

Los vínculos familiares

Una psicopatología de las relaciones familiares

José Dunker L.



José Dunker L.

Los vínculos familiares

Una psicopatología
de las relaciones familiares

1ª edición virtual

e-libro.net

www.e-libro.net

Febrero de 2002

Esta obra también está disponible en soporte papel, bajo la modalidad de «libro a pedido».

Ilustración de la portada: «Los vínculos», óleo de Ignacio Iturria (Uruguay)

© 2001, por José Dunker L.

© Primera edición virtual y en papel, e-libro.net,
febrero de 2002

ISBN 99934-70-39-2

ÍNDICE

Introducción	5
<i>Desarrollo</i>	
1. Fundamentos para una tipología familiar	9
2. Tipos familiares	14
3. Teoría de los vínculos	18
4. Dinámica de los vínculos	23
5. La familia saludable	31
6. Periodización de la vida humana	35
7. Los ciclos de la vida	40
8. La ruta crítica personal	49
9. Los modos de enfermar: el cuerpo	58
10. Los modos de enfermar: la mente	66
11. Los modos de enfermar: la conducta	72
12. El retrato familiar	79
13. Funciones mentales	82
14. Esquemas mentales	89
15. Técnicas y estrategias	97
16. Uso de fármacos	102
17. Técnicas contra el estrés	109
Apéndice	116
Bibliografía	131

INTRODUCCIÓN

Este libro trata sobre *relaciones familiares*. Trataré de explicar cómo es una familia cuando funciona mal, y cómo es cuando funciona bien. La *teoría de los vínculos* nos permitirá dar respuestas concretas a estas cuestiones tan importantes.

Mi propósito es revisar la *sicopatología* a partir de las relaciones familiares. Me propongo explicar la manera como los *modos de enfermar* se relacionan con la dinámica familiar, y muy específicamente en sus tres vínculos centrales: el vínculo parental (entre los progenitores), el vínculo filial (entre los progenitores y sus infantes), y el vínculo fraterno (entre el sujeto y sus hermanos y hermanas).

No he tenido la pretensión de escribir un tratado, y ni siquiera un manual. Lo que el lector tiene por delante es realmente un folleto escrito como material de apoyo para el curso de 'Psicopatología de las Relaciones Familiares' de la UNEV. Poco a poco la información fue creciendo hasta convertirse en libro. Hoy asumo el riesgo de decir mi propia palabra y de someterla a la crítica de los demás.

Escribo a partir del marco del modelo sistémico familiar. Este enfoque asume ser la versión más integral de las ciencias de la conducta. No se trata de conductismo, aunque incorpora sus principales hallazgos. No se trata de psicoanálisis, pero lo toma como punto de partida. No se trata de sicología de la Gestalt, pero la asume como marco teórico.

Hoy día estamos obligados a construir alguna forma de eclecticismo. Ya no tiene vigencia ni el conductismo ni el psicoanálisis en las poses radicales que tuvieron hasta los años cincuenta. Los autores contemporáneos se leen los unos a los otros, y escriben a partir de esa lectura. Aunque se mantienen los marcos teóricos, el resultado es muy homogéneo en cuanto a sus enunciados finales. Algunos temas desbordan sus marcos de origen, y son esgrimidos por los que otrora fueron sus rivales.

Lo que se necesita es un marco lo suficientemente abarcador a fin de incorporar las nociones y técnicas más importantes de las diversas escuelas. Ese marco existe. Ese marco no puede ser el de una de las escuelas antagónicas en que tradicionalmente se dividió el campo de las ciencias de la conducta. Ese marco se encuentra precisamente en el modelo sistémico familiar.

El lector encontrará en las páginas que siguen una visión *desde arriba* de las ciencias de la conducta, lo cual significa: objetividad, totalidad, reciprocidad, multicausalidad, y apertura en la utilización de técnicas.

Los primeros capítulos constituyen un intento por definir **tipos familiares**. El mayor desarrollo de este tema se produjo en el programa televisivo “redes familiares” que compartíamos con Dagoberto Polanco y Variña Bustos. Entre nosotros se hizo común hablar de un hombre tipo A haciendo pareja con una mujer tipo B, para

formar una familia A/B. El lector podrá apreciar los diferentes aspectos sobre este tema novedoso.

En los capítulos siguientes manejamos el tema de los **vínculos familiares**: parental, filial y fraterno, como base para una interpretación del funcionamiento familiar. Esta es la idea central de esta obra. Pretendemos demostrar que existe suficiente evidencia para proponer una teoría sobre el funcionamiento familiar alrededor de estos puntos cruciales. A partir de ellos intentaremos definir en el capítulo 5 lo que constituye una **familia saludable**.

El quinto capítulo se refiere a **los ciclos de la vida**. Es un intento de periodización de la vida humana el cual hemos ido desarrollando desde una conferencia magistral que impartimos al grupo Jaycees de Santiago hace unos 15 años. La **ruta crítica personal** describe la manera como los traumas psíquicos devienen en lesiones físicas y acortan la vida humana. Los tres capítulos siguientes abordan el tema de **los tres modos de enfermar**: vía el cuerpo, vía la mente o vía la conducta. Se trata de intento de síntesis entre patogenia y psicopatología.

El retrato familiar es una técnica que he venido utilizando provechosamente a partir del genograma de BOWEN y del cronograma de VIRGINIA SATIR. Constituye, sin embargo, una propuesta nueva, y es lo que en un principio solíamos denominar como *patograma*.

El capítulo sobre las **funciones mentales** pretende estudiar la mente a partir de la metáfora de las computadoras. Constituye una crítica a la sicopatología tradicional que aprendimos en Europa. A partir de aquí incorporamos el tema de los **esquemas mentales**, reconocido por casi todos los autores modernos, aunque no siempre se les dedique el espacio que amerita.

El capítulo trece trata de sugerir un marco integral para el abordaje terapéutico. Se toma como marco las tres estrategias que propone MINUCHIN. **Técnicas y Estrategias** constituye un enfoque ecléctico y amplio de las mejores propuestas terapéuticas utilizadas por el autor. **Uso de Fármacos** propone algunos postulados para regular la colaboración multidisciplinaria. El último capítulo se dedica a algunas **técnicas contra el estrés**. Se trata de un paquete de remedios científicamente demostrados para controlar la ansiedad y la depresión. En un siglo cuando la mecanización del ser humano asume una vigencia peligrosa, se requiere que el terapeuta conozca estos modos sencillos de mejorar la salud del paciente.

1. FUNDAMENTOS PARA UNA TIPOLOGÍA FAMILIAR

- 1.1 La búsqueda infructuosa de un modelo clasificatorio de familias ha acompañado a los pioneros de la terapia familiar hasta nuestros días.

JAN EHRENWALD, en su obra “neurosis en la familia”, parte de un “inventario de rasgos y actitudes” para definir diez tríadas de actitudes, organizadas desde las más normales hasta las más patológicas. Esta base arbitraria le sirve para proponer sus “**cuatro** patrones de interacción familiar”: “coparticipación” o simbiosis, “contagio”, el “patrón complementario”, y el “patrón de resistencia/rebelión”.

PETER MARTIN escribe una obra titulada “Manual de terapia de pareja”, en la cual propone “**cuatro** esquemas matrimoniales patológicos”: “esposa ‘enamorada’ y marido ‘frío’, “el marido en busca de una madre”, “el matrimonio de dos parásitos”, y “el matrimonio paranoide”. Estos esquemas parten de la observación directa de su autor.

Debo reconocer mi deuda con AGO BÜRKL, psiquiatra y terapeuta familiar suiza, por haberme introduci-

do a JURG WILLI en su obra: “La pareja humana relación y conflicto”. Uno de los argumentos principales de esta obra son dos actitudes neuróticas de defensa: “la *regresión*, como la tendencia a caer en formas de comportamiento infantil, y la *progresión*, como tendencia a eludir la propia debilidad con fachada de madurez”.

La otra idea importante de esta obra es la *colusión*: “el enmarañamiento neurótico de un consorte progresivo con otro regresivo”. WILLI entiende que los cónyuges tuvieron sus traumas en la misma etapa del desarrollo infantil, aunque uno respondió con mecanismos progresivos y otro con mecanismos regresivos. A partir de aquí describe sus “**cuatro** esquemas fundamentales”: La colusión “narcisística”; la colusión “oral”; la colusión “anal-sádica”, y la colusión “fálico-edipal”.

La coincidencia entre estos autores no es solo en haber descrito cuatro tipos, sino por las coincidencias entre los mismos, lo cual veremos más adelante.

Entre los pioneros de la terapia familiar quien más atención ha prestado al tema es MINUCHIN, quien define diez configuraciones familiares. Las mismas, de todas formas, no son propiamente *tipos* sino *configuraciones* como él mismo las denomina. Su verdadera tipología consiste en definir familias *aglutinadas*, y familias *desligadas*.

Todos estos esquemas coinciden en puntos muy importantes. El problema es que no tenemos hasta ahora un marco teórico apropiado para definir una tipología.

En lo que sigue propondremos una tipología familiar a partir de tipos individuales que nos parecen universales.

1.2 Los doctores M. FRIEDMAN y R. ROSEMAN, médicos internistas, propusieron su esquema desde 1974. El “tipo A” se describe como ambicioso, exigente consigo mismo, con un gran sentido de urgencia, competitivo, impaciente y con una especie de hostilidad flotante. El “tipo B” es lo contrario: menos competitivo, menos apurado, más llevadero, capaz de separar trabajo de juego, calmado, gentil y tranquilo. El gran aporte de MEYER y FRIEDMAN fue relacionar el tipo A con la patología del corazón.

Aunque ignorado por los especialistas de la conducta, este sencillo esquema ha demostrado validez clínica universal. Se ha postulado incluso una base biológica a partir del estudio de los neurotransmisores. La serotonina sería responsable de las *conductas de riesgo*, lo cual constituye el núcleo de la persona tipo A. Esto condujo a MADSEN, en un artículo aparecido en la Revista Australiana de Psiquiatría (1987), a proponer que “altos niveles de serotonina” se relacionan con la personalidad tipo A, mientras que “bajos niveles de serotonina” se relacionan con la personalidad tipo B.

El esquema de FRIEDMAN y ROSEMAN tiene el problema de que se define con términos imprecisos. Los tipos A son: “envidiosos, impulsivos, de gran tendencia competitiva, preocupados con planes de trabajo a plazo fijo, y con gran sentido de culpabilidad y ansiedad en cuanto a trabajo y recreo”, mientras que el tipo B se define simplemente de forma negativa: los que no son A.

La observación que se propone en esta obra es que el tipo A es básicamente *impulsivo*, mientras que el tipo B es básicamente *pasivo*. Estos términos requieren explicación. Impulsividad significa reactividad,

iniciativa propia, responsabilidad, persistencia, dureza. Pasividad implica sosiego, calma, capacidad de disfrute, flexibilidad, suavidad.

En otras palabras, impulsividad y pasividad son los rasgos centrales, pero alrededor de ellos se encuentran otros que a veces pueden incluso sobresalir. En sus estudios a partir de los perros, PAVLOV y KORNILOV, desde las escuelas reflexológicas rusas, han confirmado la importancia de estos dos rasgos para hacer una clasificación de temperamentos muy coincidente con la de Hipócrates.

A partir de estos tipos básicos: A = impulsivo, y B = pasivo, hemos podido definir desde hace años, **cuatro tipos familiares básicos**:

- el tipo A/B: hombre impulsivo con mujer pasiva, el cual designaremos como tipo *patriarcal*,
- el tipo B/A: hombre pasivo con mujer impulsiva, *matriarcal*;
- el tipo A/A: hombre y mujer impulsivos, *lucha por el poder*, y
- el tipo B/B: hombre y mujer pasivos, *familia apegada a los hijos*.

Estos tipos son muy fáciles de observar, y coinciden en varios puntos con los que vimos al principio en EHRENWALD, PETER MARTÍN, JURG WILLI e incluso MINUCHIN, tal como se mostrará más adelante.

Por ahora nos interesa sugerir que cada tipo permite otros subtipos dependiendo del rasgo que se tome. El más importante que hemos hallado es la idea de sociabilidad (extroversión) y retraimiento (introversión). De hecho, si se toman estas cuatro variables: impulsividad y pasividad, de un lado, con introversión y extroversión del otro, el resultado coincidirá con los cuatro temperamentos de Hipó-

crates, con las clasificaciones de KRESTCHMER en Psiquiatría, con PAVLOV y KORNILOV en las escuelas reflexológicas rusas, así como con los “cuatro esquemas mentales” de MARUYAMA en el ámbito empresarial.

La gama de subtipologías posibles a partir de estos rasgos serían las siguientes:

PATRIARCAL	MATRIARCAL	COMPETITIVA	APEGADA
A/B	B/A	A/A	B/B
A/B-	B/A+	A/A+	B/B-
A+/B	B-/A	A/A	B/B-
A+/B-	B-/A+	A+/A+	B-/B-

- Sociabilidad se indica por el signo: +
- Retraimiento se indica por el signo: -
- Cuando A es negativo, o cuando B es + se omiten los signos.

En el capítulo siguiente describiremos los cuatro tipos fundamentales.

2. TIPOS FAMILIARES

- 2.1 Describiremos a continuación **cuatro** tipos familiares básicos, los cuales han sido observados por numerosos observadores —aunque les asignen nombres diferentes—, y aparecen en propuestas diversas.
- 2.2 La **familia patriarcal** (A/B) es el tipo predominante en todas las culturas. Su esquema básico es una polarización de roles en el manejo del poder. Aquí es donde se cumple el dicho: “el hombre es de la calle, y la mujer, de la casa”. Es la típica familia patriarcal de las sociedades antiguas. Es lo que Peter A. MARTIN describe como un “marido frío” y una “esposa enamorada”. Se corresponde también con la *colusión* entre “narcisista” y “narcisista complementario” de JURG WILLI.
- Él es un hombre impulsivo, de carácter fuerte, honesto, responsable, trabajador, reacio a visitar al médico, y que suele morir de una enfermedad fulminante. Ella es una mujer pasiva, suave, flexible, hogareña, ‘súper madre’, con frecuentes enferme-

dades, pero que generalmente vive más años que su marido.

Las siguientes manifestaciones son frecuentes en las familias patriarcales:

- a) Violencia contra la mujer y los hijos;
- b) El hombre con familias paralelas;
- c) Preferencia por los hijos varones, y
- d) Doble moral: cosas prohibidas a las mujeres y permitidas a los hombres.

- 2.3 La **familia matriarcal** (B/A), aunque menos frecuente, existe también en todas las culturas. Su característica central se define con el dicho: “él es una dama, y ella es ley, batuta y constitución”.

Este es el esquema que PETER MARTIN describe como “madre-hijo”. JURG WILLI lo define como “colusión oral”. En ocasiones el esquema es de una franca inversión de los roles tradicionales.

Él es pasivo, suave, y flexible, algunas veces dependiente del alcohol u otro hábito perjudicial, y otras veces un activista de causas cívicas o religiosas. Ella es fuerte, hábil, controladora, principal productora de su hogar, ‘salidora’, y algunas veces violenta e infiel. Esta es la mujer que muere por enfermedades fulminantes, y cuyo esposo la sobrevive.

- 2.4 En la **familia en lucha por el poder** (A/A) tanto el hombre como la mujer son impulsivos y fuertes. El punto de atracción se observa generalmente en el área de valores: se unen más por la coincidencia de sus creencias que alrededor del afecto.

A estas parejas se les aplica el refrán que dice:

“Ni contigo ni sin ti,
tienen mis penas remedio,
contigo porque me matas,
y sin ti porque me muero”.

Este es el tipo de *colusión* que JURG WILLI y otros autores denominan “lucha por el poder”. Ambos cónyuges tratan de acaparar el poder y los méritos, para lo cual utilizan todas las armas posibles. Los desacuerdos son frecuentes y atañen a los aspectos más insignificantes. Hay una tendencia incontrolable a la mutua descalificación. El abuso verbal algunas veces es seguido de abuso físico recíproco.

En nuestras observaciones, uno de los dos suele ser más hogareño, mientras que su contraparte se muestra más sociable. Se confirma en esto la regla de que los diferentes se atraen.

Estas son familias que acumulan mucho estrés. Se vive ‘en su interior una especie de guerra fría en la que cada progenitor se apandilla con hijos leales. Lo sorprendente es la durabilidad de estos matrimonios. A pesar de las frecuentes separaciones y reconciliaciones, estas familias se mantienen juntas más de lo esperado.

- 2.5 La **familia apegada a los hijos (B/B)** es lo contrario de la competitiva: aquí la violencia es infrecuente, y sus miembros muestran gran capacidad de dar y ceder. Es típico que sus miembros sean personas tiernas y permisivas. Es lo que generalmente se muestra como una familia “bonita”.

Aunque suaves y pasivas ambas partes, hemos observado que suele haber una parte más directiva que la otra. Se cumple también en este caso la regla de la complementariedad de los opuestos se atraen.

La familia *aglutinada* de MUNICHIN se corresponde en todos los aspectos con este tipo. Su consigna es: “paz a cualquier precio”. No saben poner límites, ni permiten la independencia de los hijos adultos.

En nuestras observaciones, los progenitores suelen concluir en un divorcio emocional: enganchados a manera de compensación con hijos e hijas, pero sin vida romántica de pareja. Esta es la mejor base para triángulos edípicos típicos.

- 2.6 Ninguno de estos tipos familiares es necesariamente disfuncional. Cada familia debe aprender a negociar relaciones equilibradas en las que cada miembro pueda desarrollar todo su potencial y en las que los roles y los méritos se repartan equitativamente. Cuando esto se hace, el resultado es el crecimiento personal de cada miembro.

Estos tipos se modifican con los años. Es más fácil observarlos al inicio de la familia, pues al final se producen cambios que desdibujan las características originales, sea hacia lo positivo, sea hacia lo negativo

Nos servirán de todos modos para los casos en que resulte más fácil su descripción, que son la mayoría de las familias.

3. TEORÍA DE LOS VÍNCULOS

- 3.1 Los tipos familiares representan una visión *exterior* de la familia, mientras que el tema que sigue pretende hacer un enfoque *transversal*.

Mientras cursábamos la maestría en Terapia Familiar nos tocó dirigir el Hospital Psiquiátrico “Padre Billini” en Santo Domingo. Hicimos en ese tiempo una investigación con los doctores Rolando Duvergé, José Feliciano y Doris Byas, médicos residentes del Hospital, sobre la familia de origen de los enfermos mentales.

Tomamos los casos vistos en las sesiones clínicas durante el 1999, y que habían recibido diagnósticos de Esquizofrenia o Trastorno Afectivo. Teníamos la ventaja de que en ese tiempo se había establecido la costumbre de aplicar *genograma* a todos los pacientes que iban a sesión clínica.

El resultado fue que, de 25 familias que formaron parte del estudio, 20 tenían evidencia de disfunción en sus tres vínculos centrales, mientras que las cinco restantes eran muy probablemente familias *aglu-*

tinadas de MINUCHIN, en las que se describe la tendencia a disimular los datos negativos.

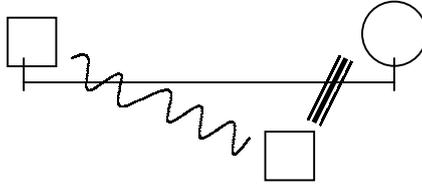
Estos hallazgos confirmaron la hipótesis de trabajo en el sentido de que “existe relación entre estos trastornos y el funcionamiento de los vínculos parentales, filiales y fraternos”.

Desde entonces los vínculos nos han servido tanto para definir una familia saludable, como para planificar los cambios en un proceso de terapia.

- 3.2 El primero en observar la importancia del vínculo en psicopatología fue FREUD con su descripción del complejo de Edipo: el hijo establece con su madre una relación que determinará su futura salud o enfermedad mental. Este punto está ampliamente demostrado y constituye una de las propuestas que sobrevivirá al Psicoanálisis.

BOWLBY (1979), a partir de FREUD, fue de los primeros en utilizar la definición de “vínculos afectivos” para las múltiples relaciones entre el hijo y la madre. La escuela de las relaciones de objeto, con sus propias definiciones, ha trabajado este punto como su idea central. Las ideas de simbiosis en MARGARET MAHLER (2000), de contexto sostenedor en WINNICOTT (1965) y dependencia infantil en FAIRBAIRN (1994), se refieren ampliamente a este punto, el cual en lo que sigue designaremos como *vínculo filial*.

Al principio el Psicoanálisis se circunscribió al rol de la madre, haciéndola única responsable de la suerte del hijo. Posteriormente FREUD observó que el hijo “enganchado” con la madre tenía la tendencia a enfrentarse con el padre, y lo denominó como *triángulo edípico*:



Esta idea de triangulización es la urdimbre precursora del movimiento de la terapia familiar, pues permitió ver que la suerte del hijo no dependía únicamente de la relación con su madre, sino que el padre era también importante.

- 3.3 Lo que no llegó a darse cuenta FREUD es que este vínculo del hijo **con** sus progenitores dependía de otro más importante: el vínculo **entre** sus progenitores, el cual en lo sucesivo denominaremos como *vínculo parental*. Este mérito les correspondería a los pioneros de la terapia familiar.

VIRGINIA SATIR (1983) afirma claramente que “la relación conyugal influye en el carácter de la homeostasis familiar”. Para esta autora, “la relación conyugal es el eje en torno al cual se forman todas las otras relaciones familiares”. Los esposos son los ‘arquitectos’ de la familia”. Esto sirve de base para luego afirmar que “una relación conyugal penosa tiende a producir acciones parentales disfuncionales”. En coherencia con estas ideas SATIR afirma lo siguiente: “Mi mejor manera de abordar cualquier problema familiar (conflicto conyugal, disfunción de un cónyuge o de un hijo) es comenzar con el marido y mujer juntos y seguir con ambos durante toda la terapia” (SATIR, p.56).

- 3.4 Otro fenómeno observado por FREUD es de los celos entre hermanos. Este es el otro vínculo que nos interesa y lo denominaremos como *fraterno*.

HALEY, entre los pioneros de la Terapia Familiar, observó acertadamente en el desarrollo de la esquizofrenia que era importante, “aunque no esencial, que un esquizofrénico tenga un cierto tipo de hermano o hermana; el tipo de persona que se hace odiar de inmediato —el que hace todo bien, alumno modelo, un dulce débil y amable hijo de puta que sirve de contraste, para que el futuro esquizofrénico aprenda a ser el perfecto idiota que la familia espera que sea” (p.25).

Recordemos también la afirmación tajante de MINUCHIN cuando censuraba que “los terapeutas familiares tienden a descuidar los contextos de la relación entre hermanos” (p.33).

El mejor estudio que conocemos sobre este tema es el de HAPWORTH y HEILMAN (1999) en una obra de divulgación: “Mamá te quería más a ti”. Los autores describen con lujo de detalles los mecanismos de ‘destronamiento’, el ‘síndrome de enfermedad’ y el ‘hermano significativo’.

3.5 Existen observaciones muy precisas a favor de priorizar el estudio de estos tres puntos en la familia. MINUCHIN (1979), aunque se interesa más por *estructuras* que por *vínculos*, describe precisamente tres subsistemas en la familia:

- el parental (esposo y esposa);
- el conyugal (padres/hijos), y
- el que se refiere a los hermanos.

BOWEN (1991) describe “tres mecanismos para controlar la intensidad de la fusión del yo”:

- El conflicto conyugal;
- La disfunción de un cónyuge, y
- La transmisión del problema a uno o más hijos (pp.43-44).

ACKERMAN (1971) plantea que en ciertas familias “la zona principal de stress” se centra alrededor de tres relaciones:

- Unas en las relaciones matrimoniales;
- Otras, en las relaciones paterno-filiales, y
- Otras en “una lucha destinada a reconciliar las exigencias de múltiples roles, o en reforzar la posición de la familia dentro de la comunidad” (p.141).

ANDOLFI (1993) revisa el “tono general de la familia” sobre la base de tres relaciones:

- Relaciones entre los padres;
- Relaciones entre padres e hijos, y
- Relaciones entre hijos.

Esto mismo ha sido corroborado por un documento como el DSM-IV de la Sociedad Americana de Psiquiatría. En la última edición de su manual diagnóstico dedican un capítulo a lo que denomina “Problemas de Relación”. Estos son:

- “problemas conyugales”,
- “problemas paterno-filiales”, y
- “problema de relación entre hermanos”.

3.6 Estos tres vínculos son responsables de toda la dinámica familiar y pueden influir de las mismas maneras como el psicoanálisis nos había enseñado sobre el vínculo entre la madre y el hijo.

A partir de aquí se originan los traumas psicológicos, se determina el carácter, y se establecen los fundamentos para las futuras relaciones interpersonales.

4. DINÁMICA DE LOS VÍNCULOS

- 4.1 Existe una abundante literatura sobre los vínculos y su relación con la vida familiar, razón por la cual no insistiremos demasiado en este punto. Lo que queremos ver a continuación es la dinámica de su funcionamiento.

Los pioneros de la terapia familiar sugieren mecanismos a través de los cuales la disfunción se trasladada del vínculo parental hacia toda la familia.

MINUCHIN (1979) en el mecanismo del *rodeo* explica que “un padre y una madre, estresados por problemas de trabajo, pueden regresar al hogar y criticarse mutuamente, pero luego desviar su conflicto a través de un ataque contra un hijo. Ello reduce el peligro del subsistema conyugal pero afecta al hijo. O, si no, el marido puede criticar a su mujer, que busca entonces una coalición con el niño contra el padre” (p.100).

PALAZZOLI (1989) describe dos mecanismos en este mismo sentido. *Instigación* es un juego de pareja en el que una parte provoca a su contraparte de forma

camuflajeada, y esta responde con una ira disimulada, la cual finalmente instiga a un hijo o hija como tercer miembro de la tríada (pp.91-96). En el *embrollo* ('imbroglio' = en italiano) uno de los progenitores utiliza al hijo o hija para castigar al otro (p.68). Refiriéndose a esto mismo BOWEN (1991) afirma con precisión que "en la mayor parte de las familias el problema se extenderá a las tres áreas", es decir, al paciente, su pareja y sus hijos (p.44).

De modo que, no solo se admite la importancia sino la interacción que existe entre estos vínculos.

- 4.2 La importancia del **vínculo parental** se deja ver en el siguiente párrafo en el que VIRGINIA SATIR cita a BOWEN:

"El hallazgo más sorprendente fue que cuando los padres estaban cercanos emocionalmente, más atentos uno al otro de lo que cualquiera de los dos estaba en el paciente, éste mejoraba. Cuando cualquiera de los dos padres se ocupaba emocionalmente más del paciente que del cónyuge, el paciente inmediata y automáticamente mostraba regresión. Cuando los padres estaban cercanos emocionalmente, no se equivocaban en su 'manejo del enfermo'; éste respondía bien a la firmeza, al consentimiento, a los castigos, a 'hablar las cosas' o a cualquier otra forma de manejo. Cuando los padres estaban 'emocionalmente divorciados', cualquier 'forma de manejo' que se intentara era igualmente ineficaz".

Es por estas mismas razones que VIRGINIA SATIR (1983) afirma claramente que "la relación conyugal influye en el carácter de la homeostasis familiar", y que "la relación conyugal es el eje en torno al cual se forman todas las otras relaciones familiares". Según

SATIR, los esposos son los ‘arquitectos’ de la familia”, por lo que “una relación conyugal penosa tiende a producir acciones parentales disfuncionales”. FRANCOIS M., desde la perspectiva del Psicoanálisis, observa lo siguiente:

“Después de muchos años, mi experiencia de psicoanalista de niños y adolescentes... me he llegado a convencer muy especialmente de la idea de que los síntomas... se derivan de la problemática parental, y que esta manera de comprenderlos tiene consecuencias prácticas para su curación” (p.7).

“El desarrollo de un sistema sociofamiliar idóneo para una crianza adecuada, descansa sobre las habilidades de los padres para formar una coalición parental, mantener fronteras entre generaciones, y adherirse a los respectivos roles ligados al sexo” (p.76).

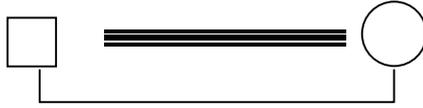
LIDZ, entre los pioneros de la terapia familiar, confirma este mismo punto:

“La experiencia clínica sugiere que los esquizofrénicos generalmente tienen dos progenitores que no ofrecen suficiente apoyo... generalmente hay dos progenitores patogénicos o un progenitor que es patogénico y otro que es físicamente ausente o emocionalmente tan débil que no sirve como una alternativa efectiva.” (p.54).

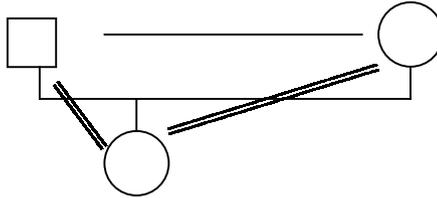
Tenemos suficiente base para afirmar, por consiguiente, que el vínculo parental es la ‘zapata’ de todo el sistema familiar, y del cual depende la suerte de toda la familia.

- 4.3 El vínculo filial se descompensa como consecuencia directa del fracaso en el vínculo parental. El proceso que nosotros hemos observado es el siguiente:

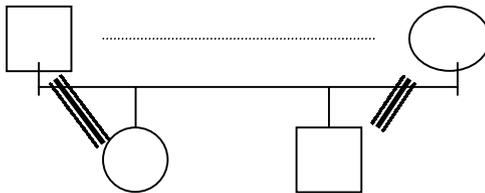
1^{er.} paso: Al principio del matrimonio todo va muy bien:



2^{do.} paso: Cuando nace el primer hijo, suele atraer sobre sí toda la atención de los padres, en la misma medida que éstos comienzan a descuidar su relación:



3^{er.} paso: Cuando nace el segundo hijo, cada padre tiende a engancharse con su hijo preferido, y a descuidar el espacio de pareja:



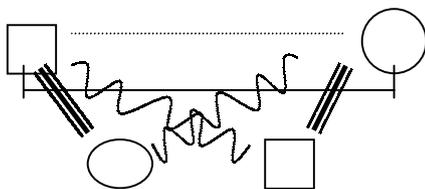
Observen que, al mismo tiempo que los padres se enganchan con los hijos, entre ellos se produce un *divorcio emocional*. Ahora vuelcan sobre los hijos el afecto que al principio tenían el uno para el otro.

El fracaso en el vínculo filial puede tomar formas diversas, pero siempre va a consistir en la sustitución emocional del cónyuge. En nuestra cultura el hombre sustituye (emocionalmente) a su pareja ▶ por otra mujer ▶ por el alcohol ▶ por su trabajo o ▶ por el grupo (partido, sindicato, club).

La mujer, de su parte, sustituye a su marido ▶ por los hijos ▶ por su familia de origen o ▶ por la iglesia. Obviamente estos solo son preferencias típicas. Estos lazos sustitutos son tan fuertes como el complejo de Edipo, y su repercusión es igualmente seria. El punto de partida en todos los casos es el descuido de la relación de pareja. Si esto no se hace, no sucede lo otro.

4^{to}. paso:

El hijo que la madre consiente se enfrenta al padre, y lo mismo sucede con la hija consentida de su padre, que se enfrenta a la madre:



Este es el origen del famoso triángulo edípico descrito por FREUD. La noción que debemos retener es que la disfunción del vínculo filial comienza por el descuido en la pareja marital.

La siguiente nota de ANSA aparecida en la prensa local, corrobora también el mismo punto:

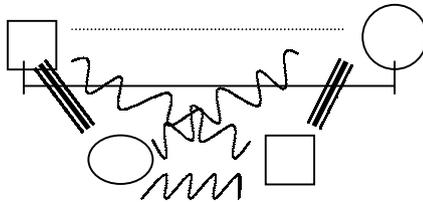
“Un equipo de psicólogos del Centro de Investigaciones sobre la Familia de la Universidad de Cambridge arribó a la conclusión de que las pe-

leas de los padres dañan el desarrollo emotivo y social de los hijos, aún cuando las disputas conyugales no sean particularmente frecuentes o violentas”.

Ellos estudiaron el comportamiento de 50 niños entre 9 y 11 años y sus padres. En sustancia, la investigación mostró que “basta un altercado al día para hacer de los hijos inseguros y agresivos y por consiguiente impopulares con sus coetáneos”.

Todo lo anterior nos permite afirmar que, aunque los padres vienen generalmente a consulta para que el terapeuta les *componga* a sus hijos disfuncionales, la causa viene de su propio fracaso como pareja. Esto hay que resolverlo primero para ayudar efectivamente a los hijos.

- 4.4 El desenlace final de toda esta dinámica es la rivalidad entre hermanos en el vínculo fraterno. El proceso que vimos en el capítulo anterior conduce a un último paso: la rivalidad entre hermanos.



Si se observa bien, esta familia se ha dividido en dos bloques: el padre y su hija enfrentados contra la madre y su hijo. Cada familia hará su propia dinámica, pero, la regla es que la rivalidad entre hermanos se origina en la preferencia que de los progenitores.

Existen dos tipos de competencia fraterna:

- ▶ En la competencia abierta o *complejo de Caín y Abel* se trata de un problema visible para los padres y que muchas veces constituye el motivo de consulta.
- ▶ En el *camuflaje* se utilizan armas sutiles (la enfermedad, la enuresis, la ‘regresión’, la inapetencia, etc.), que rara vez son percibidas por los padres en su verdadero significado.

El ‘mecanismo de enfermedad’ (una forma de camuflaje) fue observado por HAPWORTH y HEILMAN (1999), y puede determinar una personalidad adulta que *enferma* cada vez que se frustran las fuentes normales de afecto. Estamos convencidos de que la mayoría de las enfermedades infantiles se relacionan con este mecanismo. En otras palabras, si los padres se llevaran mejor, los hijos tendrían menos, tanto de enfermedades físicas como de trastornos mentales.

Obsérvense en los siguientes párrafos la manera certera como estos autores describen la importancia de este vínculo:

“Pocos nos damos cuenta de que el vínculo que existe entre hermanos es la otra relación significativa en nuestra vida y que el Complejo de Hermano, la constelación de todos los efectos de esta relación, y la forma en que se resuelven sus celos y resentimientos es el otro factor más importante en la definición de nuestra personalidad” (p.16).

“Cuanto más cercanos en edad sean usted y sus hermanos, mayor será el impacto emocional que tengan uno sobre otros, y más intenso el compromiso... a la inversa, cuanto más años los separen, hay menos posibilidades de que se involucren

intensamente... en especial cuando pertenecen al mismo sexo...” (p.48).

“Aunque todo el mundo se ve envuelto en guerras psicológicas, es con nuestros hermanos con quienes desarrollamos nuestras técnicas, las refinamos a la perfección y las mantenemos siempre a mano, listas para ser activadas” (p.149).

Estas mismas son nuestras conclusiones después de observar por muchos años el fenómeno de la rivalidad fraterna.

4.5 El resumen de todo lo anterior es que la familia se desarrolla alrededor de sus vínculos. Si queremos conocer sobre su funcionamiento, esos son los puntos que debemos revisar.

- El vínculo parental es la zapata de donde dependen todos los demás.
- Los problemas del vínculo filial se desencadenan de forma compensatoria a partir del descuido en la relación de pareja.

El vínculo fraterno es el último eslabón de esta cadena que se inicia con el fracaso en la relación de pareja.

5. LA FAMILIA SALUDABLE

- 5.1 La cuestión tan importante como es definir la familia saludable, se nos facilita a partir de la dinámica de los vínculos.

A partir de aquí podemos decir que **familia saludable es aquella en la que estos tres vínculos están intactos.**

Se precisa, de todas formas, definir los criterios que sugieren *normalidad* en una familia dada. Con este propósito sugerimos a continuación tres proposiciones básicas.

- 5.2 La primera proposición es la siguiente:

<p>EN UNA FAMILIA SALUDABLE, EL PADRE Y LA MADRE TIENE UNA RELACIÓN MÁS CERCANA QUE CON CUALQUIER OTRO MIEMBRO.</p>
--

Esta cercanía tiene que cultivarse a través de acciones específicas. Nosotros hemos observado tres hábitos frecuentes de las familias saludables:

- a) tienen un *espacio exclusivo* dentro de la casa;
- b) tienen con frecuencia *salidas en pareja*, y,
- c) toman ocasionalmente *vacaciones en pareja*.

Para mantener estos hábitos la pareja tiene que tener ► una comunicación franca, espontánea y libre de intromisiones. ► Una sexualidad sana y divertida ► repartición armoniosa de roles ► comunidad de bienes y ► colaboración en la crianza de los hijos será el resultado necesario de todo lo anterior. Los ► valores espirituales constituyen un soporte adicional para la solidez matrimonial.

5.3 La segunda proposición es:

EN UNA FAMILIA SALUDABLE, EL PADRE Y LA MADRE COMPARTEN TIEMPO DE CALIDAD CON CADA HIJO E HIJA.

Generalmente los padres caen en la trampa de privilegiar la relación con un hijo en particular, lo cual es la base de verdaderos *traumas*, no solo en el hijo que se consiente, sino con el otro que se resiente. Lo peor es que esta preferencia afecta el funcionamiento de toda la familia, especialmente la relación de pareja. De lo anterior se explica dos hábitos muy importantes que nosotros hemos observado en familias saludables:

- a) Tiempo de calidad con cada hijo e hija en particular, y
- b) Un estilo de crianza basado en el apoderamiento progresivo de hijos e hijas, y

La moraleja es que si uno tiene tres hijos y durante el día solo puede dar tres besitos, hay que dar a cada hijo un besito. Con mucha frecuencia hay un hijo que

se lleva dos besitos, y otro que se queda sin besitos y que además recibe todas las pelotas.

- 5.4 La tercera proposición que define una familia saludable es:

EN UNA FAMILIA SALUDABLE, HERMANOS Y HERMANOS SE DAN APOYO Y NEGOCIAN SUS DIFERENCIAS SIN LA INTERVENCIÓN DE PAPÁ Y MAMÁ.

Es importante decir que la intervención de los padres es la raíz misma de las rivalidades entre hermanos. Obviamente los padres intervienen para proteger a su hijo preferido, generalmente el más pequeño o el más enfermizo.

Los hábitos característicos entre hermanos de familias saludables son:

- a) capacidad para negociar sin intervención de terceros, y
- b) capacidad para colaborar y divertirse juntos.

La experiencia confirma que si los padres no intervienen, los hijos se acercan más y terminan negociando sus diferencias.

- 5.5 Un ejemplo muy significativo sobre la realidad de estos vínculos es la 'prescripción invariante' de la Escuela de Milán. Ellos aprendieron a hacer prescripciones a la familia después de un exhaustivo estudio de sus relaciones. Al final descubrieron que había una prescripción que podían aplicar a todas las familias con los mismos resultados positivos. La estrategia terapéutica sigue el siguiente orden.
- En la primera sesión se convocan todas las personas que conviven en el hogar, pero, al final, se pide

que solo asistan a la siguiente sesión: el padre, la madre y los hijos.

► En la segunda sesión se profundiza en el problema y al final, se pide que solo vengan a la siguiente sesión el padre y la madre.

► En la tercera sesión se imparte la ‘prescripción’. Se trata de *desapariciones* nocturnas de la pareja, sin que sus hijos sepan a donde van, sin comunicarse con ellos durante la salida, y guardando en secreto todos los detalles.

Los autores dicen haber aplicado la técnica exitosamente a casos que van desde la enuresis nocturna hasta la Esquizofrenia. ¡Con las simples desapariciones de los padres, mejoran los síntomas de sus hijos!

Las razones que ellos dan para explicar su efectividad son: (1) “la preeminencia asignada a la pareja matrimonial”. (2) el establecimiento de fronteras entre padres e hijos; (3) la confidencialidad que se establece en la pareja por guardar el secreto, y (4) la definición de la pareja alternativamente como padres o como esposos.

Estos resultados implícitamente confirman la dinámica de los vínculos y la prioridad que tiene la relación parental.

6. PERIODIZACIÓN DE LA VIDA HUMANA

- 6.1 Si en el tema de los vínculos hicimos una descripción transversal, en los dos capítulos que siguen intentaremos una descripción longitudinal de la familia.

Casi en todas las culturas se diferencian dos momentos cruciales: *minoría* y *mayoría* de edad. Esta es una demarcación muy obvia pues cada sociedad precisa algún esquema para definir desde cuando se asumen deberes y derechos públicos.

Hace algunos años, al aumentar las esperanzas de vida de la población, comenzó a hablarse de una *tercera edad* después de los 60. Es en este contexto cuando surge la idea de jubilación como conquista social. Desde entonces se diferenciaron tres ciclos en la vida humana: *minoría* de edad, *mayoría* de edad, y *tercera edad*.

No hace muy poco se ha comenzado a hablar de una *cuarta edad*, que es la de aquellos que rebasan la frontera de los 80 años. Esto sucede debido al im-

presionante crecimiento de este segmento poblacional.

Este nuevo contexto explica la declaración que aparece en el documento: “¿La salud de los ancianos?” de la OPS:

“Destacados especialistas en este campo precognizan la necesidad de revisar profundamente la periodización clásica de las edades, y en especial por lo que se refiere a la vejez y la jubilación” (p.23).

A continuación haremos una revisión de algunos esquemas conocidos de periodización.

6.2 SIGMUND FREUD fue también pionero en la periodización de la vida humana. Uno puede estar en desacuerdo con sus explicaciones teóricas, pero difícilmente puede rechazar sus observaciones clínicas. El esquema freudiano tiene cinco etapas:

- Etapa oral, desde el nacimiento hasta los 18 meses;
- Etapa anal, segundo y tercer años;
- Etapa fálica, de 3 a 6 años;
- Etapa de latencia, de 7 a 12 años, y
- Etapa genital, de 12 años hasta la mayoría de edad.

Estas cinco etapas nos parecen sólidamente establecidas. Son momentos precisos del desarrollo humano. El énfasis excesivo en lo sexual, sin embargo, ha determinado la búsqueda de otros esquemas.

6.3 JEAN PIAGET propuso un esquema sobre bases diferentes. Su prioridad es el desarrollo del pensamiento, tal como veremos a continuación

- «Estadio sensoriomotor», desde el nacimiento hasta los dos años;

- Estadio preoperacional (del pensamiento), de 2 a 7 años;
- Estadio de las operaciones concretas (del pensamiento), de 7 a 12 años, y
- Estadio de las operaciones formales (del pensamiento), de 13 años hasta la adultez.

Estas observaciones han sido confirmadas por numerosos autores. La diferencia con FREUD es que PIAGET tomó el intelecto como criterio central, mientras que FREUD centralizaba el sexo. La otra diferencia es que PIAGET sólo describe dos etapas entre el nacimiento y los siete años. Aparte de esta diferencia, ambos esquemas son perfectamente asimilables y complementarios.

La limitación de PIAGET es que se restringe al desarrollo intelectual. Al igual que FREUD, además, PIAGET excluye de su esquema los períodos de la vida adulta.

6.4 ERIK ERIKSON, en su obra “Childhood and society” (1950), propuso —a partir de Freud— un sistema de periodización de la vida humana de ocho etapas, cinco de las cuales transcurren en la niñez, y tres en la vida adulta.

Este es probablemente el sistema más completo pues cubre toda la vida humana. Las etapas de ERIKSON son las siguientes:

- (1) “Confianza vs. desconfianza”, desde el nacimiento hasta los 18 meses;
- (2) “autonomía vs. vergüenza”, de 1½ a tres años;
- (3) “iniciativa vs. culpa”, de tres a seis años;
- (4) “industriosidad vs. inferioridad”, de seis a doce años;
- (5) “identidad vs. confusión”, de 12 a 20 años;
- (6) “intimidad vs. aislamiento”, de 20 a 40 años;

- (7) "Generatividad vs. aburrimiento", de 40 a 60 años,
y
(8) "integridad vs. desesperación", de 60 en adelante.

La ventaja del sistema de ERIKSON es su propuesta de rasgos personales en lugar de la compleja terminología sexual del psicoanálisis.

El punto débil es precisamente describir unas primeras etapas que apenas duran meses o años, contra unas etapas finales que duran decenios.

6.5 LAWRENCE KOHLBERG en su obra: "The philosophy of moral development" (1981) propone un sistema de periodización basado en la forma como lo niños manejan la idea de justicia. Su propuesta es dividir el desarrollo humano en tres momentos:

- «Estadio preconventional», en el que las decisiones morales se basan en como el individuo es afectado;
- «Estadio convencional», en el que los juicios morales se basan en los presupuestos de la cultura (familia, religión, sociedad), y
- «Estadio post-conventional», en el que los juicios morales se basan en la convicción personal.

KOHLBERG plantea que algunos individuos no llegan al estadio final, por lo que sus decisiones se basan en intereses egoístas o puramente convencionales. Este nos parece un buen planteamiento que no sustituye sino que puede complementarse con todos los anteriores.

6.6 La propuesta que hacemos en la presente obra es que la vida humana pasa a un nuevo *ciclo* cada 20 años.

Utilizamos la palabra *ciclos* porque describe mejor el cambio profundo de intereses que se produce. Se

trata de períodos netamente diferenciados por eventos naturales, por las debilidades y fortalezas típicas, y por la misión que nos corresponde realizar en cada ciclo.

Nuestro planteamiento es que la vida humana transcurre por los siguientes ciclos

- (1) Minoría de edad: hasta los 20 años;
- (2) Adulthood temprana: 20-40,
- (3) Adulthood media: 40-60,
- (4) Adulthood tardía: 60-80, y
- (5) Vejez: a partir de los 80.

Este sencillo esquema nos permite englobar todo lo que hemos aprendido de FREUD, de PIAGET, de WALLON, de ERIKSON e incluso de KOLBERG.

7. LOS CICLOS DE LA VIDA

7.1 El presente capítulo nos presenta un mapa de toda la vida humana a fin de que podamos planificar las tareas que corresponden a cada ciclo.

Cuando el historiador habla del “joven Marx” o del “joven Freud” se refiere a los ciclos. Con ello quiere decir que el drama de la vida tiene sucesivos capítulos en los que el escenario y la agenda cambian drásticamente.

Sea que estemos comenzando, o que vayamos por el final, este mapa nos servirá de guía, sea para saber cómo vivir, o para saber si hemos sabido vivir.

7.2 El primer ciclo o **minoría de edad** transcurre desde el nacimiento hasta los 20 años.

En este ciclo el individuo pasa por cinco etapas hasta completar su maduración, tal como ha sido descrito desde FREUD. Estas etapas las designaremos de la manera siguiente: (1) etapa de la *autoestima*, hasta los 18 meses; (2) etapa del *autocontrol*, hasta los 3 años; (3) etapa de la *autosuficiencia*, de 3 a 5

años; (4) etapa de la *sociabilidad*, de 7 a 12 años, y (5) etapa de la *personalidad propia*, de 12 a 20 años. Cuando el entorno familiar es apropiado el individuo emerge a la adultez con estos rasgos indispensables para una vida exitosa. Cuando el entorno falla aparecen los ‘traumas’ que marcan al individuo de forma permanente y le crean problemas en los ciclos siguientes.

La fortaleza de este ciclo es la gran disponibilidad de energía, por lo que niños y adolescentes necesitan llenar su tiempo con actividades que les permitan canalizarla. Esta es la importancia que tienen los juegos y los deportes en este tiempo.

Este es el ciclo educativo por excelencia. La educación formal permite al menor aprender las destrezas básicas para la vida. La escuela es responsable de la socialización de los infantes. Sin el proceso educativo formal la convivencia social sería más difícil. La escuela nos da un mismo lenguaje, unos valores comunes y unas expectativas sociales homogeneizadas.

El punto débil de los menores es su falta de experiencia. Mucha energía y poca experiencia determinan una contingencia muy importante: los *accidentes* domésticos, de tránsito, intoxicaciones, y los accidentes sexuales.

La misión de este ciclo es completar un desarrollo personal y una formación laboral adecuados para que el individuo pueda asumir las responsabilidades de la vida adulta.

- 7.3 El segundo ciclo, la **adultez temprana**, cubre desde los 20 hasta los 40 años. Esta es la juventud propiamente dicha. Se inicia con la mayoría de edad y

concluye con los cambios que se producen alrededor de la menopausia y de la andropausia.

Diversos autores han observado los límites claros de este ciclo. MOISÉS, en la Biblia, fijó el inicio de este ciclo con precisión:

“Todo el que sea contado, de **veinte años** arriba, dará la ofrenda a Jehová” (Ex.30.14).

“De **veinte años** arriba, todos los que pueden salir a la guerra en Israel, los contaréis tú y Aarón por sus ejércitos” (Nm.1.3).

ADOLF BUSEMANN, en “Sicología de las edades” reconoce esta frontera cuando afirma que, “a los **20 años** se alcanza un máximo de agilidad, rapidez de acción y aspecto agradable, mientras que simultáneamente las capacidades psíquicas crecen tanto que un aumento de los rendimientos solo puede lograrse por la experiencia”.

Aunque nuestra constitución hable de 18 años para ejercer los derechos civiles, nuestra impresión es que a partir de los 20 es el mejor momento. Sobre este ciclo existen observaciones muy precisas, tal como se puede ver en las siguientes citas:

“No daría nada por alguien que no haya sido comunista antes de los 20 años, pero tampoco daría nada por alguien que lo siga siendo después de los cuarenta”. (Bernard Shaw)

“Cuando se tienen 20 años, uno es incendiario, pero después de los 40 se convierte en bombero”. (Witold Gombrowicz, escritor polaco, 1904-1969)

“Si a los 20 años no eres rebelde, no tienes corazón; si a los 40 tú no eres conservador, no tienes cerebro” (Mark Twain)

“Cuando se tienen 20 años, uno cree haber resuelto el enigma del mundo; a los 30, reflexiona

sobre él, y a los 40 descubre que es insoluble” (August Strindberg, escritor sueco, 1849-1912)

Si en el ciclo anterior el escenario es la **familia de origen**, en este ciclo el escenario característico es la **familia de elección**. Es el período reproductivo por excelencia y se caracteriza por un apogeo de las hormonas sexuales. Debido a ello, las diferencias temperamentales entre el hombre y la mujer se manifiestan aquí con más claridad que en cualquier otro ciclo.

Los **deportes** tienen aquí su mejor momento. Las grandes hazañas de los deportistas se escriben durante este ciclo.

Otra fortaleza de este ciclo es el **rendimiento sexual** del varón: erecciones más fuertes y tiempo de refracción más breve. Este es el momento cuando algunos varones pueden tener varios orgasmos en un solo día.

La **capacidad productiva** asume también su curva más alta en este ciclo, pudiendo los jóvenes con facilidad trabajar horas extras, trabajar y estudiar al mismo tiempo, o, incluso tener dos empleos.

La posición de tener que trabajar para sostenerse a sí mismos, o para sostener una familia, hace que los jóvenes asuman una perspectiva diferente a la que tuvieron en la minoría de edad. Debido a esto, el joven adulto piensa y actúa diferente a como lo hacía en su niñez o en su adolescencia.

La debilidad de este ciclo es la inexperience. Se es adulto, pero se carece de experiencia. Esto obliga a los jóvenes a buscar el consejo o trabajar bajo la supervisión de adultos con más experiencia laboral o familiar.

La gran tarea de este ciclo es formar un nido familiar estable, tanto para la crianza de infantes, como para el propio compañerismo.

- 7.4 El tercer ciclo o **adultez media** cubre entre los 40 y los 60 años. Los autores de “Marital and family therapy” afirman lo siguiente:

“Los individuos al llegar a los 40 están sujetos a importantes reevaluaciones de sus actitudes básicas” (p.58).

Hay tres cambios biológicos que definen el gran viraje: disminución del rendimiento físico, los cambios hormonales de la menopausia y la andropausia, y las modificaciones del ritmo sexual.

► Los deportistas tienen su apogeo precisamente hasta los 40, y a partir de esta frontera tienen que cambiar de oficio.

► Los cambios hormonales determinan la menopausia en la mujer y la andropausia en el hombre. Son cambios bien definidos y conocidos que van a determinar una manera diferente de ver el mundo. Estos cambios hormonales determinan, asimismo, cambios temperamentales: el hombre tiende a suavizar sus actitudes, mientras la mujer tiende a desarrollar mayor firmeza, todo por influencia hormonal.

► El otro cambio físico tiene que ver con lo sexual. En el hombre especialmente se observa un aumento del periodo de refracción al mismo tiempo que una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.

Más decisiva que los cambios físicos es la salida de los hijos de la casa y el *síndrome del nido vacío*. Para una mujer que ha vivido enganchada de sus hijos esto representa un momento crucial. La situación

laboral del hombre, por otro lado, puede cambiar significativamente debido a la presión de personal más joven presionando por los puestos más altos. Todo lo cual provoca una presencia diferente en el mundo.

El lado fuerte es que la media vida es el momento de máximo desarrollo en lo que uno hace, excepto si se trata de un deportista. El aprendiz ha devenido en maestro. El profesional ha escalado una posición de supervisor. El artesano ha desarrollado su propio estilo. Es el mejor momento para hacer las cosas por las que seremos recordados después de morir.

Es interesante que la mayoría de los presidentes en los EE.UU. son elegidos en esta edad. Este es el tiempo para escribir libros, para emprender proyectos propios, y para dejar un sello personal en la vida.

El escenario típico de este ciclo es la comunidad. La familia de origen puede haberse dispersado. Los hijos en la propia familia han seguido su propio rumbo. La pareja que logra afianzar su relación y emprender un proyecto propio, garantiza su estabilidad para los ciclos restantes. Esto significa: nuevos intereses, nuevas relaciones y nuevos compromisos.

Las debilidades de este ciclo tienen que ver con las condiciones físicas. Al llegar a los 40 es usual que cada persona haya descubierto el punto vulnerable de su organismo, y el tipo de padecimiento físico que finalmente le llevará a la tumba.

La gran tarea de este ciclo es cumplir la misión personal por la que hemos venido a este mundo.

7.5 El cuarto ciclo o **adulthood tardía** transcurre desde los 60 hasta los 80 años.

Aunque los organismos oficiales siguen definiendo la vejez a partir de los 65 años, existen muchas evidencias en sentido contrario. Hoy día sabemos que se trata de un franco período productivo para la mayoría de las personas. Apenas un tercio de las personas envejecen realmente en este período. Si vejez significa incapacidad de producción, su definición debe hacerse más adelante.

Adulthood tardía define mejor lo que pasa después de los 60. Evidentemente existe una franca disminución de la capacidad productiva, a la vez que el rendimiento físico y mental disminuyen. Sin embargo, la mayoría de los profesionales siguen sus labores habituales. En los casos en que se produce la jubilación —en nuestro país esto sucede alrededor de los 60— el jubilado no se va a su casa a descansar, sino que buscan un nuevo empleo.

Es necesario un replanteamiento del tema de la jubilación. Ha quedado atrás aquel ensayo de jubilación anticipada que se hizo en Europa para garantizar puestos de trabajo a los jóvenes. Tampoco existen razones válidas para la jubilación obligatoria antes de los 75 u 80 años.

Lo que se está proponiendo en la actualidad es una reducción progresiva de la jornada de trabajo, y una jubilación individualizada **de acuerdo con el rendimiento**.

La jubilación prematura deja a las organizaciones sin su memoria histórica como son estas personas en adulthood tardía.. El mejor acuerdo es facilitar un proceso de relevo mediante el cual los más jóvenes van asumiendo los puestos directivos, y los mayo-

res asumen posiciones de asesores y en las diferentes juntas.

Los excesos cometidos en los ciclos anteriores van a hacer estragos en este ciclo, especialmente los abusos dietéticos, las sustancias adictivas y la falta de actividad física.

El escenario típico de este ciclo es la posteridad. Es el tiempo de pensar en el futuro, en el legado que dejaremos a las generaciones venideras. Es el momento en que tenemos que aprender a delegar y a formar a las nuevas generaciones de líderes. Los adultos tardíos deben ceder los puestos claves y asumir posición de asesores de los más jóvenes.

Algunas enfermedades son importantes en este período: la osteoporosis en la mujer, la enfermedad de Alzheimer en el hombre, la depresión y otras.

La gran tarea de este ciclo es facilitar el relevo generacional, acompañando a los jóvenes y aconsejándoles en la medida en que asumen las posiciones que ocupábamos.

- 7.6 El quinto ciclo o **vejez** debe fijarse a partir de los 80 años. Se debe definir la vejez como el momento a partir del cual cesa la capacidad productiva y de autosostenimiento, lo cual varía de una persona a otra.

Algunas personas envejecen antes de los 70, mientras que otras pueden envejecer después de los 80. Asistimos hoy día a un incremento notable de este sector poblacional. Los países desarrollados tienen una importante población de centenarios, es decir, personas que rondan los 100 años de vida, lo cual es un fenómeno nuevo.

El escenario de este ciclo es la trascendencia espiritual. En la vejez es más fácil reconocer la fragilidad de la existencia humana. Como dijo el sabio:

“Vanidad de vanidades,
dijo el predicador,
todo es vanidad”.

Desde la vejez se puede ver mejor el sentido que tiene la vida, y la importancia de los valores trascendentes. Si se ha cultivado la fe, este período puede ser de gran riqueza incluso de crecimiento en la vida devocional. Si no hay valores, resulta más difícil encontrar asidero a los achaques normales de esta edad. Como cesa la capacidad productiva y de autosostenimiento, este ciclo implica un retorno a la dependencia, similar a la niñez. Emocionalmente los viejos se tornan más sensibles y necesitados de afecto y protección. La soledad y el ocio son sus peores enemigos. Resulta necesario diferenciar entre un envejecimiento normal y un envejecimiento anormal. En el primero hay una notable reducción de la capacidad productiva e incluso para satisfacer las necesidades propias. El viejo puede necesitar ayuda de otras personas. Se trata de hasta aquí de un proceso relativamente normal.

La debilidad de los viejos es, de todas formas, las complicaciones médicas y su alto riesgo de muerte. Esto representa un incremento notable en el consumo en servicios sanitarios. Ciertas enfermedades crónicas pueden complicar el cuadro y hacer necesario la intervención médica o incluso el ingreso.

La gran tarea de este ciclo es asegurarnos de estar en paz con Dios y con la gente, lo cual suele implicar el recurso de perdonar y pedir perdón a fin de prepararse para el gran viaje.

8. LA RUTA CRÍTICA PERSONAL

- 8.1 En este y los próximos tres capítulos nos proponemos explicar la manera como los *traumas* devienen en *lesiones* determinantes para la calidad y las esperanzas de vida.

En el período de formación en psiquiatría, con el doctor LÓPEZ IBOR en España (1969), aprendimos de VON WEIZÄCKER el siguiente proceso: ▶ “Excitación psíquica” ▶ “Alteración funcional” ▶ “Desregulación motora y secretora” ▶ “Inflamación” ▶ “Úlcera” ▶ “Neurosis visceral o carcinoma o esclerosis” ▶ “Muerte”

Este esquema es válido pero incompleto, pues falta por explicar el origen de la excitación psíquica. La noción importante es que la emoción deviene en lesión, y que el proceso psíquico conduce a una muerte prematura.

A continuación describiremos la *ruta crítica* que va desde el trauma psíquico hasta la muerte prematura.

8.2 La *ruta crítica* de un individuo comienza con los **traumas psicológicos**: toda situación familiar capaz de marcar negativamente a sus miembros.

Nosotros reconocemos dos formas principales de trauma:

► Consentimiento es lo mismo que una crianza con excesivas satisfacciones;

► Resentimiento es una crianza con excesivas frustraciones.

Frecuentemente se combina consentimiento del padre con resentimiento de la madre. Otras veces sucede consentimiento o resentimiento de parte y parte. Sea cual sea la situación, los hijos quedan marcados de forma permanente.

8.3 El segundo paso de la *ruta crítica* son las **actitudes perjudiciales** que se derivan de los traumas.

Un individuo sometido permanentemente a situaciones de consentimiento o de resentimiento desarrolla actitudes que al principio se pueden considerar normales, pero, luego se fijan y organizan como rasgo del carácter. Esta es una idea elemental aceptada por todas las escuelas de la conducta: que el carácter se aprende a partir de los estímulos del medio.

Un ejemplo de esto puede ser la persona que recibe poco afecto en su niñez, y luego desarrolla una actitud desconfiada u hostil. Otro ejemplo es una persona que se cría con demasiado apegamiento, y que luego no sabe poner fronteras con el sexo opuesto.

8.4 El tercer paso son los **conflictos y frustraciones**.

En el **conflicto** dos personas chocan alrededor de una disyuntiva. Puede ser que ambos desean la misma cosa, o puede ser que están juntos y tienen metas diferentes.

Los conflictos no son tan accidentales. Cada cual tiene su pareja preferida para entrar en conflicto. Esta es la lección más importante con la experiencia del Grupo Balint: ► las personas con las que nos chocamos hoy se parecen a alguien con quien nos chocábamos en la familia de origen. Esto significa que somos parte del conflicto y no solo víctimas de la mala fe de los demás.

Esto se ilustra muy bien con las palabras de Jesús:

“¿Por qué miras la paja que está en el ojo de tu hermano, y no echas de ver la viga que está en tu propio ojo? ¿O como dirás a tu hermano: Déjame sacar la paja de tu ojo, y he aquí la viga en el ojo tuyo? ¡Hipócrita! Saca primero la viga de tu propio ojo, y entonces verás bien para sacar la paja de tu hermano” (Mt.7.3-5).

Esta es precisamente una de las nociones cruciales que un individuo en terapia debe aprender: la circularidad.

► Mi contraparte y yo nos influimos uno al otro para facilitar las conductas que definen la crisis. Esto sucede tanto entre marido y mujer, como entre dos secretarías rivales. Si no aprendo a ver mi contribución negativa al conflicto me quedo sin posibilidades de salir de él.

La **frustración** es el fracaso en lograr una meta. Rara vez la frustración se produce sin que intervenga otra persona, aunque sea como chivo emisario a quien carguemos con toda la culpa. Es frecuente que la frustración se relacione con necesidades a las que originalmente nos acostumbraron los progenitores en la niñez.

Tanto el conflicto como la frustración apuntan a la inmadurez de la propia persona. Echar la culpa a

los demás nunca resuelve nada. Son nuestras propias actitudes las que nos ponen a vivir chocando con todo el mundo.

Los grupos más frecuentes donde se producen los conflictos y las frustraciones son la escuela, el trabajo, la familia de elección y los grupos sociales.

Es importante reiterar que el individuo tiende a exhibir los mismos conflictos o frustraciones con diferentes personas y en diferentes escenarios. Sin darse cuenta pasa la vida entera chocando con gente si darse cuenta de su propia contribución a estos encuentros.

Esto es lo que explica por qué los divorciados tienden a volver a casarse con una persona que exhibe los mismos defectos que su pareja anterior. Se cumple aquí el dicho que reza: “Dios los cría, y el diablo los junta”.

8.5 El cuarto paso es un ‘mecanismo de alarma’ que se conoce con el nombre de **estrés**. Se trata de un mecanismo saludable que nos prepara para la lucha o la huida. Implica básicamente un aumento de la disponibilidad de energía para pelear o correr.

El estrés implica los siguientes cambios:

- “Aumento de la presión arterial;
- Aumento del flujo sanguíneo a los músculos activos con disminución simultánea del flujo sanguíneo a órganos como el tubo digestivo o los riñones, que no son necesarios para la actividad motora;
- Aumento de las tasas del metabolismo celular en todo el organismo;
- Aumento de la tasa de colesterol en suero;
- Aumento de la concentración sanguínea de glucosa;

- Aumento de la glucólisis en el hígado y en el músculo;
- Aumento de la fuerza muscular;
- Aumento de la actividad mental, y
- Aumento de la velocidad de coagulación sanguínea” (GUYTON,p.846).

El estrés repercute sobre todas las mucosas del organismo. J. J. LÓPEZ IBOR (1959) cita los estudios de Wolf y sus colaboradores con relación a los cambios que se producen en el estómago, vagina, vejiga, recto, nariz y bronquios.

El estrés también repercute en el sistema endocrino, y en el sistema de neurotransmisores que modula la conducta humana. Es difícil suponer una función orgánica que no sea afectada directa o indirectamente por el estrés.

El “Tratado de Fisiología Médica” de GUYTON-HALL dice que “durante el miedo extremo, la presión arterial con frecuencia se eleva en segundos hasta cifras tan elevadas como el doble de lo normal. Esto se denomina reacción de alarma, y suministra una cabeza de presión que puede aportar inmediatamente sangre a cualquier músculo o a todos los músculos del cuerpo que pudieran querer responder instantáneamente para huir del peligro” (p.232).

La respuesta de estrés se inicia con una descarga de la hormona ACTH en el hipotálamo, lo cual produce a través del sistema simpático otra hormona llamada cortisol. El cortisol a su vez “suprime el sistema inmunitario, haciendo que se reduzca de forma marcada la reproducción de linfocitos y de eosinófilos en la sangre”, así como atrofia del tejido linfóide y disminución de los anticuerpos. El resultado final es que “disminuye la inmunidad para casi

todos los invasores extraños del organismo” (GUYTON, p.1056).

Se trata —y esto es importante decirlo— de una condición fisiológica, y no solo subjetiva. Lo subjetivo es el cuadro de palpitaciones, sofocación, temblor y otros malestares, pero esto responde a una realidad objetiva que tiene su base en el organismo.

El mecanismo de estrés desborda la frontera de lo meramente psíquico para entrar en el terreno de lo orgánico. Con frecuencia médicos y psicólogos caen en la trampa de *psicologizar* el estrés, ocultando con ello su realidad fisiológica.

El problema viene cuando este mecanismo se perpetúa en la forma de estrés crónico o *ansiedad*. El estrés crónico o ansiedad constituye el origen de todos los problemas en sicopatología.

- 8.6 La consecuencia inmediata del estrés crónico es alguna forma de **disfunción**. Si bien el estrés transitorio es conveniente y saludable, cuando se mantiene como un estado crónico termina ocasionando problemas en alguna área del funcionamiento humano.

Cada individuo tiene su punto vulnerable por donde revienta cuando el estrés sobrepasa lo tolerable. Existen tres caminos principales: el cuerpo, la mente y la conducta.

El que una persona manifieste su disfunción por una u otra de estas vías depende de factores hereditarios, tal como se ha demostrado por el estudio de los gemelos idénticos. Esto significa que cada persona nace con un punto de mayor vulnerabilidad. Cuando el estrés crónico rebasa su límite de tolerancia, el individuo debuta con una disfunción que descubre cuál es su punto más vulnerable.

A continuación presentamos algunos ejemplos de disfunción:

► Disfunciones corporales son las siguientes: tensión arterial elevada, acidez en el estómago, o hiperglucemia.

► Disfunciones mentales son las siguientes: agotamiento, nerviosismo, insomnio.

► Disfunción conductual es el abuso de alcohol o drogas, pornografía, o comer en exceso.

Ese es el esquema del ICD-10 en su clasificación de enfermedades mentales: trastornos orgánicos (demencias, delirium y trastornos por sustancias), trastornos psíquicos (Esquizofrenia, trastornos afectivos y trastornos por ansiedad), y finalmente vienen los trastornos de la conducta. Lo mismo vemos en el nuevo conductismo de Lang con sus tres sistemas: conductual, cognitivo/afectivo y fisiológico (citado por K. HAWTON, 1989).

El punto por donde cada cual revienta cuando el estrés se cronifica no es casual, sino que depende de factores hereditarios. Esa es la conclusión del famoso estudio danés sobre adopción en el sentido de que “los factores genéticos no son suficientes por ellos mismo para producir esquizofrenia pero que podrían representar una vulnerabilidad progresiva hacia experiencias de vida desfavorables” (p.50). Aparte de la vulnerabilidad, influyen también la dieta, el estilo de vida, eventos desencadenantes y otras características culturales. El estrés, de todas formas, es el gatillo que dispara la predisposición hereditaria.

- 8.7 El sexto paso es la **lesión**. Es decir, algo se rompe. “De mucho caer la gota sobre una roca, termina haciéndole un hoyo”.

Lo que era un evento *funcional* se transforma en un daño *físico*. A partir de aquí, la condición adquiere carácter de permanencia o cronicidad.

El proceso es el siguiente:

- Hipertensión emocional → **Hipertensión Arterial**
- Acidez gástrica → **Úlcera péptica**
- Glicemia elevada → **Diabetes**
- Abuso del alcohol → **Alcoholismo**
- Pornografía → **Violación sexual**
- Inapetencia → **Anorexia Mental**
- Agotamiento nervioso → **Depresión**

Sea cual sea el camino que tome la anomalía, termina causando un daño biológico difícil de revertir. El estadio de *lesión* implica la alteración del sustrato biológico, y representa una condición diagnoscible por medios clínicos. Se trata de una enfermedad en el mejor sentido médico. La *emoción* ha devenido en *lesión*.

- 8.8 El séptimo paso es la **complicación**. Si la bomba de estrés se mantiene activa —porque los conflictos no se resuelven— la lesión termina produciendo un agravamiento de la enfermedad.

El proceso ahora es el siguiente:

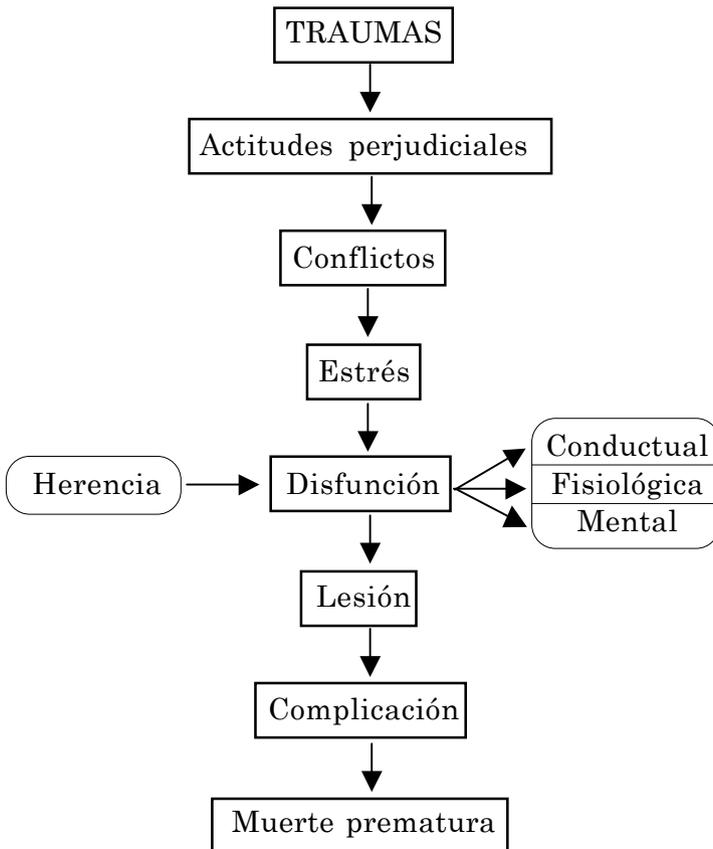
- Hipertensión Arterial → **Infarto**
- Úlcera péptica → **Úlcera perforada**
- Diabetes → **Gangrena**
- Alcoholismo → **Cirrosis hepática**
- Anorexia Mental → **Caquexia**
- Depresión → **Intento de suicidio**

La idea que debemos manejar es que la complicación también se relaciona con el estrés, y que el estrés viene de los conflictos, y que los conflictos vienen de actitudes perjudiciales que aprendimos en la niñez.

8.9 El último paso de la *ruta crítica* es la **muerte prematura**. Lo que se inicia como un simple *trauma psicológico de la niñez* termina produciendo una muerte antes de tiempo.

La gran necesidad que surge de todo este proceso es, de un lado, que los médicos introduzcan regularmente en su práctica la variable psicológica, mientras, del otro lado, los psicólogos introducen la variable médica en su quehacer cotidiano.

El siguiente cuadro resume todo el proceso:



9. LOS MODOS DE ENFERMAR: EL CUERPO

9.1 En el capítulo anterior vimos tres grandes vías para canalizar las manifestaciones del estrés crónico: el cuerpo, la mente, y el comportamiento, lo cual determina como *modos de enfermar*, designación que aprendimos de nuestro profesor el doctor LÓPEZ IBOR en España.

En el fondo esto no es más que reconocer los tres niveles de la personalidad que se suelen adoptar en la práctica médica: el cuerpo, la mente y la conducta observable.

En el presente capítulo nos dedicaremos a las enfermedades físicas, las cuales constituyen el modo formal de enfermarse. Una enfermedad es propiamente una alteración del cuerpo. Quisiéramos revisar el estrés como factor importante en el desencadenamiento de las enfermedades físicas.

9.2 Hay siete enfermedades tradicionalmente reconocidas como psicósomáticas, es decir, influidas por el estrés. Ellas son: asma bronquial, colitis ulcera-

tiva, hipertensión esencial, neurodermatitis, artritis reumatoide, úlcera duodenal y anorexia.

El **asma bronquial** es la primera que se menciona en la lista tradicional de enfermedades psicosomáticas. Sobre esto no deberíamos tener ninguna duda. En su estudio sobre Asma Bronquial, la Medicina Interna de HARRISON concluye diciendo que “datos objetivos abundantes demuestran que factores psicológicos pueden interactuar con el asma empeorando o mejorando el proceso de enfermedad” (p. 1422).

La **úlcera duodenal** es otra de las enfermedades tradicionalmente reconocidas como psicosomática. En los últimos años se ha planteado un nuevo escenario alrededor del Helicobacter Pylori. En efecto, el 95-100% de las úlceras duodenales, y de un 75-85% de las úlceras gástricas, coinciden con una infección por esta bacteria. Este dato debe equilibrarse con otro, y es que apenas un 15 ó 20% de los portadores del Helicobacter desarrollan la úlcera en algún momento de sus vidas, lo cual conduce a HARRISON a concluir que “otros factores patogénicos están envueltos” (p.1599), entre los cuales se encuentra el estrés.

Un mecanismo similar se puede sugerir para la **colitis ulcerativa**.

Los **trastornos vasculares** son alteraciones de la presión sanguínea debido a alteraciones irreversibles de las paredes arteriales. El primer síntoma es la tensión arterial elevada, en lo cual el estrés participa de manera destacada. Hoy día se reconoce que la serotonina, un neurotransmisor ligado a la depresión y al estrés, “puede tener un efecto vasodilatador o vasoconstrictor” (p.223). La verifica-

ción de tensión elevada debido al estrés es algo rutinario en la práctica médica. El profesor LÓPEZ IBOR observaba hace años que los síntomas de la hipertensión son prácticamente los mismos que los de la ansiedad. Su manejo compete, no solo al médico internista, sino también al terapeuta familiar.

Podríamos hacer el mismo recuento con las **neurodermatitis**, la **artritis reumatoide**, y los **trastornos del apetito**, cuadros en los que la mayoría de los clínicos reconoce la participación del estrés crónico.

- 9.3 La influencia del estrés no se restringe a las enfermedades reconocidas como psicósomáticas. Existe evidencia muy clara de que se trata de un factor patogénico general.

La idea moderna en fisiopatología es: multifactorialidad. Es difícil concebir un trastorno al que se le pueda atribuir una causa única, tal como hacía en Medicina hasta hace poco.

En los siguientes párrafos veremos que el estrés debe incluirse como factor patogénico de la mayoría de los trastornos físicos.

- (1) Los **accidentes** producen heridas, fracturas o quemaduras, por contacto o exposición casual a objetos dañinos.

A primera impresión se trataría de hechos fortuitos que pueden ocurrirle por igual a cualquier persona, sin embargo, tenemos evidencias en sentido contrario. Existen personas más propensas que otras a los accidentes, lo cual puede incluso medirse a través de pruebas psicométricas. Una explicación de este hecho sería el nivel de serotonina en sangre. Este es el mismo neurotransmisor que actúa en la depresión, y, de acuerdo con

investigaciones recientes, aumenta la propensión al riesgo, y, en consecuencia, de los accidentes.

- (2) Las **infecciones** constituyen un proceso inflamatorio febril, debido a la presencia en el organismo de un microorganismo (virus o bacteria). Hubo un tiempo en que los salubristas creyeron resolverlo todo con la siguiente ecuación: microorganismo + sujeto = infección. Modernamente se sabe, sin embargo, que el proceso no es tan simple. Hoy sabemos que el estrés disminuye las defensas contra las infecciones (5), facilitando la acción de los microorganismos, lo cual se puede observar muy bien en la Gripe y en la TB.

El periódico “El Nacional” (enero, 2001) recoge un estudio de la Universidad de Pittsburg, EE.UU., en el cual se investigó la “manera como ciertos rasgos de la personalidad influyen en la respuesta del sistema inmune frente a las enfermedades”. Los resultados arrojaron que “los pacientes que obtuvieron altos puntajes en la prueba de neurosis presentaron respuestas más bajas de sus sistemas inmunes ante la vacuna”.

- (3) Las **alergias** se definen como “una predisposición hereditaria para desarrollar hipersensibilidad a sustancias ingeridas o inhaladas que son inocuas para el 80% de la gente” (Manual Merck, p. 302). Son enfermedades alérgicas el asma, la urticaria, la dermatitis atópica, la rinitis, ciertas formas de conjuntivitis e incluso dispepsias.

La experiencia clínica confirma que todas estas condiciones tienen una etiología multifactorial, en lo cual se incluye el factor ‘terreno’ de tipo biológico, pero también el estrés. Esa es una probable explicación de por qué en muchas ocasiones

basta la exposición al calor, al frío, a los rayos solares o un golpe inofensivo para desencadenar una alergia.

Nosotros mismos tuvimos una paciente con alergia a la pasta dental cuyo cuadro clínico podíamos mejorar o desencadenar por hipnosis.

- (4) Los **tumores** (malignos o benignos) son masas producidas por una producción anormal de células en algunos órganos. Generalmente se asume que el cáncer es el más orgánico de todos los padecimientos físicos. Se sabe que el organismo tiene que producir billones de células nuevas en el curso de la vida. Para garantizar que cada célula responda al patrón establecido en el genoma existen numerosos mecanismos de control. También existen factores de riesgo como son los siguientes: radiaciones por rayos x, rayos gamma, radioactividad y luz ultravioleta; sustancias carcinógenas como el tabaco; irritantes físicos; infecciones virales y la herencia.

SARAH EDELMAN, de la unidad de Neurobiología de la Universidad de Sydney, escribe un artículo titulado: “¿Existe alguna relación entre la mente y el cáncer?” Sus conclusiones son las siguientes:

- a) “La evidencia de una relación entre estrés y cáncer es altamente sugestiva”.
- b) “Existe una razonable evidencia de que un fuerte apoyo social es un factor que reduce el riesgo de muerte y enfermedad de una variedad de causas, incluyendo el cáncer”.
- c) “Un espíritu combativo prolonga la vida de los enfermos de cáncer, mientras que la desesperanza la disminuye”, y

d) “La psicoterapia mejora el pronóstico de los pacientes cancerígenos”.

SUZANNE M. JOHNSON VICKBERG escribe en *Behavioral Medicine* (Verano, 2000) un artículo titulado: “El *pensamiento global* como posible factor de protección contra el cáncer”. Sus conclusiones son que tener un pensamiento con *sentido global* se asocia con un mejor pronóstico en mujeres con cáncer de la mama, mientras que tener *pensamientos recurrentes* se asociaba con peor pronóstico.

9.4 Es interesante la idea de *catagénesis* propuesta por el profesor J.J. LÓPEZ IBOR (1959) como alternativa a la idea de *psicogénesis*. Dice LÓPEZ IBOR:

“La palabra <psicogénesis> ha llevado muchas veces a la idea errónea de creer que lo que se produce psíquicamente era reversible mediante una u otra forma de psicoterapia”.

LÓPEZ IBOR cita dos casos para apoyar su posición. El primero es el siguiente:

“Una mujer que presencia un juicio de guerra contra su marido. En el momento en que pronuncia la sentencia de muerte contra él, en un gesto de horror, gira la cabeza separándose del Tribunal y del acusado, como para no verlos. Desde entonces se instaura un tic, sobre cuya psicogenia no había ninguna duda, al parecer. Las dudas surgen cuando pocos meses después, el tic se convierte en un espasmo de torsión”.

“En otro caso, se trataba de una mujer casada, de 40 años, esposa de un empleado que, en ascenso ordinario en su carrera, es trasladado de B. a M. A la esposa no le gustaba el traslado. Había nacido en B., su padre vivía allí, etc. En el

momento de coger los pasamanos para subir el tren, nota un hormigueo en la mano. Durante el viaje nocturno, el hormigueo se le extendió al brazo que, además, le resultaba dificultoso mover. Al día siguiente, existía una ligera dificultad al andar. Cinco días después, el cuadro de una forma aguda de forma aguda de esclerosis en placas se había instalado. La enferma murió por parálisis respiratoria a los diez días” (p.25).

9.5 Quisiéramos concluir este capítulo refiriéndonos al tema de los **niños enfermos**.

En numerosas familias la mayor parte de su presupuesto se consume en un hijo enfermo por una condición de salud que muchas veces se considera hereditaria.

Mencionaremos entre las más frecuentes el asma bronquial, las alergias, la gripe a repetición, trastornos diarreicos, y diferentes formas de dermatosis. Algunas veces se trata de dolores o molestias inespecíficas, pero otras veces se trata de enfermedades formales que conducen a la intervención quirúrgica.

Numerosos autores han observado que estas patologías se relacionan con relaciones familiares disfuncionales. HAPWORTH y HEILMAN (1999) se refieren al “síndrome de enfermedad” como resultado de las rivalidades fraternas. WILLI habla de “dolencias psicósomáticas de pareja” como un mecanismo equilibrador del sistema parental (p.230).

El *mecanismo de enfermedad* se desarrolla desde la niñez cuando un niño aprende a lograr atención privilegiada sobre su hermanito, pero se desarrolla como un hábito permanente de la personalidad. Ha observado este hábito en adultos con múltiples ci-

rugías, o que han sufrido diversas consecuencias iatrogénicas, todo lo cual hubiera sido innecesario con una forma de crianza más equilibrada.

10. LOS MODOS DE ENFERMAR: LA MENTE

10.1 Los trastornos *mentales* han sido reconocidos desde el principio como enfermedades. La Psiquiatría es una especialidad de la Medicina, de la misma forma que la Cardiología o la Nefrología. El sistema nervioso central es responsable en última instancia de lo que pasa en la mente.

El DSM-IV utiliza los términos *trastorno mental* y *enfermedad médica* haciendo, sin embargo, la siguiente aclaración:

“Hay que subrayar que éstos son solo términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una idiferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales” (p. xxiv).

Existen evidencias muy fuertes para justificar la designación de los trastornos mentales como enfermedades propiamente dichas.

En primer lugar, el estudio reciente de los neurotransmisores. Esto nos ha permitido fabricar drogas específicas para controlar trastornos mentales específicos, llámese ansiedad, delirio, manía o depresión.

En segundo lugar, las experiencias en el pasado con la lobotomía estereotáxica demostraron la posibilidad de corregir trastornos mentales por medios quirúrgicos.

En tercer lugar, la ocurrencia de trastornos mentales como síntomas de enfermedades físicas es altamente demostrativo. Ese es el caso de las meningoencefalitis que pueden producir cuadros similares a los principales trastornos mentales.

Ante el cúmulo de evidencia disponible nos resulta difícil imaginar que algún psiquiatra se atreva a escribir un libro como el de THOMAS ZASS: "El mito de la enfermedad mental". Las enfermedades mentales son enfermedades en el mejor sentido de la palabra. La única diferencia es que sus síntomas se manifiestan a través del comportamiento.

Como en las enfermedades físicas, el estrés participa también del origen de los trastornos mentales. Esa es la conclusión de CAROLYN MAZURE en su obra: "Does stress cause psychiatric illness?" publicada por la American Psychiatric Press. Después de hacer una revisión de diferentes trastornos y de una variedad de métodos para relacionar el estrés con la enfermedad mental, esta autora llega a la siguiente conclusión:

“El resultado es un consenso de que existe una compleja aunque crecientemente comprensible relación entre el estrés y las enfermedades mentales” (p.xxiii).

A continuación nos referimos específicamente a la Esquizofrenia, a los trastornos afectivos y a los trastornos por ansiedad.

- 10.2 Un ‘episodio maníaco’ tiene los siguientes síntomas: (1) autoestima exagerada o grandiosidad, (2) insomnio, (3) logorrea, (4) fuga de ideas, (5) distraibilidad: la atención se desvía fácil hacia temas intrascendentes, (6) hiperactividad laboral, sexual, o académica, e (7) involucramiento excesivo en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves, por ejemplo, compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas.

El DSM-IV describe también el ‘episodio hipomaniaco’ en el que los síntomas se presentan de manera más atenuada.

Aunque no interviene en factores causales, el DSM-IV reconoce que “frecuentemente los episodios maníacos aparecen después de un estrés psicosocial”.

- 10.3 Un episodio depresivo tiene los siguientes síntomas: (1) tristeza, (2) falta de interés o capacidad para disfrutar del placer, (3) pérdida o aumento de peso, (4) falta o exceso de sueño, (5) agitación o enlentecimiento, (6) fatiga o pérdida de energía, (7) sentimiento de culpa o inutilidad, (8) falta de concentración, y (9) pensamientos de muerte.

El DSM-IV diferencia entre ‘trastorno depresivo’ mayor: un cuadro agudo, que dura alrededor de seis meses, y ‘trastorno depresivo distímico’: un cuadro

que dura un mínimo de dos años, y que no suele cursar con ideas de suicidio.

La diferencia entre ambos cuadros suele ser muy sutil, por lo que el diagnóstico y tratamiento farmacológico deben ser hechos por el psiquiatra. Este punto es muy importante debido al hallazgo de que una gran cantidad de pacientes que intentan suicidio se encontraban bajo terapia psicológica sin apoyo médico.

La mayoría de los pacientes maníacos hacen también crisis depresivas, razón por la cual Kraepelin utilizó el término de Psicosis Maniacodepresiva.

10.4 La Esquizofrenia es el trastorno psicótico por excelencia. Se caracteriza por los siguientes síntomas: (1) ideas delirante, (2) alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado, (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, y (5) síntomas negativos (abulia, autismo, etc.).

Se describen varios tipos:

- el tipo paranoide, cuando predominan las ideas delirantes y las alucinaciones;
- el tipo catatónico, cuando predominan las manifestaciones psicomotoras;
- el tipo desorganizado, cuando predomina la desorganización del lenguaje o del comportamiento, y
- el tipo indiferenciado, cuando no se cumplen los criterios de los otros tipos.

La Esquizofrenia es una enfermedad grave debido al deterioro permanente que puede producir en las facultades mentales del individuo.

En un estudio prospectivo controlado, VENTURA y colaboradores encontraron que “existían significativamente más eventos estresores independientes en

el mes que precede a la recaída psicótica” (MAZURE, p.69). Otros estudios sugieren que “los pacientes esquizofrénicos tienen una especial e idiosincrásica respuesta al estrés” (ibídem). Esto significa que pueden reaccionar de forma psicótica ante estresores mínimos.

Es importante, asimismo, considerar el siguiente dato: “Una revisión de 30 estudios a doble ciega encontró que los benzodiazepínicos resultaron en una mejoría significativa en un tercio a la mitad de los pacientes esquizofrénicos tratados” (ibídem, p.70). El beneficio por los ansiolíticos sugiere con bastante firmeza la participación del estrés.

Otros estudios han confirmado que intervención familiar más psicofármacos es más efectiva que psicofármacos exclusivamente.

- 10.5 El DSM-IV designa como ‘trastornos por ansiedad’ a la mayoría de los trastornos que antes se solía denominar como *neurosis*.

Esto incluye el ‘ataque de pánico’, la ‘agorafobia’, las ‘fobias específicas’, la ‘fobia social’, el ‘trastorno obsesivo compulsivo’, el ‘estrés postraumático’, y el ‘estrés agudo’, y la ‘ansiedad generalizada’.

En otros lugares el DSM-IV describe ‘trastornos somatomorfos’, ‘trastornos facticios’, y ‘trastornos dissociativos’.

Tal como parece obvio, el estrés se relacionan con los trastornos ansiosos. Tanto para los ataques de pánico como para el síndrome de estrés postraumático se describen eventos críticos en las semanas previas a la crisis.

Lo que no ha sido reconocido muchas veces es la presencia de factores genéticos en los trastornos por ansiedad. El estudio de los mellizos homocigóticos

es consistente con la noción de que la vulnerabilidad para los trastornos ansiosos tiene una base hereditaria.

La idea clásica que diferenciaba *psicosis* como trastornos de origen físico, de las *neurosis* como trastornos de origen psíquico es insostenible en nuestros días.

La polarización entre psiquiatras que afirman la participación exclusiva de la herencia, y psiquiatras que sostienen la sola participación de los factores psicosociales debe ser asimismo descartada.

Existe suficiente información para afirmar que los trastornos mentales se originan por múltiples factores entre los cuales herencia y estrés tienen un lugar preponderante. En un capítulo anterior se propone que el estrés es el gatillo que dispara, pero que la herencia es lo que determina el punto débil por donde el sujeto va a reventar.

11. LOS MODOS DE ENFERMAR: LA CONDUCTA

11.1 El tercer *modo de enfermar* lo denominaremos como 'Hábito Perjudicial'.

El DSM-IV describe por separado varios trastornos que caben en este capítulo, principalmente “parafilias”, “trastorno de la conducta alimenticia”, “trastorno del control de los impulsos”, y “trastornos de la personalidad”.

Desde sus orígenes la Psiquiatría englobó estos trastornos en un mismo capítulo, y así mismo hacemos en la presente obra. Estos problemas ciertamente tienen en común (1) un inicio precoz, (2) mal pronóstico, y (3) una voluntad débil. Si bien la designación original como *psicopatía* nos parece inapropiada, la identificación del grupo nos sigue pareciendo consistente.

Se trata de conductas aprendidas por la intervención de múltiples factores en una persona vulnerable, pero que una vez aprendidas resultan difíciles de cortar.

El Hábito Perjudicial es una conducta

- (1) *obsesiva* (idea que no se puede sacar de la mente),
- (2) *compulsiva* (conducta recurrente e incontrolable),
- (3) *perjudicial* (daño contra sí mismo o contra los demás), y
- (4) *desviada* en cuanto a alguna norma legal o moral.

Este es el único modo de enfermar en el que los síntomas son aprendidos. En los otros modos de enfermar el síntoma es una respuesta directa del organismo ante el estrés. En otras palabras: nadie *aprende* a delirar, ni a deprimirse, ni a elevar el nivel de azúcar en la sangre, sino que cuando se rebasa el límite de tolerancia al estrés, el individuo responde con un *programa* predeterminado por el mismo cerebro. En los hábitos perjudiciales es diferente: el sujeto se programa a través del uso, y luego no puede cortar.

Se trata de *modos de enfermar* porque dependen de una base biológica. Hoy día sabemos el papel crucial de los neurotransmisores en el desarrollo y mantenimiento de los hábitos. Esta base biológica no niega la responsabilidad del sujeto en asumir resoluciones de cambio. Lo importante es reconocer que nuestras *decisiones* afectan nuestro estado de salud o enfermedad.

A continuación se describe una lista con la diversidad de hábitos perjudiciales.

- 11.2 El **abuso de sustancias** es la primera condición a la que se aplicó el calificativo de adicción. Se quiso buscar un término menos acusativo que los anteriores: vicio, degeneración, psicopatía. Con el tiempo

la misma palabra adicción llegó a ser una *mala palabra*, y se substituyó por dependencia. Nosotros preferimos hablar de hábito perjudicial, en lo cual se reconoce que existen hábitos saludables.

El tipo más conocido de adicción es por sustancias, sean legales como alcohol o tabaco, o ilegales, como marihuana, cocaína o LSD. Aunque puede haber prejuicio en incluir alcohol y tabaco en el mismo capítulo que las “drogas”, desde el punto de vista médico no existe otra opción. Desde 1987 la Asociación Médica Americana identificó el alcoholismo con la adicción a drogas. La diferencia más importante es que unas son prohibidas y otras están legalizadas.

11.3 Los **trastornos del apetito** incluye la Bulimia Nervosa, la Anorexia Mental y la Obesidad. OTTO FECHICHEL, en su “Teoría psicoanalítica de las neurosis”, se refiere a estos trastornos como “adictos a la comida”, y los describe como “adicciones sin drogas” (pp.431-432).

11.4 Otra forma de *adicción sin droga* son los **juegos y el gasto compulsivo**.

MARÍA PRIETO URSÚA, en su obra: “Para comprender la adicción al juego” describe el siguiente perfil:

- (1) dos veces más frecuente en varones,
- (2) entre 18 y 30 años,
- (3) mayor porcentaje de solteros que en la población general, y
- (4) padre ausente o con problema de adicción.

Su descripción se corresponde con el patrón general que hemos sugerido: una conducta obsesiva, compulsiva, desviada y perjudicial.

11.5 Los sexoadictos reúnen todas los requisitos para incluirse en este grupo. Esto incluye: Sadismo, Masoquismo, Exhibicionismo, Voyeurismo, Homose-

xualismo, Fetichismo, Pedofilia, Froteurismo y otras *parafilias*.

“Sexoadictos Anónimos” en los Estados Unidos tiene una definición similar a la que dimos al principio: compulsividad, mantenimiento de una conducta a pesar de sus consecuencias adversas, y obsesión con la actividad.

Ellos ofrecen los siguientes “patrones y ejemplos de adicción sexual”:

- (1) Sexo fantasioso: descuidar compromisos a causa de fantasías sexuales; masturbación.
- (2) Seducción sexual: relaciones extramaritales (homo o heterosexual), flirteo y coquetería.
- (3) Sexo anónimo: entablar relaciones sexuales con parejas anónimas, encuentros de una sola noche.
- (4) Pago por sexo: a prostitutas, o por llamadas eróticas.
- (5) Comercio sexual: recibir dinero o drogas a cambio de sexo.
- (6) Voyeurismo: frecuentar librerías y exhibiciones pornográficas, mirar por las ventanas, coleccionar fotos provocativas, etc.
- (7) Exhibicionismo: mostrarse en sitios públicos, desde la casa o desde un vehículo, con ropa provocativa.
- (8) Acoso sexual: tocar a otras personas sin permiso, o por abuso de poder para explotar sexualmente a otras personas; abuso sexual.
- (9) Experiencias dolorosas: Recibir o causar dolor como medio de lograr placer sexual.
- (10) Sexo mediante objetos: masturbarse con objetos, intercambio de ropa para añadir placer se-

xual, uso de fetiches como parte de rituales sexuales, sexo con animales.

(11) Sexo con menores: forzar la actividad con menores, observar pornografía infantil.

11.6 Existe también una **adicción a cultos raros**.

El Comité de Psiquiatría y Religión del Grupo para el Avance de la Psiquiatría reporta lo siguiente:

“Las evaluaciones psicológicas de miembros de cultos extraños confirman la presencia de rasgos de dependencia, frecuentemente asociados con características adictivas, esto es, una necesidad de fuentes externas de gratificación” (SPERO 1982). Esta necesidad sería la explicación de la prevalencia de problemas sexuales y de relaciones sociales observadas en muchos miembros de estos cultos. La dependencia también podría explicar la alta incidencia de abuso de sustancias entre los feligreses antes de ingresar a los cultos. **Se podría decir que ingresar a un culto es como cambiar una adicción por otra** (“Leaders & Followers”, p.29).

Al asistir por interés profesional a conferencias sobre parasicología nos ha sorprendido la gran cantidad de personas psíquicamente *límitrofes* que concurren a estas actividades. Así como el adicto cambia de droga en busca de un placer mayor, así mismo ocurre con los ‘adictos a cultos raros’, que tienden a buscar compulsivamente lo espectacular, lo diferente, lo raro.

11.7 Las **conductas antisociales** constituyen también hábitos perjudiciales.

La definición de ‘trastornos de la personalidad’ en el DSM-IV no se hace sobre una base consistente. En la práctica los psiquiatras tendemos a manejar

los del ‘grupo A’ como si fueran esquizofrenias leves, mientras que el ‘trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad’, lo manejamos como trastorno obsesivo compulsivo, todo lo cual nos parece correcto.

Por otro lado, ¿cuáles buenas razones existen para ubicar las ‘parafilias’ y los ‘trastornos del control de los impulsos’ en grupos diferentes?

Necesitamos una nosología que abarque desde los ‘criminales en serie’ hasta la ‘codependencia’. El DSM-IV se refiere a esto último como ‘trastorno de la personalidad por dependencia’. Esta descripción viene desde KRAEPELIN (1913) en la octava edición de su *Psiquiatría* cuando remarcaba la “poca fuerza de voluntad” y la facilidad con que estas personas eran “seducidas” por otras (MELODY, p.213).

11.8 En cada uno de estos trastornos se puede describir una conducta

- (1) que ocupa demasiado espacio en la mente (obsesiva),
- (2) que no podemos parar (compulsiva),
- (3) que hace daño a otros o a unos mismo (perjudicial), y
- (4) que representa una desviación de alguna norma (desviada).

Que el aprendizaje esté facilitado por una vulnerabilidad hereditaria no hace más que identificar estos trastornos, y sugerir sus posibilidades de prevención y terapia.

La idea central de estos últimos capítulos es que existen tres vías de expresión del estrés o modos de enfermar:

- las enfermedades físicas,
- los trastornos mentales, y

- los hábitos perjudiciales.

La razón por la que unos individuos se destapan por una u otra de esas vías reside muy seguramente en los factores genéticos. En otras palabras: se nace con una determinada vulnerabilidad, y el estrés no es más que el gatillo que dispara.

12. EL RETRATO FAMILIAR

12.1 El *retrato familiar* es un estudio que recoge en un solo cuadro las manifestaciones más importantes de una familia.

Cuando se produce una situación persistente de estrés, cada miembro de la familia enferma en su propio momento y de acuerdo con su propia vulnerabilidad. De ese modo, el cardiólogo tratará al hipertenso; el endocrinólogo, al diabético; el psiquiatra, al psicótico o al deprimido, mientras que la maestra maneja los problemas escolares. El retrato familiar es el instrumento para colocar todas esas anomalías en un solo paquete.

El retrato familiar incluye las morbosidades en las *tres vías de expresión psicosomática*: sea el cuerpo, sea la mente o sea el comportamiento. Pero, al mismo tiempo debe incluir las manifestaciones positivas. Es decir, no solo lo enfermizo y negativo, sino también las fortalezas de la familia, y de cada uno de sus miembros.

El retrato familiar es el mejor instrumento para evitar la trampa de señalar a un miembro como enfermo, y el resto de la familia como sana.

12.2 El genograma es la base para diseñar un retrato familiar, y comprende tres 'tomas':

a) **La primera toma comienza por la familia de origen de cada progenitor.** Pueden servir las siguientes preguntas:

- ¿Cómo funcionaron sus tres *vínculos* centrales?
- ¿Cuáles *pérdidas* se produjeron?
- ¿Cuáles *agendas inconclusas* existen?
- ¿Cuáles *realizaciones* de la familia de origen son motivo de orgullo?
- ¿Cuáles son las *fortalezas* de estas familias?

b) **La segunda toma revisa la familia actual.** Las preguntas pueden ser las siguientes:

- ¿Cuál es la situación de los tres *vínculos* centrales?
- ¿Cuáles *pérdidas* se han producido?
- ¿Cuáles *realizaciones* existen entre sus miembros?
- ¿Cuáles son las *fortalezas* de esta familia?

c) **La tercera toma revisa el proyecto futuro de cada miembro de la familia actual.** Cada miembro debe decir sus expectativas para dentro de diez años.

- ¿Qué edad tendrá cada miembro dentro de diez años?
- ¿Cuál será el oficio y el estado civil de cada uno?
- ¿Cuántos hijos tendrán?
- ¿Cuál será el lugar de residencia?

- ¿Cómo manejará cada cónyuge ese nuevo escenario?

Esta visión de futuro es útil para que los progenitores enfrenten la realidad de la salida de los hijos, y la importancia de la relación de pareja:

¿Tienen proyectos propios?

¿Podrán sobrevivir al *destete*?

¿Podrían sufrir el *síndrome del nido vacío*?

12.3 El retrato familiar tiene indudables ventajas:

- a) En primer lugar, contribuye a que la familia construya una nueva visión de su realidad. Desde que se descubre que todos se enferman, cada cual de acuerdo con su particular modo de enfermar, desaparece el mito de que uno solo de ellos sea el 'paciente'. Si todos enferman es porque la situación es un mal general, solo que cada cual revienta por su punto más débil.
- b) Otra ventaja es que se descubren tesoros familiares que normalmente pasan inadvertidos, tanto del paciente, como de su familia.
- c) Finalmente, la familia aprende a vincular los síntomas con el estrés familiar. La gripe, el tumor, la jaqueca, el sangrado, la fiebre o el episodio psicótico pueden relacionarse con un mismo evento familiar. Cada uno revienta por su punto más débil.

13. FUNCIONES MENTALES

13.1 La sicopatología clásica describe funciones mentales aisladas:

(1) percepción, (2) conciencia, (3) inteligencia, (4) pensamiento, (5) sentimiento, (6) memoria, y (7) voluntad.

Se requiere una reformulación del psiquismo a la luz del avance de las ciencias de la conducta, y de lo que vamos aprendiendo con la tecnología de las computadoras.

A continuación intentaremos describir las funciones mentales tomando en cuenta la *metáfora* de las computadoras. Esto implica un proceso mental con tres componentes:

- entrada,
- procesamiento, y
- salida.

13.2 En primer lugar describiremos la PUERTA DE ENTRADA. A la mente llegan tres tipos de estímulos: sensoriales, subliminales y extrasensoriales.

► **Estímulos sensoriales:** esto se refiere no solo a los ‘cinco sentidos’ de Hipócrates: vista, audición, tacto, olfato y gusto, sino a más de 37 tipos de sensaciones diferentes que llegan al cerebro. Los órganos sensoriales constituyen la puerta de entrada general a estímulos de todo tipo que pasan por nuestra *conciencia*.

► **Estímulos subliminales:** Se refiere a estímulos de umbral tan bajo que solo son percibidos por el *inconsciente*. Estos estímulos producen respuestas incluso más seguras que los estímulos que se perciben conscientemente. A pesar del mal manejo del tema entre propagandistas y mercadólogos, diversas investigaciones neurofisiológicas confirman la realidad de la percepción subliminal.

► **Estímulos extrasensoriales:** En el caso de la percepción subliminal, existen todas las posibilidades de percepción debido a la proximidad física entre el individuo y el estímulo, y se explican en virtud de las funciones inconscientes de la mente. En la percepción extrasensorial, sin embargo, no existe proximidad física ni se puede atribuir a la función inconsciente. Ese es el caso de la *telepatía*, la cual ha sido confirmada por numerosas observaciones. En realidad nunca hemos visto un informe de alguien que haya investigado, y que niegue la realidad del fenómeno telepático. La dificultad estriba en explicarlos. La mínima conclusión que se deriva de estas funciones es que la mente humana no se puede reducir a $2 + 2 = 4$. El hombre no es una simple *máquina*, y ni siquiera una *computadora*. Es mucho más. ¡El todo es más que la suma de sus partes!

13.3 La parte más compleja de la mente es el PROCESAMIENTO DE DATOS. Veremos a continuación dos formas de procesamiento: cognitivo y afectivo.

13.3.1 El **procesamiento cognitivo** incluye las funciones de atención, ejecución, orientación, y memoria. *Inteligencia* no es más que la capacidad y rapidez de las funciones cognitivas. En otras palabras, a mayor inteligencia, mayor capacidad y rapidez para prestar atención, para resolver problemas, para orientarse y para recordar datos.

(1) El procesamiento cognitivo envuelve las siguientes funciones:

- Atención: estado de alerta para estímulos físicos del medio.
- Ejecución: habilidad para organizar, comprender y resolver situaciones nuevas.
- Orientación: habilidad para reconocer el tiempo, el lugar y las personas.
- Memoria: capacidad de registro y archivo de nuevos datos.

(2) Cuando el Sistema Nervioso Central es afectado directa o indirectamente se producen los siguientes trastornos cognitivos:

- Trastornos de la atención: dificultad en concentrar la atención en un punto.
- Demencia: pérdida de las facultades intelectuales.
- Desorientación: fracaso en el reconocimiento del tiempo, del espacio o de las personas.
- Afasia: trastornos del lenguaje.
- Agnosia: inhabilidad para reconocer objetos familiares.

- Apraxia: inhabilidad para ejecutar conductas motoras.
- Amnesia: pérdida de memoria.

Ante cualquiera de estos síntomas se debe sospechar una lesión que afecta directa o indirectamente el SNC.

13.3.2 El **procesamiento afectivo** se refiere a la asignación de significado y valor, así como al impacto de la información procesada sobre el individuo. Las diversas tonalidades emocionales: alegría, tristeza, temor, desconfianza, vergüenza o culpa, no son más que las diversas coloraciones que la mente asigna a los datos que recibe.

El procesamiento afectivo da lugar a trastornos funcionales, ya que no implican lesiones específicas del SNC, sino alteraciones en el ámbito de los neurotransmisores. Todos estos trastornos tienen una vertiente afectiva y otra cognitiva, pero su base reside en el significado que se atribuye a los datos que maneja la mente.

No son meramente trastornos de la percepción, sino interpretaciones deformadas de los hechos en virtud de un estado de ánimo en particular.

(1) En la Esquizofrenia, por ejemplo, los clásicos hablaban de una *esquizoforia* o estado de ánimo cuyo eje central es la desconfianza. El esquizofrénico interpreta mal lo que percibe en virtud de esa desconfianza que lo caracteriza. Los delirios (falsas ideas) y alucinaciones (falsas percepciones) se montan sobre este estado de ánimo. Debido a esto, al esquizofrénico hay que ofrecerle —no solo neurolépticos— sino también una actitud de apoyo y seguridad.

(2) La tristeza del deprimido es el resultado de una autoestima destrozada. El deprimido es una persona que ha perdido su sentido de valía, y todos los síntomas, cognitivos y afectivos, se derivan de ello. Esto es la base de la terapia cognitiva: desde que se enseña al sujeto a controlar sus interpretaciones depresivas, la depresión mejora. El estado depresivo conlleva al mismo tiempo trastornos del pensamiento como son los delirios de ruina, culpa y enfermedad.

(3) En la manía, por el contrario, la alegría se deriva de una autoestima inflada. La gran expansividad que caracteriza estos episodios viene de su manera de observarse.

Es importante reconocer estos estados de ánimo que se hallan en la base de los trastornos mentales, pues los mismos pueden servir como alternativa para el diagnóstico diferencial. Si estamos atentos a la relación transferencial podremos descubrir que el paciente generalmente nos transmite su estado de ánimo.

En el sentido transferencial ► esquizofrénico es un paciente que nos provoca *miedo* ► deprimido es un paciente que nos provoca *pena* y ► maniaco es un paciente que nos provoca *risa*. Ante un cuadro con diagnóstico difícil, estas referencias nos han servido muchas veces para orientar el diagnóstico.

13.3.3 Los procesos mentales, sean cognitivos o afectivos, ocurren en dos niveles: consciente e inconsciente.

(1) Conciencia significa *darse cuenta* de los datos que pasan por la mente. Este es el distintivo humano fundamental, tal como proponen SARTRE

y la filosofía existencial. El animal se mueve por sus instintos. La computadora funciona por sus programas. Solo el ser humano puede darse cuenta de sus circunstancias.

El espacio de la conciencia puede referirse al pasado (evocación), al presente (se confunde con el pensamiento), y al futuro (imaginación). La voluntad, la creatividad y la espiritualidad son funciones que dependen de este nivel de la conciencia.

El procesamiento cognitivo que vimos más arriba es —por definición— un proceso **consciente**, muy cercano a lo *digital*, y estrechamente vinculado a la idea tradicional de inteligencia.

(2) El inconsciente es un nivel automático que funciona de forma paralela al nivel de la conciencia. Tocar un piano o manejar son actos que ejecutamos *inconscientemente*. Si tuviéramos que filtrar cada acto conscientemente, nos resultaría imposible. El inconsciente se ocupa de ello mientras el nivel consciente puede al mismo tiempo hacer otras cosas.

En este nivel automático es que se desarrollan los sentimientos. Esto es precisamente lo que dificulta su comprensión, pues algunas veces la misma persona no puede entender sus sentimientos. Sin embargo, cada emoción tiene una idea que la soporta, y esta es la tarea de la terapia: revisar la historia personal para descubrir el significado de los síntomas.

El inconsciente maneja también las percepciones subliminales y extrasensoriales. Esto nos permite entender que la complejidad de la mente es tal que ni siquiera nos aproximamos a una defi-

nición. Tiene mucha verdad la famosa frase de KIRKEGAARD: “El corazón tiene razones que la mente no puede entender”.

13.4 La PUERTA DE SALIDA del proceso mental tiene tres tipos de manifestaciones: (1) los gestos, (2) las palabras y (3) los actos.

Los **gestos** son inconscientes y generalmente escapan a nuestro control. En los niños los gestos se corresponden siempre con los verdaderos sentimientos. En los adultos, sin embargo, se aprende a mentir y a engañar, por lo que muchas veces gestos y palabras pueden contradecirse. Es por eso que de una y otra forma tendemos a leer los gestos al mismo tiempo que las palabras.

Las **palabras** son actos conscientes, pero envuelven en gran medida términos que no sabemos de donde vienen. Nadie dice todo lo que lleva dentro. Las personas honestas dicen solo una parte de lo que piensan o sienten, pues crearía demasiados inconveniente decirlo todo. Las personas deshonestas solo dicen lo que les conviene independientemente de si coincide o no con sus verdaderos sentimientos.

Los **actos** pueden ser automáticos o conscientes. Algunos actos son respuesta directa a sentimientos, mientras que otros son ejecutados con toda premeditación.

14. ESQUEMAS MENTALES

14.1 El resultado final de la actividad mental es la formación de *esquemas mentales*.

► En su libro sobre “Esquemas mentales”, MAGOROH MAGUYAMA hace las siguientes precisiones:

“Este libro trata de los diferentes esquemas de razonamiento que subyacen a las decisiones, acciones y conductas de los ejecutivos, gerentes y otros empleados en las empresas. En este sentido, se trata de las dimensiones invisibles de los problemas y fricciones propios de la gestión empresarial”.

“Los diferentes esquemas de razonamiento producen diferentes políticas, estrategias, principios y métodos, incluso para alcanzar el mismo objetivo”.

► GÓMEZ DE LIAÑO, en su libro: “La mentira social”, cita a SOREL (1976) en el sentido de que “lo que genera e impulsa los movimientos sociales, particularmente los revolucionarios, no es tanto el razonamiento abstracto, teórico y analítico relativo a la reali-

dad político-social, como cierta clase de imágenes y mitos” (p.105).

Más adelante GÓMEZ DE LIAÑO vuelve sobre el mismo tema cuando reconoce que “para que un razonamiento sea socialmente eficaz ha de empaparse de sentimientos, revestirse de imágenes, infundirse y encarnarse en mitos, pues solo de ese modo pulsará los resortes más vivos del receptor” (p.157).

- 14.2 Existen numerosos términos coincidentes con la noción de *esquema mental*, dependiendo de las diversas disciplinas y escuelas de pensamiento: (1) visión del mundo (filosofía), (2) *welstanchaud* (filosofía), (3) epistemología (ciencias naturales), (4) paradigma (ciencias sociales), (5) ‘enfoque’ (terapia familiar), (6) ‘configuración’ (sicología de la Gestalt), (7) mito (sociología), (8) tabú (sociología), (9) estereotipo (sociología), y (10) ‘mapa’ (PNL).

En lugar de *esquemas mentales* pudimos haber utilizado cualquiera de estas expresiones. Todas se refieren a una puntuación que hacemos de los hechos pasados, y que luego sirve para interpretar los hechos siguientes.

► Para organizar un esquema mental se requiere la **validación del grupo**: sea la familia, la cultura, o la humanidad. Desde que el grupo homogéneo y repetidamente rechaza un esquema mental, este comienza a debilitarse. El ‘lavado de cerebro’ funciona sobre la base de este principio: se aísla el sujeto de su grupo, y se le somete a un proceso de inducción sistemática de nuevas ideas.

► Para que sea vea la importancia de este asunto en la conformación de la conducta humana, reproducimos la siguiente definición del término mito que hace GÓMEZ DE LIAÑO:

“Un mito... es como un organismo de imágenes cálidamente coloreadas, que afecta a los hombres no como lo hacen el razonamiento y el análisis —cuyo paralizante esquematismo racionalista puede iluminar a la inteligencia, pero no arrastrar a la voluntad—, sino como un fermento del alma que despierta el entusiasmo, estimula las energías de la gente y las orienta en una dirección. Esas imágenes encarnan y dirigen nuestras emociones; motivan y movilizan a nuestra voluntad; dan sentido a cuanto somos y hacemos” (p.113).

Proponemos diferenciar tres tipos de esquema mental:

- **El mito familiar**, siguiendo los usos de algunos terapeutas familiares.
- **El estereotipo social**, siguiendo los usos de algunos sociólogos.
- **Las verdades universales**, se refieren a las grandes religiones, tal como se usa normalmente en filosofía.

14.3 Los **mitos familiares** son compartidos por los miembros de una familia a través de varias generaciones. Representan una visión del mundo que una vez fue válida, pero que hoy podría resultar obsoleta. Un mito —en el sentido que lo utilizan los terapeutas familiares— es propiedad de una familia en particular.

PALAZZOLI y colaboradores citan a FERREIRA (1993) en la siguiente definición:

“El **mito familiar** expresa convicciones compartidas que conciernen tanto a los miembros de la familia como a sus relaciones, convicciones que

se deben aceptar a priori desafiando flagrantes falsificaciones”.

“El mito familiar prescribe los roles y los atributos de los miembros en sus interacciones recíprocas, roles y atributos, que si bien falsos e ilusorios, son aceptados por cada uno como cosa sagrada y tabú, que nadie osa examinar y mucho menos desafiar”.

“Un miembro individual puede saber, y algunas veces lo sabe, que hay mucho de falso en esa imagen, algo parecido a la línea política de un partido. Pero aun cuando existe, ese conocimiento se reserva para sí y se esconde, hasta tal punto que el individuo, aun el que más sufre por el mito, se opondrá de hecho con todas sus fuerzas a la evidencia, de modo que, negándose a reconocer su existencia, hará lo posible por mantener intacto el mito familiar. Ya que el mito explica los comportamientos de los individuos en la familia pero oculta los motivos” (pp.100-101).

- 14.4 Los **estereotipos sociales** se refieren a suposiciones explícitas o implícitas, prejuicios y paradigmas dentro de una nación o cultura.

IGNACIO GÓMEZ DE LIAÑO parafrasea al filósofo español Ortega y Gasset de la siguiente manera:

“Los ‘hechos sociales son usos’, así puede resumirse la filosofía orteguiana de la sociedad, según la cual los hechos sociales son acciones de las que el individuo no es el autor, sino el representante o actor, que se ve obligado, por la presión de la gente, a desempeñar su papel, sus papeles” (p.48).

En otra parte afirma que “imágenes, ilusiones y mitos pueden ser los hilos de la marioneta, importan-

tes causas operativas de las acciones y conductas sociales, la mayoría de las cuales no obedece ciertamente a un programa lógico-experimental” (p.58). GÓMEZ DE LIAÑO sostiene que lo que aquí denominamos como *estereotipos sociales* son imprescindibles para mantener un orden social dado. Las siguientes citas que hace en su obra reflejan esa idea tan importante:

“La sociedad, por la regulación moral que establece y aplica, cumple, de cara a todo lo concerniente a la vida supraorgánica, el mismo papel que cumple el instinto en todo lo que concierne a la vida física” (EMILE DURKHEIM)

“El lazo más fuerte que pueda unir a los miembros de una sociedad consiste en la similitud de sus principios y conocimientos, y tal similitud solo puede existir como resultado de la uniformidad de la enseñanza dada a todos los ciudadanos” (CLAUDE DE SAINT-SIMON)

Los estereotipos sociales coinciden con la idea de JUNG sobre el inconsciente colectivo. Estos estereotipos se registran en refranes, frases, leyendas y modismos del lenguaje. Cuando una idea se repite una y otra vez, por diversos medios, en una cultura, podemos suponer que la gente de dicha cultura tiene esos códigos registrados en su inconsciente.

El tabú es un ejemplo de estereotipo social. No debemos suponer que los estereotipos son necesariamente falsos. La cuestión no es verdad o falsedad sino su origen en virtud de un mecanismo mental automático. Son conceptos, para bien o para mal, gravados en el inconsciente de una sociedad.

14.5 Las **verdades universales** se registran particularmente en los libros sagrados de las religiones. De

una manera u otra, toda persona necesita valores para vivir. Nadie es suficientemente sabio para crear sus propios valores. Cada siglo tiene sus propios valores.

En este punto el terapeuta tiene dos alternativas: trabajar sobre las verdades universales del mismo sujeto, y/o ayudarle a descubrir nuevas verdades, pero siempre con el propósito de transformar positivamente su estilo de vida.

MINUCHIN recomienda el uso de **valores religiosos** en la terapia. En su obra “Técnicas en Terapia Familiar” dice lo siguiente:

“En el caso de algunas familias se puede decretar que determinado orden moral, por ejemplo Dios, la sociedad o la decencia, prescribe el camino correcto” (p.216).

“También puede ser útil decretar que la tradición prescribe determinada manera de obrar” (ibídem).

Nosotros mismos podemos dar fe del valor de manejar correctamente la Biblia, en familias creyentes, como recurso terapéutico. Parafrasear o memorizar un pasaje bíblico puede ser más terapéutico en algunos casos que citar a los clásicos de la psicología.

Cada terapeuta decide si usa o no el recurso religioso, pero no tiene derecho a irrespetar la fe de una familia, salvo cuando se trate de valores claramente perjudiciales para el mismo sujeto, o para los que le rodean.

- 14.6 En conclusión, el tema de los esquemas mentales tiene una gran importancia clínica, pues a partir de ellos es que el sujeto construye su estilo de vida y

se toman decisiones. Según sean sus esquemas mentales, tal será la conducta del individuo.

GÓMEZ LIAÑO relata una investigación muy ilustrativa sobre el valor de los esquemas mentales. La misma fue llevada a cabo por Philip Cimbrado, del departamento de Psicología de la Universidad de Stanford, EE.UU. Este autor tomó jóvenes normales, maduros, estables e inteligentes y creó una prisión simulada. Por un método de cara o cruz dio a la mitad de ellos el papel de ‘prisioneros’, y a la otra mitad el de ‘guardianes’, y así convivieron durante seis días. El resultado fue el siguiente:

“Al final de los seis días —dice Cimbrado— fue necesario cerrar nuestra prisión de pacotilla, porque lo que vimos era aterrador. Ya no estaba claro, ni para nosotros ni para la mayoría de los sujetos, dónde acababan y donde empezaban los papeles. En efecto, la mayoría se habían convertido en ‘prisioneros’ o ‘guardianes’, incapaces de diferenciar nítidamente entre ese personaje y su yo”.

“Se produjeron cambios dramáticos en casi todos los aspectos de su conducta, su pensamiento y su afectividad. En menos de una semana, la experiencia de encarcelamiento deshizo (temporalmente) toda una vida de aprendizaje; los valores humanos se suspendieron. Quedaron conmovidos los auto conceptos, y emergió el lado más vil, feo y patológico de la naturaleza humana”.

“Quedamos aterrorizados porque vimos a algunos muchachos (‘guardianes’) tratar a otros como si fueran despreciables animales, recreándose en la crueldad, mientras otros muchachos (‘pri-

sioneros’) se convirtieron en robots serviles y deshumanizados que sólo pensaban en escapar, en su propia supervivencia individual, y en su creciente odio a los guardianes” (pp.39-40).

Se comprende a partir de este ejemplo por qué los diversos marcos teóricos coinciden en definir el cambio de esquemas mentales como el centro de su quehacer terapéutico. Cada escuela usa designaciones diferentes para referirse a esto: “reorganizar” (Gestalt), “reencuadrar” (MINUCHIN), “humanizar” (NAGY), dar una “connotación positiva” (PALAZZOLI), e “interpretar” (Psicoanálisis).

En el fondo, el propósito de cualquier terapia es una *conversión*, es decir, un cambio en la visión del mundo como prerrequisito para el cambio en el estilo de vida.

15. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS

15.1 Lo novedoso del modelo sistémico familiar es su manera diferente de observar el problema que es traído a consulta. El terapeuta familiar insiste en colocar a toda la familia como paciente, y no solo al individuo que presenta el problema que motiva la consulta.

No se trata necesariamente de técnicas nuevas. El modelo sistémico no viene a negar todo lo que se ha dicho, sino a colocarlo en esa nueva perspectiva. ¡Los recursos de las viejas escuelas siguen siendo válidos! Lo nuevo es el paradigma circular en que estas técnicas son utilizadas.

En este capítulo seguiremos —dentro un enfoque diferente— las estrategias que sugiere MINUCHIN para promover el cambio en la familia:

- Cuestionamiento del *síntoma*;
- Cuestionamiento de la *estructura familiar*, y
- Cuestionamiento de los *esquemas mentales* de la familia.

15.2 La **primera estrategia** enfoca el *síntoma* o problema que justifica la consulta.

Nosotros utilizamos dos formas diferentes para hacer el abordaje directo del síntoma:

- uno implica la *prescripción* (apéndice 1), y
 - otro, su *proscripción* (apéndice 2).
- a) La prescripción del síntoma se hace mediante *paradojas*: al paciente se le prescribe lo mismo por lo que viene a consultar. Por ejemplo: a un niño con enuresis, se le prescribe orinarse en determinadas condiciones, o, a un deprimido, se le pide llorar en su habitación tantas veces al día.
 - b) La proscripción del síntoma implica instruir a la familia a actuar como si el síntoma no existiera, eliminando de ese modo las respuestas habituales al mismo. Se prohíben las atenciones excesivas, los comentarios, los consejos, los privilegios, y toda clase de ajustes que se hacen por temor a una crisis. En resumen: la familia es instruida para actuar como si el enfermo no estuviera enfermo, y para no hacer nada *porque* es enfermo.
 - c) *Prescripción* y *proscripción* generalmente van de la mano: se prescribe el síntoma al paciente, y se proscriben las respuestas sobreprotectoras de la familia. Nosotros hemos utilizado estas estrategias exitosamente tanto en reacciones de conversión como en el debut de un paciente sicótico.

15.3 La **segunda estrategia** enfoca la *estructura familiar*. Para nosotros esto se refiere a la dinámica de los vínculos familiares (ver capítulos 3 al 6).

Aquí tenemos dos opciones:

- la prescripción directa de tareas, y
- la dramatización de situaciones.

► La Escuela de Milán ha hecho un amplio uso de la *prescripción directa* de tareas. ANDOLFI (1993) propone los objetivos para estas tareas:

- (1) confrontar directamente la homeostasis del sistema familiar;
- (2) establecer un contexto terapéutico;
- (3) desplazar artificialmente el problema del paciente identificado a otro miembro de la familia;
- (4) reestructuración familiar;
- (5) reforzar movimientos ya presentes en el sistema familiar, y
- (6) tareas de ataque y de alianza.

Nosotros hemos utilizado con mucho éxito tres técnicas para modificar la estructura familiar: (1) Los escapes en pareja, tal como se hace en la Escuela de Milán, (2) el acompañamiento de los hijos por turnos, y (3) la no intervención de los progenitores en las discusiones de los infantes.

► El uso de *dramatizaciones* en el escenario terapéutico ha sido utilizado en terapia especialmente desde el psicodrama de Moreno. MINUCHIN, SATIR, y la Psicología de la Gestalt han hecho un amplio uso de esta técnica (apéndice 4).

En cada uno de estos casos la familia “baila ante el terapeuta” para que éste pueda modificar su danza. La dramatización se acompaña generalmente de confrontaciones o de prescripciones directas.

La diferencia entre una y otra técnica es que la *prescripción de tareas* se implementa en la vida cotidiana, mientras que las *dramatizaciones* son situaciones simuladas que se ejecutan delante del terapeuta. La mayoría de las veces estas técnicas se aplicarán de forma combinada.

A nosotros nos ha dado muy buenos resultados el uso de rol *playing* o psicodrama: proponemos al sujeto dramatizar una situación típica en la que debe aprender un nuevo tipo de respuesta. El terapeuta escoge si hacer el papel del sujeto, o de su contraparte. De todas formas la vivencia prepara al sujeto para enfrentar su situación con una respuesta más adecuada.

- 15.4 La **tercera estrategia propuesta por MINUCHIN** tiene por objeto modificar los esquemas mentales. Esto es lo que más propiamente se puede denominar como ‘psicoterapia profunda’, e implica el manejo de tres tipos de esquema mental: los *mitos* familiares, los *estereotipos* sociales, y los *valores* universales.

La noción de *reenfoque* describe muy bien lo que se persigue con esta estrategia. Cada escuela tiene sus propias técnicas, las cuales pueden referirse al pasado, al presente, o al futuro.

- a) El ‘reenfoque del pasado’ propone mejorar el presente a partir de una modificación del pasado.
- ▶ El **Psicoanálisis** propone dos técnicas principales: la interpretación del inconsciente, y el análisis de la transferencia (apéndice 3).
 - ▶ La **Sicología de la Gestalt**, a partir de FRITZ, introduce una técnica muy valiosa como es la organización de recuerdos (apéndice 4).
 - ▶ NAGY, en su estudio de la familia de origen, propone la humanización de los padres (apéndice 5).
- b) El ‘reenfoque del presente’ se concentra en los esquemas mentales vigentes, de forma directa, lo cual no contradice la búsqueda del pasado para investigar agendas no resueltas, o memorias dolorosas.

La **Terapia Cognitiva** es un ejemplo de escuela que se concentra en el presente (apéndice 6). Su argumento es que la interpretación que hacemos de los hechos es determinante del efecto que nos causan.

La **Sicología de la Gestalt** propone como abordaje central hacer un reenfoque del aquí y el ahora, aunque para esto haya que resolver agendas no resueltas del pasado.

- c) El ‘reenfoque del futuro’ se basa en la fijación de propósitos. VÍCTOR FRANKL representa una sola escuela que propone un reenfoque basado en el futuro. La **Logoterapia** de FRANKL (apéndice 7) se dirige al aquí y ahora, pero esto se construye definiendo un propósito de vida o proyecto futuro que sirve de pauta general en el presente.

15.5 Para ser integral, cualquier reenfoque debe llenar los siguientes requisitos:

- a) **Debe basarse en la circularidad.** El modelo sistémico propone una visión desde ‘arriba’. Es necesario observar la manera como cada miembro de la familia participa en el juego familiar. En otras palabras: como influyen sus actitudes en los demás, y como los demás influye en sus actitudes.
- b) **Debe destacar los lados positivos.** Esto implica rechazar la trampa del modelo médico, de solo observar lo patológico. Es necesario observar las fortalezas del *paciente identificado* y de su familia, y reservar las debilidades para el momento preciso.
- c) **Debe apoyarse en valores.** Hay que tomar en cuenta los mitos familiares, el inconsciente colectivo y los valores espirituales del sujeto y su familia de origen.

16. USO DE FÁRMACOS

16.1 Tanto la farmacoterapia como la terapia familiar tuvieron sus inicios a principios de los años cincuenta. Constituyen movimientos paralelos y que —muchas veces— han seguido caminos inconexos. Lo cual ha determinado enfrentamientos injustificados en detrimento del paciente.

El escándalo de la esquizofrenia ha motivado las investigaciones en ambos campos. Y en ambos campos se han obtenido resultados sorprendentes. Hoy más que nunca podemos describir la urdimbre familiar que facilita el desencadenamiento de los procesos mentales, pero, al mismo tiempo conocemos mejor que nunca los procesos neurofisiológicos sobre los cuales se desarrollan los procesos mentales.

Hoy día nuestras técnicas psicoterapéuticas están más probadas, y asimismo tenemos mejores fármacos para el manejo de los problemas mentales.

Se necesitan reglas de juego para que psicólogos y psiquiatras colaboren con otros miembros del equi-

po de salud mental en beneficio del paciente. A esos propósitos se dirige el presente capítulo.

16.2 Existen tres tipos principales de psicofármacos que el psiquiatra utiliza: **neurolépticos**, **antidepresivos** y **ansiolíticos**.

Los **neurolépticos** son sustancias que dirigen su efecto principal contra los desórdenes mayores de la mente: Esquizofrenia y Manía. Son medicamentos que actúan cuando se ha perdido el sentido de realidad. Otro efecto importante es que reducen el nivel de agresividad. Los neurolépticos tienen efectos indeseables como son: acatisia, temblores, contracturas, y otras manifestaciones extrapiramidales.

Una nueva generación de neurolépticos: los atípicos ejercen una eficacia mayor con un mínimo de efectos secundarios.

Los **antidepresivos** mejoran o eliminan los síntomas de la depresión, y sobretodo el riesgo de suicidio. Suelen tener efectos colaterales que provocan al paciente a abandonar el tratamiento. Los antidepresivos de nueva generación mantienen la eficacia de los típicos pero con muchísimo menos efectos secundarios.

Los *ansiolíticos* son sustancias que producen sosiego, favorecen el sueño, y eliminan las manifestaciones de la ansiedad. Todos ellos tienen alguna posibilidad de crear dependencia.

Como dijo alguien, hoy día la diversidad de productos es tal, que una persona puede decidir cada noche si toma una pastilla para dormirse, o si toma un estimulante para irse a bailar.

El problema son los efectos secundarios. Nuestra mejor oportunidad es combinar un uso racional de

los psicofármacos con una oportuna intervención psicoterapéutica.

16.3 A continuación proponemos algunas nociones para regular la relación entre el uso de fármacos y psicoterapia.

(1) **El organismo no es el mismo antes y después de un tratamiento con psicofármacos.**

Aunque no existan evidencias claras todavía, algunos indicios clínicos sugieren que la administración de medicamentos modifica la biología del paciente.

La sospecha existe desde los inicios de la Psiquiatría, y algunos efectos de los fármacos apuntan en esa dirección. Ejemplos de esto son: la diskinesia residual tras la administración de neurolepticos, la dependencia de algunos tranquilizantes, y el efecto paradójico tras la suspensión de los antidepresivos. Cada uno de estos efectos confirma que el organismo no queda igual después de una inducción medicamentosa. La administración prolongada de fármacos obliga al sistema nervioso a crear nuevos circuitos con tendencia a la irreversibilidad. Algunos psiquiatras que hacen terapia afirman que estos cambios biológicos pueden reducir la eficacia de la intervención psicoterapéutica. Esto obliga a un uso racional y cauteloso de los fármacos.

(2) **La prescripción excesiva de psicofármacos comunica al paciente un meta mensaje de mal pronóstico.**

El médico debe considerar lo que significa para un paciente tener cinco o más fármacos para tomar a diferentes horas del día. Esto se agra-

va cuando el paciente consulta a más de un profesional al mismo tiempo.

Para nosotros la prescripción excesiva —sea por cantidad o por diversidad— crea una dependencia psicológica que obstaculiza el crecimiento personal. Debe evitarse al máximo la prescripción excesiva, abriendo el legítimo espacio para instaurar al mismo tiempo un proceso de terapia. Un mínimo de estrés o depresión es imprescindible para que la terapia pueda tener éxito.

(3) **La eliminación total de síntomas puede ser perjudicial para el desarrollo personal.**

Ciertos niveles de estrés o depresión son necesarios como catalizadores para crear nuevos patrones de conducta. El crecimiento personal sigue muchas veces a una experiencia de sufrimiento.

Cada crisis significa un ciclo que se debe completar satisfactoriamente. Si pretendiéramos una vida sin malestar estaríamos creando un ser incapaz de sobrevivir a la experiencia cotidiana.

(4) **Los efectos secundarios de algunos psicofármacos pueden ser peores que la enfermedad.**

En general, todo medicamento es capaz de efectos indeseables en áreas vitales del funcionamiento. Por ejemplo: la vida sexual, la conducción de vehículos de motor, la destreza profesional, aparte de síntomas neurológicos, endocrinológicos, digestivos, cardiológico y sobre cada aparato u sistema orgánico.

El médico tiene la responsabilidad de manejar con pericia y prudencia los fármacos a fin de no perjudicar al paciente.

- (5) **Existe una cultura de consumo de psicofármacos que lleva a muchos pacientes a exigir un medicamento para cada síntoma.**

Si el paciente consulta y no recibe una receta, parece como si algo hubiera fallado. Esto lleva al médico a prescribir innecesariamente.

No hay duda de que actuar con seguridad en la primera entrevista, y ofrecer respuestas convincentes tienen un efecto curativo propio, independiente del poder curativo del medicamento. Esto es lo que se denomina efecto placebo. El médico sabio aprovecha este recurso. Pero no se puede abusar en detrimento del paciente. A veces se necesitan pruebas médicas o psicológicas antes de actuar.

Esto es fundamental en pacientes de largo historial, y que han sufrido los ensayos sucesivos de otros colegas.

- (6) **Existen algunos síntomas cruciales que hacen imperativa la prescripción de psicofármacos.**

El organismo puede habituarse a los estados ansiosos, depresivos o sicóticos. De ahí que abortar una crisis sea una manera de impedir su cronificación. Este punto va a favor de instaurar oportunamente una terapia con fármacos. Es importante que el terapeuta sepa reconocer cuando el paciente ha cruzado la frontera de lo psicológico. Las situaciones que a nuestro juicio hace imprescindible la ínter consulta con el médico son las siguientes:

- a) estados ansiosos que producen enfermedades físicas;
- b) depresión con idea de suicidio;
- c) descontrol conductual evidente, y
- d) beligerancia.

En general, todo trastorno de la conducta debe ser manejado de manera multidisciplinaria, sea por un equipo donde haya médicos y terapeutas, o sea porque el profesional tiene una red de colaboración que le permite la interconsulta.

- (7) **Las investigaciones demuestran que psicofármacos + psicoterapia es preferible a psicofármacos sin psicoterapia.**

Ante una evidencia tan contundente, ningún profesional tiene derecho al aislamiento y a la autosuficiencia. El que presume saber de todo termina sabiendo de nada. Consultar es de sabios. La colaboración multidisciplinaria debe ser la regla y no la excepción.

- (8) **Un principio generalmente aceptado es que, todo cuadro con posibilidades de mejoría bajo psicoterapia, debe manejarse primero bajo ese esquema.**

El profesional que refiere, enseña a referir al otro profesional. Cuando el psiquiatra es consultado por el psicólogo, encuentra una puerta abierta para su propia consulta.

Necesitamos promover una cultura de comunicación espontánea entre especialistas de la conducta humana. A nosotros especialmente nos conviene dar ejemplo de comunicación franca y abierta.

- (9) **A los niños, a las mujeres embarazadas, a los ancianos, y los enfermos crónicos se les**

debe prescribir psicofármacos con cautela y a dosis mínimas.

En estas condiciones los efectos secundarios son mayores y más frecuentes. Se trata de una cuestión ética y de solidaridad humana.

(10) **Para intervenciones muy agresivas debe procederse con extrema prudencia.**

La decisión de implementar una terapia electroconvulsiva, una psicocirugía, o la castración química, no puede hacerse rutinariamente. Como mínimo deben cumplirse los siguientes requisitos:

- a) consenso pleno del equipo profesional;
- b) permiso del paciente, y
- c) evidencia de haber probado toda la gama de posibilidades psicoterapéuticas.

17. TÉCNICAS CONTRA EL ESTRÉS

17.1 El terapeuta necesita técnicas no medicamentosas que sean eficaces contra el estrés y la ansiedad. No siempre tenemos que referir al médico para la prescripción de ansiolíticos. Disponemos de un arsenal de remedios probadamente eficaces al alcance del psicólogo.

Estas técnicas han sido probadas por investigaciones científicas de nuestros días, y aunque no va a ser promovidos con todo el mercadeo que reciben los productos farmacéuticos, su bondad es digna de un igual trato.

Una ventaja de estas técnicas es que ponen al sujeto como protagonista de su propia curación, a diferencia de la dependencia emocional que implica el uso de fármacos. Siendo el estrés el factor desencadenante de la mayoría de los trastornos mentales, resulta importante conocer cuáles medidas se pueden prescribir para su control.

En nuestra práctica hemos ido confeccionando una lista de recursos de autoayuda para combatir el es-

trés. Estas técnicas son las siguientes: (1) El relajamiento, (2) la gimnasia, (3) el agua tibia, (4) los masajes, (5) el esparcimiento, y (6) el recogimiento.

- 17.2 Desde tiempos inmemorables las **técnicas de relajamiento** han probado su eficacia contra el estrés (apéndice 8). El relajamiento es tan eficaz en la ansiedad como los tranquilizantes. Así como el médico aprende a medicar, el psicólogo debe conocer algunas de estas técnicas.

RICHARD SHADER en su “Manual of Psychiatric Therapeutics” señala las siguientes condiciones favorables al uso de la hipnosis y de las técnicas de relajamiento: (1) dolor, (2) ansiedad, (3) fobias, (4) obsesiones y compulsiones, (5) trastornos disociativos y de conversión, (6) hábitos perjudiciales, y (7) trastornos psicósomáticos.

- 17.3 Diversas investigaciones médicas han demostrado los beneficios para la salud de la **gimnasia aeróbica**. El término aeróbico significa literalmente ‘con oxígeno’, por oposición a los ejercicios anaeróbicos, tales como levantar pesas, y que no es productor de oxígeno.

Los doctores WILHELM RAAB y HANS KRAUS, en su *Enfermedades Hipocinéticas* (1961), identifican una serie de enfermedades que se producen con mayor frecuencia entre gente sedentaria y susceptibles de mejorar por gimnasia. Estas enfermedades son: Fatiga Crónica, Respiración Corta, Obesidad, Trastornos Digestivos, Dolores de Cabeza, Dolores de Espaldas, Ansiedad, Debilidad y Atrofia Muscular, Daño y Dolor Músculo esquelético, Hipertensión Arterial, Arteriosclerosis, Trastornos Coronarios, y Envejecimiento Prematuro.

► El doctor KENETH H. COOPER, autor del término *aeróbico*, llegó a la conclusión de que el efecto positivo de la gimnasia aeróbica dura unas 48 horas, por lo que debe hacerse por lo menos ínter diario.

► El doctor THADDEUS KOSTRUBALA, psiquiatra de San Diego, descubrió hace muchos años que la gimnasia aeróbica por una hora tres veces por semana mejora la depresión y la ansiedad. Se ha determinado, asimismo, que la gimnasia mejora la vida sexual, la circulación, el ritmo cardíaco, la digestión, y el sueño.

► Una investigación del National Institute of Mental Health de los Estados Unidos (1999) “descubrió que realizar 30 minutos de ejercicio energético tres veces por semana es tan eficaz como los fármacos para aliviar a corto plazo los síntomas de depresión aguda”. Un posterior estudio de seguimiento (2000) por seis meses “arrojó la conclusión de que la práctica regular de ejercicio disminuye el riesgo de recaída”.

La gimnasia es tan beneficiosa debido a los efectos tan diversos del estrés sobre el cuerpo, la mente y el comportamiento humano. De todas formas, nada de lo anterior contradice la norma de que **los pacientes depresivos deben ser seguidos por un equipo donde haya por lo menos un médico psiquiatra.**

17.4 El **agua tibia** es un medio eficaz para los dolores, el insomnio y la ansiedad.

Hablar de ‘paños tibios’ es, para la gente del pueblo, sinónimo de remedio ineficaz. En contra de este esquema, tenemos múltiples evidencias de sus beneficios.

JUAN AMIGÓ propone dos usos incontrovertibles del agua: ducha de agua fría como antidepresivo por las mañanas, y ducha de agua tibia como sedante por las noches.

Otro uso valioso del agua es el baño sauna introducido por griegos y romanos. En este caso se combina el calor intenso con el agua bien fría. El efecto es uno de los mejores remedios contra el estrés y la depresión. La ducha fría se utilizó a principio contra los estados depresivos y sicóticos.

La ventaja de todos estos recursos es que pueden aplicarse en la misma casa, y que no suelen tener efectos secundarios.

- 17.5 Otro recurso antiguo que sigue manteniendo su prestigio entre los profesionales es la técnica de masajes.

Las siguientes son citas del artículo: “Virtudes curativas del tacto” aparecido en “Selecciones” (Abril, 1998).

“Más de 50 estudios realizados en el Instituto de Investigaciones Táctiles de la Universidad de Miami indican que el masaje al parecer alivia o mitiga trastornos como el cólico, la hiperactividad, la diabetes y la migraña. El masaje también parece ayudar a los asmáticos a respirar mejor, aumenta la capacidad de concentración de niños autistas y hace que víctimas de quemaduras se sometan sin temor a la dolorosa operación llamada desbridamiento...”

Los masajes, de acuerdo con el Instituto, son vitales para el manejo de niños prematuros.

“Con tres masajes al día durante diez días, es probable que esté más activo y reaccione mejor a los estímulos que otros bebés en las mismas con-

diciones que él, pero que no reciben masajes. Es probable también que sufra menos ataques de abnea y que aumente de peso 47% más deprisa”. “El ITT realizó un estudio en el que unos voluntarios de más de 60 años recibieron fricciones corporales durante tres semanas y luego se les enseñó a dar masaje a los pequeños de la guardería. Dar masaje resultó ser aún más provechoso que recibirlo: los sexagenarios mostraron menor tendencia deprimirse y sentirse solos, y una menor concentración de las hormonas del estrés, acudieron menos veces a consultar al médico, bebieron menos café y hicieron más llamadas telefónicas a sus familiares y amigos”.

En la guardería del Instituto “las cuidadoras fomentan el ‘contacto positivo’: reparten abrazos y palmaditas en la espalda adiestra y siniestra. La mayoría de los 40 niños que conviven allí, de entre seis meses y cinco años de edad, reciben un masaje diario de 15 minutos, que los deja despiertos, con mejor reacción a los estímulos y preparados para dormir a pierna suelta.

La anatripsia o arte de frotar ungüentos era un procedimiento vital en la medicina de la antigüedad, sobre lo cual Hipócrates recomendaba: “El médico debe saber de muchas cosas, pero sobretodo de anatripsia”.

17.6 El **esparcimiento** es otra técnica demostrada científicamente para reducir el estrés.

El ser humano no fue creado para vivir encerrado entre cuatro paredes, ni para el hacinamiento, y mucho menos para el automatismo de la vida moderna. Existen investigaciones que demuestran que el esparcimiento es un magnífico remedio contra el es-

trés. Se ha hecho la siguiente investigación: colocar un monitor en un sujeto de estudio y verificar lo que se registra en diferentes momentos. El resultado es que, mientras discute asuntos en una oficina, suben todas sus constantes biológicas: presión arterial, pulso, y temperatura. Por el contrario, el cambio de ambiente, por ejemplo, ir al río, contemplar una montaña o acariciar un animal, tiende a normalizar todas las funciones biológicas.

17.7 El **recogimiento espiritual** constituye un recurso universal contra el estrés (apéndice 10).

La revista *Selecciones* (Dic. 99) trae un artículo titulado: “La Religión, remedio eficaz” en el cual se recogen diversas investigaciones científicas que demuestran la pertinencia del recogimiento espiritual como remedio contra el estrés.

“Una treintena de estudios ha demostrado la relación que existe entre la religiosidad y la longevidad”.

“En un estudio de 5286 californianos, aquellos que pertenecían a alguna iglesia presentaron una tasa de mortalidad menor que quienes no pertenecían a ninguna, independientemente de factores de riesgo como fumar, beber, tener sobrepeso o llevar una vida sedentaria”.

“Según una revisión de varias investigaciones, los creyentes son menos propensos a la depresión, al suicidio, al alcoholismo y a otras adicciones”.

Lo expertos ofrecen varias explicaciones a este hecho. ► La primera es que asistir a los actos religiosos propicia el contacto social”. ► Otra explicación es que “la fe infunde una esperanza y una seguridad que contrarrestan el estrés”. ► La última —y

que nosotros consideramos muy importante— es que “la oración tiene efectos benéficos sobre el cuerpo”. Se explica que “al rezar se experimenta la misma disminución de presión arterial y ritmos metabólico, cardíaco y respiratorio que se obtiene con la famosa repuesta de relajación...”

En un artículo escrito por quien suscribe se delinean “los beneficios terapéuticos del culto religioso”: primero, relajamiento; segundo, catarsis; tercero, efecto placebo; cuarto, efecto cognitivo; quinto, freno moral; sexto, sentido de pertenencia, y, séptimo, antídoto contra algunos males sociales.

Desde que los ojos se cierran y la mente se dirige hacia “Dios”, las funciones corporales entran en un proceso de normalización. Todo esto, aparte de la posibilidad de que Dios sea real y que pueda responder nuestras oraciones.

- 17.8 El terapeuta tiene que importantizar el aprendizaje de este arsenal tan importante para manejar el estrés. Ante los efectos secundarios de los fármacos, y la tradición de su prescripción exclusiva por el médico, el especialista no médico de la conducta está obligado a aprender y utilizar con regularidad estas técnicas naturales (técnica 8).

Las ventajas de estos remedios son:

- a) Accesibilidad general;
- b) Facilidad de administración;
- c) Economía, y,
- d) Efectos secundarios muy raros.

APÉNDICE

Incluiremos en este apéndice algunos resúmenes que surgieron como notas adicionales mientras trabajábamos los diferentes temas, pero que no llegamos a trabajar de manera exhaustiva debido a que su contenido no correspondía al objetivo de la obra. Hemos preferido añadirlos con la esperanza de que sean de utilidad para los principiantes.

1. TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO Y PRESCRIPCIÓN DEL SÍNTOMA

La teoría del doble vínculo surge en el Instituto de Palo Alto, California como resultado de las investigaciones sobre la Esquizofrenia que se realizaron en los años cincuenta, y que produjeron el nacimiento de la Terapia Familiar.

El razonamiento fue muy simple: la familia del paciente esquizofrénico tiene un tipo de comunicación paradójica que consiste en transmitir simultáneamente un

mensaje verbal (digital) y otro no verbal (analógico), imposibles de obedecer al mismo tiempo. Por ejemplo: una madre le suprime la TV a su hijo tras fracasar en los exámenes, y le dice: “no veas esto como un castigo”. En ambos casos se trata de mensajes simultáneos y contradictorios. La esquizofrenia fue definida como la respuesta comprensible para un sujeto que vive en una familia que utiliza el doble vínculo como sistema de comunicación.

La paradoja constituye la salida terapéutica a este tipo de situación. Se trata, por consiguiente de una técnica hecha a la medida de la enfermedad.

Esta es la percepción que se tiene al leer la comunicación inicial (1956) de BATESON, JACKSON, HALEY y WEAKLAND: “Hacia una teoría de la esquizofrenia”.

Es en una comunicación posterior (1962) cuando se aclara lo siguiente:

“Lo más importante de nuestra labor... es un enfoque comunicacional general del estudio de una amplia gama de conductas humanas (y animales), incluida la esquizofrenia como un caso destacado”.

A partir de aquí el doble vínculo se fue aplicando a todo, hasta el punto de que ZLUSKI (1971) propuso reconocerla como *teoría patogénica universal*.

El problema es que si el doble vínculo no es específico de la esquizofrenia, se destruye toda la belleza de la comunicación original cuyo propósito era: “formular y poner a prueba una concepción amplia, sistemática, sobre la naturaleza, etiología y terapia de la esquizofrenia” (JACKSON, D. p. 53).

Por otro lado, es necesario precisar que el recurso de prescribir el síntoma, tal como nos recuerda ANDOLFI (1997), no se inicia en Palo Alto ni con el movimiento de la terapia familiar.

Es indudable la vinculación entre paradoja y la técnica conductista del *hartazgo*. Un autor pone el siguiente caso (G. BLACKHAM Y A. SILVERMAN, p.69):

“Una maestra preguntó al psicólogo qué podía hacer para poner fin a la conducta de un muchacho de tercer grado que frecuentemente imitaba voces de animales. El psicólogo aconsejó a la maestra que colocara al niño en una habitación vacía, continua al aula, y le ordenara ejecutar las imitaciones durante diez minutos. En caso de que el niño interrumpiera las imitaciones, la maestra debía hacerlo continuar, ordenándole verbalmente: “Sigue, por favor”. Después de algunas series de diez minutos de imitación, la maestra ya no tuvo dificultades con el niño en ese sentido”.

¿Se trata de una paradoja o de la técnica del *hartazgo*? Los autores parten de la corriente conductista, y se refieren al *hartazgo*.

Otra técnica conductista que implica la prescripción del síntoma es la *implosión* o *exposición*. En algunos casos la prescripción del síntoma puede funcionar como *desensibilización*, debido a que se prescribe el acto en un nuevo escenario, lo cual facilita el mecanismo de la “inhibición recíproca”.

Todo lo anterior nos permite afirmar que la técnica de las paradojas o prescripción del síntoma, mantiene su validez a pesar del fracaso del marco teórico en que fue propuesta originalmente.

Un aspecto que desde el principio nos provocó una cierta repugnancia ética es el papel de *simulación* a que obliga al terapeuta la técnica de la paradoja. PEGGY PAPP reconoce que la paradoja “para que resulte eficaz se lo tiene que formular con total sinceridad” (MINUCHIN, p. 251). En otras palabras: el terapeuta debe mentir si-

mulando a la perfección que dice la verdad. Nos resulta repugnante asumir ese rol en nombre del proceso terapéutico, sobre todo a partir de nuestra concepción de la terapia como pedagogía.

Nos resulta mucho más cómodo lo que PEGGY PAPP denomina: *Redefinición* y la escuela de Milán: *Connotación Positiva*. Esto es: reenfocar el cuadro para ver el lado bueno de una mala conducta.

Nosotros también hemos utilizado algo que podríamos denominar como *juego paradójico*. Por ejemplo: a una paciente muy enchufada con su madre le pedimos sentarse en sus piernas e introducirse el dedo en la boca como si fuera un biberón, y cuando se ríe de ello, le insistimos con firmeza hasta que lo repite varias veces.

El supuesto más débil de la paradoja es precisamente el más controversial. Por ejemplo, cuando el terapeuta familiar afirma que 'el niño se enferma para salvar a su familia', ¿se lo cree de verdad? ¿En virtud de cuáles esquemas teóricos se produce tal explicación? La homeostasis es una metáfora valiosa aplicada a la familia, pero no se debe llevar a extremos que no se puedan demostrar.

2. LA PROSCRIPCIÓN DEL SÍNTOMA

En la técnica de proscripción del síntoma se anima a las personas a hacer lo contrario de lo que habían estado haciendo.

Una versión de esta técnica es la Terapia Familiar Breve del Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto.

La terapia familiar breve es un abordamiento pragmático, de no más de 10 sesiones, basado en la premisa de que **la mayoría de los problemas se desarrollan a través del mal manejo de dificultades normales en la vida.**

Se emplea el menor tiempo posible en conocer el síntoma, y por el contrario el énfasis recae en averiguar en cuáles son las situaciones en las que la conducta problemática no aparece.

Se procura hacer énfasis en logros pequeños pero progresivos, en lugar de soluciones espectaculares. Un ejemplo dado se refiere a pacientes cardiopatas que no seguían las instrucciones del médico. Sus familiares fueron instruidos para bajar su nivel de preocupación, y respetar la actitud del paciente. En lugar de la actitud de convencerlos para seguir las instrucciones médicas, comenzaron a hacer planes preparativos para después de la muerte de su pariente.

3. EL MÉTODO PSICOANALÍTICO

La regla básica del método psicoanalítico es instruir al paciente a decir todo lo que se le ocurra sin ningún control (FENICHEL). De ese modo, y mediante la libre asociación se facilita la expresión de sentimientos inconscientes y que constituyen la raíz de la neurosis. El papel del analista es interpretar el inconsciente. La curación se produce desde que el paciente concientiza lo inconsciente.

Otra forma de interpretar el inconsciente es mediante el análisis de la transferencia. El paciente dirige a su terapeuta sentimiento que originalmente tuvo hacia

alguno de sus progenitores. La confrontación con esta evidencia tiene también efecto curativo.

4. SICOLOGÍA DE LA GESTALT

“El término ‘Gestalt’ se originó en Alemania al principio del siglo por Max WEERTHEIMER, WOLFGANG KOHLER, KURT KÖFFKA y KURT LEWIN, quienes consideran que el comportamiento humano es muy complejo y no puede explicarse solamente como la suma de componentes más simples”.

“La psicología de la Gestalt formula varios principios para dar cuenta de sus hallazgos en el campo de la percepción, los mismos que FRITZ PERLS retoma y aplica a la percepción emocional. Estos principios son: la integración en gestalten o totalidad, la formación figura-fondo y la ley de la *Pregnanz*”.

- a) “Los psicólogos de la Gestalt mostraron cómo se arregla, en forma organizada o total, lo que nuestros sentidos perciben (lo que escuchamos, vemos, olemos, gustamos o sentimos con la piel). Si vemos a una persona, no vemos unas piernas —más un tronco— más unas manos, sino vemos un cuerpo, una totalidad y, por lo tanto, también reaccionamos a un patrón de organización total y no a partes específicas. A esta percepción de patrones organizados le dieron el nombre de Gestalten o *configuraciones* y estudiaron cómo se forman y cambian”.
- b) “Cuando percibimos una situación o campo tendemos a organizarlo. Al hacerlo, éste se *percibe* en dos planos: el primero está ocupado por aquello que más atrae la atención —y que constituye la figura— y lo demás pasa a ser el escenario, o sea el fondo”.

c) “La ley del *Pregnanz* es la ley del equilibrio... El cierre de una figura o situación puede considerarse como un caso de la Ley de la *Pregnanz*, en cuanto a la tendencia a completar las percepciones que son incompletas o confusas”.

“PERLS observó, al trabajar con sus pacientes, la presencia de bloqueos que evitan el cierre de una Gestalt de acuerdo con lo que él consideró debía ser un proceso o ciclo. En condiciones óptimas, la energía fluye libremente llevando a la satisfacción y, por lo tanto, cerrando una Gestalt. Sin embargo, en ocasiones hay bloqueos o interrupciones, en algún momento del ciclo, que impiden la satisfacción y, por lo mismo, la Gestalt queda abierta o inconclusa”.

“El objetivo básico de la Psicoterapia Gestalt es que la persona se dé cuenta de lo que está haciendo con su vida y, a partir de ello, pueda establecer un mejor contacto con su medio y buscar alternativas que le permitan vivir más plenamente” (AMESCUA VILLELA).

PERLS, en su obra: “El enfoque gestáltico”, define la neurosis de la siguiente manera: “El neurótico encuentra difícil participar plenamente en el presente, le interfieren sus asuntos inconclusos del pasado”.

“La terapia gestáltica antes que una terapia verbal o interpretativa, es una terapia vivencial. Le pedimos a nuestros pacientes que... revivencien sus problemas y sus traumas en el aquí y en el ahora”. Para PERLS, por consiguiente, la curación consiste en “cerrar la Gestalt”.

5. EL MARCO TEÓRICO DE NAGY

Este marco contiene algunas proposiciones principales: la idea de un libro mayor invisible, la idea de lealtad, la parcialidad bilateral y la humanización de los progenitores.

Sobre el **libro mayor invisible** hacemos las siguientes citas del libro “Lealtades invisibles”:

“A los efectos de conceptualizar la lealtad como fuerza sistémica, más que simple tendencia de los individuos, debe considerarse la existencia de un *libro mayor invisible* en el que se lleva la cuenta de las obligaciones pasadas y presentes entre los miembros de la familia” (p.72).

“Toda persona *contabiliza* su percepción de los balances del toma y daca pasado, presente y futuro” (p.57).

“Cuanto más digno de confianza ha sido el medio con nosotros, tanto más le *debemos...*” (p.63).

“El adulto se convierte en *acreedor* en un diálogo de compromisos en el que el hijo se transforma en *deudor*”. (p.65).

De estas deudas surge la idea de **lealtad invisible**:

“El concepto de lealtad es fundamental para comprender la ética o sea la estructuración relacional más profunda de las familias y otros grupos sociales” (p.56).

“... lo que se ha extraído en forma de apoyo recibido o el propio uso expoliador de los demás, sigue escrito en las cuentas invisibles de obligaciones” (p.57).

La idea práctica de todo esto es que “conflictos no resueltos con los progenitores a menudo conducen a

conflictos en la relación de pareja” o con los infantes (GOLDENTHAL, p.75).

Para manejar este “desequilibrio en el universo de justicia relacional”, NAGY propone su principio terapéutico esencial: la **parcialidad multidireccional**.

“La parcialidad multidireccional comprende un conjunto de principios y de direcciones técnicas que traducen el esfuerzo del terapeuta por descubrir la humanidad de cada participante... Metodológicamente, la parcialidad multidireccional consiste en tomar sucesivamente partido por cada miembro de la familia (HEIREMAN, pp.76-77).

El propósito de la parcialidad multidireccional es la humanización o exoneración de los progenitores.

“Si el paciente puede ver sus progenitores bajo una luz diferente ellos podrían ser capaces de encontrar suficiente valor en sus progenitores para cambiar su lealtad invisible por una lealtad más visible”.

“El Terapeuta contextual se refiere al proceso de ganar una comprensión más completa de uno de sus progenitores, incluyendo sus dificultades y problemas, como exoneración” (GOLDENTHAL,p.76).

6. TERAPIA COGNITIVA

“El primero, y quizás el principio central de la TERAPIA COGNITIVA es que la manera como un individuo se comporta está determinado por sus situaciones inmediatas, y por la interpretación que la persona hace de las mismas”.

A continuación un esquema cognitivo aplicado a la depresión:

EXPERIENCIAS TEMPRANAS

(Muere padre; comparaciones con hermana)



PRESUPOSICIONES NEGATIVAS

(“Soy inferior... mi dignidad depende de lo que los demás piensan de mí... tengo que complacerles porque si no me van a rechazar...”)



INCIDENTES CRÍTICOS (Divorcio)



PENSAMIENTOS NEGATIVOS AUTOMÁTICOS

(“Es mi culpa...todo lo arruino...me quedaré sola para siempre...No sirvo para nada...”)



SÍNTOMAS DEPRESIVOS

A partir de este esquema, la terapia se dirige a modificar los pensamientos negativos. El principio es: si cambia la forma de pensar, desaparece la depresión. A continuación recogemos algunas citas con principios generales de la terapia cognitiva:

“Se pone un énfasis considerable en expresar los conceptos en términos operacionales y empíricos...”

“Mucho del tratamiento se basa en el aquí y ahora...”

“Todos los aspectos de la terapia son explicados al paciente, y terapeuta y paciente aceptan trabajar en una relación de colaboración, en la cual ellos planifican juntos las estrategias para bregar con problemas claramente identificados” (K. HAWTON).

7. LA LOGOTERAPIA DE FRANKL

El doctor VÍCTOR E. FRANKL fue profesor de psiquiatría y neurología de la Universidad de Viena. Pasó tres años en los campos de concentración nazi durante la segunda guerra mundial. Al recuperar su libertad se encontró con la triste realidad de que la mayor parte de su familia había sido exterminada.

FRANKL es el creador de la logoterapia. A continuación una entrevista supuesta con FRANKL a partir de su libro "Man's search for meaning".

a) ¿Dónde pone el énfasis la logoterapia: en el pasado, en el presente o en el futuro?

"La logoterapia enfoca más bien el futuro, esto es, en las tareas y propósitos a ser cumplidos por el paciente en su futuro. Al mismo tiempo, la logoterapia reenfoca las formaciones de círculos viciosos y mecanismos de retroalimentación que juegan un papel tan importante en el desarrollo de las neurosis. De ese modo el típico egocentrismo del neurótico se rompe en lugar de ser continuamente reforzado y realimentado".

b) ¿Cuál es en la logoterapia la principal fuerza motivacional?

"La lucha para encontrar un significado a la vida de uno constituye la primera fuerza motivacional del ser humano".

"Cada uno tiene su propia y específica vocación o misión en la vida".

"No existe nada en el mundo, me atrevo a decir, que tan efectivamente ayude a sobrevivir incluso en las peores circunstancias, como el conocimiento de que existe un sentido en la vida de uno".

- c) ¿Cómo define usted la conducta del neurótico?
“El verdadero neurótico trata de escapar a un completo darse cuenta de su misión en la vida. Y ayudarlo a darse cuenta de su misión, despertarlo a una mayor conciencia de dicha misión, puede contribuir mucho en su capacidad para superar su neurosis”.
- d) ¿Cuál es el origen de las neurosis que usted denomina noógenas?
“Las neurosis noógenas no emergen de conflictos entre tendencias e instintos sino más bien de conflictos entre valores diversos; en otras palabras, de conflictos morales o, para hablar de una manera más general, de problemas espirituales”.
“No todo conflicto es necesariamente neurótico; algún grado conflicto es normal y saludable”.
“Lo que el hombre necesita no es un estado libre de tensión sino el empuje y la lucha por alguna meta digna para sí”.
- e) ¿De acuerdo con la logoterapia, como se puede descubrir el sentido de la vida?
“De acuerdo con la logoterapia, podemos descubrir el sentido de la vida de tres maneras diferentes: (1) por la realización de una obra; (2) por la experiencia de un valor, y (3) por el sufrimiento.
La primera, la forma de lograr o cumplir algo, es bastante obvia. La segunda y la tercera merecen una explicación adicional.
Sobre la segunda manera dice: “El amor es la única forma de conocer otro ser humano en lo más íntimo de su personalidad... En la logoterapia el amor no es interpretado como un mero epifenómeno del instinto sexual y de los instintos en el sentido de

la llamada sublimación. El amor es un fenómeno tan primario como el sexo”.

Sobre la tercera manera dice: “En todos los casos en que uno es confrontado con una situación inevitable, inescapable, en todos los casos en que uno tiene que enfrentar un destino que no se puede cambiar, por ejemplo, una enfermedad incurable, tal como un cáncer inoperable, justo entonces se nos otorga el último chance para actualizar el valor supremo, para llenar el significado más profundo, el sentido del sufrimiento”.

- f) ¿Está el hombre completamente determinado por sus circunstancias?

“El hombre no está completamente determinado y condicionado; él se determina a sí mismo si entregarse a las circunstancias, o si enfrentarlas. En otras palabras, el hombre es finalmente autodeterminado. El hombre no solo existe, sino que decide lo que será su existencia, lo que llegará a ser en el próximo momento”.

- g) ¿Tiene algún comentario sobre la sicología de la religión?

“La Sicología *de* la religión a menudo deviene en Sicología *como* religión, por lo que la Sicología es sacralizada y convertida en la explicación de todo”.

8. UNA TÉCNICA SENCILLA DE RELAJAMIENTO

Las técnicas de relajamiento pueden ser utilizadas para aliviar los síntomas en todas las condiciones mentales. Para lograr o inducir un estado de relajamiento

se debe procurar un ambiente tranquilo, asumir una postura cómoda, y tomar una actitud de pasividad.

A continuación un esquema sencillo de relajamiento:

Primer paso: Concentrarse en la respiración:

“El aire entra y sale por la nariz...”

“El aire llena los pulmones...”

“El aire llega hasta el estómago...”

(Cada frase se repite dos o tres veces, en dos rondas).

Segundo paso: Aflojar los músculos:

“Los músculos de la frente: flojos y tranquilos...” (dos veces)

“Los músculos de la cara: flojos y tranquilos...” (dos veces)

“Los músculos del cuello: flojos y tranquilos...” (dos veces)

“Los músculos de los hombros: flojos y tranquilos...” (dos veces)

(Esta secuencia continúa con los brazos, antebrazos, mano, pecho, espalda, abdomen, músculos, piernas, y pie).

Tercer paso: Imaginar escena tranquila:

“Ahora te voy a dejar para que te imagines que estás en un lugar tranquilo y agradable... puede ser un lugar imaginario, o donde hayas estado antes, pero que sea tranquilo y agradable...” (El facilitador repite dos veces, y luego deja al sujeto en silencio por 5 – 10 minutos)

Cuarto paso: Contar hasta cinco:

“Has logrado un magnífico estado de relajamiento... tu cuerpo parece una estatua de plomo... el aire entra y sale por la nariz.... “ (Se repite dos veces)... cada vez que quieras lograr un estado como este, bastará con que sigas las instrucciones que te daré al final...”

“Uno.... dos... tres.... cuatro... y ahora cuando termine de contar, tu cuerpo volverá a estar como antes...”

“Al terminar de contar primero moverás los brazos y los pies, como cuando uno se despierta de un sueño, luego respirarás con fuerza, y finalmente abrirás los ojos... (se repite dos veces)”

“Termino de contar, y digo: ¡cinco!”

BIBLIOGRAFÍA

- Amescua Villela, G. (1995) *La magia de los niños*, Ed. Academia, La Habana.
- Amigó, J. (2000) *Las enfermedades psicológicas y su tratamiento natural*, CLIE, Barcelona.
- American Psychiatric Association, (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, American Psychiatric Press, Washington.
- Andolfi, M. (1997) *Terapia familiar*, Piados, Barcelona.
- Arterburn, S. (1991) *Cuando el sexo se vuelve adicción*, Editorial UNILIT, Colombia.
- Bateson, Jackson, Haley & Weakland. *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, Behavioral Science (1, octubre de 1956, N° 4, pp. 251-264).
- Berkow, R. & Fletcher, A.J. (1987) *The Merck Manual*, Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, San Diego, California.
- Birkman, Roger (1997) *Los colores de la personalidad*, Tomas Nelson, Nashville, U.S.A.
- Blackham, G.J. & Silberman, A. (1973) *Cómo modificar la conducta infantil*, Editorial Kapelusz, B. Aires.

- Boszormenyi-Nagy, Ivan & Spark, Geraldine M. (1983) *Lealtades invisibles: Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*, Amorrotu Editores, B. Aires.
- Ehrenwald, J. (1963) *Neurosis en la familia*, Siglo veintiuno editores, España.
- Essentials of life and health* (Autor, y editora desconocidos debido al deterioro de las primeras páginas).
- Ey, H. (1965) *Tratado de Psiquiatría*, Toray-Masson, S.A España.
- Fenichel, O. (1966) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Piados, B. Aires.
- Freedman, A.M.; Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1980) *Modern `sinopsis of comprehensive textbook of Psychiatry*, The Williams & Wilkins Co. Baltimore.
- François, M. (1997) *Filiation, parricide et psychose à l'adolescence*. Actualité de la psychanalyse, érès, Paris.
- Frankl, Viktor (1963) *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*, Pocket Books, N. York.
- Friedman, M. y Roseman, R. (1974) *Type a behaviours and your heart*.
- Goldenberg, I. & H. (1991) *Family therapy: an overview*, Brooks/Cole Publishing Company, California.
- Goldenthal, P. (1996) *Doing contextual therapy*, W.W. Norton & Company, Inc. N.Y.
- Gomez de Liaño, I. (1994) *La mentira social*, Ed. Tecnos, Madrid.
- Group for the Advancement of Psychiatry (1992) *Leaders & followers*, American Psychiatric Press, New York.
- Guyton, A.C. (1997) *Tratado de Fisiología Médica*, Mc Graw-Hill, San Juan.
- Haley, J. (1986) "Las tácticas de poder de Jesucristo", Ed. Piados, Barcelona.
- Hapworth y Heilman (1999) *Mamá te quería más a ti*, Javier Vergara Editor, Caracas.

- Harrison, T.H. (1998) *Principles of Internal Medicine*, Mc Graw-Hill, New York.
- Hawton, K.; Salkovskis, P.; Kirk, J. and Clark, D. (1989) *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems*, Oxford University Press, N. York.
- Heireman, M. *Du cote de chez soi* (La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy), ESF éditeur, Paris.
- Hock, C. *Los cuatro temperamentos*, Editorial Difusión.
- Jung, C.G. (1998) *Lo inconsciente*, Ed. Losada, México.
- Karon, B. & Widener, A. (1994) *Is there really a schizophrenogenic parent?* Psychoanalytic Psychology, Lawrence Erbaum Associates, Inc.
- Kohler, W.; Koffka, K. y Sander, F. (1963) *Sicología de la forma*, Editorial Piados, B. Aires.
- Lidz T. and Fleck, S. *Schizophrenia and the family*, 1985.
- Lion, J. (1978) *The Art of Medicating Psyciaric Patients*, The Williams & Wilkins Company, Baltimore.
- López Ibor, J.J. (1959) "Cuestiones actuales en Medicina Psicósomática", Documenta Geygy, Acta psychosomatica.
- Martin, P.A. (1976) *Manual de terapia de pareja*, Amorrortu editores, B. Aires.
- Maruyama, M. (1998) *Esquemas mentales: gestión en un mundo multicultural*, Dolmen Ediciones, Chile.
- Mazure, C. (1995) *Does stress cause psychiatric illness?*, Progress in Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Mellody, P. (1989) *Facing codependence*, Herper, San Francisco, N. York.
- Minuchin, S.; Fishman, H.Ch. (1981) *Técnicas de Terapia Familiar*, Paidós, B. Aires.
- Minuchin, S. (1974) *Familias y Terapia Familiar*, Gedisa, Barcelona.

- Morrison, J. (1995) *DSM-IV made easy*, The Guilford Press, N. York.
- Ochoa de Alda, I. (1995) *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*, Ed. Herder, Barcelona.
- Pavlov, I.P.; Schniermann, A.L. y Kornilov, K.N. (1963) *Sicología reflexológica*, Editorial Piados, B. Aires.
- Pavlov, I.P. (1968) *Fisiología y Sicología*, Alianza Editorial, Madrid.
- Perls, F. (1976) *El enfoque gúestáltico y testimonios de terapia*, Cuatro Vientos Editorial, Chile,
- Poldinger, W.; Luban-Plozza, B. y Kroger, F. (1992) *Psychosomatic disorders in general practice*, Editiones Roche, Basel, Switzerland.
- Prieto Ursúa, M. (1999) *Para comprender la adicción al juego*, Desclée De Brouwer, Bilbao, España.
- Reynolds, G.S. (1967) *Compendio de Condicionamiento Operante*, eccsa.
- Readers Digest, (1998) *Virtudes curativas del tacto*, Seleccioness”, Abril 1998.
- , (1999) *La religión, medicina eficaz*, Seleccioness, Diciembre 1999.
- Satir, V. (1980) *Psicoterapia familiar conjunta*, La Prensa Médica Mexicana, México.
- Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1986) *Paradoja y contraparadoja*, Ed. Piados, B. Aires.
- Selvini Palazzoli, M. (1974) *Self-starvation*, Jasón Aronson, N. York.
- Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M.; Sorrentino, A.M. (1989) *Family games: general models of psychotic proceses in the family*, W.W. Norton & Company, N. York.
- Skinner, B.F. (1977) *Más allá de la libertad y la dignidad*, Editorial Fontanella, Barcelona.

- Smalley, G. (1999) *Winning your wife back*, Thomas Nelson Publishers, Nashville.
- Vallejo Nágera, V. (1954) *Tratado de Psiquiatría*, Salvat, Madrid.
- Yackson, D.; Bateson, G.; Fry, W.; Haley, J.; Kantor, R. Riskin, J.; Satir, V.; Watzlawick, P.; Weakland, J. (1977) *Comunicación, familia y matrimonio*. Ediciones Nueva Visión, B. Aires.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1974) *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*, Editorial Herder, Barcelona.
- Willi, J. (1975) *La pareja humana: relación y conflicto*, Ediciones Morata, Madrid.
- Wyngaarden, J.B.; Smith, Ll.H. (1986) *Cecil tratado de Medicina Interna*, 17^{va}. Edición, Nueva Ed. Interamericana, Venezuela.