construye con su polaridad, sino que todos son idénticos. Idéntica suerte corren todos los constructos subordinados al invalidado; por debajo de un polo de un constructo minimal no es posible proceder a ulteriores discriminaciones: existen sólo elementos idénticos, o, mejor dicho, un solo elemento. En el ejemplo que hemos puesto A+ es B+, B-, C+, C-, D+, D-, E+, E-.

Se ha creado una especie de paquete único, en cuyo interior no existen relaciones de equivalencia, sino sólo de identidad entre todos los elementos y que es la causa de todos aquellos fenómenos clínicos que, en su conjunto, llamamos Trastorno Formal Positivo del Pensamiento.

Conjuntos de identidad

De acuerdo con el principio de la “regresión teleológica” Arieti introdujo el concepto de “pensamiento paleológico” según la formulación de von Domarus (1925-1944), según el cual “mientras las personas normales aceptan sólo la identidad en base de la identidad de los sujetos, el paleológico acepta la identidad basada en la identidad de los predicados”.

Esta modalidad de pensamiento paleológico, la utiliza el sujeto para poderse sustraer de una ansiedad demasiado desastrosa, de modo que mientras interpreta la realidad con la lógica aristotélica es consciente de la intolerable verdad que mantiene el estado de pánico. Con la nueva lógica, en cambio, ve la realidad como desea y satisface sus deseos.

Existen tres aspectos en esta posición de Arieti con los que no estamos de acuerdo y que quisiéramos destacar:

Según Arieti el funcionamiento patológico es fruto de una elección mientras que desde nuestra perspectiva es una necesidad, y es lo mejor de que es capaz el sistema. Para Arieti la finalidad es la de “no ver algunas cosas” mientras según nosotros es el intento de continuar viendo el máximo de cosas posibles; finalmente en nuestra opinión la ansiedad no es el elemento motivacional, sino que se halla simplemente asociada a la disminución de capacidad predictiva, es un indicio, y disminuye con el acontecimiento de la psicosis en la medida en que se recupera una cierta capacidad predictiva, aunque delirante.

En relación al principio de von Domarus quisiéramos precisar mejor los mecanismos de pensamiento que a juicio nuestro entran en juego en el trastorno formal del pensamiento esquizofrénico. La formulación de von Domarus retomada por Arieti es imprecisa. ¿Qué son los sujetos sino el conjunto de sus predicados? ¿Existe acaso una identidad que está más allá de tales predicados, una esencia impredicable? Evidentemente, no. Por tanto, incluso en el pensamiento normal la identidad entre sujetos es la estabilidad de la identidad de sus predicados.

Y ni siquiera es necesario que sean “todos los predicados”. Normalmente reconocemos a un persona sin necesidad de fijarnos en todos los detalles para poder afirmar quién se trata. Podríamos decir que el pensamiento normal reconoce la identidad de los sujetos en base a la identidad de muchos o algunos predicados, mientras que el pensamiento esquizofrénico puede hacerlo en base exclusivamente de un solo predicado. Dicho de otro modo “el pensamiento normal rechaza la identidad de los sujetos en base a una sola diferencia respecto a un predicado fundamental o constitutivo, mientras que el pensamiento esquizofrénico parece que no toma en cuenta las diferencias”. Desde un punto de vista lógico los predicados son de orden superior a los sujetos, por lo que podemos decir que en el pensamiento esquizofrénico “los predicados no se diferencian posteriormente en sujetos”.

En el interior de un predicado que no se articula posteriormente en diferencias subordinadas, sino que permanece, por así decirlo, terminal, no existen relaciones

de equivalencia entre los varios elementos, sino de identidad exclusivamente. Una equivalencia es siempre una identidad y en su interior no se establecen más diferencias.

Por lo demás, es posible construir una diferencia sólo dentro de una semejanza de un grado más elevado: se dice que dos elementos se diferencian por $X+$ $X-$, sólo si se parecen a un nivel más alto en Y . Mujeres y hombres son diferentes en la medida en que son semejantes como seres humanos. Perros y gatos, lo son como animales; gordos y flacos en relación a la misma referencia: el peso. Desde luego que la libertad y los melones son distintos, pero no constituyen los polos de una diferencia (constructo) porque no tienen una semejanza supraordenada evidente.

Por otra parte podemos decir que dos elementos se parecen en Y sólo si se diferencian en $X+$ y $X-$, de lo contrario diríamos que son idénticos, que son Y . Pájaros y aviones se parecen en su capacidad de volar, pero se diferencian en muchas otras cosas. Lo mismo podríamos decir del tigre y la piraña, que se parecen en su ferocidad, precisamente porque son muy distintos. Si no existen diferencias no se puede hablar de parecido, sino de identidad. Un tigre no se parece a un tigre, es un tigre.

Una semejanza establece, por tanto, el campo en cuyo interior se construyen ulteriores diferencias; el predicado es el campo donde se diferencian los sujetos. El trastorno del pensamiento esquizofrénico se caracteriza pues por áreas del sistema cognitivo en cuyo interior no se construyen ni semejanzas ni diferencias, sino paquetes de identidad en los que se pierde toda capacidad de discriminación y de organización jerárquica. Los tigres son pirañas y las pirañas, tigres; los aviones son pájaros y viceversa e incluso los tigres, en cuanto animales, pueden ser igualmente pájaros, y por tanto también aviones, y éstos a su vez pirañas.

En el seno de estos paquetes de identidad no es posible proceder a ningún tipo de discriminación y, por tanto, tampoco de simbolización. Condensación y desplazamiento no constituyen en efecto un proceso simbólico. En efecto, en el fenómeno de la condensación o del desplazamiento un elemento se sustituye por otro sobre la base de su equivalencia en algún atributo: la equivalencia se convierte en identidad.

Para Arieti este proceso no es casual: "El predicado escogido en el proceso de identificación se llama *vínculo identificador*. Sólo a través del estudio de los factores emotivos implicados podemos establecer porqué un determinado predicado se deba escoger entre muchos otros posibles como vínculo identificador. En otras palabras, los factores emocionales pueden determinar qué predicado se tomará como vínculo de identidad"

Arieti explica, pues, en términos motivacionales la elección del elemento sobre el que se produce el desplazamiento, lo que es lo mismo que decir que para el sujeto es posible discriminar entre los varios elementos que contienen una diversidad, que el propio Arieti inicialmente había negado cuando decía que no se trata de un proceso de simbolización en el que una cosa esta por otra, sino de identificación. Si

dos o más cosas son idénticas y no “parecidas en...” no tiene sentido preguntarse porqué se ha escogido éste o aquél objeto para representar a un tercero: simplemente, son idénticas.

Si existiese por parte del sujeto la posibilidad de escoger se trataría de un proceso normal de simbolización (de equivalencia, no de identidad). Parece que, según Arieti, el principio de Von Domarus se aplique sólo parcialmente después de que los elementos se hayan diferenciado “aristotélicamente”. A nuestro juicio dentro del paquete de identidad no se pueden realizar operaciones aristotélicas que precedan a las paleológicas.

Una sola lógica

La posición de Arieti consiste en definitiva en una dicotomía entre dos formas de pensamiento, el proceso secundario y el proceso primario, y en la hipótesis de una prevalencia de éste último en la esquizofrenia. “Una vez más, y de acuerdo con Freud, debemos subrayar que el proceso primario está presente en la vida psicológica de cualquier ser humano, tanto normal como neurótico o psicótico y no es un distintivo exclusivo de la esquizofrenia. En la esquizofrenia, sin embargo, presenta tres características diferenciales:

- a) Implica una porción mayor de la vida que en los no esquizofrénicos;
- b) al menos en su manifestación patológica no viene corregido, neutralizado o rechazado por el proceso secundario, sino que se le resiste y lo supera;
- c) excepción hecha de algunos casos, no se integra armoniosamente con el proceso secundario en la formación de un producto creativo”.

Arieti no explica, sin embargo, cuáles son las reglas para una “integración armoniosa” o para “un funcionamiento correcto”; una vez definidas las dos polaridades opuestas en competición entre ellas se corre el peligro de explicar fácilmente cualquier disfuncionalidad del sistema como un conflicto entre las dos instancias, pero para que ello tenga un valor heurístico es necesario precisar cuáles son las reglas funcionales.

En la discusión entre quienes sostienen que el pensamiento esquizofrénico es particularmente abstracto (F. Barison, citado por S. Piro, 1967) y quienes lo describen más bien como concreto (Goldstein, 1943) nos parece poder afirmar que se producen ambas posibilidades y que posiblemente el constructo “abstracto-concreto” no es el más indicado para esclarecer la cuestión.

Desde luego que el paciente con síntomas negativos y alogia (bajo funcionamiento del sistema) utiliza conceptos pobres, muy concretos, fragmentados. Por contra, el paciente con trastorno formal positivo del pensamiento (funcionamiento alto) manifiesta el fenómeno ampliamente discutido en la literatura (Sturm, 1965) de la “over inclusion”, que implica la incapacidad de excluir lo que no es esencial y de abstraer lo esencial. Esto no es contrario a la capacidad de concretar, sino que indica solamente la incapacidad de formar clases aristotélicas más restringidas; se

refiere más a la capacidad de diferenciar que al concepto de concreto-abstracto. En este modo de funcionar “de clases amplias” el pseudo-simbolismo del esquizofrénico es una impresión que puede sacar el observador que al escuchar los desplazamientos y las condensaciones desde un punto de vista aristotélico, deduce que son fruto de un funcionamiento simbólico, y por lo tanto, abstracto. Pero lo que sucede realmente es simplemente una utilización casual de una etiqueta verbal para representar una entera clase extensa y sobre todo no diferenciada ulteriormente en su interior, cosa muy distinta del proceso de construcción de los símbolos.

Continuidad entre pensamiento esquizofrénico y pensamiento normal

Podemos resumir nuestra explicación sintéticamente del modo siguiente: Cuando el funcionamiento se da a nivel inferior en relación a la fractura del sistema se produce una sintomatología de tipo negativo (alogia), caracterizada por el funcionamiento de cadenas cortas no integradas a nivel central que recuerda el pensamiento concreto de los deficientes mentales.

Cuando, por el contrario, el funcionamiento se da en el nivel superior de la invalidación que ha producido la homogeneización de un constructo central se produce una sintomatología positiva (delirio y trastorno formal positivo del pensamiento) que se funda sobre un modo de razonar que ha sido descrito como “pensamiento paleológico” (Von Domarus, Arieti), “proceso primario” (Freud), “pensamiento simétrico” (Matte Blanco, 1975).

“Pensamiento infantil (Vygotsky, 1934) que consiste en la creación de un paquete de identidad donde previamente existía una jerarquía de diferencias; en el interior de dicho paquete no se dan distinciones, equivalencias, vínculos simbólicos, sino un único elemento con varias etiquetas verbales intercambiables”.

Todos los otros autores subrayan una diferencia cualitativa, una discontinuidad y una casi oposición entre, por ejemplo, “proceso primario y secundario”, “pensamiento paleológico y aristotélico”, “pensamiento simétrico y asimétrico”, como si entrasen en juego principios distintos de funcionamiento, reglas de elaboración diferentes.

A nuestro juicio, sin embargo, las cosas no son de este modo. El proceso primario es lo que sucede normal y necesariamente donde no se producen nuevas discriminaciones (por ejemplo en el interior de un constructo minimal), y se da la absoluta identidad, que por otra parte no perturba en absoluto al sujeto. El proceso secundario es lo que se produce en el exterior de este paquete en el reino de las diferencias y de las semejanzas. Todos los fenómenos del pensamiento esquizofrénico son tales, es decir fenómenos que deben ser explicados sólo por parte de un observador externo que intenta describir según la hipótesis de la existencia de diferencias -que él construye- lo que ve que sucede en aquel paquete de identidad donde las diferencias no existen, o porque no han sido construidas todavía (pensamiento infantil) o porque han sido abandonadas (pensamiento esquizofrénico).

El pensamiento paleológico, primario, homogéneo se halla, por tanto, en continuidad evolutiva y lógica con el aristotélico, secundario, asimétrico: las extrañas reglas que lo rigen son únicamente el intento de describir la falta de reconocimiento de las diferencias, partiendo del supuesto de que éstas existan realmente.

Más allá del poder resolutivo de nuestro sistema de constructos, donde no conseguimos discriminar ulteriormente por nosotros mismos, existe un único elemento y lo tratamos como tal aunque otro observador con una capacidad distinta o mayor de discriminación en aquella área podría decir que estamos usando un pensamiento paleológico. Así un niño de ciudad que llama perro cualquier animal de cuatro patas, podría ser tomado como loco por un campesino coetáneo que conoce decenas de animales distintos que tienen cuatro patas y que para él son totalmente diferentes. Su discurso podría ser descrito por el niño campesino en términos de condensación, desplazamiento, asíndesis, pensamiento paleológico, etc.

La creación de criterios epistemológicos disfuncionales en la relación de apego

No es posible identificar en la esquizofrenia, como tampoco en los otros trastornos psiquiátricos, una modalidad específica de apego como causa del trastorno. La incidencia de la esquizofrenia en el 1% de la población aproximadamente es notablemente inferior a la frecuencia de cada uno de los cuatro patrones de apego que se han descrito hasta el presente. Es lógico, por tanto, que se apele a distintos y numerosos factores -genéticos, biológicos, psicológicos, sociales- que colaboran en el desarrollo de la sintomatología.

Lo que intentaremos reconstruir aquí es de qué modo se puede dar que el aprendizaje de criterios particulares epistemológicos disfuncionales que parecen activarse cuando el proceso esquizofrénico se desencadena frente “a las dificultades de la vida y a los fracasos repetitivos” (Meyer, Jelliffe, Hoch, 1991).

Hemos dicho más arriba que el acontecimiento desencadenante es una invalidación particular que hemos llamado “invalidación de la aplicabilidad” de un constructo central, entorno al cual se construía la identidad y a la que el sistema responde adoptando un criterio del tipo “no es que esta discriminación no sea aplicable, sino que simplemente no existe; las dos polaridades son idénticas”.

Puede uno preguntarse cómo se puede haber aprendido este “criterio epistemológico de reserva” que se guarda en la despensa y se saca cuando el sujeto se encuentra en situación de invalidación. Es evidente que en este punto la semejanza entre una invalidación de la aplicabilidad y el llamado “doble vínculo” son:

- El sujeto dispone de dos alternativas para construir la situación y ambas se demuestran simultáneamente verdaderas y falsas, a pesar de ser exactamente opuestas.

- Para salir de este impasse se debería poder metacomentar la situación, así

como para salir de una invalidación sobre la aplicabilidad se debería elaborar un metaconstructo en posición inmediatamente supraordenada al invalidado.

A juicio nuestro la contrariedad de la madre no puede ser reconocida porque el sólo hecho de reconocerla con un metacomento invalidaría la construcción de la madre “como madre buena” y, por tanto el hijo, debe ignorar necesariamente las contradicciones, dado que reconocerlas equivaldría a un ataque a la madre.

La contradicción de la madre, unida a la prohibición de reconocerla como tal, produce en el hijo un criterio epistemológico, según el cual los opuestos no se excluyen recíprocamente, sino que pueden coexistir.

La expectativa de encontrar a una madre o a cualquier otra figura sustitutiva de apego suficientemente buena, es decir capaz de responder con cuidados a la demanda de apego del niño es una expectativa biológica: todo el sistema comportamental de apego está predispuesto hacia un encuentro favorable de este género. Es por tanto evidente que la expectativa de una “madre buena” es predictivamente ventajosa para el niño. Sin embargo, donde quiera que se produjese una invalidación de esta expectativa, lo mejor sería tomar nota de esta invalidación. Esto es lo que sucede normalmente, hasta el punto de que los apegos inseguros pueden interpretarse como la mejor estrategia para mantener una cierta cantidad de apego frente a una madre rechazante o ambivalente.

Los inconvenientes empiezan cuando la construcción de la madre como mala se ve activamente impedida por la madre misma que no soporta (por motivos ligados a su estructura cognitiva) que el hijo le devuelva una determinada imagen de sí misma y castiga, por tanto, cualquier operación cognitiva en esta dirección. Debe destacarse, por otra parte, que el castigo de un comportamiento cognitivo adecuado para discriminar y desarrollar la capacidad predictiva no hace más que aumentar la confusión (Lorenzini & Sassaroli, 1987).

Imaginemos que un niño posea un sistema en el que el constructo “madre buena-madre mala” se relaciona con el de “se acerca -rechaza”. El niño reconoce el rechazo, sabe por otras experiencias que el rechazo es signo de maldad, pero la madre no puede aceptar ser considerada mala. De este modo al niño que encuentra señales de rechazo en la madre, le viene negada repetidamente su percepción. En este caso el niño sólo puede pensar dos cosas: a) no sé discriminar, b) esta discriminación no existe.

Con la primera formulación se configura una forma particularmente “maligna” de apego ambivalente en la que el criterio epistemológico sobre la autoridad de la fuente parece una inyunción del tipo “no te fíes de ti mismo, si no te fías de mí cuando te digo que no te fíes de ti”. El otro es fuente autorizada de información, tanto más cuanto se pone como implacable invalidador de las propias percepciones.

Con la segunda formulación se construye un criterio epistemológico sobre la aceptabilidad de una teoría en la que se pone en duda la existencia misma del principio de no contradicción entre los opuestos.

De una situación como la descrita en el ejemplo precedente se podría salir situando en el nivel intermedio un nuevo constructo del tipo “de buen humor-de mal humor”, subordinado a la polaridad “madre buena”. De este modo se podría construir correctamente el rechazo y, simultáneamente, la idea de “madre buena”.

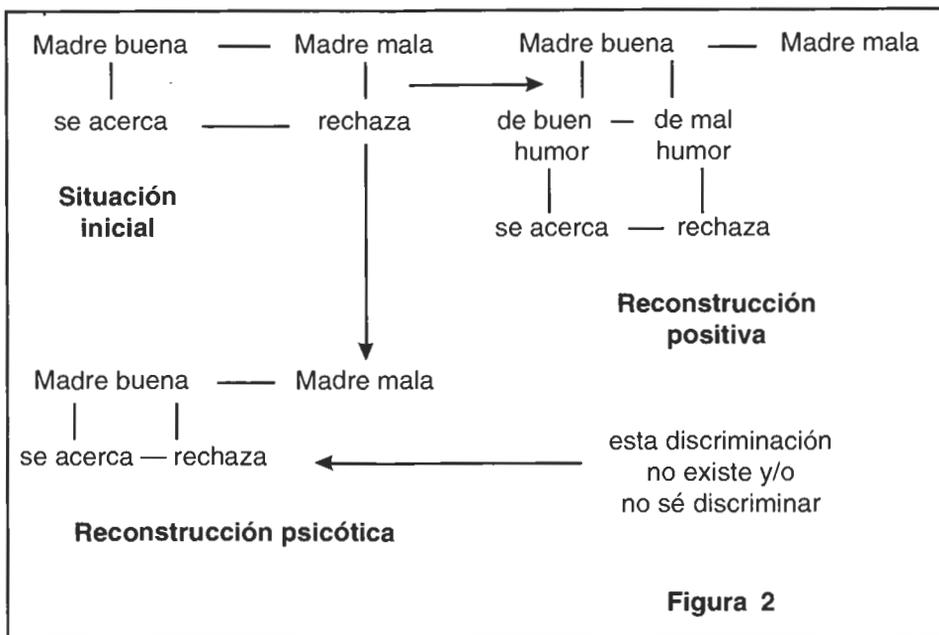


Figura 2

Esto no sucede solamente porque la sola inclusión del nuevo constructo es percibido por la madre como un ataque a la idea de sí como “buena”; es incapaz de pensar que una madre pueda estar de mal humor con su hijo.

Si el niño propusiese una explicación del tipo: “Mama, yo sé que eres buena, pero en este momento me rechazas porque estás de mal humor” recibiría una apasionada negación y una nueva invalidación de sus percepciones.

De esta forma se crea un círculo vicioso patógeno intergeneracional: cuanto más rechazado se siente el niño tanto más invalida la percepción que la madre tiene de sí misma como madre buena - tanto más hostil e invalidante se vuelve de las percepciones del hijo - tanto más rechazado se siente el niño.

Al repetirse estas experiencias y tal vez en base a otras concausas una contradicción considerada inaceptable para la madre en la construcción de sí misma se convierte en un criterio epistemológico de reserva (No sé discriminar y/o no existen las discriminaciones, las dos polaridades son idénticas) para usar cuando no salen las cuentas. Lo que sucederá muy pronto, dado que el sistema, ante la imposibilidad de construir niveles intermedios, sobre todo en el campo de las

relaciones interpersonales, desarrollará poco su organización jerárquica y se verá fácilmente expuesto a invalidaciones sobre la aplicabilidad cuando se encuentre en la frontera de las situaciones interpersonales externas a la familia.

Los autores se basan en la epistemología del constructivismo realista propuesto por Kelly para dar cuenta de las características específicas del pensamiento esquizofrénico, que entienden como carente de organización central, donde las teorías categoriales predominan sobre las explicativas, impidiendo cualquier forma de crecimiento o desarrollo posterior del sistema de constructos.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas

- ARIETI, S. (1974). *Interpretation of schizophrenia*. New York: Basic Books.
- BARISON, F. (1967). L'astrazione formale del pensiero quale sintomo di schizofrenia. In S. Piro (ed.), *Il Linguaggio schizofrenico*. Milano: Feltrinelli.
- GOLDSTEIN, K. (1943). The significance of psychological research in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 97, 261-279.
- LORENZINI, R. & SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- MANCINI, F. (1987). Un modello costruttivista di psicopatologia generale. In R. Lorenzini, S. Sassaroli (Eds.), *La paura della paura*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- MATTE BLANCO, I. (1975). *The Inconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic*. London: Gerald Duckwert.
- PIRO, S. (1967). *Il Linguaggio schizofrenico*. Milano Feltrinelli. STURM, I. E. (1965). Overinclusion and concreteness among pathological groups. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 9-18.
- VYGOTSKY, L. S. (1934). *Pensiero e Linguaggio*. Firenze: Barbera.



JESUS, MARIA Y JOSE : EL DELIRIO MISTICO COMO METAFORA INTERACCIONAL.

Juan L. Linares

Ricardo Ramos

Escola de Teràpia Familiar de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

La comprensibilidad del delirio es una antigua batalla en el campo de la Psiquiatría que sigue planteada en la actualidad. Es, por ello, particularmente tentador prestar atención a los aspectos comunicacionales de los contenidos delirantes, que “dicen” sobre la interacción familiar cosas difíciles de conocer por vías más directas.

El síntoma psicopatológico es una comunicación ambigua en cuanto expresión simultánea de afirmación de la propia identidad y de demanda de ayuda o intervención ajenas. A su vez, el delirio destaca entre los restantes síntomas por su intensa carga de ambigüedad: reflejo de un universo propio que se intenta imponer a los demás; convicción irreductible que busca por sistema la inverosimilitud como contenido; percepción propuesta con firmeza pero referida a una realidad contradictoria.

Cuando un psicótico afirma que “oye voces” ofrece un pícaro guiño a su interlocutor que éste rara vez alcanza a apreciar. ¿Cuáles, de todas las voces que oye, son aquellas que dice oír?. Justamente las que nadie más percibe. Las otras son irrelevantes.

La idea delirante puede ser definida como una metáfora construida con material cognoscitivo culturalmente congruente con la que el psicótico propone un desafío a la lógica de los otros. Dicha construcción sirve de base a desafíos más profundos, afectivos y morales principalmente, que amplían el panorama de la conducta psicótica en una desesperada búsqueda de la identidad imposible.

No puede sorprender que, en la atmósfera de ambigüedad que envuelve al delirio, sus metáforas sean simultáneamente pistas con que guiar a los extraños hacia los ocultos fundamentos del sufrimiento y de la rebeldía psicóticos, y también cortinas de humo con que extraviarlos y rechazarlos.

Ya algunos psicopatólogos clásicos plantearon la posibilidad de comprender la producción delirante tomando en consideración al individuo “en su conjunto, en su constitución física y moral entera, en su pasado, en su presente, en su porvenir...”

(FALRET, 1864), e incluso esbozando, como en la descripción de la “folie à deux” (LASEGUE y FALRET, 1877), ciertas anticipaciones sobre la dimensión interpersonal de los trastornos paranoicos.

FREUD (1911), como figura más representativa de la orientación intrapsíquica en psicología, fue también el primero en intentar una comprensión detallada del delirio partiendo de la interpretación de una autobiografía: el famoso caso Schreber. Según aquel, a partir de la atracción homosexual pasiva que experimentaba Schreber por su padre, se pondría en marcha la famosa fórmula del delirio paranoico, basada en la negación (“yo no le amo...”), la inversión (“...le odio...”) y la proyección (“...es él quien me odia a mi; y por ello me persigue.”), que se haría extensiva también a la interpretación de los delirios erotomaniaco y celotípico. Posteriormente, el propio FREUD (1923) desarrolló sus ideas anteriores sobre la pérdida de la realidad en las psicosis relacionando a éstas con una perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior.

TAUSK (1933) extendió el intento de comprensión psicoanalítica al delirio esquizofrénico de influencia, desarrollando en el nivel narcisista los mecanismos descritos por FREUD en el objeto homosexual. Por la misma época, Fenichel (1945), inspirándose siempre en el fundador del psicoanálisis, señala en el delirio, a semejanza de lo que ocurre en los sueños, un núcleo histórico deformado que el tratamiento permitiría rastrear.

Nacht y Racamier (1971) se extienden en la comparación entre sueño y delirio y en el acoplamiento entre realidad interna y realidad externa perturbadora. Para ellos el delirio “se compone como un sueño, resuelve un conflicto y emana del miedo”, a la vez que “... representa la relación alienada de un sujeto alienado con un objeto y un mundo alienados”.

Cruzando esta encrucijada formada por la realidad interna, fantasmática, y la realidad externa, relacional, se sitúa otra corriente de comprensión del delirio representada por el pensamiento sistémico.

Revisiones del caso SCHREBER realizadas a la luz de la información disponible sobre la personalidad del padre del magistrado (Niederland, 1959) y sobre la relación entre ambos (Schatzman, 1971) enfatizaron el núcleo de realidad existente tras el delirio, del cual FREUD sólo había percibido el componente simbólico. Pero ya algunos estudios pioneros de la familia del esquizofrénico habían señalado fenómenos como la distorsión de la simbolización de la realidad bajo la irracionalidad imperante en ciertos medios familiares (Lidz, 1958) y la reinterpretación delirante de los roles familiares como mecanismo congruente con la fachada de pseudomutualidad imperante. (Wynne et al.; 1957).

Laing y Esterson (1964) ilustraron con nitidez cómo los temas delirantes están fuertemente teñidos por la relación entre el sujeto y sus padres, siendo varios los autores que han realizado, con posterioridad, aportaciones sobre la comprensibilidad y funciones del delirio. Así, Ackerman (1979) lo relaciona con el equilibrio

homeostático familiar, y Boszormenyi-Nagi (1983) con la existencia de vínculos de lealtad hacia un progenitor dotado de rasgos ambivalentes. En esta misma línea, Benoit (1982) alude a la contraposición entre valores y contravalores familiares que encarna el sujeto delirante. Por su parte, Kaffman (1983) considera que el sistema delirante del paciente psicótico es generado y activado por las formas de pensamiento y comunicación presentes en su familia.

Al margen de las aportaciones psicoanalíticas, las ideas sistémicas sobre el delirio se han limitado a relacionarlo con los grandes lugares comunes del modelo. Ni siquiera autores que, como Stierlin (1967) y, sobre todo, Selvini et al. (1975) y (1988) han estudiado en profundidad los aspectos interaccionales de la psicosis, han prestado particular atención al significado metafórico del delirio.

La pericia del psicótico en el arte de la comunicación ambigua es el hilo conductor que liga los tres casos que a continuación se exponen, junto con la coincidencia de sus contenidos delirantes, de temática religiosa: pocas veces ocurre que Jesús, María y José acudan simultáneamente a un mismo centro de terapia familiar.

Caso n. 1: Jorge (o Jesús)

Jorge es un muchacho de veinte años que acude a un servicio de urgencias conducido por sus padres porque, después de varios días comportándose extrañamente, ha caído de forma sospechosa por un terraplén de un parque público, produciéndose magulladuras diversas.

Trabaja en un supermercado y, según la explicación que él mismo da de los hechos, hace días que nota que le ocurren cosas raras. Por ejemplo, las cuentas le han salido perfectas, siendo lo habitual que se equivoque de vez en cuando, y no se le ha caído ningún producto mientras los ordenaba en las estanterías ni ha chocado con ningún compañero por los pasillos de la tienda. Sospechando que tanta perfección sea de naturaleza milagrosa, ha empezado a pensar que él es Jesucristo. Para ponerse a prueba se ha retirado a orar a un parque y se ha arrojado por un terraplén seguro de evitar la caída levitando. El resultado negativo no lo ha sacado de su convicción y anuncia nuevas pruebas con que demostrar sus fundamentos.

Iniciada una terapia familiar tras unos días de contención domiciliaria y tratamiento psicofarmacológico, aparecen datos significativos sobre la eclosión del trastorno. Jorge es el segundo de cuatro hermanos. El mayor, de 24 años, ha marchado de casa hace unas semanas y convive con una mujer seis años mayor, divorciada y con un hijo. La madre no oculta el disgusto que ha experimentado dado el particular orgullo que sentía por su primogénito. Pero, tras la marcha de Enrique, en la casa se han producido movimientos interesantes. La hermana menor, María, ocupó el asiento que aquél solía utilizar frente a la T.V., provocando un gran enfado a Jorge, que estuvo casi un mes sin hablarle. Para colmo, Alberto, el tercer hermano, que compartía habitación con Jorge y Enrique, ha ocupado la cama de éste, más

cómoda y mejor situada.

Se trata de una familia de gente bien parecida, que comunica un cierto flujo de erotismo flotante. Los padres tuvieron problemas en el pasado por frivolidades del cabeza de familia que ahora son magnánimamente minimizadas por su esposa. De entre los hijos, Jorge es el único que parece tener dificultades con las chicas. Es también guapo, pero distinto a sus hermanos... más espiritual.

La metáfora está servida. La adopción del papel de Jesús propone una relación especial con la madre en ausencia de hermanos y relegando al padre a una posición marginal. El delirio puede permitir a Jorge alcanzar el tren que siempre perdió y que se ha alejado espectacularmente con los reajustes posteriores a la marcha de Enrique. Y alcanzarlo con su personal pureza, lejana del erotismo subincestuoso propuesto por los dos hermanos. Quizás ahora lo consiga, pero le va a resultar difícil: la madre se quedó leyendo revistas en la sala de espera del servicio de urgencias mientras el padre acompañaba a Jorge a la entrevista con el psiquiatra.

Caso n. 2: Elena (o María)

Elena tiene 27 años y está separada desde hace 3, tras un año de tormentoso matrimonio. Vive con sus padres, una hermana cuatro años menor y un hijo nacido poco antes de la separación. Presenta desde entonces una conducta extraña, en la que destaca su convicción de ser la Virgen María, a pesar de que asegura que los hombres la insultan con obscenidades por la calle.

La familia convivió hasta poco antes del matrimonio de Elena con los abuelos paternos, sometidos a la tiranía del abuelo, que imponía arbitrariamente sus caprichos humillando continuamente a su hijo. Durante esos años, difíciles para los padres de Elena, ésta desarrolló una relación especial con su padre, quién se veía así compensado emocionalmente del rechazo que le manifestaba su esposa ante la permanente descalificación que ambos sufrían. Elena también era la favorita del poderoso abuelo, siendo sus “favores” solicitados alternativamente por los dos hombres de la casa y utilizados en cierta medida por cada uno de ellos contra el otro. La situación cambió a raíz de un enfrentamiento particularmente grave en que el abuelo llegó a amenazar con un cuchillo a su hijo y éste abandonó la casa con toda su familia. Pocos meses después Elena decidió casarse precipitadamente con un chico recién conocido y en una línea de despechada confrontación con sus padres. La familia refiere cómo, unos días antes de la boda, Elena protagonizó un episodio de agitación nocturna llegando incluso a romper la puerta del dormitorio de sus padres. Como explicación, ella dice que soñó que se hallaba en un callejón sin salida y que un enorme tractor avanzaba hacia ella para aplastarla. Para Elena todo fueron conflictos en aquella época: con su familia primero, arruinando la fiesta de su boda, y con su marido luego, a quien iba a criticar ante sus padres después de cada pelea. Nacido, por fin, un niño, Elena huyó con él a refugiarse en casa de su familia en plena tormenta confusional y delirante, decidiendo inmediatamente separarse.

La ambigüedad del delirio en este caso, evocando simultáneamente a la Virgen María y a una prostituta, sirve de expresiva ilustración a la trayectoria de Elena. Simbólicamente prostituida por su abuelo y su padre, perdió el favor de ambos cuando se produjo la ruptura y el segundo, rehabilitado ante su mujer, se reconcilió razonablemente con ésta. Furiosa, Elena decidió casarse con alguien destinado a jugar un papel irrelevante, el de simple fecundador u honorable pantalla para concebir un hijo al servicio del Padre. Un movimiento que puede evocar indistintamente la sublime armonía del Portal de Belén o la incalificable infamia del lenocinio.

En el momento del inicio de la terapia familiar Elena parece haberse salido con la suya. Su padre, un hombre vigoroso y manifiestamente más juvenil que su esposa, se excita y enfada ante ciertas irregularidades del comportamiento de la hija, haciéndole escenas que tienen algo de celosas. El niño es el orgullo del padre-abuelo, que ha sentido cómo su vida se llenaba de contenido con la presencia en casa del pequeño. En cuanto a la madre y la hermana, no parecen tener mucho peso en la familia.

Caso n. 3: Antonio (o José)

Antonio es derivado para terapia familiar desde un dispensario antialcohólico donde la familia ha recibido tratamiento durante varios años. Tanto él como el padre bebían en exceso, pero ambos dejaron de hacerlo cuando Antonio presentó una pancreatitis alcohólica hace dos años. Desde entonces el padre se mantiene razonablemente adaptado, pero Antonio ha desarrollado una conducta sumamente bizarra. No trabaja, siendo así que antes destacaba por su laboriosidad, y, además, provoca sexualmente a su padre metiéndosele en la cama, apenas la madre sale de ella, y ofreciéndosele como objeto de sodomización. También, siempre a hurtadillas de la madre aunque sin lograr evitar que ésta se dé cuenta, hace amagos de besarlo con claras connotaciones eróticas. Durante el día, padre e hijo salen de paseo, por la mañana en coche, conducido por Antonio, y por la tarde en transportes públicos, siempre en rutas parecidas y recalando en los mismos bares. Antonio dice que es San José, como disparate más constante y entre grandes risotadas.

Antonio tiene 31 años, pero su aspecto es ya de loco callejero. Muy cerca de su padre, con quien siempre ha tenido una relación intensísima, aprendió a beber y a destruirse mientras la madre los contemplaba a ambos con distante frialdad. Cuando él hizo la pancreatitis el padre dejó la bebida aún intacto. El ya no lo estaba, pero, irreversiblemente tocado por la enfermedad, consagró su vida a animar la de su padre, sin renunciar a decir “cuatro cosas bien dichas”. Se desinteresó de trabajar porque su actividad estaría, desde ahora, dedicada a la familia: a pasear y a entretener al viejo, tomándole el pelo de camino con bromas de pésimo gusto. Y las bromas, por su parte, dirían a voces que entre ese par de padres no había “lo que tenía que haber”; que nunca lo había habido y que él, ahora, lo simulaba para escarnio de

ambos y para vergüenza casi pública de la madre. El, San José, el casto varón a quien floreció el bastón, el santo patrón del trabajo...

Comentarios finales

La coincidencia de poder trabajar simultáneamente en terapia familiar con tres delirios místicos de tanta envergadura ha permitido reflexionar sobre algunos aspectos comunes y proponer ciertas conclusiones.

Se impone con gran evidencia que el psicótico maneja los temas delirantes habida cuenta de su valor comunicacional, administrando su exteriorización de acuerdo con estrategias sólidamente ancladas en los juegos interaccionales de los que participa. Comprometido a fondo en una empresa de provocación que exige crear intensidad, debe aprender a luchar con la determinación de los restantes actores por impedirsele. Llama la atención al respecto la naturalidad con que, en las circunstancias aparentemente más dramáticas (v.g., la narración por Jorge de sus peripecias en Urgencias), los padres contemplan el panorama, conocedores a un cierto nivel de las jugadas y contrajugadas que subyacen al drama e incapaces, en consecuencia, de dejarse sorprender por él. La “discordancia ideoafectiva” con que el psicótico muestra su indiferencia a solemnes formulaciones de graves acontecimientos, cobra un nuevo significado si se enmarca en unas pautas interaccionales basadas en la provocación y la contraprovocación.

Los contenidos delirantes relacionados tradicionalmente con el narcisismo ganan comprensibilidad, desde una perspectiva sistémica, si se relacionan con la frágil identidad del psicótico, continuamente desconfirmada en juegos que lo instrumentalizan al servicio de intereses ajenos, en cuya participación reside, paradójicamente, su única posibilidad de ser reconocido. No es de extrañar que convertirse en Napoleón o en la Reina de España represente una alternativa para salvar la identidad sin abandonar la partida ni cambiar las reglas del juego, ni que ello produzca accesos de risas que a los no iniciados pueden parecer inmotivadas. Tampoco resulta chocante que tales risas surjan frecuentemente frente al espejo, ese amigo-enemigo con quien el psicótico consulta a menudo sus irresolubles dilemas de identidad.

El delirio místico o, más propiamente, la elección de personajes divinos como identidad delirante, sugiere, además, la importancia de los contenidos sexuales en la configuración de la psicosis. Al menos en la cultura occidental cristiana, donde el sexo queda implacablemente excluido del ámbito de la divinidad. La metáfora delirante puede, así, integrar una contradicción aparente (tengo pasiones e inclinaciones eróticas que no quisiera tener... porque no las disfruto, ya que son instrumentalizadas por otros), superada en un salto a la divinidad (soy, pues, la suma pureza y el máximo desinterés) que se realiza en el reino de la paradoja.

Y es precisamente en este reino donde la ambigüedad del síntoma adquiere máxima relevancia. “Ambigüo” (del latín “ambigere”, discutir, dudar) se define en

castellano como “lo que puede admitir más de una interpretación” o “lo que puede entenderse de varios modos”. De la misma raíz procede “ambages”, que significa “rodeos o caminos intrincados”. El psicótico es especialista en jugar con los varios modos de entender las cosas, buscando caminos intrincados con que alcanzar sus fines. Por eso Elena es virgen y prostituta, y por eso Antonio es casto y sodomita.

Pecaría de ingenuo quien se aproximara a la sutil ambigüedad del psicótico provisto de un manual para descifrar delirios. De hecho, en la ambigüedad del terapeuta reside también su arma más potente. Trabajar con la metáfora que propone el delirio o, con más propiedad, elegir entre las diversas metáforas delirantes aquella que, en cada momento, permitirá penetrar en el universo de la familia psicótica, es una habilidad del terapeuta que tendrá mucho que ver con sus potencialidades, así como con sus límites. En el ejemplo número 3, tan válido puede ser utilizar la metáfora “San José Artesano” como la que alude a la castidad del Santo Varón. En el primer caso, para desarrollar un argumento centrado en el trabajo que Antonio realiza por sus padres, trabajo de alto riesgo que le obliga a destruir su vida, y por el cual cobra en forma de aceptación de su tiranía cotidiana. En el segundo, extendiéndose en la consideración de sus obscenidades como expresión del más puro desinterés, fuera de la pretensión de ocupar un lugar preferente junto a (y en medio de) sus padres.

Sea cual sea la vía elegida, será necesario comunicar a la familia un mensaje de ambigüedad (también podría llamarse complejidad), particularmente importante entre personas habituadas a ese lenguaje.

Referencias bibliográficas:

- ACKERMAN, W. y FRANKLIN, P. (1965). Family dynamics and the reversibility of delusional formation: a case study in family therapy”. (en Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. Comps): *Intensive family therapy*, New York: Harper and Row.
- BENOIT, J. CH. (1982) *Angoisse psychotique et système parental*. Paris: PUF.
- BOSZORMENYI-NAGY, C. SPARK, G.M. (1973). *Invisible loyalties: reciprocity on the intergenerational family therapy*. New York: Harper and Row.
- FALRET, J.P. (1864). *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris: Baillière.
- FENICHEL, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- FREUD, S. (1911). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. FREUD, S. (1923). *Neurosis y psicosis*.
- KAFFMAN, M. (1983). Paranoid disorders: family sources of the delusional system. *Journal of family therapy*, 5: pp 197-216.
- LAING, R.D., ESTERSON, A. (1964). *Sanity, madness and the family*. London: Tavistock Publications
- LASSEGUE, C; FALRET, J; (1887). *La folie a deux*”. *Annales medico-psicologiques*.
- LIDZ, TH.; CORNELISON, A.R. (1958). *Intrafamilial environment of schizophrenic patients: the transmission*

- of irrationality. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, pp. 305-316, 1958
- NACHT, S; RACAMIER, P.C. (1971). La theorie psychoanalytique du delire. En Nacht, S: *Guerir avec Freud*. Paris: Payot.
- NIEDERLAND, N.G. (1959). Schreber: father and son. *Psychoanalytic Quarterly*, 29, pp. 151-207, 1959
- SCHATZMAN, M.; (1971). Paranoia or persecution: the case of Schreber. *Family Process*, 10, pp. 177-207.
- SELVINIPALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.F.; PRATA, G. (1975). *Paradosso e contrapadosso*. Milano: Feltrinelli
- SELVINI PALAZZOLI, M.; CIRILLO, S.; SELVINI, M.; SORRENTINO, A.M (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina STIERLIN, M.; (1967). Die gestaltung und übermittlung des wahns in der familie. *Studium Generale*, xx, pp. 693-700.
- TAUSK, V.; (1933). The origin of the influencing machine in schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly* ii.
- WYNNE, L.C.; RYCKOFF, I.M.; DAY, J.; HIRSCH, S.I.: (1957). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenia. *Psychiatry*, pp. 241-248.



EL LENGUAJE DEL CUERPO: EL CASO DE LA SRA. N.

Ramón Rubio, Lyon

1. Introducción.

En el caso que presentamos de la Sra. N nos proponemos mostrar cómo el cuerpo puede ser utilizado como canal de comunicación excepcional cuando el paciente rehúsa la comunicación oral. La psicoterapia se establece en un cuadro que llamamos de “cuidado materno”. Para que éste sea un verdadero “cuadro” es preciso que dure todo el tiempo que sea necesario, lo cual implica una labor considerable por parte del psicoterapeuta. Eso nos deja al mismo tiempo una cierta libertad para pequeñas variaciones en otros elementos que generalmente son parte del cuadro (horario, duración de las entrevistas, etc.)

2. Presentación del caso de la Sra. N.

El caso del que voy a describir presenta:

- una patología orgánica grave, a la larga mortal;
- una psicopatología considerada también grave;
- una edad avanzada (54 años);
- una situación familiar en crisis prácticamente total.

Su problema orgánico mas grave es una miopatía de Steinert, con un efecto sensible sobre la marcha y el control de las manos, y una catarata bilateral. Presenta también una hipersomnia que ha sido medida en 20h/24h (cuya etiología no ha sido determinada).

La paciente ha sufrido varias intervenciones quirúrgicas, en particular una tiroidectomía, y lleva una pila cardíaca (estimulador centinela).

Situación familiar: Ha tenido a su cuidado un hijo de unos 20 años, miópata desde la edad de 4 años, que está obligado a desplazarse en silla de ruedas.

Parece muy probable, según los enfermeros que han visitado su casa, que su esposo tenga una amante que trabaja allí y que en un cierto grado, ha substituido a la paciente como ama de casa (con conocimiento de la paciente).

El esposo rehúsa tener en su casa a la paciente mientras esté mentalmente enferma. El viene a visitarla frecuentemente, lo que no siempre le es beneficioso, ya que con frecuencia se disputan durante las visitas. No parece que él tenga clara

conciencia de las dificultades de su esposa y le exige, en consecuencia, una conducta normal. La impresión de las enfermeras es que no tiene un espacio propio en su casa.

La paciente tiene otro hijo no miópata, casado, que ha tenido un hijo fuera del matrimonio, lo cual ha sido muy dramático para ella (al parecer no ha podido superar todavía esta situación).

Síntomas psicológicos: Cuando la paciente llega a nuestro servicio presenta los siguientes síntomas psicológicos:

- en general rehúsa la comunicación verbal, lo cual hace muy difícil las entrevistas;
- estados delirantes y de confusión;
- pasa casi todo el día en su cama y se cubre con las sábanas hasta la cabeza;
- emite gritos y quejas repetidamente durante casi todo el día y una parte de la noche; cuando no grita, duerme o parece dormir.

Esta sintomatología no cede a los diversos tratamientos con psicotrópicos y se ha mantenido así durante casi dos meses.

Se le ha diagnosticado diversamente como enferma de:

- a) una histeria crepuscular;
- b) una melancolía delirante.

Un poco de historia: La situación depresiva ha sido señalada ya en la nota mas antigua de su historia clínica; en esa época no había habido aún intervención sobre la tiroides; el médico recomienda no operar por el momento a causa del estado mental de la paciente. Puede uno leer en esa nota:

“... es necesario tener cuenta del terreno psicológico bastante especial, las grandes preocupaciones de la enferma, y no estoy seguro que una tiroidectomía pueda mejorar a la enferma, y tengo miedo por el contrario, que se agrave su estado psíquico. Hay un estado depresivo grave, que se instala sobre un terreno neurótico antiguo y creo que seria útil que esta persona tenga un tratamiento psiquiátrico.”

La enfermedad de Steinert se declaró posteriormente. En los registros de 1987 se puede ya leer la existencia de problemas locomotores y “una dificultad motora reciente en las manos”. Tenía ya la pila cardíaca. Se señalan dos o tres caídas sin pérdida del conocimiento, debidas a vértigos rotatorios y sensación de inestabilidad en la posición erecta.

En septiembre de 1985 ya se señalan en la historia clínica caídas frecuentes. Presenta también una agravación de la dificultad en la marcha y una atrofia de los músculos del cuello. En el nivel psíquico se observa que no tiene “ni alucinaciones hipnagógicas, ni parálisis del despertar.”

El 7 octubre 1989 el médico indica:

“Palabras delirantes: debe marchar hacia París en helicóptero y

saltar en paracaídas. Dice tener alucinaciones” (el médico se pregunta si éstas no son de origen medicamentoso). El EEG es identificado tipo theta.

El 13 diciembre 1989: En este momento está en el servicio de urgencias psiquiátricas; se lee en la historia clínica:

“Interrogatorio imposible: oscila entre gemidos, falso llanto y escape bajo las sábanas. Sin embargo esta presentación cambia cuando uno alza el tono: no hay entonces llanto, ni gemido, los ojos grandes abiertos, pero ninguna respuesta, excepto: Qué quiere Ud. que yo le diga? Qué pensar???, por el momento nada. Qué tratamiento???, por el momento ninguno!!!”

La enfermera escribe:

“Empieza a quejarse, después que se ha mostrado incapaz de atenderse a sí misma; pregunta cómo debe lavarse, después me pide que verifique si está bien limpia. Gemidos, debido según ella a la irrupción terrible de alguien en la habitación. Como éstos continúan, yo sigo con el baño, lo que causa una reacción total de oposición que se mantiene aún a las 21h (no ha comido y permanece en la cama con las sábanas como escudo).”

Noche del 13 al 14 diciembre:

“Duerme al comienzo de la noche. Se pone a gritar varias veces en la noche.”

14 diciembre, de día:

“El mismo comportamiento. Crisis de angustia con evasión.”

Noche del 14 al 15 diciembre:

“Buena noche globalmente. No se despierta gritando sino una vez. Nos pregunta cómo puede ir al WC y si tiene derecho a ir. Duerme hasta las 6 a.m.”

Se marcha el 5 diciembre para pasar las fiestas de Navidad en casa (a petición suya). El 16 diciembre ya está de vuelta y esta vez se le ingresa en nuestro servicio. Presenta mucha agitación, gritos, llanto, pero más tarde se calma. Se observa una mejor orientación temporo-espacial.

“Nos dice —escribe la enfermera— que se fugó de casa esta mañana para venir al hospital; su esposo encontraba que olía mal.”

El 18 diciembre:

“Hoy se presenta de una manera diferente: por primera vez soporta una entrevista de 5 minutos. Miedo y angustia en primer plano con impresiones ilusorias amenazantes (cuadros que se deforman con muecas).”

Después se vuelve a la situación descrita al principio. Hubo un intento de fuga el 21 diciembre para volver a su casa. Es tratada con neurolépticos a pequeñas dosis.

Frecuentemente come muy poco e insiste en querer volver a casa. También frecuentemente duerme hasta la 1 a.m. y comienza luego a gritar. Este estado dura casi dos meses. El 18/02/90 se lee en la nota de la enfermera:

“Ningún cambio en su estado: no para de gritar.”

El 20/02/90 tengo una primera entrevista con ella, en presencia de una enfermera. Esto se produjo de la manera siguiente: En una reunión del personal se presenta el caso de la Sra. N; su situación crea un problema debido a sus frecuentes gemidos y a su estado estacionario.

La Dra. Wilhelm, la psicóloga que dirige mi trabajo, me propone hacerme cargo de la paciente; ella había hablado de ese proyecto con el psiquiatra responsable de la Sra. N, el Dr. D. Froissart. Se discute sobre esta propuesta y el psiquiatra está de acuerdo. Yo propongo tener tres o cuatro entrevistas con la Sra. N con la finalidad de:

- a) tratar de establecer contacto con ella;
- b) tratar de comprender las razones de sus gritos.

En caso de fracaso mi intervención se daría por finalizada.

Ante la dificultad de entrevistarse con la paciente en un cuadro convencional, o mientras que ella estuviese acostada, su enfermera me ha propuesto dar un paseo por los alrededores del pabellón con la paciente. Yo le he pedido venir con nosotros, puesto que ella tenía un cierto contacto con la paciente.

3. Tratamiento Psicológico.

Llegado el día de la entrevista, el 20/02, hemos salido a pasear alrededor del pabellón, permaneciendo siempre dentro del hospital.

Yo sabía que la paciente no respondería a una entrevista formal dado su estado de confusión y su constante reacción de aislamiento y de gritos. Conocía también el diagnóstico de histeria crepuscular. Yo mismo la había encontrado durante un WAIS fracasado; fue en ese momento que construí la hipótesis de que sus gemidos provenían de un estado de miedo constante. Decidí jugar la carta del lenguaje del cuerpo, que, según Szasz es, junto a la queja, el lenguaje de la histeria. Decidí pues olvidar las consideraciones de orden técnico y me puse en situación de escuchar a la paciente y señalarle mi interés por ella por medio del único lenguaje que podía aceptar.

Para establecer la comunicación, o por lo menos para facilitarla, he utilizado el tacto, tocando su cuerpo al ayudarle a ponerse su bufanda, su bata de casa, sosteniéndole el brazo durante la marcha. Le transmitía así lo que yo sentía: afecto sin afectación, calma, escucha, silencio.

Nos sentamos sobre un banco. Sus gemidos se hacen más altos, se queja constantemente. Le pregunto si se siente mal; responde quejándose que no se siente bien. Yo le pregunto por qué :

Sra. N.: Porque Ud. me va a pegar.

Yo : Piensa Ud. que quieren pegarle.

Sra. N.: Sí, todo el mundo quiere pegarme.

Yo: ¿Es por eso que se queja Ud.? ¿Tiene Ud. miedo?

Sra. N.: Sí.

Me dice que su compañera de habitación le había dicho que le pegaría.

Yo : Pero, ¿alguien le ha pegado a Ud.?

Sra. N.: No, pero quisieran pegarme.

Entonces su queja aumenta; me dice:

Sra. N.: “Quiero irme a casa, quiero irme a casa.” (dramáticamente) “Señor déjeme ir a casa.”

Yo: ¿No tiene Ud. miedo en su casa?

Sra. N.: Sí, pero menos.

Yo: Cuando Ud. estaba en su casa, ¿se quejaba como aquí?

La paciente se calla por unos instantes, luego recomienza. Quería subir a su habitación para acostarse (forma de aislamiento: una vez acostada se tapa generalmente con las sábanas hasta la cabeza). Yo le hablo de su miopatía. Ella, gritando, dice que se va a quedar parálitica. Yo comprendo que esa es la causa principal de sus quejidos; ella está condenada y lo sabe, puesto que durante años se ha tenido que ocupar de su hijo miópata. Rechazada por la familia, casi expulsada de su hogar, con un futuro paralítico seguido de su muerte: algo que hace natural su terror.

Ella me dice que no puede controlar sus manos; las agita como si quisiera desembarazarse de ellas. Yo le tomo una mano y la aprieto con las mías durante algunos segundos, luego la suelto. Después no vuelve a quejarse de sus manos.

Continuamos hablando de su miedo. Le hago tomar conciencia de que tiene miedo en el hospital, pero también en su casa. Ella me dice:

Sra. N.: Sí, tengo miedo de todo.

Nos paseamos un poco más y ella pide sentarse en otro banco (en lugar de pedir ir a su habitación: señal de interés en lo último que hablamos?). Una vez sentados, comienza a quejarse, aumentando la intensidad de su voz. La dejo gritar todo lo que quiere. Tengo la impresión que ella aprovecha la oportunidad para gritar libremente. Cuando las quejas se hacen menos fuertes le digo:

Yo : Si Ud. hace eso en su casa la enviarán al hospital.

Se calla. Considero que es hora de separarnos (la entrevista ha durado unos 40 minutos). Marchamos hacia el pabellón y disminuye sus quejas, en intensidad y en cantidad.

Yo: Ud se siente un poco mejor cuando se queja.

Sra. N.: Sí, me siento aliviada.

Considero estas frases, al estilo rogeriano, como parte del cuidado materno, porque conllevan un elemento de comprensión, de simpatía. La llevo hasta su habitación en donde la dejo sentada.

El mismo día la enfermera escribe en la hoja clínico:

“Solange [la enfermera] y Ramón [yo] han tenido una entrevista con ella; no la hemos oído en toda la tarde; se le ha pedido que venga a tomar su tratamiento en el cuarto de enfermería; hasta sonreía.”

Dos días después (20/02/90) en la hoja clínica los enfermeros escriben:

“Su esposo ha venido a buscarla como estaba previsto; estaba lista (se había vestido sola); su esposo nos contó que al llegar a su casa pidió descansar y fue a acostarse y estuvo tranquila; fue cuando llegamos que ella comenzó a gritar, no paró de hacerlo durante el viaje de regreso, quería bajar [del coche], pidió volver a casa; una vez llegados al hospital se calmó muy rápidamente y no ha dado qué hacer en toda la noche; se nota una mejoría desde hace algunos días.”

Conclusiones sobre la primera entrevista:

- a) Al final de la entrevista estoy prácticamente seguro de que las quejas de la Sra. N. son debidas fundamentalmente al miedo; ella está prácticamente aterrorizada por su enfermedad de Steinert.
- b) He obtenido un buen contacto desde la primera entrevista, lo cual ha sido sorprendente.
- c) Mi hipótesis: cuando le he hecho tomar conciencia de su miedo, esto le ha permitido considerar este miedo, dada la calidez de mi presencia, desde un nuevo punto de vista: ha sido la calidez de mi percepción de ese estado de terror lo que ha hecho evolucionar la forma en que ella vive su miedo.
- d) Los gemidos no tenían como causa un sentimiento o complejo de culpa, como pensaba una parte del personal (que probablemente se sentiría culpable de la enfermedad de su hijo miópata). Es de ella misma que la Sra. N. sentía piedad. Sin embargo he podido notar sentimientos de culpabilidad inconscientes relativos a la alimentación (presenta en ese sentido un comportamiento anoréxico importante).
- e) No he dado mucha importancia a las ideas delirantes de la paciente, que me parecen secundarias respecto al proceso del terror, de la conciencia de su muerte. Cuando el estado de terror fue menos generalizado, muchos de sus delirios desaparecieron (declaración de su esposo: ver más adelante).
- f) Esa noche estaba pensando en la entrevista y he tenido un insight respecto al momento en que tomé la mano de la Sra. N., lo cual he hecho de una manera espontánea, sin una idea previa en mi mente. La significación de este acto era: “Yo acepto esas manos así. Están bien así (en el sentido: ellas son aceptables o buenas porque le pertenecen a Ud.). Al parecer ella percibió este mensaje, pues no volvió a hablar de sus manos,

ni en esa entrevista, ni en las que siguieron.

Fui al hospital dos días después con el vivo interés de conocer el resultado de la entrevista, que fue mejor de lo que yo esperaba.

Durante esos días la Sra. N. no había gritado prácticamente. No podía verla ese día y después estuve enfermo durante unos días más, de modo que dejé de verla durante una semana después de la primera entrevista. Sabía que eso no era recomendable, que podría ser percibido como un abandono y creo que algo de esto sucedió: la Sra. N. no quiso hablarme en esa segunda ocasión (27 de febrero), lo que me obligó a insistir antes de restablecer el contacto. La forma en que he manifestado mi interés en continuar en contacto consistió en sentarme a su lado durante unos 20 minutos en silencio cuando me pedía que la dejara tranquila. Lo he hecho varias veces. Ella pareció apreciar esta compañía tranquila y silenciosa. La situación meteorológica no nos permitió hacer nuevos paseos, de manera que tuve que contentarme con pequeñas entrevistas, con ella sentada o acostada. Cuando la encontraba sentada en su habitación, siempre me pedía acostarse después de unos minutos. Invariablemente yo se lo permitía y la ayudaba cubriéndola con la sábana; después me iba. Durante el mes de marzo la lenta mejoría continuó; diré más adelante qué criterio me sirvió de referencia para esta afirmación. En el estado en que se encontraba en ese momento era imposible cambiarla de institución. No se había podido obtener un hospital de día para ella debido a su estado; no se pudo obtener sino un ingreso para finales de abril en una casa para enfermos crónicos (el lugar, según lo que después he sabido, es un buen centro de residencia y la paciente va mejor allá). Habíamos pensado que eso significaría el fin, que nunca más podría recuperar su hogar si la enviábamos allí. Por tal razón hemos hecho un último esfuerzo para enviarla a su casa ahora que había mejorado. No teníamos mucha esperanza de éxito, pues la paciente estaba aún muy inestable. Hicimos una reunión con el psiquiatra responsable del caso, la enfermera que nos había acompañado en la primera entrevista, la Sra. N., su esposo y yo mismo, el 27 de marzo.

Reunión del 27 de marzo de 1989: Tratamos la cuestión de dejar ir a la Sra. N. a su casa en lugar de enviarla a la residencia para enfermos crónicos: allí la esperaban el 24 de abril. Teníamos pues casi un mes para decidir. Pensábamos dar a la paciente 48h como tiempo de prueba en su casa. El Sr. N. no está totalmente de acuerdo; no se opone, pero pone como condición que él tendría que conservar sus hábitos diarios (salir por la mañana durante 1h30 y por la tarde durante 4h) y la paciente debe quedarse sin auxilio todo ese tiempo. Además pide que ella no llore ni grite. Dice algunas cosas positivas: su vida de casado no ha sido muy mala; la paciente va mejor, ya casi no dice "imbecilidades" (en francés "conneries": se refiere a los delirios) que decía antes. El psiquiatra pregunta a la paciente si está de acuerdo con esas condiciones y ella las acepta. Es la primera vez que veo sonreír a la Sra. N.; ella sonríe varias veces.

Si explico todos estos detalles es por las siguientes razones:

- a) Para hacer notar la posición del esposo, que no siendo totalmente negativa, no es tampoco positiva (al mismo tiempo que muestra signos de afecto, visitas frecuentes, parece percibirla como una molestia);
- b) para llamar la atención sobre la sonrisa de la Sra. N, lo cual nos hace pensar en:
 - la lucidez que ha mostrado (últimamente) en numerosos momentos;
 - la posible componente manipuladora de sus síntomas;
 - su mejoría.

Mi hipótesis es que los síntomas no han sido manipuladores al principio, pero que en la medida en que la paciente mejoraba se han vuelto manipuladores, revelando así un fondo neurótico histérico. En cuanto a la lucidez, ésta ha aumentado durante el mes de marzo y luego en abril, lo cual tengo como un signo de mejoría. Pienso que el diagnóstico de histeria crepuscular no es bueno, sino que hay una depresión delirante casi enteramente causada por la enfermedad de Steinert y su situación familiar.

El ensayo que hicimos al dejarla marchar a casa fue un fracaso: mantuvo su promesa de no gritar o llorar, pero al segundo día rehusó tomar los medicamentos, se acostó y no ingirió sino una sopa en todo el día. Según lo que he podido saber, su esposo le riñó por causa de los medicamentos y es justamente esto lo que la hizo huir hacia las sábanas. Esto señala la importancia del esposo en la situación creada. La paciente, como lo demostró en los días que siguieron, no soporta el discutir con el esposo; y en lo sucesivo siempre hay un roce entre los dos cada vez que él viene al hospital.

Entrevista del 30 de marzo, al regreso de la Sra. N:

Es la primera vez que tengo una entrevista con ella en donde responde a todas mis preguntas. La encuentro lloriqueando (no son quejidos: cosa nueva), sentada, normalmente vestida.

Yo: Sra. N, ¿qué la hace sufrir?

Al principio no responde y yo repito más o menos mi pregunta. Esta vez ella responde:

Sra. N.: No puedo vestirme (sobreentendido: "para acostarme").

Voy en busca de su ropa de cama; ella me señala donde está. Yo la tomo, le pongo las pantuflas y le digo:

Yo: Voy a buscar una enfermera para que la vista.

Se pone de pie y dice:

Sra. N.: No me venga con historias.

Yo: Bueno, ya voy a vestirla yo.

Lo que hago. Entonces me pregunta:

Sra. N.: ¿Puedo acostarme?

Yo: Por supuesto.

La ayudo a acostarse, le pongo las mantas por encima, me siento en una silla a su lado, frente a ella.

Yo: ¿Qué sucedió en su casa?

Sra. N.: Una disputa.

Yo: ¿Se ha discutido Ud. con su esposo?.

Sra. N.: Sí.

Yo: ¿Por qué?

Sra. N.: Esa porquería de medicamentos. Se me quedan en la garganta.

Yo: ¿No quiere Ud. tomar medicamentos?

Sra. N.: No.

Yo: Esos medicamentos son necesarios. Le ayudan a controlar las manos y a caminar bien; también la tranquilizan.

(Ninguna respuesta).

Yo: ¿Se siente mejor aquí, que en casa?

Sra. N.: No sé.

Yo: Vendré a verla el lunes. ¿Quiere decirme algo antes de que me vaya?

Sra. N.: No.

Yo: Aquí estará tranquila (sugestión) durante el fin de semana.

Sra. N.: Adiós. (Por la primera vez, muy claramente modulado).

Mis impresiones sobre esta entrevista: Noto un contacto más sostenido entre ella y yo. Quizás una cierta transferencia: prefiere que sea yo quien la vista. Ha respondido a todas mis preguntas, lo cual no había sucedido antes.

Lunes 2 de abril: La Sra. N rehúsa hablarme; está acostada con la manta sobre la cabeza. Me dice:

Sra. N.: Déjeme tranquila.

Yo: De acuerdo, la dejo tranquila. (Me voy).

Martes 3 de abril: Grita, ha comenzado a gritar un poco desde el día anterior. Está sentada en su habitación. Me dice que su esposo y ella se han discutido a causa de que no puede comer. Entra un enfermero y le pregunto si ha comido ya. El enfermero me responde que sí y que ha comido más que de costumbre. Entonces le digo:

Yo: Ve, ha comido Ud. bien.

Ella deja de gritar. Me pregunta:

Sra. N.: ¿Puedo acostarme?

Yo: Por supuesto.

La acompaño y la cubro con la sábana. Le digo:

Yo: Me voy.

Vuelvo el viernes 6. Me dice que ha comido muy poco, eso le preocupa. Ha

estado muy variable; algunas veces va sola a la enfermería a pedir sus medicamentos (pienso que ha escuchado lo que le he dicho acerca del control de sus manos). No le había anunciado mi próxima visita. La habían colocado sola en una habitación, porque había comenzado a gritar en algunas ocasiones. Ese día llego a las 5:30; me dicen que ha gritado durante una hora después del almuerzo. La encuentro sentada, de nuevo gritando.

Yo: ¿Qué sucede?

Sra. N.: Me van a reñir.

Yo: ¿Por qué?

Sra. N.: [Porque] No podré comer.

Yo: Piensa que le van a reñir porque no puede comer.

Sra. N.: Sí.

Debo hacer un paréntesis: las visitas de su esposo, que ahora son cotidianas y duran muy poco, son, en mi opinión, perjudiciales. El le riñe siempre para que coma. Se discuten siempre. Mi función ha llegado a ser casi la de contrarrestar lo que él hace.

Le pregunto si siente un nudo en la garganta, y si esa es la causa de que no pueda comer, a lo cual responde afirmativamente. Entonces decido aplicar un poco una técnica de sugestión:

Yo: El nudo en la garganta lo siente Ud. porque está nerviosa. Ud. tiene miedo y por eso siente el nudo en la garganta. Cuando esté tranquila no lo sentirá. Y Ud. podrá comer.

Sra. N.: Si usted lo dice....

Yo: Cuando la comida esté lista se la van a servir aquí, en su habitación. La colocaran sobre su mesa y Ud. comerá lo que Ud. desee y nadie va a reñirle por esa causa. Ud. puede estar tranquila (le he dicho estas palabras de una manera securizante, lentamente, con dulzura y tranquilidad). Aquí tiene Ud. una bella vista desde su ventana; si Ud. mira hacia afuera, eso podrá tranquilizarla. Ud. puede tranquilizarse y vivir mejor.

Sra. N.: Voy a morir.

Yo: Todos vamos a morir un día u otro. Pero ahora Ud. está viva.

Me dice que la han cambiado de habitación, que no sabe lo que significa. Le respondo que molestaba a la otra paciente y que es por eso que debe estar sola en una habitación. (Ella tenía miedo de que la hubieran puesto en esa habitación porque iba a morir pronto). Deja de quejarse.

Sra. N.: ¿Puedo acostarme?

Yo: Sí, naturalmente.

La ayudo a quitarse la bata de casa. Se acuesta y yo la cubro con la sábana. Me siento en la cama, a su lado, como lo haría con mi hija. Siento que es esta relación la que desea. (Y es la parte más importante de la entrevista.) Siento que está

verdaderamente tranquila, como alguien que ha perdido toda su ansiedad después de mucho sufrimiento, que puede ahora reposarse. Veo que sus manos han cesado de temblar y le digo:

Yo: Antes estaba Ud. nerviosa. Ahora está Ud. tranquila (no era sugestión, sino la constatación de un hecho). Vea, sus manos temblaban hace poco, ahora ya no tiemblan. Cuando está Ud. tranquila el nudo en la garganta desaparece.

Sra. N.: Es igual.

Yo: ¿Siente aún el nudo en la garganta?

Sra. N.: Sí.

Yo: Esto es que necesita estar tranquila un rato largo antes de que el nudo desaparezca.

Sra. N.: Si usted lo dice....

Yo: Sí, ciertamente el nudo va a desaparecer y entonces podrá comer.

Me he quedado junto a ella todavía unos 20 minutos, en silencio, pero sentía que ese silencio estaba lleno de comunicación y no violento. Así en tres ocasiones ella rompió el silencio (era la primera vez en nuestras entrevistas que tomaba la iniciativa) para hablarme. Por ejemplo:

Sra. N.: El ojo (se frotaba el ojo) me duele.

Yo: Ha llorado mucho, es eso probablemente.

Es necesario decir que la paciente no era siempre consciente de lo que sucedía, en especial cuando gritaba, así pues era necesario darle seguridad en cuanto a esto, darle puntos de referencia.

Otra vez:

Sra. N.: No puedo estar tranquila. Pienso demasiado.

Le repito (utilizando la sugestión al estilo de Erikson):

Yo: Tiene Ud. aquí una bella vista, en su habitación. Si mira los coches que pasan, los árboles, los pájaros que vuelan, se sentirá mas tranquila; piensa Ud. demasiado porque no observa y no quiere Ud. hablar con los demás.

Sra. N.: Si usted lo dice....

Cuando sentí que el momento había llegado, le dije:

Yo: Ahora me voy. ¿Quiere que la acompañe a comer?

Sra. N.: Sí.

Yo: Bien, vendré a la hora de comer. Hasta pronto.

Sra. N.: Gracias.

(La primera vez que me dice “gracias”, para sorpresa mía. No le respondí).

Salgo y voy a ver a la jefa de enfermeras; le propongo dejar la comida de la Sra. N sobre la mesa y de no decirle nada si come o si no come; por lo menos por esta vez, y durante uno o dos días, aun cuando ha perdido peso en estos últimos días.

Vuelvo cuando ya ha sido servida.

Yo: Vaya, veo que se siente Ud. mejor.

Estaba comiendo. Me siento a unos metros, al lado de la ventana y miro hacia el exterior largamente mientras come. Interrumpo mi silencio solo para decir (aun algo de la técnica de Erikson):

Yo: Hay un magnífico árbol que se ve desde aquí; lleno de flores que acaban de salir.

Ella continúa su comida y finalmente dice:

Sra. N.: No quiero más.

Me acerco.

Yo: Ha comido Ud. bien. (No quedaba sino el yogurt y una compota de manzanas.) Esta compota es muy buena (la abro).
¿Quiere Ud. un postre? (Digo mientras la abría.)

Ella toma la compota y la cucharilla. Cuando termina raspa mucho el recipiente (quizás quería contentarme).

Yo: ¿Quiere Ud. venir a la ventana? Hay un árbol muy bello aquí, lleno de flores.

Viene.

Yo: Es magnífico; antes este árbol estaba desnudo, con sólo ramas ennegrecidas, y lentamente le han salido las flores; ahora lo ve Ud. está lleno de flores.

Ella mira unos segundos. Finalmente dice:

Sra. N.: ¿Puedo acostarme?

Yo: Desde luego.

Una vez que se ha acostado, yo me despido. Ella responde.

Conclusión sobre esta entrevista:

1. Es siempre el miedo lo que la hace gritar: El miedo de que le “riñan” si no come (a este miedo contribuye diariamente el esposo). El miedo de haber sido puesta sola en una habitación por que se vaya a morir.

2. Siguiendo la técnica de Erikson, he querido hablar a su inconsciente más que a su consciente. Es por esto que le he hablado del árbol lleno de flores, el árbol que en apariencia estaba seco anteriormente y que ahora ha florecido. He querido que se identifique espontáneamente con ese árbol, al hecho de que todo lo que vive puede florecer. Al mismo tiempo pienso haber creado una mayor comunicación mediante ese “baño de palabras”.

No puedo evitar de comparar lo que acabo de decir con el caso del moribundo Joe, relatado por Haley, que pidió, después del “baño de palabras” de Erikson: “Hable, hable.”

Es probablemente en las situaciones más críticas que un tal baño de palabras que lleva en sí todos los matices de afectividad positiva, constituye un medio privilegiado de comunicación. Es entonces el tono, la forma de decir, de la mayor

importancia (aunque esto sea cierto acerca de toda psicoterapia).

Vuelvo el miércoles 11 de abril. Había estado cansado el fin de semana y me sentía un poco invadido por la paciente. He aprovechado no haber podido ir a verla al día siguiente, para no verla durante algunos días, el tiempo de recuperar un estado conveniente.

Pero ese día no quiso hablarme: estaba enfundada en las sábanas, y me dijo:

Sra. N.: Váyase. Déjeme tranquila.

Como siempre no he insistido.

Jueves 12 de abril: Entro en su habitación. Está enfundada en sus sábanas:

Yo: ¿Cómo se encuentra?

Sra. N.: No muy bien.

Yo: ¿Ha venido su esposo?

Sra. N.: Sí, pero no se ha quedado.

Me dice entonces algunas palabras que no comprendo. (Yo quería saber si se había discutido otra vez con su esposo, y si su estado tenía algo que ver con su visita.)

Sra. N.: No tengo hambre (gimiendo primero, luego gritando), no puedo comer (varias veces).

Yo: Ninguna persona le obliga; comerá Ud. lo que desee. Cuando esté mas tranquila tendrá hambre.

Sra. N.: No quiero comer. La sopa no tiene sal, etc.

Me explica gimiendo que la comida no le gusta, que no quiere comer. Yo: pueden ponerle más sal en la comida.

Sra. N.: No, no quiero comer aquí.

Yo: Ud. no quiere comer aquí, quiere comer en su casa.

Sra. N.: Sí, quiero ir a casa.

Comienza a gritar más y más fuerte: "Quiero ir a casa." Espero a que se calle. Después de algunos minutos me escucha.

Yo: Yo no puedo dejarla marchar. Yo no decido eso.

Sra. N.: No es verdad. Quiero ir a casa, etc.

Espero aún. Observo dos tipos de cambio en sus gritos:

a) No grita con simples quejidos, sino que dice algo cada vez que grita (ese cambio había tenido lugar después del día anterior).

b) No grita de desesperación, por un miedo interno, como antes; he tenido la impresión de que quiere manipularme; más tarde pregunto al enfermero si él nota un cambio en su forma de gritar y él confirma mi impresión.

Yo: Evidentemente Ud. no tiene deseos de hablar conmigo.

¿Quiere Ud. que me vaya?

Sra. N.: No, quédese. Quiero irme a casa, etc.

La escucho hasta que se calla, luego me despido; no responde.

Algunos minutos más tarde estoy hablando con los enfermeros en la sala de descanso del personal cuando ella aparece en la puerta y pide al enfermero que la

atiende que la lleve a su casa: era su día de salida.

El enfermero: Eso no es posible.

Sra. N.: ¿Por qué?

Enf: No tenemos a nadie que la pueda llevar.

Sra. N.: ¿Qué hago?

Enf: Puede Ud. ver la televisión, pero sin gritar; eso molesta a los demás.

Se va tranquilamente. No se le oye gritar más.

Viernes 12 de abril: Está comiendo en su habitación. Entro y la saludo; me paro en la ventana y miro al exterior mientras come. Come un poco más de la mitad de lo servido; después dice:

Sra. N.: No tengo más hambre.

Yo: Qué es esto? (señalando algo en la bandeja)

Sra. N.: Es chocolate.

Yo: Es bueno el chocolate, no lo quiere Ud.?

Sra. N.: No, no tengo más hambre.

Yo: De acuerdo.

Se levanta para ir a acostarse. (Esta vez no pide permiso).

Yo: Hoy hace un buen día. ¿Quiere Ud. dar un pequeño paseo?

Ella acepta sin decir nada. La ayudo a ponerse la bata; pasamos por un largo pasillo; la llevo hacia una ventana desde donde se ve fuera del hospital.

Yo: ¿Puede Ud. ver los automóviles y los árboles? (La pregunta tiene sentido porque ve mal a causa de la miopatía y las gafas que ya no le sirven).

Sra. N.: Sí.

Yo: Hay una bella iglesia allí.

Sra. N.: Sí, pienso que sí.

Vamos a su habitación, le quito la bata y le pongo su abrigo. Salimos del hospital y vamos hacia la iglesia (que está a dos manzanas). Volvemos. No hemos podido entrar en la iglesia. Ella está cansada y quiere ir a su habitación.

Yo: Ha sido un buen paseo; eso cansa, pero sienta bien.

Durante el pequeño paseo le muestro las flores cercanas a la iglesia y ella las mira; prácticamente no hemos hablado; el silencio forma parte de nuestra comunicación. Lloriqueaba ligeramente cuando la dejo.

Lunes 15 de abril:

Por la mañana ha recibido la noticia de su traslado a otra institución. Llego por la tarde y la encuentro sentada cerca de la ventana, a través de la cual mira y parecer meditar. Tiene un aire triste, una especie de angustia tranquila. Está muy lúcida, es nuestra conversación más normal desde el principio. Le pregunto si tiene algo que decirme antes de que me vaya. Ella me dice que ya lo sé todo, que he hablado con su esposo. Le digo que he hablado muy poco con su esposo, sólo una vez. Ella no

responde. Le pregunto si aún quiere ir a la capilla del hospital (nos habíamos puesto de acuerdo para ir ese día). Me dice que no, que el día no está bueno y que debemos ir otro día. Después de unos 20 minutos pasados en silencio le digo que me voy, a menos que quiera que me quede todavía unos minutos. Ella responde que yo no puedo acompañarla siempre. Durante todo ese tiempo ha mirado por la ventana; me parece que verdaderamente ha observado.

En esos días la vi todavía una vez, pero ella no habló mucho. Estaba acostada con los ojos cerrados. Le pregunté si su esposo había venido, si se habían discutido. Me dice que sí. Le pregunto si siempre han discutido.

Sra. N.: No, antes él era diferente, y por otra parte, yo también. No sé lo qué ha sucedido entre nosotros.

Es un buen signo de lucidez: nota que ella era diferente. Pero me dice gentilmente que la deje tranquila. Es la primera vez que me lo dice dulcemente. (Antes esa frase, aunque no en forma agresiva, la decía sin miramientos; hoy me la dice con un esfuerzo por no herir.)

No he ido al hospital en los días siguientes, de modo que se marchó sin que la haya visto nuevamente. Me dicen que va mejor en el lugar en donde está ahora, que grita muy poco y que algunas veces juega a juegos de sociedad. Pero si pierde se pone a gritar: "He perdido, he perdido", como si tuviera conciencia de que otra vez ha perdido en la vida. Los enfermeros que la cuidaron han ido a verla (no pude ir el día que ellos pudieron ir), pero ella les dijo, paseando con ellos, que no encontraba nada que decirles.

3. Conclusiones.

Creo que es razonable sacar las siguientes conclusiones de lo que precede:

1. Aunque un solo caso no puede aportar mucha confirmación a las tesis que al principio he presentado, relativas al cuerpo y al tacto como canal excepcional de comunicación, y a lo que hemos llamado "cuidado materno", los resultados obtenidos son sin embargo coherentes con ellas.

2. Se han mencionado varios criterios de mejoría:

a) En primer lugar, el criterio del grupo de atención a la paciente: la disminución de la intensidad y la frecuencia de los gritos. Este criterio no es de menor importancia, si tenemos en cuenta que la paciente no está en estado de confusión sino cuando grita. Así pues la mejoría en ese sentido significa una toma de conciencia y lucidez más frecuente, lo cual, pienso, se ha debido notar en la descripción del proceso de la psicoterapia.

b) Aunque los gritos se producen aún de cuando en cuando, ahora son gritos "más articulados", en el sentido que la paciente dice ahora algo cuando grita, lo cual no era así generalmente al principio (preferentemente grita "Quiero ir a casa." o "No tengo hambre. "). Estos gritos dan la impresión actualmente de ser manipuladores, más que gritos de terror como anteriormente. La primera vez que me he dado cuenta

de este hecho he preguntado al enfermero del equipo: “¿Ves alguna diferencia entre los gritos actuales y los precedentes?” Después de haber escuchado con atención me ha respondido: “Sí, creo que actualmente son mas bien manipuladores.” Tenemos al menos dos juicios coincidentes e independientes el uno del otro.

c) El contacto se ha mantenido (y aun se ha reforzado); y aunque tal fuera el único resultado que se obtuviese en el tipo de atención propuesta, es ya algo de la mayor importancia, sobre todo en estos casos graves, como es sabido. Una frase que se puede considerar patognómica de la existencia de un buen contacto es cuando la paciente me dijo en la penúltima entrevista:

Sra. N.: No puede Ud. acompañarme siempre.

Que yo comprendí llevaba la siguiente intención: “Aunque Ud. me haya sido de una compañía mantenida, comprendo que Ud. no puede sin embargo acompañarme en todo momento.” He recibido esta frase como una confirmación de que ella me tenía por alguien que estaba a su lado, que la sostenía y la ayudaba. Otro acto que confirma este punto de vista es la amabilidad con que me ha dicho por última vez de “dejarla tranquila”.

3. En cierto modo, los resultados obtenidos no son sorprendentes. Alguien que observe suficientemente puede notar los innumerables matices de la manera de “tocar” y de la voz; estos matices son todos comunicativos, y se cumple aquí con preferencia lo que la escuela de Palo Alto afirma insistentemente: “No podemos dejar de comunicar”. El problema fundamental es el de saber qué comunicar y cómo hacerlo. Ningún sistema de psicoterapia, es mi impresión, cura al paciente, pero lo que el psicoterapeuta comunica hace posible la cura; en otras palabras, no creo que es la técnica sino la relación la que es curativa.

Comentario final (Octubre 1991): He releído las páginas precedentes y he tenido la impresión de dos personas verdaderamente presentes, la una tratando de ayudar, con su afecto y su lucidez del problema, la otra batallando en la oscuridad. Ambos en una especie de danza llena de dolor y belleza. No es un técnico tratando de reparar una máquina (aunque técnica haya), sino dos seres en su real humanidad.



REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.
c./ de l'Art, 81
08026 BARCELONA
Tel.: (93) 435 2311**