

Juan Luis Linares

Terapia familiar ultramoderna

La inteligencia terapéutica



Herder

TERAPIA FAMILIAR ULTRAMODERNA

JUAN LUIS LINARES

TERAPIA FAMILIAR ULTRAMODERNA

LA INTELIGENCIA TERAPÉUTICA

Herder

Diseño de la cubierta: Michel Tofahrn

© 2012, *Juan Luis Linares*

© 2012, *Herder Editorial, S.L., Barcelona*

ISBN: 978-84-254-3062-6

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del *Copyright* está prohibida al amparo de la legislación vigente.

Imprenta: XXXXXXXXX

Depósito legal: B - XXXX - 2012

Printed in Spain - Impreso en España

Herder

www.herdereditorial.com

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. Entre el objetivismo y el subjetivismo.....	15
1.2. El posmodernismo y la terapia familiar.....	17
1.3. La terapia familiar ultramoderna	23
2. BASES HISTÓRICAS Y CONCEPTUALES	29
2.1. Gregory Bateson y las raíces comunicacionistas.....	29
2.2. La cismogénesis.....	31
2.3. La teoría del doble vínculo	33
2.4. Las cibernéticas	38
2.5. La puntuación.....	41
2.6. De la terapia familiar al modelo sistémico.....	44
2.7. La terapia estructural.....	48
2.8. Pioneros e inclasificables.....	50
2.9. La terapia familiar en Italia.....	52
2.10. ... y en toda Europa.....	54
3. ENTRE EL AMOR Y EL PODER: EL MALTRATO PSICOLÓGICO....	57
3.1. La condición humana: el amor	57
3.2. El neolítico y el poder.....	59
3.3. La nutrición relacional.....	61
3.4. El maltrato psicológico	65
3.5. Modalidades de maltrato psicológico familiar.....	68

4.	EL MALTRATO FÍSICO	75
4.1.	Definición y prejuicios	75
4.2.	Violencia activa física.....	79
4.3.	Violencia activa sexual	82
4.4.	Violencia pasiva.....	86
4.5.	Negligencia	87
4.6.	El maltrato físico y sus bases relacionales	89
5.	HACIA UNA TEORÍA ECOLÓGICA DE LA PERSONALIDAD	93
5.1.	Una definición de personalidad	93
5.2.	La narrativa	96
5.3.	La identidad	98
5.4.	Los sistemas relacionales de pertenencia: organización y mitología	101
5.5.	La nutrición relacional, motor de la construcción de la personalidad.....	106
6.	EL DIAGNÓSTICO RELACIONAL	109
6.1.	El diagnóstico en la terapia familiar sistémica	109
6.2.	La nosología psiquiátrica: un breve apunte	112
6.3.	Las bases relacionales de la psicopatología.....	118
6.4.	Los trastornos neuróticos.....	121
6.5.	Los trastornos psicóticos.....	126
6.6.	La depresión mayor	139
6.7.	Los trastornos de la vinculación social	146
6.7.1.	Las familias multiproblemáticas.....	146
6.7.2.	Los trastornos de personalidad, grupo B: el trastorno límite.....	152
7.	LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.....	157
7.1.	La inteligencia en la intervención terapéutica	158

7.1.1.	Intervenciones cognitivas.....	159
7.1.2.	Intervenciones pragmáticas.....	160
7.1.3.	Intervenciones emocionales	163
7.2.	La danza terapéutica.....	170
7.2.1.	Del síntoma a la relación	171
7.2.2.	Del individuo al sistema	173
7.2.3.	De la acomodación a la confrontación.....	176
7.2.4.	De la internalización a la externalización	179
7.3.	Estrategias terapéuticas sobre la organización.....	181
7.3.1.	Flexibilización de la adaptabilidad	182
7.3.2.	Reequilibramiento de la cohesión	183
7.3.3.	Normalización de la jerarquía	184
7.3.4.	Estrategias destrianguladoras	185
7.3.5.	Estrategias vinculadoras.....	190
7.3.6.	Estrategias estructurantes.....	194
7.4.	Estrategias terapéuticas sobre la mitología.....	196
7.4.1.	Cambio de los valores y creencias	197
7.4.2.	Cambio del clima emocional	198
7.4.3.	Cambio de los rituales	200
7.4.4.	Estrategias negociadoras	202
7.4.5.	Estrategias reconfirmadoras	205
7.4.6.	Estrategias recalificadoras	209
7.4.7.	Estrategias de aceptación	213
7.4.8.	Estrategias responsabilizadoras.....	215
8.	REFLEXIONES FINALES	217
	GLOSARIO	223
	BIBLIOGRAFÍA	245

AGRADECIMIENTOS

Componer los agradecimientos al acabar un nuevo libro es, para mí, una experiencia sumamente gratificante, aunque no exenta de cierto conflicto. Paso revista a nombres y rostros amigos y me digo: «Tienes que señalarlos a todos, ellos son importantes en tu vida, les debes algo». Con esa filosofía vital, el riesgo es que el agradecimiento se convierta en una especie de bendición *urbi et orbi*, desmesurada y, por tanto, inadecuada.

Contrariando, pues, mis tendencias más naturales, voy a limitarme a mencionar los grupos de colaboradores, colegas y amigos con los que, conversando e interactuando, he obtenido los estímulos intelectuales necesarios para la redacción de este libro.

En primer lugar, los miembros del equipo docente de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de San Pablo: Carmen Campo, Félix Castillo, Susana Vega, José Soriano, Gemma Baulenas, Ricardo Ramos, Teresa Moratalla, Ana Pérez, Josep Checa, Iolanda d'Ascenzo, Ana Gil, Carmen Vecino, Gustavo Faus, Dora Ortiz, Isabel Cárdenas (tú, querida mía, entrarías en la relación también por otros conceptos...), Javier Ortega, Anna Vilaregut y etcétera, que ninguna omisión se me ofenda. Con todos ellos, y gracias a todos ellos, comparto desde hace años la aventura de formar terapeutas sistémicos en el marco institucional más privilegiado que quepa imaginar.

Y hablando de aventuras, ninguna tan fascinante como la transatlántica que representa *RELATES*, la Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas. A Raúl Medina, de Guadalajara, México, le agradeceré toda la vida haberme regalado un mundo, y a los argentinos Marcelo Ceberio y Horacio Serebrinsky, su calidez y alegría porteñas. En Bogotá, Regina Giraldo me brinda su perfecta confiabilidad y M.^a Eugenia Rosselli su hospitalidad, no menos perfecta. En Lima, José

Antonio Pérez del Solar lleva muchos años cuidándome cuando lo visito, lo cual incluye gastronomía exquisita y acrobacias aéreas de cierto riesgo. Sandro Giovanazzi y Claudia Lucero, respectivamente desde La Serena y Temuco, me recuerdan a menudo lo largo y encantador que es Chile. En Porto Alegre, Brasil, Olga Falceto y Ovidio Waldemar me hacen tomar conciencia de cuántas cosas se pueden tener en común, a pesar de la distancia. Y Karin Schlanger en Palo Alto, Angela Hiluey en São Paulo, Lia Mastropaolo y Piergiorgio Semboloni en Génova... A ellos, y a los restantes miembros de RELATES, les debo la ilusión de que este libro represente una modesta contribución a la construcción de un modelo latino de terapia familiar.

Roberto Pereira (Bilbao), Norberto Barbagelata (Madrid), Javier Bou (Valencia), Annette Kreuz (Valencia) y Jorge de Vega (Las Palmas), me acompañan con frecuencia ¡ay!, no tanta como yo quisiera) en reuniones de reflexión sobre los avatares de la formación en España. Reuniones que constituyen una rara síntesis de trabajo y placer, el modelo intelectualmente más estimulante que se haya inventado. Si ese no fuera ya un motivo suficiente de agradecimiento, ellos me aportan además la perspectiva española de la terapia familiar, imprescindible para contextualizar adecuadamente mis ideas.

Ese es el mismo modelo que inspira las reuniones anuales de lo que hemos dado en llamar «las cinco voces europeas de terapia familiar»: Edith Goldbeter, de Bruselas, Luigi Onnis, de Roma, Elida Romano, de París, Marco Vannotti, entre Neuchâtel y Milán, y un servidor de ustedes en Barcelona. Sólo que, en este caso, la balanza se inclina decididamente del lado del placer, y eso que juntos hemos producido ya un libro: *Thérapie familiale en Europe*. Pero es que simultanear las reuniones científicas con óperas en La Scala, en La Monnaie o en el festival de Aix en Provence, conciertos en el Palau de la Música y comidas en... (bueno, no les cuento...) ¡Ingrato sería, si no les agradeciera! Corroborando el éxito de la fórmula, Carlos Sluzki se acaba de incorporar al club en calidad de «solista americano». ¡Bienvenido, querido maestro, y gracias a ti también!

Aunque lo conozco desde hace muchos años, un descubrimiento de última hora ha sido Giuseppe Ruggiero y sus múltiples claves humanas

y profesionales. Especialmente, el hecho increíble de que hemos inventado simultáneamente el concepto de *inteligencia terapéutica*, que sirve de subtítulo de este libro. Gracias, querido Giuseppe, por haberme regalado esa coincidencia, que, lejos de inquietarme, aumenta la paz de mi espíritu por la convicción de sentirme bien acompañado.

Y no quiero acabar esta agradecida relación sin mencionar al menos a algunos de quienes me acompañan en los grupos de investigación clínica que aportan gran parte del material de que se nutre este libro. Rosa Zayas, José Molero, Silvia Macasi, Vicky Rangel, Vitor Silva, de nuevo Dora Ortiz, y tantos otros: gracias por ayudarme a comprender alguno de los infinitos bucles de complejidad de fenómenos como las prácticas alienadoras familiares o los trastornos psicóticos.

INTRODUCCIÓN

1.1. *Entre el objetivismo y el subjetivismo*

La preocupación y la curiosidad de los seres humanos por su entorno son, probablemente, tan antiguas como nuestra especie. Sin embargo, y si nos limitamos a la cultura occidental, son los filósofos presocráticos los primeros que nos han legado un testimonio fidedigno de ese fenómeno intelectual. Tales de Mileto, el primero entre los primeros, inspirado seguramente por el universo acuático en el que siempre se desarrolló la cultura griega, afirmó que todo procedía de *lo húmedo* o, en definitiva, del agua. Y no hay duda de que algo de eso ha confirmado la ciencia. Por no hablar de la *teoría atómica* de Demócrito, otro de los filósofos del cosmos o de la naturaleza (Russell, 1945). Los presocráticos fueron sabios que miraban a su alrededor, sobrecogidos por el infinito misterio del mundo en que vivían, e intentaban captar y entender su condición última. Se trata, desde luego, de la primera tentativa objetivadora que registra nuestra cultura, aunque ni siquiera ella está exenta de reflexiones inquietas sobre las limitaciones de la percepción humana.

Esta preocupación alcanza el rango de planteamiento fundamental en autores como Parménides, para quien los fenómenos de la naturaleza y, por tanto, las explicaciones cosmológicas, forman parte de la ilusión, por lo que, lejos de constituir la *Verdad*, no son sino el resultado de la *opinión de los hombres*. Opuesto a Parménides en otros aspectos, Heráclito coincide con él en su afirmación del subjetivismo al afirmar que *todo fluye* y que *no podemos bañarnos dos veces en el mismo río*. En efecto, podrán encontrarse pocas afirmaciones tan claras de la

precariedad de la realidad, aunque no menos rotundo resulta el mismo Sócrates al aseverar: *solo sé que no sé nada*. De hecho, con él culmina una línea de razonamiento que constituyó la fuerza y la flaqueza de los sofistas, y que no es sino el movimiento de signo contrario al de los filósofos cosmológicos: la reflexión sobre el hombre y el cuestionamiento de su capacidad de conocer la realidad objetiva.

Objetivismo y subjetivismo no han cesado de alternarse a lo largo de la historia de la filosofía. Al marcado subjetivismo de Platón siguió el realismo de Aristóteles, y a ambos, neoplatónicos y neoaristotélicos durante muchos siglos. De hecho, toda la filosofía occidental puede ser entendida en términos de dicha alternancia, en la que cada giro, de uno u otro signo, representa una superación del precedente de signo opuesto, que, al incluirlo, aporta nuevas propuestas correspondientes en un nivel de complejidad superior. Los filósofos no suelen basar sus ideas en la descalificación de otros autores anteriores, sino que los integran y, por lo general, parten de lo que en ellos hay de valioso para fundamentar sus propios pensamientos.

A través de esta alternancia de los grandes sistemas filosóficos idealistas y realistas se llega a los tiempos modernos, marcados por un positivismo firmemente objetivista que expresa la euforia de la revolución industrial y su ilimitada fe en el progreso. Es la principal fuente de la ideología moderna, todavía ampliamente vigente y que, en el caso de la psicología, prevaleció casi sin competencia hasta mediados del siglo xx. En ese proceso cabe enmarcar la ilusión freudiana de un futuro en que sus teorías psicodinámicas obtendrían la verificación en los laboratorios de neurofisiología. Y, desde luego, también ilustran a la perfección el espíritu moderno la reflexología de Pavlov y el conductismo de Watson, que se repartieron con el psicoanálisis el territorio psicoterapéutico de esa época.

No obstante, como contrapunto, en 1927, Werner Heisenberg, quien más tarde sería premio Nobel de física, había presentado su célebre *principio de incertidumbre*, según el cual es imposible conocer con precisión y simultáneamente la posición y la velocidad de un electrón. El contenido físico de tal afirmación no es muy relevante para lo que aquí nos ocupa, pero lo que sí resultó muy influyente fuera del campo

estrictamente científico fue la idea de que *es imposible conocer* algo. Lejos de un relativismo banal, que se desprendería de la interpretación textual del enunciado mismo, la importancia filosófica del principio de incertidumbre radica en la idea de los límites del conocimiento objetivo, lo cual lo ha convertido en una de las fuentes inspiradoras de un nuevo giro subjetivista llamado *posmodernismo*. La otra gran fuente inspiradora es el filósofo vienés Wittgenstein, cuyo énfasis en la importancia del lenguaje ha sido interpretada por los posmodernos como una legitimación de su subjetivismo.

La sensibilidad posmoderna, que ya había desembarcado en las ciencias físicas con el principio de incertidumbre de Heisenberg e incluso con la *relatividad* de Einstein a comienzos del siglo xx, tardaría paradójicamente más de medio siglo en alcanzar a la psicología y a la psicoterapia, pero, al hacerlo, transformó notablemente a los dos grandes modelos vigentes. Lacan, según el cual el hombre y el paciente *se revelan en el lenguaje*, desafió al psicoanálisis freudiano sustituyendo, como buen estructuralista, la historia por la estructura. Por su parte, el *cognitivismo* transformó el conductismo, reivindicando el pensamiento y la conciencia, junto al comportamiento y por encima de él, como objeto de intervención y de investigación de la psicología.

Pero no pararon ahí los cambios. El *psicodrama*, la *psicoterapia gestáltica* y, en general, las distintas psicoterapias llamadas *humanistas* reivindicaron la importancia de las emociones en sus respectivos modelos, abriendo así las puertas a una de las claves más subjetivas del psiquismo humano. Además, y sobre todo, nació la *terapia familiar*.

1.2. *El posmodernismo y la terapia familiar*

No es una imprecisión afirmar que la terapia familiar nació posmoderna, como resultado de esa primera oleada fundacional. La idea de que no existe una realidad relacional única y objetivamente descubrible, sino que las realidades relacionales se construyen desde la subjetividad, es probablemente la premisa emblemática del posmodernismo sistémico (o, como algunos desearían, post-sistémico). El énfasis en lo

relacional es imprescindible para evitar caer en un relativismo incompatible con la actividad científica y terapéutica. ¿Es posible imaginar una situación en que las distintas subjetividades construyan realidades relacionales más diversas que la de una familia, con sus múltiples personajes, roles y conflictos? Hasta el terapeuta más novato e ingenuo aprende pronto que en una familia es imposible determinar quién tiene razón o en qué miembro reside «la verdad».

A pesar de ello, la terapia familiar vivió dos oleadas más de posmodernismo, constructivista en los años ochenta y socioconstruccionista en los noventa, que radicalizaron los planteamientos relativistas, en nombre del individuo en el primer caso y en el de la sociedad en el segundo. Y en detrimento de la familia en cualquiera de los dos. Resulta difícil entender la necesidad de esa apuesta, a todas luces exagerada, por una ideología que termina minando las bases del modelo (y, en algunos casos, cuestionándolo abiertamente), y, para intentarlo, se impone una reflexión que encuadre el fenómeno. De entrada, ¿por qué ocurre en la terapia familiar y no en otros ámbitos de la psicoterapia? ¿Y por qué en Estados Unidos y en las áreas culturalmente más próximas a ese país, los mundos anglosajón, germánico y nórdico?

La primera respuesta ha sido ya adelantada. La terapia familiar nace posmoderna porque, por definición, reunir a los distintos miembros de una familia evoca necesariamente sus distintos mundos y realidades y descarta la aproximación a alguno de ellos como «el verdadero» y a los otros como «los falsos». Dos títulos de Watzlawick, el gran divulgador del comunicacionalismo paloaltino, lo dicen todo al respecto: *How real is real?* (Watzlawick, 1977) [*¿Es real la realidad?*], y *The invented reality* (Watzlawick, 1984) [*La realidad inventada*]. Y, sin embargo, el pedigrí de posmodernismo no debía de ser suficientemente puro, porque, en los años ochenta, coincidiendo con la oleada constructivista, autores como Keeney (1982) y Dell (1982) arremetieron contra Watzlawick y sus compañeros de Palo Alto, descalificándolos como *pragmáticos* desde posiciones que reivindicaban la improvisación como única fuente legítima de creatividad terapéutica. Era la llamada *estética del cambio*, propuesta sin duda estimulante si no abriera la puerta a la frivolidad del «todo vale». Lo que en cualquier caso estimuló fue la

polémica, porque Watzlawick (1982) reaccionó enérgicamente contra su descalificación y hasta alguien hubo que contraatacó definiendo certeramente a los estéticos como sometidos a la *fashionable mind* [mente a la moda] (Coyne *et al.*, 1982). El posmodernismo, pues, tiene tan sólidas y antiguas raíces en la terapia familiar que no puede sorprender que haya alimentado a sus jóvenes cachorros con una dieta de «más de lo mismo».

El constructivismo en terapia familiar bebió de autores como Von Foerster, Von Glasersfeld y Maturana, quienes, procedentes de campos ajenos a la psicología o la psiquiatría, fueron seducidos para que se convirtieran en epistemólogos de la nueva teoría sistémica... o post-sistémica. Y, como referente teórico central, se propuso la *cibernética de segundo orden*, que destacaba la imposibilidad de observar desde fuera un sistema con el que se interactúa, siendo inevitable la integración en él y, en consecuencia, la auto-observación. Además, la interacción instructiva es imposible y, por tanto, los sistemas, que están determinados estructuralmente, no pueden ser conocidos objetivamente. El conocimiento no es sino acoplamiento estructural, que permite que dos sistemas interactúen sin desvirtuarse.

La terapia familiar constructivista hace un principio de estas ideas y propone una intervención basada en la improvisación y en las prácticas conversacionales. Las preguntas circulares y reflexivas (Tomm, 1987) son la mejor representación de una sensibilidad según la cual el terapeuta no puede imponer su realidad al paciente o a la familia, sino que debe ayudarle a descubrir sus propias respuestas: «¿Qué suele hacer tu hermana cuando tu padre llega a casa y tu madre sale a recibirlo contándole todo lo que ha pasado en su ausencia?». El terapeuta constructivista intentará inducir mediante este tipo de intervenciones la posibilidad de no dejarse triangular, pero no actuará directamente desactivando la triangulación.

Pero, desafortunadamente, la radicalización condujo, desde un razonable cuestionamiento de la posibilidad de observar objetivamente un proceso relacional en el que se participa, hasta la negación del rol de experto y la exaltación de la improvisación como suprema modalidad de intervención terapéutica. No puede extrañar que se produjeran

abusos y que empezara el alejamiento de la terapia familiar de la clínica, en la que había realizado aportaciones tan prometedoras. Sin embargo, el golpe de gracia al «constructivismo radical» (en expresión de uno de sus portavoces, Von Glasersfeld), no vino de otros sectores de la teoría sistémica, sino del feminismo. En efecto, este se sintió profundamente irritado y reaccionó con una crítica feroz ante unas propuestas que sugerían igual validez de las distintas construcciones subjetivas frente a un mismo fenómeno, por ejemplo, el maltrato: la del maltratador y la de la víctima. Con el paso de los años ochenta a los noventa, el posmodernismo en terapia familiar abandonó casi totalmente el constructivismo y abrazó con entusiasmo la causa socio-construccionista.

¿Cuál era la diferencia? Como adelantamos más arriba y su nombre indica, el construccionismo social pone énfasis en la intervención de la sociedad en la construcción de realidades y, en particular, de las que se expresan a través de los síntomas. Recurriendo a Foucault (1961), se atribuye al discurso social dominante la influencia decisiva en la construcción de la patología y, en definitiva, en el mantenimiento de las relaciones de dominio. También son fuentes importantes de inspiración Vigotsky y Bajtin (1963), psicólogos rusos de la época soviética impulsores de teorías sociogénicas del lenguaje, coherentes con el marxismo pero más sutiles que la ideología estalinista oficialmente imperante en la URSS.

Porque, en definitiva, el socio-construccionismo posmoderno es una especie de neomarxismo psicoterapéutico encubierto, pasado por el pensamiento políticamente correcto anglosajón (que, a su vez, bordea en ocasiones el estalinismo). Neomarxismo no solo porque usa a autores marxistas como referencia en momentos en que esa corriente de pensamiento está en descrédito, sino porque asume el postulado básico de que los males del género humano proceden de la sociedad a través de las relaciones de dominio. Nada nuevo, en definitiva, puesto que, ya en los años sesenta y setenta, el *antiinstitucionalismo* de Basaglia (1968) en Italia y la *antipsiquiatría* de Cooper y de Laing (1971) en Inglaterra mantuvieron posturas similares, habiendo sido su influencia notable en los inicios de la terapia familiar. Más aún, la extraordinaria

implantación y la riqueza de ideas del pensamiento sistémico en Italia no se entienden sino como herencia de Basaglia y del movimiento *Psiquiatría Democrática*, fundado por sus colaboradores, exponentes del marxismo crítico del 68 europeo.

Pero el marxismo de los socio-construccionistas es encubierto porque, además de no explicitar jamás su inspiración en Marx, cuando citan a los autores marxistas o cripto-marxistas lo hacen con las fechas de sus traducciones al inglés, así que, por ejemplo, Foucault se convierte en un filósofo... ¡de los años ochenta! El problema es que así se produce un anacronismo confuso que ignora la experiencia previa de los movimientos contestatarios referidos y, lo que es más importante, sus límites, que empujaron a muchos de sus seguidores hacia la terapia familiar sistémica hace treinta años. Es decir que ya se sabía en aquellos tiempos la enorme influencia de la opresión social sobre los trastornos mentales, pero también se aprendió que ello no resolvía el problema de la locura. Y ahora se nos vende el primer producto como si de una novedad se tratara y se continúa ignorando el segundo.

Además, el lecho de Procusto del pensamiento políticamente correcto anglosajón se ha instalado paradójicamente sobre las terapias posmodernas, rechazando prácticas e ideas arbitrariamente consideradas poco respetuosas o directamente opresivas. Es así como la censura ha repudiado cualquier tipo de diagnóstico, aunque se base estrictamente en criterios relacionales, rechazando también las prescripciones y cualquier modalidad de intervención que se realice desde la posición de experto. Solo vale, alcanzando la categoría de práctica liberadora, la *conversación terapéutica*, basada en la improvisación creativa.

La expansión del socio-construccionismo en la terapia familiar estadounidense y en sus territorios de influencia cultural es un fenómeno digno de estudio. Se trata de una implantación de tal magnitud que, en ese universo, resulta muy complicado publicar o ser oído si no se asume la correspondiente retórica o no se usa la jerga adecuada. Ello supone, entre otras cosas, un respeto sacralizado por las minorías étnicas, que deben estar adecuadamente representadas en cualquier acto académico o administrativo, aunque las personas que las representen no sean tan adecuadas. Y es especialmente pintoresco que,

entre tales minorías étnicas, la American Family Therapy Academy (AFTA) incluya, en un verdadero alarde de desafío a la teoría de los tipos lógicos, a las minorías sexuales («gays, lesbians, bisexuals and transexuals», pronunciadas así, de un tirón, sin dejarse una modalidad en el tintero, lo cual sería una gravísima discriminación). Las razones son sin duda complejas, y, probablemente, entre ellas se encuentra la mala conciencia de un progresismo bien intencionado que no participó en la kermés revolucionaria de los años sesenta y que, aun ahora, sufre culpabilidades históricas derivadas del rol opresivo que su país desempeña a escala mundial. «Dime de qué presumes y te diré de qué careces.» Por otra parte, pueden también ser influyentes algunos rasgos típicos de las culturas protestantes del frío Norte, como una cierta introversión social y un riguroso respeto por la privacidad y la intimidad de las personas y las familias. En ese contexto no es descartable que una simple conversación pueda resultar terapéutica por sí misma, pero resulta más que dudosa su extrapolación urbi et orbi. Y es que esa es una de las paradojas más irritantes de nuestro posmodernismo: universalización globalizadora de propuestas que, si acaso, pueden tener un sentido solo en un contexto cultural preciso (americano y anexo); y rechazo dogmático de las disidencias.

El socio-construccionismo tiene dos ramas fundamentales, la llamada *conversacionalista*, surgida en el centro de Galveston en torno a las figuras de Goolishian y Anderson (1992), y la conocida como *narrativista*, representada fundamentalmente por el australiano White (1989) y el neozelandés Epston (1989). Ambas coinciden en el posicionamiento político de fondo, aunque los narrativistas están más abiertos a los recursos técnicos y, consecuentemente, son menos radicales en el rechazo de la posición de experto. Así, por ejemplo, una práctica emblemática del narrativismo es la *externalización*, que permite, poniendo fuera del sujeto las raíces de la dificultad, luchar más eficazmente contra ella. Es emblemático el diploma concedido por White a un joven paciente encopréptico, acreditativo de «haber vencido a la caca traicionera». El objetivo es la *deconstrucción* de las narrativas opresivas impuestas, para reconducir el discurso en un sentido liberador, tanto de los síntomas como del dominio a ellos asociado.

1.3. La terapia familiar ultramoderna

Los excesos del posmodernismo y la sensación de que su ciclo se agota justifican sobradamente preguntarse acerca de qué va a sucederle. Y Marina (2000) no duda en plantear una propuesta: el *ultramodernismo*. Una propuesta que, desde aquí, hemos asumido como propia, sugiriendo algunas consecuencias de su aplicación al campo de la terapia familiar (Linares, 2001 y Linares, 2006 *a*).

Para empezar, el terapeuta familiar ultramoderno acepta con toda naturalidad el rol de *experto*. No se trata, sin embargo, de un experto cualquiera, puesto que somete gustoso la validación de su expertez a una negociación con la familia y, a veces, también con el paciente de forma relativamente autónoma. Es importante que ellos sepan que él o ella «saben», pero que no van a utilizar su saber para tiranizarlos o para imponerles realidades que ellos no estén en condiciones de aceptar. Es un terreno delicado, puesto que, a la vez que demuestra sus conocimientos, el terapeuta debe garantizar su buen uso. Por ejemplo, resistiendo a pie firme las invitaciones a «decirnos lo que debemos hacer o lo que está mal de lo que estamos haciendo».

El terapeuta ultramoderno debe ser y mostrarse responsable, a la vez que debe pedir *responsabilidad* a los miembros de la familia, ponderada y proporcionalmente a su posición en ella. A diferencia del terapeuta posmoderno, tentado eventualmente a declararse irresponsable del devenir de la familia, en su condición de simple acompañante conversador, el ultramoderno asume la responsabilidad que se desprende de su expertez. Y ello no significa regresar a aquella formulación, terriblemente culpógena, de que «no hay familias resistentes sino terapeutas ineficaces». No, también hay familias resistentes, o, hasta cierto punto, todas lo son, y algunas sencillamente imposibles. El ejercicio de la responsabilidad excluye la omnipotencia, y todo terapeuta es consciente de que existen límites a su saber y a su buen hacer.

En cuanto a la responsabilidad exigible a los miembros de la familia, es tan obvia como necesariamente matizable. Todos los personajes involucrados en un juego disfuncional deben responsabilizarse de las consecuencias de sus actos, pero de distinta manera. Es lógico que el

maltrato físico comporte consecuencias penales para los adultos, pero no lo es que el maltrato psicológico y relacional, más lesivo a menudo que aquel, sea exonerado a priori de toda responsabilidad moral. Una terapia exitosa pasa por un proceso de cambio y el terapeuta debe guiarlo induciendo buenas dosis de autocrítica, y no vacilando en señalar errores y malentendidos. Ha de evitar, eso sí, actitudes inquisitoriales y asumir posiciones afectuosas y comprensivamente solidarias. Los niños, por su parte, también deben ser ayudados a comprender el sentido relacional de sus actos, pero evitando conducirlos a situaciones en que, eventualmente, protejan a los adultos más de lo que estos los protegen a ellos.

El giro ultramoderno implica la recuperación de un cierto objetivismo, aunque, claro está, de ninguna manera el retorno al positivismo moderno. En consecuencia, se reivindica el diagnóstico psicopatológico, debidamente reformulado como conjunto de *metáforas guía*. Bateson descalificó el diagnóstico como *dormitivo*, y no le faltaba razón si pensamos en el etiquetaje de la conducta desviada en que consistía la nosografía psiquiátrica hasta su cuestionamiento por los movimientos contestatarios de los años sesenta y setenta. Un diagnóstico tautológico, que definía al alcohólico por su afición desmedida a la bebida o al psicótico por su tendencia a delirar y agitarse. Pero, aún entonces, entre soflamas hipercríticas y discursos panfletarios, los llamados antipsiquiatras no podían evitar, tapándose discretamente la boca con la mano, intercalar algún paréntesis de doble epistemología frente a problemas complejos. V. g.: «Bueno, pero, entonces ¿se trata de un psicótico?».

Algo de esa actitud ha heredado la terapia familiar, y ya es hora de superarla con una decidida redefinición del diagnóstico en términos relacionales. Es el espíritu que inspiró la primera formulación de la teoría del *doble vínculo*, que establecía una cierta relación lineal entre dicho fenómeno comunicacional y la esquizofrenia, posteriormente negada en aras de la sacrosanta circularidad. ¡Como si no fuera evidente que la circularidad no suprime la linealidad, sino que la incluye en un nivel de complejidad superior! A veces, el afán por innovar de los grandes autores les hace renegar de algunas de sus propuestas en

beneficio de otras posteriores, con lo que se corre el riesgo de que, en el proceso revisionista, se pierda o se minusvalore un material precioso. Le ocurrió a Freud (1915-1917) con la *teoría del trauma* y también a Bateson (1972) con el doble vínculo, que, cuestionado en sus aspectos lineales, se convirtió en un constructo demasiado abstracto y de escasa utilidad y terminó por ser relegado. Injustamente, si tomamos en consideración la enorme potencialidad de su formulación original.

La terapia familiar ultramoderna reivindica, pues, la *linealidad*, sin renunciar a la preciosa circularidad. El paradigma cosmológico copernicano, con el que aún nos regimos para movernos por el mundo, tiene apenas trescientos años de antigüedad. Y no hay duda de que su concepción heliocéntrica resulta de extraordinaria utilidad para entender los husos horarios y para orientarse en los grandes viajes intercontinentales. Pero no vamos a Australia muy a menudo, y todavía utilizamos expresiones como «el sol sale» o «el sol se pone», perfectamente válidas en nuestra experiencia cotidiana, aunque correspondientes al paradigma ptolemaico vigente los dieciocho siglos anteriores a Copérnico, un paradigma que consideraba que la Tierra era esférica, pero que estaba situada en el centro del universo, con los astros, y por supuesto el Sol, girando a su alrededor. Y, para movernos en nuestro entorno habitual, seguimos utilizando un paradigma anterior a Ptolomeo, que, desde tiempos inmemoriales, defendía la naturaleza plana de la Tierra. ¡Si vamos a comprar el pan obsesionados con la esfericidad de la Tierra, lo más probable es que no pasemos del semáforo de la esquina!

Así que se impone conservar la causalidad lineal para múltiples interacciones cotidianas, aunque enmarcada en una circularidad que aporta la imprescindible dimensión de complejidad. ¿A quién se le puede ocurrir que la manera como los padres tratan a sus hijos no influya de forma determinante en el desarrollo de la personalidad de estos? Sin embargo, insertos en un ecosistema complejo, la reacción de los hijos puede modificar el trato que reciben de sus padres.

Focalizar la inadecuación en el trato psicológico que algunos padres dispensan a sus hijos ha de dejar de ser un tabú para la terapia familiar, como lo ha dejado de ser, asimismo, reconocer y explicitar el *maltrato físico*. Lejos quedaron los tiempos en que las asociaciones estadouni-

denses de familiares de enfermos mentales se sintieron atacadas por la terapia familiar y contraatacaron provocando un trauma del que el mundo sistémico norteamericano aún no se ha recuperado. Desde entonces los terapeutas han aprendido mucho sobre cómo tratar a familiares culpabilizados, a la vez que la opinión pública ha asimilado la evidencia del maltrato parento-filial y la legitimidad de una implicación social en la lucha contra él. El *maltrato psicológico* es el elemento intermediario entre el bloqueo de los procesos de nutrición relacional y la psicopatología, y es responsabilidad del terapeuta la instauración del *buen trato*, y no, desde luego, ampliar el combate inquisitorial para «erradicar cualquier modalidad de maltrato».

El terapeuta ultramoderno debe rescatar la mejor tradición sistémica de usarse a sí mismo, asumiendo la necesidad de amar a los pacientes y a las familias, incluyendo a unos maltratadores que deben ser percibidos como víctimas, también ellos, de la terrible cadena del maltrato. El terapeuta «siente» en terapia, y su subjetividad emocional es un legítimo y decisivo recurso terapéutico. Por supuesto que también utilizará la rica y variada gama de técnicas terapéuticas acumuladas en la tradición sistémica, sin menospreciar las prescripciones comportamentales, caídas desgraciadamente en desuso en los círculos posmodernos, que las descalifican como manipuladoras o poco respetuosas. Maturana, al que se cita en apoyo de tal descalificación, define como imposibles las interacciones basadas en la simple instrucción, que no es sino la imposición arbitraria de una subjetividad a otra. Pero una prescripción comportamental no es una *interacción instructiva* si, siguiendo siempre al citado autor, se realiza desde el *acoplamiento estructural*, es decir, desde la aceptación respetuosa de la subjetividad del otro. En definitiva, para que una prescripción sea válida y tenga opciones de servir para algo, debe realizarse dentro del horizonte relacional de las personas a las que se dirige, que tienen que ser capaces de llevarla a cabo sin violentarse ni aumentar sus sufrimientos. Y esa misma cualidad es generalizable a cualquier intervención terapéutica, sea de la naturaleza que sea. Si una propuesta conversacional pretendidamente respetuosa se sitúa fuera del horizonte cultural de la familia, resultará, en el mejor de los casos, irrelevante.

Si el terapeuta sintoniza con estas ideas y actúa en consecuencia, se descubrirá a sí mismo hablando en prosa... ultramoderna, pero también, lo que es mucho más importante, desarrollando su *inteligencia terapéutica*. En las páginas que siguen ampliaremos estos conceptos, aportando información que facilite su comprensión y su adecuada ubicación en el espacio y el tiempo de la psicoterapia.

La terapia familiar ultramoderna es un invento con voluntad provocadora, y no una nueva bandera con pretensiones territoriales. Su mensaje más importante es la necesidad de acabar con el dogmatismo posmoderno, abriendo las ventanas del territorio sistémico a aires frescos y desmitificadores, alimentados a su vez por lo mucho de bueno que hay en la tradición psicoterapéutica. Ambas cosas son necesarias para que la terapia familiar recupere relevancia en el campo de la salud mental: que aporte ideas novedosas y estimulantes y que deje de proponerse como la eterna revolución del pensamiento terapéutico. ¡Patética revolución la que, en cincuenta años de rodaje, no consigue tomar la Bastilla ni conquistar el Palacio de Invierno!

- ◆ Cuando el gobierno alemán se propuso incluir a las psicoterapias entre las prestaciones sanitarias financiadas por la Seguridad Social, la terapia familiar sistémica no fue reconocida como un modelo científicamente solvente porque no pudo presentar un cuerpo de investigaciones «basadas en pruebas», homologables con las de orientación psicoanalítica y cognitivo-conductual. Le ha costado diez años al movimiento sistémico alemán reunir el *dossier* necesario para ser, ¡por fin!, reconocido en fechas recientes (2008). Desempeñar un papel relevante en el campo de la salud mental implica, entre otras cosas, homologarse lo suficiente con el resto de los modelos como para no salirse del foco.

En cuanto a la inteligencia terapéutica, no se trata de un don divino capaz de producir superdotados o idiotas según los avatares de su caprichosa distribución, sino que es el resultado del desarrollo de sencillos recursos consustanciales a la condición humana. Al igual que ocurriera con la *inteligencia emocional*, este nuevo descubrimiento de la sopa de ajo permite comprender fenómenos complejos (éxitos

grandiosos, cambios espectaculares) con medios sencillos y modestos. Espero que el lector que se adentre en este libro se dé cuenta de que la inteligencia terapéutica está a su alcance, con independencia de los obstáculos burocráticos y las barreras corporativas. Solo son necesarios el sentido común, la honestidad intelectual y un proceso razonable de formación.

BASES HISTÓRICAS Y CONCEPTUALES

2.1. *Gregory Bateson y las raíces comunicacionistas*

Es de sobras conocido que la terapia familiar nació amparada y alentada por un movimiento intelectual estudioso de la comunicación humana llamado, en buena lógica, comunicacionismo. Su figura más representativa, Gregory Bateson (1972), encarnó a la perfección las cualidades que caracterizaron a su equipo de colaboradores, el mítico grupo de Palo Alto, y que constituyó en cierto modo el legado fundacional de la terapia familiar: una enorme curiosidad intelectual y una aguda imaginación creativa, junto a una escasa definición clínica y un manifiesto desinterés por la psicopatología. Se trata de un legado rico y complejo, que ha ejercido una influencia decisiva en la configuración de la terapia familiar como un modelo terapéutico fascinante, dotado de enormes recursos y potencialidades a la vez que ostentador de sorprendentes lagunas.

Bateson, a diferencia de Freud, no era un terapeuta profesional, era hijo de un biólogo, antropólogo aficionado y estudioso de la comunicación. Su contribución a la terapia familiar, tan importante para cuantos siguen este camino, no fue para él más que una etapa intermedia, antes de interesarse por el lenguaje de los delfines y tras haber agotado su capacidad de entusiasmo por las costumbres de los *iatmules*, una remota tribu de Nueva Guinea. Introducido por Jackson (1968) de forma casual en el mundo de la psiquiatría, quedó cautivado por el estilo comunicacional de los esquizofrénicos y, durante unos años, y en compañía de sus colaboradores, que pronto fundarían el Mental Research Institute, se dedicó a estudiarlos en su

medio natural, es decir, la familia. El marco geográfico era California, la península de San Francisco, junto al Silicon Valley, un lugar donde, por aquel entonces (años cincuenta), se estaba inventando el chip y se asistía al nacimiento de la informática. En semejante ambiente, con una altísima densidad de interés y curiosidad intelectual por los procesos de información y comunicación, no puede sorprender que la esquizofrenia se convirtiera en la musa inspiradora del nuevo modelo. ¿Quién no se ha sentido fascinado por la manera de comunicar de los esquizofrénicos y, eventualmente, sorprendido por las singularidades relacionales existentes en sus familias? Medio siglo antes, en Viena, la histeria había protagonizado un fenómeno similar, inspirando con sus efusiones eróticas a un grupo de terapeutas puritanos, pero intelectualmente potentes, algunas de las más revolucionarias propuestas de la cultura occidental.

Pero aquí acaban las similitudes. Ya hemos visto cuán diferentes eran Freud y Bateson en lo profesional, lo cual se tradujo en no menores diferencias en sus respectivas obras. El padre del psicoanálisis, como perfecto positivista, desarrolló un inmenso cuerpo de doctrina, teorizado a partir de su práctica clínica. Dotado de una enorme coherencia interna, pronto se convirtió en un dogma, ante el cual no cabían posiciones intermedias. O se aceptaba en su totalidad, y con ello se accedía a la «sociedad», o, si se rechazaba en el menor de sus matices, se optaba por la herejía y la exclusión.

Bateson, en cambio, escribió relativamente poco, y menos aún sobre terapia. Dando ejemplo de sensibilidad posmoderna, su interés se orientó hacia los campos más diversos, como la teoría general de sistemas, la cibernética o la teoría de los juegos, de las que extrajo material para sus propuestas teóricas, inaugurando una tradición seguida escrupulosamente por la terapia familiar: primar la importación de teoría frente a la producción propia. Y su liderazgo fue meramente simbólico, sin dogmas ni exclusiones, marcando también con ello líneas que no han variado a lo largo de los años. Aún ahora los sistémicos, sea cual sea su orientación y a diferencia de los psicoanalistas, publican en las mismas revistas, asisten a los mismos congresos y pertenecen a las mismas sociedades profesionales.

Eso sí, Bateson, de vez en cuando, fulminaba algún concepto descalificándolo como *dormitivo*, y las consecuencias se hacían notar en la terapia familiar. Lo hemos visto a propósito del diagnóstico, y lo veremos referido a las emociones, que se convirtieron también en innombrables durante bastante tiempo, provocando incluso la salida de Virginia Satir del equipo de Palo Alto por «emotiva».

En definitiva, la figura de Bateson ha resultado tan influyente en el desarrollo de la terapia familiar como la de Freud en el del psicoanálisis, si bien por razones y cauces distintos. Sin él, posmoderno *avant la lettre*, el terreno no habría estado tan abonado para los giros constructivista y socioconstruccionista, pero también se habrían perdido algunos de los aportes más agudos y trascendentales de lo que ha terminado constituyendo la *epistemología sistémica*. Veamos algunos de ellos.

2.2. La cismogénesis

De su estancia entre los iatmules, Bateson trajo un fugaz matrimonio con Margaret Mead y una hija fruto de esa relación, pero también un sustancioso bagaje teórico que habría de ejercer gran influencia sobre la terapia familiar.

Los iatmules eran una tribu de cazadores (eventualmente, también cazadores de cabezas) y recolectores, de precarias condiciones de vida, cuya supervivencia estaba siempre amenazada por el riesgo que representaba la escasez de comida. Su estructura social, constituida por sutiles vínculos patrilineales y matrilineales, se prestaba a generar enfrentamientos entre miembros de diferentes clanes, lujo que no podían permitirse, obligados como estaban a aunar monóticamente sus fuerzas para asegurarse el diario sustento. Por eso, a lo largo del tiempo, los iatmules se habían sabido defender desarrollando sabiamente un ritual preventivo frente a situaciones generadoras de divisiones, que, aunque periódicamente se producían de forma inevitable, en caso de prodigarse habrían constituido un gravísimo peligro de extinción. Bateson (²1958) describió, en su obra *Naven*, la curiosa ceremonia que se organizaba cuando surgía la confrontación entre dos

miembros de la tribu. Al aparecer los gestos de desafío y aumentar la tensión, la gente empezaba a congregarse alrededor de los litigantes, desplegando una febril representación que incluía a estos en la vorágine. En medio de una excitación creciente, todos se arremolinaban chillando, fingiendo peleas grotescas que ridiculizaban la lucha y bailando travestidos con gestos obscenos. El resultado no podía ser otro que la reducción al absurdo del enfrentamiento, que se disolvía en el maremágnum del *naven*, alejando la amenaza de escisión.

Escisión, cisma, he ahí las palabras, con su evidente significado de confrontación y división, que inspiraron a Bateson su concepto de *cismogénesis*, extrapolado desde la cultura iatmul a las relaciones humanas en su más amplia acepción y a las de pareja en la más restringida.

Son estas últimas las de mayor relevancia clínica y, por tanto, las que requieren una reflexión específica. Pero, antes, una precisión. La cismogénesis define a las personas desde la relación, rompiendo espectacularmente con la tradición que definía a la relación desde las personas. En definitiva, la personalidad individual se desarrolla en función de las relaciones en las que el sujeto se ve envuelto. Y estas pueden ser, básicamente, de dos grandes tipos: *simétricas* y *complementarias*, según se funden en la igualdad o en la diferencia respectivamente. Por tanto, hay dos maneras básicas de construirse en la relación: comportándose de la misma manera que aquel/aquella con quien se interactúa o haciéndolo de manera radicalmente diferente.

Llevando las cosas al terreno de lo disfuncional, el riesgo de la simetría es que evolucione en *escaladas* en las que ambos interlocutores pugnen con similares recursos por definir la naturaleza de su relación, como decía el propio Bateson, o por afirmar su poder sobre el otro, como prefería entender Haley (1986). Sofisticado y sutil el primero, directo y más esquemático el segundo. Las escaladas simétricas nos introducen en el universo de los conflictos conyugales más clásicos. V. g.:

—¿Ya te vas?

—Para lo que tenemos que hablar...

—Claro, si llegas y te pones a leer el periódico...

—Pero luego a ti, a la noche, que no te quiten la telenovela...

Y así hasta el infinito. Las relaciones simétricas no suelen generar graves patologías mentales en quienes las protagonizan. Todo lo más, coexisten con síntomas neuróticos que pueden integrarse en el juego de las escaladas («No vamos a poder salir, con lo mal que me siento...»), o provocan un deterioro de la relación que puede llegar a amenazar la continuidad de la pareja. Sin embargo, la facilidad con que estas situaciones involucran a terceros las hace especialmente peligrosas para los hijos, que pueden ser triangulados de múltiples maneras, algunas muy hipotecadoras de su salud mental.

El riesgo de la complementariedad es que, lejos de diluirse, evolucione hacia una rigidez en la que las posiciones de superioridad y de inferioridad de ambos interlocutores se hagan más y más extremas. En la complementariedad rígida, quien ocupa la posición de superioridad (el *one up*, en la jerga paloaltina) extiende su poder a todas las áreas relacionales, definiendo en todo momento cómo son y cómo no son las cosas, mientras que al que ocupa la posición de inferioridad (el *one down*) no le queda otra opción que aceptar pasivamente. Y no es que haya un bueno y un malo ni una decidida voluntad de dominio, sino que ambos están prisioneros de un juego relacional que no les deja margen de maniobra. En el terreno de la psicopatología, la posición de inferioridad es un lugar de riesgo, proclive a ser ocupado por personas afectas de trastornos graves, como alcoholismo o depresión mayor. El juego relacional disfuncional no les permite otra manera de escapar a la nulidad que mediante la paradójica vía de los síntomas, los cuales confirman el rol de enfermo y, por tanto, la inferioridad, y consolidan la superioridad del cónyuge a medida que asume más responsabilidades y aumenta su reconocimiento social.

2.3. La teoría del doble vínculo

Ya hemos hablado de la esquizofrenia como musa inspiradora de la terapia familiar comunicacionista, musa, por cierto, a la par sombría y luminosa, y es precisamente en la teoría del doble vínculo, el producto más refinado de la escuela de Palo Alto, donde mejor se aprecia

esa condición. El doble vínculo llegó a los medios psiquiátricos en los años sesenta, procedente de la teoría de la comunicación, como una nueva propuesta etiológica para la esquizofrenia. Sin embargo, pronto se hizo evidente que, en el ánimo de sus autores, empeñados en su compromiso con la circularidad, no estaba bien definida la intención etiológica, la cual, en algún momento, fue explícitamente rechazada. Lo que se estaba proponiendo era, en cambio, una situación comunicacional que requeriría varias condiciones para producirse.

Para empezar, las dos primeras condiciones serían la presencia simultánea de dos mensajes distintos y contradictorios, uno negando al otro, y situados en *niveles lógicos* distintos. Esta expresión, tomada de los *Principia Mathematica* de Russell y Whitehead (1910-1913), puede, a efectos prácticos, ser sustituida por *canales comunicacionales* diversos, en concreto, uno verbal o *digital* y otro no verbal o *analógico*. Por ejemplo, una expresión de amor («Te quiero mucho») comunicada con un gesto adusto y un tono de voz crispado. La versión oficial de los autores señala como elemento perturbador, o *paradoja*, el contraste entre el mensaje digital al servicio del contenido, en este caso amoroso, y el mensaje analógico al servicio de la relación, de signo contrario.

Nosotros preferimos asociar en términos psicológicos clásicos la comunicación digital con el plano cognitivo y la comunicación analógica con el plano emocional. El ejemplo citado comunicaría doblevincularmente que, aunque un interlocutor desea manifestar amor por el otro a nivel cognitivo-racional, ello entra en contradicción con el desamor expresado a nivel emocional. Y no es sorprendente que en Palo Alto no se hablara de emociones porque ¡Bateson las había declarado concepto dormitorio!

Ante una situación displacentera como la confusión creada por semejante contradicción, los animales simplemente abandonarían el campo. Los humanos también poseemos, eventualmente, ese recurso, pero contamos además con otro más noble y sofisticado, que es *metacomunicar* o comunicar sobre la comunicación. El segundo interlocutor podría, pues, salir de la estancia dando un portazo o pedir una aclaración: «Dime por favor qué significa eso, porque me estás manifestando amor con tus palabras pero tu cara dice todo lo contra-

rio». Y ahí puede venir toda una explicación satisfactoria o, si más no, una clarificación razonable: «Perdona, es que me duele el estómago» o «Debes de tener razón. Quizá es que quiero convencerme de que te quiero». Pero si, por las razones que sea, no es posible abandonar el campo ni metacomunicar («¡Niño, dónde vas!» o «¡Niño, de eso no se habla!»), tenemos la tercera condición para que se produzca una situación de doble vínculo. Es evidente que un bebé o un niño pequeño no pueden hacer ninguna de las dos cosas. En cualquier caso, las prohibiciones más difíciles de soslayar son las que no alcanzan a ser formuladas explícitamente pero, aun siendo implícitas, tienen una fuerza constrictiva contra la que resulta imposible rebelarse.

La cuarta condición es la existencia de una relación de dependencia entre los interlocutores que convierta en trascendental el resultado de la interacción. No es lo mismo que nos entrapen con mensajes contradictorios de aroma doblvincular personas con las que nos cruzamos fugazmente, que otras cuya influencia sobre nuestra vida es decisiva. En el primer caso podemos experimentar un ligero malestar o una irritación cuya causa puede tardar en revelárenos:

- ◆ «¿Por qué me resulta tan desagradable ir a comprar a esa panadería? Y finalmente reparo en que el panadero, aparentemente amable, es presuntuoso y condescendiente y me da a entender cada vez que le pido algo que mi pedido es inadecuado. Como resultado del descubrimiento, cambio de panadería o me blindo y me resigno sin más consecuencias.»

Sin embargo, en el segundo caso, la relación puede resultar tóxica, aunque para ello es necesario que no se trate de un fenómeno aislado, sino que constituya una pauta comunicacional estable.

- ◆ «Si mi jefe me doblvincula un día desafortunado, probablemente lo soportaré estoicamente, pero si cada día debo afrontar sus hipócritas efusiones de afecto mientras me cambia arbitrariamente los horarios por el bien mío y de los compañeros, podré llegar a sentirme enfermo, a pedir la baja o incluso quizá a cambiar de trabajo.»

Relaciones como las laborales pueden comportar un grado de dependencia suficiente como para que el desagrado o la irritación se conviertan en malestar... y hasta en síntomas. Pero solo la familia o sus sucedáneos pueden alcanzar la intensidad relacional necesaria para que una pauta doblevincular sea verdaderamente patógena. Y también puede ocurrir que, si existe ya una importante sensibilización doblevincular en la familia de origen, el factor precipitante sea una nueva experiencia de ese orden en algún nuevo contexto. Ello enlaza con la quinta y última condición.

Para que se produzca la situación de doble vínculo cuando este ya está instaurado como pauta comunicacional, no hace falta que se presenten todos sus ingredientes, sino que con uno de ellos basta. Así se explica que se pueda desencadenar un brote psicótico solo con la manifestación de una relación de dependencia, o con la sugerencia de algún elemento de comunicación paradójica.

- ◆ José estaba trabajando en un banco en sustitución de un empleado conocido de su padre; el jefe de personal que lo había recomendado para el puesto también era amigo de la familia. José se sentía transparente, incorpóreo, casi inexistente, porque tenía la sensación de que las miradas de los demás lo atravesaban para ir a fijarse en quienes eran los verdaderos responsables de su presencia allí, y, sobre todo, en su padre. Para contrarrestar el insoportable sentimiento de no existir para los demás, empezó a ofrecer préstamos sin intereses que provocaron el asombro de los clientes, la alarma de los directivos y, en última instancia, su expulsión.

La paradoja que experimentó José y que puso en marcha su psicosis, dando al traste con sus expectativas de una carrera bancaria, podría ser definida en los siguientes términos: «Soy yo quien firma el contrato y quien asume responsabilidades, pero no soy yo, sino mi padre, quien es percibido por la gente». Su identidad, ya maltrecha, no pudo resistir la prueba.

- ◆ Mari estaba estudiando en la universidad, lejos de su ciudad de residencia, cuando su madre, enferma de cáncer, entró en fase terminal. La familia

decidió no decirle nada a Mari porque, siendo de carácter débil y apocado, la noticia la podría haber alterado e interferido en sus exámenes. El resultado fue que la chica solo supo que su madre se moría cuando esta se hallaba en coma, el día antes del fallecimiento, y, aunque regresó rápidamente a casa, no pudo despedirse de ella. Al día siguiente empezó a delirar y desarrolló un episodio psicótico.

El duelo por la muerte de la madre, así como las consabidas e indemostrables causas biológicas, fueron las razones esgrimidas para explicar la psicosis de Mari. Pero la muerte de una madre, con ser una circunstancia triste, no es enloquecedora. Lo que rompió definitivamente la identidad de Mari, ya marcada por una dolorosa historia de desconfirmación, fue su sensación de inexistencia, de que, so pretexto de protegerla, simplemente no la habían considerado necesaria.

Ya hemos señalado antes que la teoría del doble vínculo fue recibida con gran interés por la comunidad científica y despertó unas justificadas expectativas acerca de que una nueva visión podía arrojar luz esclarecedora sobre la infinita complejidad de los trastornos mentales. Las expectativas no se vieron cumplidas porque nunca se pudo demostrar que un determinado y preciso doble vínculo fuera un factor relevante en la etiología de la esquizofrenia. Y también porque un tardío y vago énfasis de sus autores en la circularidad del proceso lo convirtió en una abstracción de difícil manejo (ver apartado 1.3). Va contra el sentido común que alguien pueda intervenir activa y co-responsablemente en el proceso de volverse loco, aunque sea perfectamente asumible que, una vez enloquecido, colabore en el mantenimiento de las reglas del juego.

Reivindicamos, en definitiva, la vigencia del doble vínculo, con una doble condición: que se lo considere una hipótesis general, sin especificidades etiológicas precisas (detrás de toda patología habría elementos doblvinculares); y que se le reconozca un componente de linealidad, integrado en otro de circularidad en un diferente nivel lógico (los padres doblvinculan a los hijos antes de que estos entren en el juego y con diverso grado de responsabilidad). De esta manera, la teoría del doble vínculo sigue siendo de extraordinaria utilidad para

comprender fenómenos relacionales muy importantes en las bases de la psicopatología: cómo unos padres que quieren a sus hijos, y que no vacilarían en arrojarlos al vacío desde un precipicio o a las llamas de un incendio para salvarlos, pueden a la vez infligirles sufrimientos atroces hasta el punto de arruinarles la vida.

2.4. *Las cibernéticas*

Parece ser que fue Don Jackson, un psiquiatra formado en el psicoanálisis interpersonal de Harry S. Sullivan, quien primero observó que, a veces, cuando un miembro sintomático de una familia era curado en una terapia individual, otro miembro desarrollaba síntomas. Dedujo que esas familias parecían necesitar un miembro con el rol de enfermo asignado para mantener un cierto equilibrio.

- ◆ La madre está muy preocupada porque Luisito ha desarrollado una fobia escolar, que lo retiene en casa y requiere continuamente sus cuidados. Lo lleva al paidopsiquiatra, quien le receta una medicación que lo anima lo suficiente como para romper el *impasse*. Luisito ya va al colegio, pero ahora mamá está muy preocupada porque Toni está presentando un asma bronquial bastante intensa. Ahora van todos a terapia familiar, y allí aparece que el padre es un hombre excesivamente ocupado, que nunca está en casa y que tiene bastante descuidada a la madre. Esta se siente frustrada y deprimida, y a veces tiene ganas de pedir el divorcio, pero sus hijos enfermos no le han permitido pensar seriamente en ello.

He aquí un ejemplo clásico de las situaciones que llamaron la atención de los comunicacionistas sobre la importancia de la circularidad en los procesos relacionales familiares. Jackson formó parte del equipo de Bateson en Palo Alto, y ambos tuvieron ocasión de contactar con Wiener, el padre de la *primera cibernética*, que formaba parte del grupo de sabios convocados por la Macy Foundation para discutir temas relacionados con la comunicación. Así se dieron las condiciones para que la cibernética entrara en el cuerpo teórico de la terapia familiar.

El término «cibernética» procede del griego *kibernos*, la misma raíz de «gobierno», por lo que, etimológicamente, estaríamos ante la ciencia del control. Se trataría, pues, de la ciencia que estudia el equilibrio de los sistemas y sus mecanismos controladores. El equilibrio de un sistema es la homeostasis (en la familia citada, la no separación de los padres para preservar la unidad), y se regularía mediante mecanismos de retroalimentación o *feedback*, es decir, de información circular (el conocimiento de la existencia de un hijo enfermo). Se trata de una formulación adecuada para comprender la tendencia de los sistemas a preservar el equilibrio sin cambiar. Pero los sistemas, por fortuna, también cambian, por lo que se impone una conceptualización más amplia que contemple esta posibilidad. Es la que brinda la llamada *segunda cibernética*.

Maruyama (1985) describió dos procedimientos mediante los cuales los sistemas podían alcanzar el equilibrio. Uno, similar al propuesto por la primera cibernética, conduciría a la eliminación de las perturbaciones y la conservación del equilibrio previo amenazado. Sería la *morfostasis*, a cuyo servicio se encontraría el *feedback negativo*. El otro amplificaría las perturbaciones mediante mecanismos de *feedback positivo* para generar un cambio y, con él, un equilibrio nuevo, que sería la *morfogénesis*. Morfostasis y morfogénesis serían dos procesos igualmente importantes y necesarios en las familias, que deben conservarse fieles a sí mismas y, al mismo tiempo, cambiar, para asegurar el bienestar y la salud mental de sus miembros. Según en qué circunstancias y según en qué momentos del ciclo vital puede ser adecuado que morfostasis y morfogénesis se combinen equilibradamente o que, por el contrario, una de ellas predomine sobre la otra.

- ◆ Una familia emigrante, de las que se desplazan a otro país con los cinco sentidos puestos en el regreso a su tierra con unos ahorros que le permitan vivir mejor, estará con toda probabilidad en un momento morfostático. La suya es una emigración a corto plazo, como la de los españoles a Europa central hace cuarenta años o la de los balcánicos y los turcos aún ahora. Ellos no quieren cambiar, sino que, antes bien, se aferran a su idioma y sus costumbres, sabedores de que, en el soñado regreso, les serán imprescindibles para readaptarse a su país.

¿Qué puede ocurrir, en tales circunstancias, con una adolescente, empujada por el ciclo vital a un rol morfogénico, rompedor de viejos moldes y abierto a cualquier novedad? Su situación será comprometida, porque la familia no valorará su apertura sino como un peligro. En el peor de los casos, hasta su vida puede verse amenazada, como prueban las trágicas noticias de adolescentes asesinadas por sus familias islámicas porque salían con chicos del país de acogida. En casos menos extremos, la adolescente puede ser tributaria de un diagnóstico psiquiátrico, por ejemplo de trastorno límite de personalidad. Basta con que un psiquiatra sintonice con la morfostasis familiar. Por el contrario, una abuelita triste, pasiva y añorante del terruño se puede convertir para la misma familia en una bendición morfostática y verse protegida contra una eventual patologización de su conducta.

Pero si nuestra familia emigrante es de las que piensan en irse para no volver, como los europeos antes y aún ahora los asiáticos en América, el panorama puede ser radicalmente distinto. La misma adolescente, que no solo sale con chicos, sino que los trae a casa, es la primera en aprender la lengua y las costumbres nuevas, asimilándose antes que nadie al país de acogida. La familia, intensamente morfogénica, quizá la valore como un potente recurso sociabilizador, lo que aumenta considerablemente su prestigio interno. La abuelita, en cambio, con la mirada perdida en el horizonte y suspirando por la tierra perdida, correrá mayor peligro de ver su conducta patologizada como depresiva por constituir un insostenible riesgo morfostático.

Sin llegar a los extremos que pueden vivirse en los ejemplos referidos, las familias experimentan cotidianamente circunstancias que priman la morfostasis o la morfogénesis, y algunos de sus miembros pueden identificarse preferentemente con cada una de ellas, obteniendo considerables ventajas o desventajas relacionales. La segunda cibernética da buena cuenta de ello.

2.5. La puntuación

Cuando se acepta la vigencia de la causalidad circular resulta difícil, si no imposible, establecer un orden secuencial de los elementos dispuestos circularmente. O, dicho de otro modo, no existe una forma única de puntuar una serie de acontecimientos relacionados entre sí por una causalidad circular, sino que hay diversas maneras legítimas de hacerlo.

- ◆ ¿Qué viene primero, el agobio que experimenta Enrique cuando llega a casa y sabe la letanía de quejas que le aguarda o el sentimiento de abandono de María ante la dedicación de su marido al trabajo?
- ◆ Luis está convencido de que la causa de la miseria sexual de su pareja es la permanente desgana de Encarna, su esposa, pero esta cree firmemente que ella tendría ganas si su marido fuera cariñoso todo el día y no solo un ratito antes de irse a la cama.
- ◆ Marcos, joven de 16 años, llega a casa tarde cada vez que siente lo que él considera el intolerable control de sus padres, contra el que se rebela también desordenando concienzudamente su habitación o escuchando música con los auriculares puestos en los espacios de convivencia familiar. A su vez, los padres de Marcos hacen lo posible por controlar lo que consideran un comportamiento intolerable de su hijo.

Las diferencias de puntuación originan narraciones radicalmente distintas de unos mismos hechos, y ¡ay del terapeuta que pretenda establecer cuál es la buena o quién tiene la razón! A veces los equívocos pueden ser trágicos, pero otras resultan pintorescos, como en el conocido caso que a continuación se refiere.

- ◆ Los psicólogos sociales de los ejércitos norteamericano y británico, al final de la segunda guerra mundial, observaron un curioso fenómeno que les llamó poderosamente la atención. En Gran Bretaña, en los meses precedentes a la invasión del continente, surgió simultáneamente un

prejuicio entre los soldados americanos acantonados en la isla y entre las jóvenes nativas. Ambos colectivos consideraban al otro grupo como desvergonzado y tendente a comportamientos sexualmente inmorales y promiscuos.

¿Cómo podía darse tal simultaneidad? Si uno de los dos grupos tenía razón, entonces el otro no debería tenerla. Si los soldados eran unos frescos que solo pensaban en irse a la cama, entonces las chicas deberían ser recatadas y juiciosas. O viceversa. Los profesionales se empeñaron en desvelar el misterio y estudiaron minuciosamente la situación, hasta llegar a la conclusión de que los soldados americanos y las muchachas británicas poseían códigos culturales distintos referentes a los comportamientos sexuales. Si en una secuencia de diez etapas, ambos códigos coincidían en la primera (presentación y darse la mano) y en la décima (hacer el amor), había, en cambio, notables diferencias en las etapas intermedias. Por ejemplo, en la codificación americana, el beso bucal ocupaba uno de los primeros lugares, pongamos el tercero. Los jóvenes americanos, al menos en aquellos tiempos, parece que empezaban a besarse al inicio de la relación, mientras que debían atravesar varias etapas de caricias, juegos, etcétera, antes de consumarla genitualmente. Por el contrario, la codificación británica situaba el beso hacia el final de la secuencia, pasadas las etapas de juegos y caricias. Por eso, el soldado proponía el beso muy pronto, generando en la joven la impresión de que estaba quemando etapas. Pero, a su vez, si acuciada por las carencias de la guerra, y de acuerdo con su propio código, la británica aceptaba el beso, su paso siguiente era ya disponerse a hacer el amor, superando ampliamente las expectativas del americano, aún limitadas a esas alturas a los escarceos preliminares. El resultado era, también, una interpretación de que quien quemaba etapas era la otra parte.

Los códigos culturales eran, en este caso, responsables de unas diferencias de puntuación generadoras de dos narraciones distintas, ambas obviamente sesgadas y prejuiciosas. Y lo mismo ocurre cotidianamente cada vez que se puntúa de acuerdo con códigos inevitablemente diferentes, contruidos con elementos culturales, de géneros, de edades y, sobre todo, de subjetividades diversas. Por eso es más fácil que los

equívocos de puntuación se generen por la comunicación *analógica*, ya que está mucho más imbuida de subjetividad y de singularismos que la *digital*.

La comunicación digital es discreta, está presidida por la lógica, se basa en códigos arbitrarios y se adapta a la expresión de contenidos racionales, precisos, unívocos y explícitos. La analógica, en cambio, es continua, imprecisa y equívoca, así como adecuada para la expresión de contenidos emocionales, que no incluyen la negación pero sí la condensación, la ambivalencia y la polisemia. La comunicación digital está ligada a la eficacia y a la transmisión de elementos cognitivos, pero sin la analógica apenas serviría para la expresión de los robots. Y el terapeuta debe prestar atención a ambas, porque, como se ha visto a propósito del doble vínculo, cuando entran en contradicción transmitiendo mensajes incompatibles, pueden surgir problemas.

El comunicacionalismo y, especialmente, su principal divulgador Watzlawick (1967) consideraron que la comunicación digital era adecuada para transmitir *contenidos* y que la analógica era idónea para expresar *relaciones*. Sin embargo, estimamos que esta distinción es un fruto de la fobia a las emociones que imperaba en Palo Alto en los tiempos fundacionales. Superado afortunadamente el tabú, vale la pena regresar a la idea tradicional de que las emociones existen y que la comunicación analógica es su vehículo privilegiado de expresión. Veamos un ejemplo de malentendido en la puntuación generado por diferencias analógicas.

- ◆ A mediados del siglo xx se extendió por Europa un doble prejuicio (Sluzki, 1976). En el Norte se creó la opinión de que los latinos o mediterráneos eran ardientes amantes tendentes a la promiscuidad, mientras que, simultáneamente, en el Sur surgió el mito de la nórdica insaciable devoradora de hombres. De nuevo una situación en la que resultaba imposible dar la razón a una parte, que motivó la intervención de los estudiosos de la comunicación.

Se constató que la distancia intercorporal que soporta un latino sin sentir incomodidad por la proximidad es bastante menor que la de los escandinavos. Supongamos que 40 y 60 centímetros respectivamente.

Imaginemos ahora a un latino y a una sueca conversando gentilmente en una fiesta. Hay mucho ruido y el latino se acerca hasta 40 centímetros sin experimentar incomodidad, pero la sueca se siente vagamente incómoda y retrocede un paso. No importa de qué estén hablando, seguramente temas banales en un pobre inglés, porque la relación se está jugando, sobre todo, en el nivel analógico. El latino sigue acercándose y la sueca retirándose, ambos sin darse cuenta, pasito a pasito. Hasta que, de repente, el latino se ve agradablemente sorprendido, porque la sueca le coge la mano o le roza la mejilla. «¡Tate, aquí hay rollo!» Si ya había oído algo, su opinión de las escandinavas se confirma, ajeno a que en su interlocutora se acaba de producir un proceso similar, pero de signo opuesto: «Este tío que se acerca tanto no puede sino buscar ligue; y, puesto que estoy de vacaciones y ya he topado con la pared de tanto recular, pues... bueno... acepto. ¡Pero hay que ver cómo son los latinos!».

2.6. *De la terapia familiar al modelo sistémico*

La terapia familiar como nuevo modelo psicoterapéutico pudo haber recibido, y de hecho recibió, muchos nombres. En algún momento, se la conoció con la peregrina denominación de *terapia familiar conjunta*, porque, a diferencia de lo que se podía esperar en aquellos tiempos de ortodoxia psicoanalítica, se citaba juntos a los distintos miembros de una familia, y no a cada uno por separado con su correspondiente terapeuta. Otros nombres que probaron fortuna fueron «comunicacionalista», «estructural», «estratégica», «contextual», «experiencial», etcétera. ¿Por qué, entonces, acabó llamándose sistémica? La responsabilidad pertenece, en parte, a Mara Selvini y sus colaboradores del equipo de Milán, que se empeñaron en usar esa denominación, pero el mérito principal es del concepto de sistema y de su inventor, Von Bertalanffy (1968).

Un conjunto de elementos, dotados de atributos y relacionados entre sí. He aquí una definición de sistema que, de puro sencilla e inespecífica, corre el riesgo de decepcionar. Y, sin embargo, en esa versatilidad reside una de sus ventajas: la *teoría general de sistemas* ha sido aplicada con

igual éxito a las matemáticas y a las ciencias de la naturaleza que a las humanas y sociales. Pero, además, el concepto de *sistema* venció al de *grupo* para definir a la familia, aunque los psicoanalistas sigan empeñados en hablar de *grupo familiar*, porque recoge mejor su dimensión de proceso relacional, independiente del proceso terapéutico. El sistema familiar existía antes y seguirá existiendo después de la terapia, mientras que el grupo es la efímera creación del terapeuta.

Dotado de los conceptos subsidiarios de *suprasistema* y *subsistema*, el sistema se convierte en un instrumento teórico de gran utilidad, que permite focalizar cualquier unidad relacional en función de las necesidades de la intervención. El suprasistema, que engloba diversos sistemas, conserva las propiedades de estos aunque incorpora otras nuevas, y el subsistema pierde algunas cualidades del sistema que lo engloba pero mantiene otras.

- ◆ ¿Que el niño no quiere ir al colegio? El foco del terapeuta sistémico se va a ampliar desde el sistema familiar al suprasistema constituido por la comunidad escolar, que incluye al psicopedagogo, los profesores, los alumnos y las familias. No es que vaya a citarlos a todos a sesión, pero los va a mantener en su espacio perceptivo, moviéndose entre ellos con flexibilidad.
- ◆ ¿Que la señora está deprimida, a pesar de un reciente cambio a una lujosa vivienda, y ha empeorado precisamente desde entonces? Pues de nuevo el foco terapéutico va a abrirse para incluir la red social de la señora, o para verificar que dicha red se ha empobrecido mucho desde el cambio de domicilio y para ayudarla a reconstruirla.

El movimiento inverso, de reducción del foco hacia los subsistemas, es también de gran utilidad. En el curso de una terapia familiar pueden hacerse evidentes temas propios de la pareja parental, como las relaciones sexuales, que establecen la indicación de realizar alguna sesión solo con ellos, e igualmente cuestiones que atañen preferentemente a los hijos y que se benefician de un trabajo específico con ellos. La pareja y los hijos son los subsistemas que con más frecuencia focalizan

los terapeutas familiares, pero en absoluto los únicos. Las mujeres y los hombres de la familia pueden brindar también adecuados marcos subsistémicos a problemas que implican la relación entre los géneros; o los aficionados al fútbol y los aficionados al piano, los que tienen el sueño pesado y los que lo tienen ligero, los mimosos y los expresivamente austeros, y un largo etcétera.

- ◆ En una familia reconstituida, los padres habían estado casados respectivamente con una griega y con un inglés. Había hijos de los dos matrimonios precedentes y del actual, y uno de los hijos mayores estaba manifestando síntomas agorafóbicos de cierta intensidad. El terapeuta encontró útil trabajar con los subsistemas «morenos» y «rubios».

Y esa es la principal virtud de estos conceptos. Que, lejos de constituir un rígido corsé intelectual que limite la creatividad de quien los usa, solo tienen razón de ser cuando se los reinventa en cada nueva ocasión. El juego de lentes que permite al terapeuta enfocar sistemas, suprasistemas y subsistemas, de acuerdo con la naturaleza del problema, pero también de acuerdo con su legítima capacidad creadora, constituye un instrumento sumamente valioso. Por eso, seguramente, la denominación de *sistémico* terminó imponiéndose para el modelo general, mientras que las otras quedaron, en el mejor de los casos, como marcas de territorio de algunas escuelas.

La terapia familiar ha permanecido a lo largo del tiempo como la aplicación emblemática del modelo sistémico, pero, junto a ella, han ido surgiendo otras técnicas y actividades igualmente tributarias de él. Así, la *terapia de red*, que apareció ya en los años sesenta de la mano de Speck y Attneave (1973) y conoció interesantes aportaciones de autores como Elkaïm (1987) y Sluzki (2010). A través de numerosas variantes, esta modalidad de terapia (o «prácticas de red», como prefieren llamarle algunos autores) consiste en trabajar con la presencia de figuras relevantes, cuantas más mejor, del entorno social del paciente.

- ◆ Juan, un honrado campesino de 45 años con mujer y tres hijos, fue ingresado de urgencias en un hospital psiquiátrico después de que la

policía consiguiera neutralizarlo cuando estaba a punto de arrojarse por un precipicio en su coche, junto con su familia. En el momento del ingreso estaba agitado y, entre protestas y amenazas, aseguraba que él era el rey de España y merecía respeto y buen trato.

Durante las dos semanas que duró su estancia en el hospital, Juan fue medicado con neurolépticos y se le brindó un trato afectuoso y reconecedor, a la vez que se empezaron a recoger datos de su historia. Cuando fue dado de alta, se le propuso un seguimiento por el mismo equipo en el Centro de Salud Mental de su comarca de residencia. Y se empezaron enseguida sesiones de red en el domicilio familiar, una hermosa y antigua casa rural, a las que se convocó a una veintena de personas, entre familiares, vecinos y fuerzas vivas de la zona: el médico, el párroco, el farmacéutico y el pastor, entre otros. Las sesiones se desarrollaron en torno a una gran mesa de madera, con un porrón de vino y un embutido circulando, y con el crepitar del fuego en la chimenea como banda sonora. Y la historia que se acabó de construir entre todos resultó conmovedora.

Juan había manifestado en su juventud interés por la mecánica, e incluso había hecho estudios y trabajado en un taller, pero se enamoró y le entró prisa por casarse, por lo que decidió quedarse a ayudar a su padre, que era capataz de una hacienda de mediana importancia. Con los padres vivieron, pues, mientras fueron naciendo los hijos, y así siguieron aun después de que el abuelo se jubilara y Juan pasara a ocupar su puesto al frente de la explotación. Pero la jubilación de los campesinos era más teórica que real, por lo que la opinión del padre, su mirada reprobadora frente a las iniciativas modernizadoras que iba adoptando Juan, tenían un peso indudable. Y todas las reformas resultaron un fracaso. Los corderos patagónicos murieron de una plaga misteriosa, los pollos encontraron el mercado sobresaturado, y los kiwis no superaron las heladas invernales. «¡Ya lo decía yo! —aseguraba el padre a quien quisiera oírlo—. Este chico tiene demasiados pájaros en la cabeza.» Juan, mientras tanto, se iba retrayendo, y apenas prestaba atención a su familia, él que tan buen padre y marido había sido siempre. También empezó a desinteresarse del trabajo, y se le vio leyendo libros de medicinas alternativas... Incluso llegó a proponerse como curandero a los vecinos, que, pensando en la suerte corrida por los corderos, lo miraban con invencible desconfianza. En esas

estaba cuando, un día, cargó a la familia en el coche y se encaminó a los acantilados vecinos, amenazando con concluir trágicamente la historia.

Se trata de una historia que, como aquí acaba de ser sucintamente referida, fue co-construida por todos los presentes, cada cual añadiendo un matiz, discutiendo algún aspecto o sugiriendo una circunstancia. La historia tuvo la virtud de generar una oleada de empatía solidaria, diluyendo el miedo que los últimos acontecimientos habían hecho surgir en la familia y en el vecindario. Ahora se entendía todo, ¡pobre Juan! ¡Qué mal le habían ido las cosas, con lo buena persona que era!

La terapia concluyó tras algunos meses de trabajar con la familia, ya en un contexto más clásico, y Juan no volvió a tener experiencias psicóticas.

También existen experiencias significativas de terapias individuales, grupales e institucionales de orientación sistémica, así como de otras actividades no estrictamente terapéuticas, como la *mediación* y el *coaching*.

2.7. *La terapia estructural*

Mientras en California, inspirado por la comunicación esquizofrénica, el equipo de Palo Alto construía la raíz comunicacionalista de la terapia familiar, en la costa Este americana ocurrían otros hechos relevantes. También allí un grupo de terapeutas se interesaba por las familias, pero por las que poblaban los barrios marginales de grandes ciudades como Nueva York, Filadelfia y Washington, familias pobres e inadaptadas, castigadas por el desempleo, el consumo de drogas y la violencia. Nada que pudiera seducir por su comunicación, mientras que, por el contrario, se trataba de familias de rica e imaginativa *estructura*, donde las rupturas y las reconstituciones se combinaban de forma variopinta, realzadas por una natalidad generosa.

- ◆ Un terapeuta familiar, acostumbrado a trabajar en un departamento de psiquiatría con pacientes neuróticos, psicósomáticos, psicóticos y depre-

sivos, experimentó un choque profesional cuando tuvo que empezar a ocuparse de supervisar el trabajo con familias de un equipo de atención a drogodependientes, principalmente heroinómanos. En los escasos 18 kilómetros que mediaban entre sus dos lugares de trabajo, tenía la impresión de cambiar de planeta. Estaba acostumbrado a familias compuestas por padres y un par de hijos, y, al llegar al nuevo centro, se encontraba con un genograma que le esperaba ya dibujado en la pizarra: una sola familia, pero múltiples emparejamientos, rupturas y reconstituciones, con numerosos hijos y relaciones rocambolescas. Nuestro terapeuta realizaba, con un breve desplazamiento, un fascinante viaje por la historia.

Y es que, efectivamente, aquellos terapeutas americanos se dejaron seducir por la estructura de la *familia multiproblemática* (la «familia de los suburbios», la llamó Salvador Minuchin [1967]) e, inspirados por ella, construyeron la raíz estructural de la terapia familiar sistémica. Conceptos como *jerarquía*, *cohesión* o *permeabilidad* de las fronteras, emanan de un abordaje que insiste en la necesidad de la visión sincrónica, frente a la diacrónica. No es la historia, sino el aquí y el ahora lo que cuenta, y, con un criterio pragmático, se intenta sacar de ello el máximo partido terapéutico: la familia desarrolla sus propios recursos de la mano del experto, que tiende a restablecer interacciones funcionales donde antes había triangulaciones, coaliciones, padres periféricos y madres sobreinvolucradas.

La tipología estructural histórica distingue entre familias *aglutinadas* y familias *desligadas*. En las primeras existen fuertes vínculos entre sus miembros, que los empujan a mantenerse cercanos, con escasa distancia relacional entre sí, a la vez que las fronteras que separan al sistema del exterior son demasiado fuertes y resultan poco permeables. Se comprende que el sentimiento de pertenencia sea alto en las familias aglutinadas, mientras que, en cambio, la individuación puede verse seriamente comprometida. En las familias desligadas el panorama es muy diverso, puesto que los vínculos internos son flojos y las fronteras exteriores sumamente permeables. Sus miembros son lejanos entre sí y pueden sentirse individuados con facilidad, incluso excesiva, mientras que la pertenencia estará seriamente hipotecada.

De todas formas, la disfuncionalidad reside en las posiciones extremas de la aglutinación y el desligamiento. Ambas condiciones dejan mucho espacio para la implantación de variantes de la normalidad. En los polos disfuncionales, respectivamente tendentes a la rigidez y a la caoticidad, se han querido ver circunstancias predisponentes a la esquizofrenia y a las sociopatías.

Por otra parte, existen factores culturales relacionados con ambos tipos de estructura familiar, de manera que la aglutinación encaja mejor en las pautas latinas, mediterráneas y, en general, meridionales, mientras que el desligamiento corresponde más a las expectativas de las culturas nórdicas. Por eso, una familia moderadamente desligada puede ser funcional en el Norte y, en cambio, no garantizar suficientemente vivencias de pertenencia en el Sur. Por su parte, una familia discretamente aglutinada, que en el Sur no destacaría como problemática, puede representar en el Norte una amenaza para la individuación de sus miembros.

2.8. Pioneros e inclasificables

Apenas hablaremos de Milton Erickson, cuya condición de pionero y de inclasificable nadie discute. No creó una escuela ni escribió gran cosa, pero debió de ser un excelente anfitrión, puesto que por Phoenix pasaron numerosos viajeros y, particularmente, Jay Haley, que se convirtió en su principal propagandista. Erickson (1979) no era terapeuta familiar y, en cambio, practicaba la hipnosis «sin trance», pero tenía un formidable instinto relacional y una imaginación irreverente que le permitían armar exitosamente las más atrevidas estrategias. Su decisiva influencia sobre la terapia familiar consistió, sobre todo, en validar la creatividad y la heterodoxia. No en vano el libro que le dedicó Haley (1973) se llamó *Terapia no convencional*.

Ackerman (1966) fue uno de los primeros en realizar el viaje desde el pasado hasta el aquí y el ahora, en su empeño por aproximar a la terapia familiar un psicoanálisis que, formalmente, nunca abandonó. Al tratar familias con patologías graves, se preocupó por ayudarles a

cambiar sus estructuras, alejando a una abuela entrometida o aproximando a unos padres distanciados. Sentó así las bases de la terapia estructural, que desarrollaría Salvador Minuchin, quien vivió con Ackerman momentos decisivos de su formación. Incluso la técnica del cambio de sillas en sesión, que durante un tiempo constituyó una especie de emblema de la terapia familiar, fue un invento de Ackerman.

Con Whitaker (1988) las intervenciones paradójicas que tanto gustaban a los comunicacionalistas alcanzan, en opinión del propio autor, el nivel del absurdo. Hombre de gran carisma y verdadero experto en el arte del desafío, Whitaker representa en sí mismo lo más admirable y... quizá también algo de lo más criticable de la terapia familiar: una creatividad libre y desenfadada y una arbitrariedad espontaneísta e improvisadora. Pero, en cualquier caso, era un fino estratega, capaz de decidir la suerte de la terapia en los primeros contactos con la familia, tomando sabiamente el control de una *danza terapéutica* que no dejaría de dirigir mientras durara.

En las antípodas de Whitaker desde varios puntos de vista, incluido el temperamento, se sitúa Murray Bowen, otro psicoanalista convertido en terapeuta familiar que no solo no renunció a la visión histórica y diacrónica, sino que hizo de la transgeneracionalidad uno de sus principales referentes. En efecto, según Bowen (1978) una psicosis se forjaría en tres generaciones de transmisión de pautas disfuncionales, principalmente el *fracaso de la individuación*, ya que esta era para él el principal requisito de la madurez psicológica. Pionero por excelencia, Bowen desarrolló algunas experiencias fascinantes, como ingresar a la familia junto con el paciente, o introducir el trabajo directo con la familia de origen en la formación del terapeuta.

Otro pionero de similar trayectoria fue Ivan Boszormenyi-Nagy (1973), húngaro afincado en Estados Unidos y fundador de la *terapia contextual*. Su aportación más sugestiva fue relacionar los síntomas psicopatológicos con las *lealtades intergeneracionales*, de las cuales, las *lealtades invisibles* son las más disfuncionales y deben ser visibilizadas en el curso de la terapia. La idea de justicia en las relaciones interpersonales desempeña un papel importante en la obra de Nagy, que enfatiza

la necesidad de la equidad y la reciprocidad en los intercambios en el marco de una *ética relacional*. El terapeuta participa del mismo encuadre mediante una estrategia de *parcialidad multidireccional*.

Stierlin (1986), figura emblemática del grupo de Heidelberg, es uno de los pioneros europeos que, al igual que sus congéneres americanos, transitó del psicoanálisis a la terapia familiar, adaptando creativamente ideas y sensibilidades y alejándose progresivamente del primero para integrarse más en la segunda. Muy ligado a la *intergeneracionalidad* y a conceptos coherentes con ella, como *delegación y misión*, en sus primeros tiempos hizo propuestas tan psicoanalíticas como distinguir misiones intergeneracionales al servicio del *ello*, del *yo* y del *superyó*. Sus trabajos posteriores han profundizado de forma notable, sin embargo, en los aspectos relacionales de las grandes patologías psicóticas y psicósomáticas.

2.9. *La terapia familiar en Italia*

El desarrollo del modelo sistémico en Italia requiere una mención especial, tanto por la importancia de las contribuciones que desde ella se han realizado, como por el número y la calidad de sus centros de formación y por el arraigo de la terapia familiar en la sociedad italiana. Nada de ello podría entenderse sin tener en cuenta los antecedentes que supusieron la obra de Basaglia (1968) y el *antiinstitucionalismo* (Ceberio y Linares, 2000), así como su heredero, el movimiento de *psiquiatría democrática*, desde mediados de los años sesenta hasta comienzos de los ochenta. En efecto, simultáneamente a la gestación y el desarrollo de la *antipsiquiatría* de Laing y Cooper, en el Reino Unido, y de la *psicoterapia institucional*, en Francia, con resonancias de los movimientos contestatarios de aquellos años, en Italia se fraguó una corriente alternativa en el campo de la salud mental, tan crítica en lo teórico como orientada a una práctica reformadora de corte radical, que se salvó del ulterior desprestigio que conocieron otras experiencias similares porque obtuvo éxitos políticos y administrativos incuestionables, como la superación definitiva de los manicomios. Y,

al igual que los mencionados autores británicos ejercieron una influencia notable sobre los primeros terapeutas familiares norteamericanos, los profesionales de la salud mental italianos comprometidos con el antiinstitucionalismo fueron terreno abonado para el ulterior arraigo de las ideas y las prácticas sistémicas.

En primer lugar, debe ser mencionado el mítico *Milan team*: el equipo de Milán, formado por Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata. Trabajaron juntos desde los años sesenta, en 1973 publicaron su obra más conocida, *Paradoja y contraparadoja* (Selvini *et al.*, 1974), donde desarrollaban de forma muy brillante las ideas comunicacionistas y, especialmente, la potencia de las intervenciones paradójicas, como la prescripción del no cambio o del síntoma. Selvini y sus colaboradores irrumpieron con fuerza en el panorama de la terapia familiar y cosecharon un gran éxito en los Estados Unidos. Aunque poco después el equipo se dividió, Boscolo y Cecchin continuaron una senda muy americana, vinculada al posmodernismo, mientras que Selvini y Prata dieron un giro a sus investigaciones para volcarse en el desarrollo de la lógica estructural hasta sus últimas consecuencias. Así es como puede ser interpretada la célebre *prescripción invariable*, con la que se pedía a familias con hijos psicóticos o afectos de graves trastornos alimentarios que realizaran algunos rituales (desapariciones periódicas de los padres, ocultamiento de las actividades de los padres al conocimiento de los hijos, etcétera), tendentes a inducir una drástica realineación de los citados subsistemas familiares. Mara Selvini Palazzoli, con su nuevo equipo, constituido por su hijo, Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino, dedicó los últimos años de su vida a profundizar en la investigación de las bases relacionales de la psicopatología grave. La *teoría de los juegos psicóticos* (Selvini *et al.*, 1988) fue el principal fruto de tal esfuerzo. Se trata, probablemente, de la obra más madura de la autora, en la que las tradiciones comunicacionista y estructural se integran en una nueva visión, crítica de los excesos de un cierto fundamentalismo sistémico y reivindicadora de ideas procedentes de otros modelos, como la *teoría del apego* de Bowlby (1969) o el *post-racionalismo* de Guidano (1991). En esa línea han continuado profundizando sus colaboradores tras la desaparición de Mara Selvini.

Otro grupo italiano muy influyente es el del *Centrostudi* de Roma, liderado por Cancrini (1987) y Onnis (1985). Cancrini, que es uno de los autores más prolíficos de la literatura sistémica, ha dedicado muchos esfuerzos a estudiar problemas específicos de gran trascendencia clínica, así como a reflexionar sobre la enseñanza de la psicoterapia y a extender su práctica. Destacan de modo particular sus investigaciones sobre las *drogodependencias*, las *familias multiproblemáticas* y, últimamente, los *trastornos de personalidad*. En cuanto a Onnis, ha realizado brillantes aportaciones al estudio de las bases relacionales de trastornos «psicosomáticos», como el *asma bronquial* y los *trastornos de la conducta alimentaria*, asimismo, ha prestado una especial atención a la expresión corporal y ha elevado a la condición de arte el uso de la técnica de la *escultura*.

También en Roma, Andolfi (1987) fue otro de los primeros autores europeos que conocieron el éxito en los Estados Unidos. Combinó un profundo conocimiento del niño y de sus condiciones relacionales con un manejo creativo de ideas y técnicas estructurales y vivenciales.

Sería imposible hacer justicia a la terapia familiar italiana mencionando apenas a sus representantes más relevantes, mas, para dar una idea de sus dimensiones, citaremos a algunos autores y directores de escuelas extendidas por todo el país: De Bernart, De Filippi, Bruni, Semboloni, Mastropaolo, Ugazio, Cigoli, Viaro, Manfrida, Coletti, Chianura, Aurello, Ruggiero, Galluzzo, Galante y un muy largo etcétera.

2.10. ... y en toda Europa

Si Italia es un caso excepcional, Europa constituye a su vez un fenómeno único por la concentración de talento y la riqueza de sus recursos culturales. Sería, pues, una ingenuidad pretender resumir sus aportaciones a la terapia familiar y citar a sus autores significativos, más aún cuando Elkaïm (1995) ya lo ha intentado con notable éxito. Este autor, desde Bruselas, ha liderado al frente de la European Family Therapy Association (EFTA) el movimiento asociativo de los terapeutas familiares

Europeos, pero, además, ha realizado interesantes aportaciones a la teoría y la práctica sistémicas. Su cercanía al premio Nobel de química Prigogine a través del matrimonio Goldbeter le facilitó teorizar sobre las fluctuaciones de los sistemas lejanos al equilibrio, y su condición de formador y supervisor carismático se ha proyectado especialmente en su desarrollo del concepto de *resonancia*. Esta consistiría en la conjunción de elementos comunes a diferentes individuos o sistemas relacionales, que suscitan construcciones de la realidad compartidas por diferentes miembros del sistema terapéutico.

Sin salir de Bruselas ni del equipo del Institut d'Études de la Famille et des Systèmes Humains (IEFSH), Edith Goldbeter (2003) ha propuesto el concepto de *tercero pesante* en una muy interesante reflexión sobre las dinámicas del duelo, mientras que Jacques Pluymaekers (1992) ha formulado algunas imaginativas técnicas de trabajo transgeneracional, como el *genograma-paisaje*.

En Francia, los más importantes autores sistémicos no disimulan las influencias psicoanalíticas. Así Neuburger (1984) propone un esquema de indicaciones de terapia individual de orientación psicoanalítica o terapia familiar de orientación sistémica según se distribuyan la queja, la alegación y la demanda entre los miembros de la familia. Caillé y Rey (1988), juntos y separados (Caillé, 1991), han realizado interesantes aportaciones sobre el trabajo con parejas, proponiendo brillantes técnicas como las esculturas, el juego de la oca y el blasón familiar. Miermont (1997) se ha ocupado de pacientes psicóticos y de otros gravemente trastornados y pluri-institucionalizados y ha reflexionado sobre los procesos cognitivos y comunicacionales que permiten gestionar la autonomía. Romano (2010) propone un hermoso trabajo con la *fratría*, a la vez que, con sus colaboradores Bouley, Chaltiel, Destal y otros, en la Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles (APRTF), desarrolla un trabajo clínico y formador que se beneficia de su implantación en medios institucionales psiquiátricos.

En la Suiza francófona, Vannotti (2010), que ha participado en el equipo milanés de Selvini, Cirillo y Sorrentino, trabaja con problemáticas médicas relacionadas con el dolor y el duelo, así como con el maltrato en sus diversas manifestaciones.

En Noruega, uno de los más influyentes autores europeos es el malogrado Tom Andersen, que desde los años ochenta ha desarrollado la técnica, pero también la teoría, del *equipo reflexivo* (Andersen, 1995). Coherente con su filiación posmoderna socio-construccionista, Andersen promueve un cambio de dirección del *espejo unidireccional* durante las sesiones de terapia familiar, de manera que la familia asista a las deliberaciones del equipo terapéutico. Es un modo de imbuirse de conversaciones positivas y de espíritu colaborativo, alternativas a las habituales de la familia centradas en el síntoma.

Y la relación podría prolongarse hasta el infinito, excediendo con mucho los límites de este libro. Es cierto que la terapia familiar nació en Estados Unidos, pero la cultura europea creó la psicoterapia y ha sabido recuperar el modelo sistémico, conectándolo con una visión integradora de los otros modelos y profundizando en su aplicación a la clínica psiquiátrica.

ENTRE EL AMOR Y EL PODER: EL MALTRATO PSICOLÓGICO

3.1. *La condición humana: el amor*

Hace varios millones de años, los cambios climáticos y las modificaciones de la vegetación que estos comportaron en la selva africana, la cual, probablemente, se hizo menos tupida y evolucionó hacia sabana, propiciaron que algunas especies de primates especialmente desarrolladas comprendieran las ventajas de bajar de los árboles de forma progresiva y sistemática (De Waal, 2006).

La bajada de los árboles significó la expansión de la bipedestración y, con ella, toda una serie de cambios morfológicos que permitieron la ampliación del cráneo y, por supuesto, el aumento de la masa cerebral. Tal es el marco físico en el que se desarrolló el primer psiquismo humano. A dos pies y a ras del suelo, aquellas inteligentes criaturas podían optimizar sus recursos para conseguir comida, pero, además, siendo como eran sensibles, aprendieron a disfrutar el sexo viendo la cara del compañero, apreciando sus facciones y compartiendo sus expresiones de placer. Una práctica difícilmente asequible a los cuadrúpedos.

La posición ventro-ventral, injustamente denostada como «del misionero», conduce a una democratización de las relaciones sexuales, puesto que en el «cara a cara» que casi inevitablemente comporta, el macho no monta a la hembra, aunque ocupe la plaza superior. Y la democratización de las relaciones sexuales es una auténtica revolución relacional. Se expande la sexualidad femenina, superando los estrechos límites del celo y alcanzando la receptividad permanente, y se disocia el sexo de la procreación, convirtiéndose en soporte de

relaciones estables que legitiman el placer compartido y sientan las bases de la pareja.

Los animales en general, y los mamíferos superiores en particular, son los que encarnan al *zoon politikon* aristotélico, y no el ser humano (Maturana, 2008), puesto que en aquellos, las ya bastante complejas relaciones sociales (incluidas las sexuales) suelen estar perfectamente reguladas de acuerdo con una jerarquía inspirada por el poder. La fuerza, o mejor, las habilidades *físicas* si de primates se trata, deciden la preferencia para alimentarse y para copular, con el macho dominante instalado en la cúspide jerárquica. A los cachorros se los defiende de las agresiones externas, pero solo hasta que, razonablemente, se da la partida por perdida, momento en el que se los abandona a su suerte sin grandes aspavientos. Claro que los cachorros suelen ser una especie de patrimonio colectivo, sin que primen los vínculos privados, es decir, familiares.

El amor es el elemento definitorio de la condición humana, y, siempre con Maturana, «somos criaturas amorosas y enfermamos cuando el amor se nos interfiere...». La humanización supone, en cierto sentido, una privatización de las relaciones sociales, que parte del reconocimiento del compañero sexual y continúa con la aceptación de los hijos como propios. Aun queda mucho tiempo para que se los nombre herederos en el testamento, pero muy pronto se empieza a jugar placenteramente con ellos. Y, desde luego, se los defiende (literalmente) con uñas y dientes. Tal es el panorama relacional que preside el más largo período de la historia de la humanidad, los millones de años que transcurren desde sus orígenes, atravesando el paleolítico.

Existen argumentos para imaginar a los primeros humanos como muy lejanos de la horda sanguinaria y caníbal con que se los ha querido identificar. Y, antes bien, parecen haber sido gentes solidarias y amorosas, lo suficientemente inteligentes y hábiles como para preferir obtener su ración de proteínas de los restos de animales muertos que de la siempre peligrosa caza. Carroñeros, pues, antes que violentos depredadores. Siendo, como eran, omnívoros oportunistas, podían utilizar sus cuchillos de sílex para abatir presas vivas, pero seguramente

los usaban más a menudo para extraer el tuétano de los huesos de las víctimas de otros animales más cualificados como depredadores.

«Las mujeres y los niños, primero» es la famosa frase pronunciada con motivo del hundimiento del Titanic y en muchas otras ocasiones heroicas. Sacada de contexto puede resultar sexista y hasta humillante, pero encarna la capacidad humana de priorizar la salvación de aquellos que, siendo más débiles físicamente, representan el futuro, es decir, la supervivencia de la especie. Parecen existir pocas dudas acerca del carácter adaptativo del amor.

De modo que la supuesta «larga noche» paleolítica bien pudo haber consistido en un progresivo afianzamiento de la condición humana, apoyada en unas relaciones amorosas que se iban abriendo paso por entre las más propiamente animales relaciones de dominio. Podemos imaginar que estas nunca hubieran dejado de existir, e incluso que hubieran podido protagonizar, bajo determinadas circunstancias, repuntes importantes, aunque siempre retrocediendo ante la presión de un amor que se mostraba manifiestamente superior en términos evolutivos.

3.2. *El neolítico y el poder*

Pero entonces, hace diez o doce mil años, una insignificancia en relación con las etapas anteriores, se produjeron algunos hechos fundamentales que condujeron a lo que ahora conocemos como la revolución neolítica.

No es solo que los hombres aprendieran a pulimentar sus herramientas de piedra produciendo auténticos instrumentos de precisión, sino, sobre todo, que inventaron la agricultura y la ganadería, consiguiendo así garantías estables para la obtención diaria de los alimentos necesarios para la supervivencia. El cultivo de los primeros cereales y enseguida de diversas verduras y legumbres, así como la domesticación y la cría en cautividad de algunos animales, motivaron el abandono del nomadismo y forzaron al asentamiento en lugares propicios. Nació la ciudad y, con ella, la civilización. Pero lo que dio contenido a un cambio tan radical en las condiciones de vida fue la liberación de

una ingente cantidad de fuerza de trabajo, hasta entonces dedicada a apremiantes actividades (recolección, carroñeo, caza) orientadas a una siempre precaria supervivencia. Ahora ya no era así. Ahora era posible especializarse y, mientras algunos se dedicaban a la obtención de alimentos en condiciones mucho más favorables que antes, otros podían desarrollar sus capacidades creativas, producir belleza, explorar la naturaleza para elaborar cada vez más sofisticadas maneras de domeñarla y transformarla, atribuir significados a los fenómenos naturales destinados a generar explicaciones tranquilizadoras que hicieran posible la actividad física e intelectual. Nacieron así los artistas, los científicos, los filósofos y los religiosos.

Pero, además, en una sociedad compleja y rica, con excedentes materiales siempre más tentadores, surgió la necesidad de regular su apropiación y gestión, de manera que se articularon mecanismos más o menos complejos de control social. Nacieron, pues, los propietarios y sus defensores, los jefes, reyes, militares y jueces. Es decir que nacieron, o mejor, se expandieron espectacularmente, las relaciones de poder entre quienes lo ejercían y quienes quedaban sometidos a ellos. Y el poder infiltró todos los niveles de la organización social, se proyectó sobre las relaciones entre generaciones, entre géneros, entre estamentos y clases sociales, entre etnias, culturas, pueblos, tribus, clanes y naciones.

No es cosa de añorar la sencillez amorosa de la vida primitiva anterior al neolítico, tampoco se trata de renegar del industrialismo solo a la vista de sus consecuencias más negativas. Somos producto de la civilización y de su complejidad, donde amor y poder se entrecruzan en bucles infinitos y enriquecen las relaciones humanas de forma difícilmente renunciabile. Resulta inconcebible una vida desprovista de las gratificaciones que brindan el arte, la ciencia o la filosofía, y para muchos sigue siendo necesario el consuelo que les aporta la religión. Pero nada de ello se puede disociar de la expansión de las relaciones de poder, que, en procesos de enorme variedad e infinita complejidad, se han constituido en la principal fuente de interferencia y bloqueo de las relaciones amorosas. Podríamos completar la frase de Maturana de que somos criaturas amorosas y enfermamos cuando el amor se nos interfiere... fundamentalmente por el poder.

Desde este punto de vista, la revolución neolítica supone en cierta medida una involución relacional, puesto que la implantación de un poder omnipresente acaba aproximándonos a nuestros orígenes prehumanos y dando la razón a Aristóteles cuando nos define como animales políticos. Pero, a los efectos que interesan a los psicoterapeutas, lo que genera la interferencia del amor por el poder no es otra cosa que maltrato. Así que podemos proponer una revisión de la definición del autor chileno: *Somos criaturas primariamente amorosas y secundariamente maltratantes (y maltratadas), y, como resultado del maltrato, enfermamos.*

3.3. La nutrición relacional

A pesar de su evidente importancia en el ámbito psicológico, el amor se ha resistido a la mayoría de los teóricos de la psicoterapia. Ello se debe, sin duda, a la enorme cantidad de atribuciones de significado que ha acumulado a lo largo de siglos de literatura, de filosofía y de religión. Pronunciar la palabra «amor» evoca las más variadas representaciones, desde las románticas hasta las místicas, pasando por las heroicamente solidarias, las ecológicas y tantas otras, bajo el común denominador de la intensidad y del apasionamiento. Tan extraordinaria polisemia convierte al amor en un concepto fascinante, pero también incómodo para su uso en disciplinas científicas.

La propuesta que aquí hacemos se distancia de las acepciones habituales para optar por una definición multifactorial. El amor es un fenómeno relacional complejo que incorpora elementos cognitivos y pragmáticos a los componentes emocionales. Existen, pues, un pensar, un sentir y un hacer amorosos que, dirigidos hacia la persona objeto de ellos, deben ser percibidos por esta como tales. Al resultado de este proceso lo llamamos *nutrición relacional*, que no es sino la conciencia de ser completamente amado. Se trata de un fenómeno subjetivo, por lo que importa poco que alguien asegure amar si el objeto de ese amor no alcanza a percibirlo. Además, el hecho de ser un fenómeno complejo exige que se manifieste en todos sus componentes, de modo que un bloqueo parcial cancela la efectividad del conjunto.

Así concebida, la nutrición relacional es el motor que rige la construcción de la personalidad, animando los procesos madurativos del psiquismo de forma continuada, en el niño y en el adulto. Y, como se verá más adelante, sus diversos bloqueos parciales (causados completamente por interferencias de un poder igualmente complejo) podrán generar alteraciones varias de la personalidad y diferentes trastornos psicopatológicos.

El *reconocimiento* es un componente cognitivo de la nutrición relacional que consiste en la aceptación de la existencia del otro. Parece una banalidad, pero dista de serlo, ya que aceptar la existencia del otro implica en cierto modo limitar la propia. Un padre que afirma «quiero que mi hijo sea médico como yo» incurre en un pequeño fracaso del reconocimiento, puesto que, en cierto sentido, está percibiendo al hijo como un apéndice de sí mismo. Claro que se trata de interacciones perfectamente neutralizables, por ejemplo con un «pero bueno, a fin de cuentas, que sea lo que quiera siempre que sea feliz».

La falta de reconocimiento, cuando se estabiliza en una pauta relacional permanente, se convierte en *desconfirmación*, que es la percepción de la no existencia propia en términos relacionales. El reconocimiento implica la percepción de las necesidades del otro, a diferencia de lo que ocurre en la desconfirmación, en la que estas quedan supeditadas a las propias. Y por cierto que todo el proceso se desarrolla de forma implícita, lo cual dificulta aún más la comprensión del fenómeno.

- ◆ Si una persona le dice a su interlocutor «tú no existes para mí», está expresando enfado, pero ciertamente no lo está desconfirmando sino todo lo contrario, reconociéndolo como antagonista. En cambio, un paciente psicótico comunicaba con nitidez su vivencia de desconfirmación al afirmar: «Cuando mis padres se pelean, yo dejo de existir». Tan intensamente pasional era la relación entre los padres, que cuando discutían se entregaban en cuerpo y alma al litigio, sin que percibieran siquiera a su hijo.

La *valoración* es también un componente cognitivo del amor, consistente en apreciar las cualidades del otro aunque sean distintas de las

propias. Tampoco es despreciable su trascendencia, puesto que aceptar el valor del otro puede poner en peligro el valor propio. La *descalificación* es la falta de valorización, que se pone de manifiesto en actitudes tan extendidas como el racismo, en el que el desprecio de individuos de otro color parece condición necesaria para autoafirmarse.

- ◆ La baja autoestima del paciente depresivo, que se autodevalúa al sentir que no da la talla, incapaz de responder a las desmesuradas exigencias que percibe proyectadas sobre sí, es una modalidad de descalificación de gran relevancia clínica. El depresivo mayor crece en una atmósfera relacional presidida por la escasa valoración, que alcanza a sus inútiles esfuerzos por estar a la altura de lo que se espera de él.

El *cariño* y la *ternura* son los componentes emocionales de la nutrición relacional más importantes en el contexto parento-filial, del que nos estamos ocupando preferentemente, casi exento de elementos pasionales si se compara con el amor conyugal. Sentimientos de entrega y de disponibilidad para el otro, por quien se haría cualquier cosa, incluyendo en situaciones extremas el sacrificio de la propia vida. El bloqueo de estos sentimientos puede dar lugar a indiferencia, pero es más fácil que el efecto péndulo conduzca a las emociones inversas, fenómeno al que hace referencia el dicho: «Del amor al odio solo hay un paso». En este nivel de intensidad pasional, quizá la situación se corresponda mejor con la relación conyugal, pero, en el plano parento-filial, no es raro que la ternura y el cariño puedan tornarse *irritación e hipercriticismo*.

- ◆ En la práctica de la terapia familiar ocurre a menudo que el terapeuta tiene que afrontar una avalancha de críticas vertidas por unos padres hacia un hijo con el que no pueden disimular el enfado. Si el terapeuta intenta ingenuamente defender al hijo se alienará la confianza de los padres, de los cuales no conseguirá obtener una sola cualidad positiva referida a aquel.

La irritación y el hipercriticismo aparecen a menudo en contextos triangulados, cuando el hijo es percibido por uno de los progenitores como un antagonista, dada su alianza con el otro. Por lo demás, no

es raro que cualquier otra interferencia parcial de la nutrición relacional acabe generalizándose y comprometiendo también a la ternura. Como regla general, cabría afirmar que el cariño y la ternura son los componentes del amor complejo más vulnerables en el corto plazo, pero más resistentes en el largo: se afectan fácilmente, pero no les cuesta recuperarse.

La más importante dimensión pragmática de la nutrición relacional está representada por la *sociabilización*, que supone el compromiso indeclinable de los padres por garantizar la viabilidad social de sus hijos. Tiene una doble vertiente, definida por la *protección* y la *normatividad* como las dos caras de una misma moneda.

Mediante la protección, los padres defienden a los hijos frente a las eventuales agresiones procedentes del entorno social, mientras que la normatividad asegura que sean los hijos quienes, a su vez, respeten a la sociedad. Ambas son igualmente importantes y necesarias y, como se verá más adelante, las familias pueden fracasar con las dos o, independientemente, con alguna de ellas. Por cierto que el exceso, tanto protector como normativo, es tan disfuncional como el defecto, y se encuentra asociado a ciertas situaciones psicopatológicas, como muestra el CUADRO N.º 1.

	Hiponormatividad	Hipernormatividad
Desprotección	Familia multiproblemática	Depresión mayor
(Pseudo) Hiperprotección	Trastorno límite de la personalidad	Trastornos neuróticos o psicóticos

CUADRO N.º 1

La combinación de hiponormatividad y desprotección es típica del caos relacional imperante en la familia multiproblemática, que muestra el fracaso más masivo de la sociabilización. En cambio, la hiponormati-

vidad asociada a la (pseudo)hiperprotección caracteriza a la modalidad de privación que encontramos en los trastornos límite de personalidad, presidida por el rechazo. Desprotección e hipernormatividad se encuentran combinadas en la otra modalidad de privación, presidida por la alta exigencia, propia de la depresión mayor. Y, finalmente, las combinaciones de hipernormatividad e hiperprotección son características de los ambientes triangulados que constituyen el trasfondo de los trastornos neuróticos y psicóticos.

3.4. *El maltrato psicológico*

El maltrato es la conducta que, por acción u omisión, atenta contra la integridad psicológica o física de una persona. Cuando ello se produce en el contexto de la familia, hablamos de maltrato familiar, el cual, de acuerdo con lo que precede, puede ser psicológico o físico.

Se arrastra desafortunadamente un malentendido que presenta al maltrato físico como el auténtico problema, mientras que el psicológico queda relegado a una especie de apéndice de aquel, un problema menor definido por gritos, insultos y amedrantamientos, al que solo hay que prestar atención porque humilla o degrada a quien lo recibe. Sin embargo, ese tipo de comportamientos no es más que un anticipo del maltrato físico y, como tal, se integra en el mismo nivel lógico que este.

- ◆ ¡Te voy a matar, si sigues así te voy a matar, porque eres mala, porque me humillas...! ¿Me oyes? ¡Un día de estos te mataré!

Y, efectivamente, un día la mata y, probablemente, a continuación se suicida. Pero el maltrato físico estaba ya presente cuando se limitaba a anunciarse, amenazador. El maltrato psicológico es algo más... más sutil, más profundo y mucho más extendido (Linares, 2006 *b*). Hasta el punto de que siempre subyace al maltrato físico, sin que pueda afirmarse la inversa. Debajo de cualquier modalidad de maltrato físico existe necesariamente maltrato psicológico, mientras que este, en la

inmensa mayoría de los casos, se mantiene en el plano relacional sin comprometer la integridad física de quien lo padece.

Y, no obstante, el maltrato psicológico es casi siempre mucho más dañino que el físico, si se exceptúan los raros casos en que este provoca lesiones graves o incluso mortales. Lo que de verdad hace sufrir a un niño no es el hematoma que, si se lo hubiera causado en una pelea con un igual o en una caída de bicicleta, resultaría banal desde todos los puntos de vista, sino que se lo haya provocado su padre. Por no hablar de la dimensión estrictamente física, lesional, del abuso sexual, carente por lo general de importancia o ni siquiera existente. El dolor y, con él, la hipoteca para la maduración y el desarrollo psíquico del niño, está vinculado a la pauta relacional subyacente, es decir, al maltrato psicológico.

Podemos, pues, definir al maltrato psicológico familiar como toda pauta relacional disfuncional que involucra a miembros de una familia generando sufrimientos que comprometen el equilibrio psicológico y la salud mental de algunos de ellos.

No cabe ignorar que con tal definición se amplían enormemente los límites del maltrato, por lo que se impone la necesidad de precisar algunas ideas referentes a las posiciones adecuadas frente a él. Si el resultado de dicha ampliación fuera la extensión de las actitudes basadas en el control que se han venido desarrollando frente al maltrato físico, se podría llegar a una situación grotesca de persecución inquisitorial generalizada. Porque, si somos consecuentes con la idea de que somos criaturas maltratantes, ya sea secundariamente, que quien esté libre de maltrato tire la primera piedra.

No faltan voces reclamando mejores instrumentos para detectar el maltrato psicológico y leyes más estrictas para perseguirlo, lo cual permite intuir el espeluznante panorama que podría crearse si tales demandas obtuvieran respuesta. No hay más que constatar cómo aumenta el número de mujeres muertas por sus parejas, presentes o pasadas, desde que se ha promulgado en España una ley supuestamente integral contra la violencia de género que solo apuesta por el control. Hace ya muchos años que Bateson afirmó que el control es un concepto dormitivo cuando se aplica a procesos comunica-

cionales de naturaleza circular. Y ese componente está presente en las relaciones de maltrato, con total obviedad si este es psicológico, pero también en el físico. Un maltratador tratado como un monstruo peligroso se comportará muy probablemente como tal, saltando todas las barreras que se oponen a sus violentos designios.

- ◆ Cada vez que se produce una nueva muerte de mujer a manos de su pareja, los exégetas de la ley de violencia de género y el coro papanático de los medios afines se apresuran a «explicar» lo sucedido culpando a alguien. Muy a menudo a la propia víctima, que «no denunció» o que «retiró la denuncia», como si tal conducta no fuera previsible en la pasional situación en que se desarrollan tales hechos. Otras veces se trata de negligencia policial o judicial, o bien de un fallo técnico en el funcionamiento de los radares que deberían detectar la proximidad del maltratador con orden de alejamiento. Todo con tal de no cuestionar la eficacia de una ley que solo apuesta por el control, ignorando que este está condenado al fracaso si no se lo supedita a una visión o actitud terapéutica.

Antes existía, evidentemente, la violencia de género, pero ahora parece que nos acerquemos al viejo aforismo comunicacionalista: la solución es el problema. Si antes un maltratador estándar golpeaba a su mujer, ahora la mata y se suicida, y... si las cosas se complican, se lleva por delante a unos cuantos familiares y hasta, eventualmente, al juez. Y, en lo que se refiere a la violencia parento-filial, el panorama no es menos desolador.

- ◆ Hace un par de años la prensa informó de un estremecedor suceso acaecido en el Palacio de Justicia de una pequeña capital de provincia. Se iba a celebrar el juicio contra un padre abusador sexual, denunciado por su hija al alcanzar la adolescencia. El padre, en prisión, ocupaba el banquillo de los acusados, mientras que la familia aguardaba en el vestíbulo el inicio del acto. La hija abusada, procedente de un centro de acogida, hacía su entrada flanqueada por dos asistentes sociales que la acompañaban y protegían. En estas, la madre se destacó del grupo familiar, aproximándose a la víctima. Parecía que la iba a saludar, pero lo que hizo fue sacar

una botella de vitriolo y rociársela, provocándole graves quemaduras de las que debió ser atendida en el hospital. La vista se suspendió y la madre fue detenida, pero un periodista no se conformó con esos hechos y se desplazó al domicilio familiar, donde intentó entrevistar a los hermanos mayores. Fue en vano, porque estos lo expulsaron, profiriendo amenazas, tanto contra los «fisgones» como contra «esa desgraciada, a la que ya le ajustaremos las cuentas cuando nos la encontremos».

Se trata de un ejemplo dramático del fracaso, tanto de la protección como de la justicia, en el mismo templo del control social, en medio de la más alta concentración imaginable de agentes del orden, con la perspectiva de una continuación hasta el infinito de la pesadilla para la chica abusada, puesto que siempre quedará alguien dispuesto a ejecutar la «justicia» familiar.

Ya hemos asistido, y seguimos asistiendo impotentes, al fracaso de la respuesta social a la modalidad de violencia conocida como delincuencia común. Las cárceles no solo no rehabilitan a los delincuentes, sino que son auténticas escuelas del crimen que confirman cotidianamente que *la solución es el problema*. Los ejemplos citados demuestran que, con el maltrato físico, estamos ya asistiendo al mismo fenómeno. ¿Seremos capaces de extender el desastre al campo del maltrato psicológico? ¿Llevaremos el furor controlador hasta el extremo de pretender resolver con el Código penal una dimensión turbia pero insoslayable de la condición humana?

3.5. Modalidades de maltrato psicológico familiar

Puesto que uno de los objetivos de este libro, coherente con la visión ultramoderna, es introducir un sesgo explicativo de naturaleza relacional en la comprensión de los fenómenos psicológicos, priorizaremos la reflexión sobre el maltrato parento-filial, bajo cuya influencia se generan los principales trastornos psicopatológicos, sobre otras modalidades de maltrato, con independencia de la alarma social que, coyunturalmente, estas puedan causar.

Focalizar la *atmósfera relacional* de la familia de origen pasa por prestar atención a dos dimensiones fundamentales, también de naturaleza relacional, presentes en ella: la *conyugalidad* y la *parentalidad*. Más adelante insistiremos con más detenimiento en su descripción. Por el momento, nos limitaremos a precisar que se trata de dos funciones relativamente independientes entre sí, que se comportan de forma autónoma aunque pueden influirse recíprocamente.

La conyugalidad es una ecuación que refleja la manera en que los miembros de la pareja parental, o las figuras en que se delega parcial o totalmente el ejercicio de las funciones parentales, se relacionan entre sí. Puesto que los conflictos son inevitables, la conyugalidad puede ser definida a efectos prácticos como la manera en que se afrontan los conflictos inherentes al ejercicio compartido de la gestión de los hijos, pudiendo representarse como un *continuum* inscrito entre dos polos ideales de *armonía* y *disarmonía*. Se trata de una dimensión independiente del estado civil de la pareja, puesto que, aun en el caso de que estén separados, los miembros tendrán que seguir en contacto y colaborando por el bienestar de los hijos. La conyugalidad, en tal caso, se prolonga sin solución de continuidad convertida en *post-conyugalidad*.

La parentalidad es, a su vez, una ecuación que recoge el ejercicio de las funciones parentales (amor complejo, nutrición relacional) por parte de los padres o de las figuras delegadas responsables de ellas. Se inscribe en un *continuum* entre dos polos ideales de *conservación primaria* y de *deterioro primario*, en que la condición primaria refleja su independencia de un hipotético impacto de la conyugalidad. Es decir que la parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, sin que en ello intervenga de forma relevante el estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por influencia de esta.

El cruce de estas dos dimensiones, conyugalidad y parentalidad, crea, como muestra la FIGURA N.º 1, cuatro espacios o cuadrantes, correspondientes a otras tantas atmósferas relacionales definidas por ellas. La tercera dimensión, «t», corresponde al tiempo, y la representamos para indicar que este esquema dista de ser estático y que puede evolucionar a lo largo de las etapas del ciclo vital. Al cambiar con el

tiempo, la conyugalidad y la parentalidad pueden generar atmósferas relacionales que se superponen y que diversifican y hacen mucho más complejo el panorama.

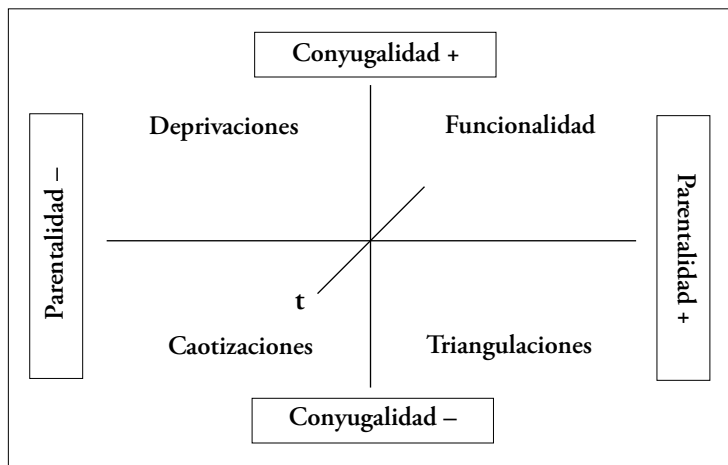


FIGURA N.º 1

El cuadrante superior derecho corresponde a la *funcionalidad*, lo cual indica que, bajo las circunstancias relacionales favorables que son la conyugalidad (o post-conyugalidad) armoniosa y la parentalidad primariamente preservada, los niños tienen las mejores opciones para construir una personalidad madura y equilibrada. Los hijos se sienten queridos y bien tratados por los padres, y perciben que estos resuelven bien sus diferencias, principalmente las que les atañen a ellos. La nutrición relacional cuenta con condiciones básicas positivas, pero eso no quiere decir que otros factores, en el insoslayable contexto de la complejidad ecosistémica, no puedan interferirla de múltiples maneras. Las *dinámicas postraumáticas* son algunos de esos factores capaces de influir negativamente en la nutrición relacional, pero la bondad de la situación básica será siempre una circunstancia que operará a favor de una evolución positiva.

El cuadrante inferior derecho, definido por una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente preservada, aloja a las

triangulaciones. Es previsible que, ante una dificultad considerable para resolver sus conflictos, la pareja parental tienda a buscar aliados que, de una u otra forma, inclinen la balanza de un lado. Se puede recurrir a familiares, amigos o incluso terapeutas (¡tantas terapias individuales fracasan porque las expectativas de conseguir un aliado «contra el otro» no se ven oportunamente reformuladas por el terapeuta!), y no es de extrañar que también se involucre a los hijos. Desde luego que la disfuncionalidad puede ser evitada, tanto si los padres mantienen sus dificultades conyugales «fuera del alcance de los niños», como si estos consiguen mantenerse fuera del pernicioso juego de la pareja. A tal efecto, será de gran utilidad la existencia de una red social amplia, con presencia de otras figuras que ejerzan funciones parentales en la familia extensa. Unos abuelos bien ubicados pueden, por ejemplo, constituir una buena defensa contra la triangulación. Sin embargo, con bastante frecuencia esta se hace inevitable.

Se trata de situaciones en las que los padres se muestran de entrada razonablemente implicados en el bienestar y la salud de sus hijos, pero son incapaces de controlar el impacto negativo de la disarmonía conyugal. En la modalidad más frecuente, los padres trianguladores bombardean a los hijos con mensajes del tipo «vente de mi lado, yo te ofrezco más», o bien «si no te vienes de mi parte, atente a las consecuencias». En definitiva, propuestas de alianza basadas indistintamente en estímulos positivos o negativos, combinados de forma compleja, con formulaciones a veces burdas y otras sutiles, pero siempre con notable eficacia. Un suspiro o una subida de cejas pueden constituir mensajes poderosísimos. Se trata de un modelo parecido al que desarrolló la *reflexología pavloviana* en las neurosis experimentales, asociando un calambrazo o un desagradable soplido en el morro de un perrito, con el suministro de una galletita o de un hueso. El animal se paraliza temblando y, eventualmente, se orina: es la ansiedad. También el psicoanálisis describió en términos de coaliciones triangulizadas (¡mata al padre y se casa con la madre!) el sustrato relacional de la ansiedad.

En el cuadrante superior izquierdo, definido por una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, se ubican las *deprivaciones*. Se trata de una combinación menos popular que

las triangulaciones, que suele pasar desapercibida a los profesionales ingenuos, quienes parecen buscar siempre alta conflictividad conyugal tras los problemas de los hijos. Y no necesariamente es así, porque los hijos pueden ser privados de nutrición relacional por unos padres razonablemente bien avenidos, que, en cambio, fracasan en el ejercicio de las funciones parentales. En tales casos (como, por lo demás, en la mayoría de los restantes), no hay que imaginar a unos padres desnaturalizados que, de forma deliberada, buscan la desgracia de sus hijos. Se trata más bien de personas atrapadas en los avatares del ciclo vital por dificultades que desbordan sus capacidades parentales.

Tales dificultades pueden expresarse en altos niveles de exigencia, desmesurada respecto de las posibilidades de los hijos (o, mejor, del hijo, porque suele tratarse de pautas personalizadas), y no compensada por una valorización proporcional de los esfuerzos que provoca. La personalidad forjada en semejante atmósfera relacional incorporará una también alta autoexigencia, que, al verse inevitablemente frustrada, se reconvertirá en baja autoestima y culpabilidad. En el fondo, además, subyace una hostilidad hacia un entorno percibido como injusto y contra el cual no es posible rebelarse.

Otra pauta relacional deprivadora se plasma en una combinación de rechazo e hiperprotección. El hijo sometido a ella se percibe como no grato a sus padres, pero, al mismo tiempo, recibe de ellos un exceso de mimos con los que intentan neutralizar sus sentimientos de culpabilidad o, simplemente, acallar las demandas de auténtica valoración. Su personalidad se resentirá de una profunda desconfianza en las relaciones interpersonales, que percibe como engañosas, y de una carencia de normatividad que hipotecará su capacidad de adaptación social.

Por último, las *caotizaciones* ocupan el cuadrante inferior izquierdo, caracterizado por unas condiciones relacionales de base sumamente deficitarias: conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada. Tanto la relación de pareja como las funciones parentales arrancan bajo mínimos o hacen crisis precozmente (Cancrini, 1997), estableciendo una situación gravemente carencial en lo que a nutrición relacional se refiere. Tanto es así que, si esas condiciones

se mantienen, la personalidad desarrollada bajo su influencia será de las más inquietantes, puesto que adolecerá de una significativa carencia de experiencias de amor. Por fortuna, la lógica eco-sistémica impone la aparición de mecanismos compensatorios, tanto internos como externos a la familia, que, despertados por lo dramático de la desnutrición relacional, inyectan recursos nutricios alternativos: padres que en momentos cruciales sacan fuerzas de flaqueza, abuelos o tíos oportunos, vecinos caritativos o instituciones sociales capaces de intervenir de forma adecuada a las necesidades. El resultado, siempre imprevisible, no deja de ser de alto riesgo, pero ofrece múltiples alternativas a la intensa carencia de partida.

Triangulaciones, deprivaciones y caotizaciones son las tres grandes variedades de maltrato psicológico, cuyas infinitas combinaciones ofrecen el complejo panorama propio de este campo. También ofrecen terrenos específicamente abonados al desarrollo de las diversas modalidades de maltrato físico que abordaremos en el próximo capítulo, así como al desarrollo de los trastornos psicopatológicos que serán examinados más adelante.

En la actualidad, un equipo de colaboradores del autor (Ibáñez *et al.*, en prensa) está desarrollando un instrumento, el Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB), con la intención de avanzar en la cuantificación de la conyugalidad y la parentalidad y, por tanto, en la rigORIZACIÓN del diagnóstico relacional del maltrato psicológico.

EL MALTRATO FÍSICO

4.1. *Definición y prejuicios*

Por maltrato físico se entiende toda pauta relacional que amenaza o afecta a la integridad física, a la salud o a la vida de un sujeto, o bien utiliza su cuerpo al margen o en contra de sus necesidades e intereses. Hablamos de pauta relacional para comunicar la idea de que se trata de un patrón estable, y no de un episodio aislado, que constituiría una simple agresión. El hecho de basarse en una relación específica es, pues, una condición necesaria, que adquiere pleno significado en el maltrato familiar, en que la relación con los maltratadores, que deberían ser figuras nutricias, se convierte en el elemento más dañino del conjunto. El abuso sexual constituye un caso especial, puesto que, aunque en la mayoría de ocasiones no provoque lesiones físicas objetivables ni amenace la vida de quien lo sufre, cumple sobradamente la premisa que alude a la utilización inadecuada de su cuerpo.

Parte del discurso aplicado al maltrato psicológico es también válido para el físico, que, al fin y al cabo, es una eventual consecuencia de aquel. Se trata de un fenómeno humano de naturaleza relacional, por lo que, más que individuos intrínsecamente maltratadores, existen relaciones que hacen que las personas maltraten. Nunca se insistirá bastante en el carácter humano del maltrato, porque, desafortunadamente, existen actitudes prejuiciosas que lo deshumanizan y, en consecuencia, crean contextos inadecuados para intervenir eficazmente sobre él.

Por ejemplo, un prejuicio típico, que aparece sorprendentemente en medios cultos y laicos, es la *satanización* del maltrato. Por supuesto

no lo hace de forma consciente y explícita, pero genera unas actitudes que, inequívocamente, remiten de forma implícita a mitos diabólicos. Así ocurre cuando no se acepta la posibilidad de que existan grados y matices dentro de cualquier modalidad de maltrato, tal como formas menores o menos graves, y se reacciona ante el menor indicio como si se tratara de un caso de máxima gravedad. Esta *absolutización del mal* solo es coherente si se atribuye al demonio, encarnación y fuente de la maldad total en la mitología cristiana. Resulta paradójico que ocurran estos fenómenos en países civilizados y modernos, con sociedades laicas y, aparentemente, poco fanatizadas, pero la vigencia de los mitos ancestrales desafía al progreso tecnológico. Y, en el terreno que nos ocupa, ello es más palpable en la cultura protestante, vigente en los países que más han influido en la puesta a punto de un discurso actual sobre el maltrato familiar... y de las correspondientes leyes: al menor indicio de maltrato, hay que denunciar. A diferencia de lo que ocurre en el catolicismo, que ensalza sobre todo el celibato y la virginidad, en el puritanismo protestante la suprema representación divina la ostenta el padre, cabeza de familia. Si este falla, solo se puede deber a la influencia del maligno.

- ◆ En el curso de un seminario sobre maltrato, el ponente presenta un caso de una chica de 12 años abusada por su padre. Los abusos habían comenzado unos meses antes de que se descubrieran por las confidencias de la chica a unas compañeras de colegio, y habían consistido en unos «juegos» que proponía el padre: echarse juntos en la cama y hacerse cosquillas. De pronto el padre interrumpía la secuencia y se iba precipitadamente al cuarto de baño. Ella le notaba algo raro, aunque no había tocamientos genitales ni besos erotizados.

Con el tiempo la situación habría podido agravarse, pero en aquel momento se trataba de una pauta de abuso sexual leve, lo cual fue comunicado por el ponente a su auditorio. Una mujer, profesional de los servicios de atención al menor, presente en la sala, lo interrumpió alzando la mano mientras argumentaba su afirmación: «¿Cómo puede usted afirmar eso? ¡Los abusos sexuales son siempre muy graves!».

En 1974 el Congreso de Estados Unidos promulgó la ley CAPTA (Child Abuse Prevention and Treatment Act), que establecía la obligatoriedad de la denuncia ante cualquier sospecha de maltrato. Leyes «satanizadoras» como esta fueron promulgadas primeramente en los países anglosajones protestantes, pero han sido miméticamente imitadas a lo largo y ancho del mundo.

Otro prejuicio clásico es *animalizar* el maltrato (¿no es «bestial» hacerles esas cosas a los niños?). Y, sin embargo, es evidente que los animales en libertad y en correctas condiciones ecológicas no maltratan. Tanto la agresión interespecífica como la intraespecífica están reguladas por leyes al servicio de la armonía ecológica y de la supervivencia de las especies, aunque impliquen comportamientos que, desde una óptica antropomórfica, puedan parecer crueles.

- ◆ Una estancia en cualquier parque de África oriental permite observar interesantes interacciones animales. Los leones cazan cebras, pero no más de una al día por familia, y, fuera del preciso momento de la caza, en que el rebaño de cebras se agita durante unos minutos, ambas especies coexisten a unos cientos de metros de distancia. La depredación no solo es buena para los depredadores, sino también para los depredados, que se benefician de una necesaria selección natural.

En cuanto a los leones, cuando un nuevo macho dominante desplaza a su anciano predecesor, lo primero que hace es matar a los cachorros de este para, a continuación, acoplarse con sus madres. Los nuevos cachorros poseerán mejor ADN y, en consecuencia, la especie se verá beneficiada.

Ni la muerte de la preciosa cebra ni la de los tiernos leoncitos comportan el menor componente de maltrato, que es un fenómeno no adaptativo específicamente humano.

Humano, pero no *masculino*, como pretende otro extendido prejuicio. Es curiosa la distorsión existente en la bibliografía sobre la atención prestada a las diferentes modalidades de maltrato físico familiar. Y es que diez años después de que Kempe (1962) describiera el *síndrome del niño golpeado*, el feminismo militante norteamericano (v. g.: el colectivo *Red Stockings* [Medias Rojas]) se había adueñado

casi totalmente del campo, proponiendo con toda formalidad que «el maltrato es cosa de hombres». Ello permite unos datos como los que muestra el CUADRO N.º 2:

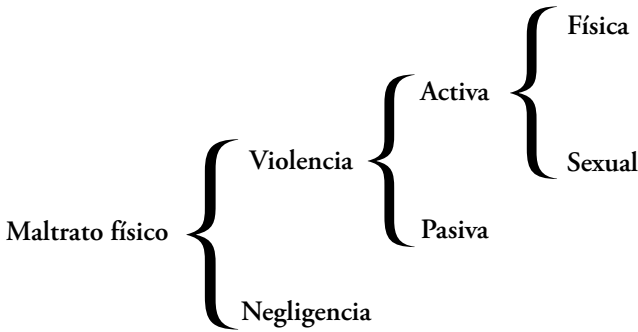
Maltrato físico	Negligencia	Violencia física	Violencia sexual
Incidencia real	60 %	30 %	10 %
Presencia en la bibliografía	10 %	30 %	60 %

CUADRO N.º 2

Es decir, que, a pesar de que la negligencia es, con mucho, la forma más grave y frecuente de maltrato físico familiar, la bibliografía la descuida para ocuparse masivamente del abuso sexual. Es obvio que el falo y el bíceps, como metáforas masculinas, resultan más atractivos a las autoras del 90 % de los artículos publicados en las revistas científicas en los últimos tiempos, aunque la negligencia, que no tiene género, muestre una incidencia del 60 %.

En las páginas que siguen examinaremos las diversas modalidades de maltrato físico de acuerdo con el esquema del CUADRO N.º 3. La distinción entre *violencia* y *negligencia* es tan importante y necesaria a nivel conceptual como difícil a veces en la práctica, puesto que muchas familias negligentes, además, presentan episodios más o menos frecuentes, y a veces gravísimos, de violencia. Para entender la diferencia es preciso remitirse a la organización familiar, que en las familias negligentes es caótica, mientras que en las violentas suele ser muy estructurada, si no manifiestamente rígida. Cancrini (1997) define a las familias multiproblemáticas por su tendencia hacia la desestructuración, en contraste con las restantes familias disfuncionales, que tienden a estructurarse en torno al síntoma. Y esa es la idea que recogemos aquí, aplicada a las familias maltratantes. Las negligentes, aunque puedan ser también secundariamente violentas, coinciden ampliamente con las multiproblemáticas y con su característica tendencia a la desestructuración, mientras que las violentas, especialmen-

te las activas, físicas o sexuales, se estructuran rígidamente en torno a las pautas relacionales violentas. Por otra parte, las manifestaciones violentas secundarias que aparezcan en las familias negligentes llevarán su característico sello caótico, muy distinto del de las estructuradas familias violentas. Por ejemplo, la violencia podrá recaer sobre cualquier miembro de la familia, alternativa o simultáneamente, o podrá ser ejercida por figuras a las que no les correspondería según la jerarquía convencional, como los hermanos mayores o los compañeros de la madre (en lugar del padre).



CUADRO N.º 3

4.2. *Violencia activa física*

La violencia física, en el contexto de las diversas pautas de maltrato físico, es la que más explícitamente se suele presentar asociada a los problemas de pareja. Eso quiere decir que es muy frecuente la coexistencia, en las mismas familias, de violencia conyugal o de género y de maltrato infantil con violencia física (Appel y Holden, 1998). Se especula mucho acerca de la relación entre la violencia conyugal observada por el niño como testigo y la ejercida directamente sobre él, pero todos los datos parecen indicar (Shipman *et al.*, 1999) que se

trata de pautas muy similares y que las consecuencias son igualmente negativas para los menores (Anderson y Cramer-Benjamin, 1999).

Cirillo y Di Blasio (1989), Perrone (1997) y Barudy (1998) son algunos de los autores, con textos traducidos al español y ampliamente difundidos en contextos de culturas latinas, que se han ocupado del maltrato. Por lo demás, en otro lugar (Linares, 2002) hemos realizado una amplia revisión bibliográfica, con recensiones de las aportaciones de los autores citados, y con un desarrollo específico de nuestras ideas sobre este tema. Aquí nos limitaremos a presentar algunos conceptos clave en forma muy esquemática.

La violencia física es la modalidad de maltrato físico que se produce en un contexto relacional más claramente triangulado. La pauta más habitual nos muestra a una pareja parental enzarzada en una relación simétrica intensamente pasional, en la que la tónica es la sucesión de escaramuzas y batallas por cualquier pretexto. La lucha por el poder no solo no está negada ni disimulada, sino que es exhibida con ostentación. En ese contexto, el hijo objeto de violencia física lo es por uno de los progenitores, que lo percibe como aliado del otro. Y hay que decir que, muy frecuentemente, el hijo también participa en el juego haciendo alarde de tal alianza. En otras ocasiones, el hijo maltratado adopta un rol más pasivo, encajando mejor en el papel de niño desastroso que debe ser educado que en el de antagonista que debe ser reprimido. En cualquier caso, la triangulación subyace, y el progenitor aliado suele jugar un papel ambiguo, que puede llegar a interrumpir la secuencia violenta con una retórica muy dramática («¡no le pegues a mi hijo!»), pero que confirma la continuidad de la pauta de maltrato.

- ◆ José Antonio es un técnico de laboratorio en una gran empresa farmacéutica. Procede de una familia acomodada venida a menos, y él, desde su infancia, ha sufrido con gran humillación relacionarse con sus tíos y primos, de nivel académico y social muy superior al suyo. Ha desarrollado un carácter perfeccionista y dominante, orgulloso de sus logros profesionales pero también acomplejado por sus insuperables limitaciones de ascenso y promoción. Se codea altaneramente con los químicos y farmacéuticos que son sus compañeros de trabajo, pero también con sus

superiores, confrontándolos para dejar sentado que él «lo haría mejor», para luego retirarse con falsa humildad. Es un hombre difícil, al que algunos aprecian y muchos aborrecen.

Se casó con María, una mujer de extracción social similar a la suya pero procedente de un país latinoamericano y, en su condición de extranjera, insegura y dependiente. Ella también tiene ambiciones profesionales, en el campo de la gestión de empresas, que no se corresponden con su modesta calificación académica, apenas de administrativa. Su dependencia de José Antonio le da seguridad, pero también la irrita, esto se ve aumentado por las continuas descalificaciones a las que aquel la somete.

Han tenido dos hijas, Mari y Martina, cuya educación ha sido constante motivo de discordia. María propugnó un modelo teóricamente comprensivo y flexible, basado en la negociación y la permisividad, aunque cabría añadir que, a la hora de la verdad, tendía a desentenderse y a dejar a las niñas en la estacada. José Antonio, en cambio, se implicaba con gran intensidad en una pauta educativa rígida basada en castigos y golpes. Sus intervenciones podían alcanzar una enorme violencia: palizas por retrasarse unos minutos si la familia salía de paseo, seguidas de más golpes para que las niñas dejaran de llorar, «porque no se puede salir a la calle con la cara llena de lágrimas y mocos»; obligar a una de las niñas a lamer, entre bofetadas, la leche derramada en el suelo tras habersele caído un vaso de las manos; palizas por no levantarse con suficiente presteza y más palizas por hacerse pipí de miedo al ver aproximarse al padre. María protestaba, pero no fue capaz de plantar resistencia eficaz, ni siquiera una vez en que Martina sufrió una conmoción cerebral por los golpes recibidos.

Es uno entre tantos ejemplos de la infinita brutalidad que puede desplegar contra una criatura indefensa un progenitor cegado por la rabia, cuando una pequeña contrariedad altera sus planes o frustra sus sentimientos de omnipotencia. El maltratador directo es, sin duda, el que ejerce la violencia, pero no hay que minusvalorar la importancia de quien, desplegando una oposición apenas retórica, permite la continuidad de la pauta a lo largo de los años. El bíceps y el puño suelen ser del padre, pero el consentimiento cómplice, más o menos disfrazado, corresponde a la madre. Los hijos acaban dándose cuenta

de ambas cosas y, cuando consiguen distanciarse y ponerse a salvo, lo suelen hacer siendo críticos con los dos.

En definitiva, la familia definida por la violencia física suele ser un sistema muy estructurado, triangulador, en el que la violencia es a la vez pauta relacional disfuncional y síntoma. Ello quiere decir que hay coherencia entre organización y síntoma; la violencia es ejercida por las figuras que ocupan posiciones jerárquicas superiores... cuando ven amenazado su poder por una coalición que se ven incapaces de controlar con otros medios.

4.3. *Violencia activa sexual*

El abuso o violencia sexual intrafamiliar tiene en común con la violencia física que, en sus modalidades específicas, se presenta en familias altamente estructuradas, cuya organización, tendente a la rigidez, gira en torno a la pauta de maltrato. En contraste, las familias caóticas propias de la negligencia presentan también con mucha frecuencia episodios de violencia sexual que pueden prestarse a confusión y requieren un diagnóstico relacional cuidadoso. Como ya hemos visto y volveremos a examinar más adelante, se trata entonces de un abuso caótico, dirigido hacia cualquier miembro «abusable» de la familia.

La violencia sexual específica se ejerce también en contextos familiares triangulados, aunque, a diferencia de la física, la pareja parental de referencia suele ser complementaria y no simétrica. En efecto, solo así se entiende que un juego como el característico del abuso sexual, en el que una hija es convertida en amante del padre, sea permitido de alguna manera por la madre. Una relación simétrica, con la carga de confrontación que implica en situaciones conflictivas, excluiría el visto bueno de la madre, explícito o implícito, necesario para que el abuso se perpetre.

El signo de la complementariedad puede cambiar y, aunque es más frecuente que el abusador ocupe la posición superior, no es descartable que se sitúe en la inferior. En tal caso será la esposa, y madre de la hija abusada, la que proteja y defienda al abusador de las acusaciones que se le dirijan cuando se descubra el juego.

- ◆ Cuando Rosa empezó a comentar con sus amigas las cosas raras que le hacía su padre en la cama, en el colegio se armó un buen revuelo. El padre era un hombre pequeño y de frágil aspecto, mientras que la madre era una mujer grande y poderosa. Al confrontar a toda la familia con los hechos, la madre se volvió enfurecida contra Rosa, acusándola de inventarlo todo para hacerse la importante. Ella había salvado a su marido del alcohol cuando nadie apostaba por él ni por su matrimonio, lo había cuidado y lo exhibía como una especie de trofeo. No podía consentir que ahora esta mocosa destruyera la obra de su vida.

En tales situaciones, es como si la madre desarrollara más su instinto materno con el marido prohijado que con la hija abusada, que es percibida más bien como una fastidiosa aguafiestas.

Pero, como decíamos, en la mayoría de los casos es el abusador quien se sitúa en la posición complementaria superior, estableciendo con su esposa y madre de la abusada una relación influyente, que puede ir desde la sugestión ligera hasta el más aplastante dominio. Ya hemos descrito una tipología de parejas abusadoras (Linares, 2002), entre las que destacan tres variedades fundamentales de esta modalidad: relación de estafa; relación de dependencia; y relación de vampirismo.

La *relación de estafa* se establece entre un padre tramposo y una madre insegura. El primero disimula, oculta y niega, mientras que la segunda, cuando intuye algo, no da crédito a sus percepciones. El resultado es un abuso que puede no ser materialmente de la máxima gravedad, pero que tiende a envilecer a la niña que lo sufre, acostumbrándola a participar en un juego de continuas falsedades.

- ◆ Aurora había sido abusada por un padre toxicómano y medio delincuente mientras desarrollaba una relación de arrogante rivalidad con su madre. No había llegado a haber penetración ni una clara genitalización del abuso cuando esta se dio cuenta de lo que estaba ocurriendo y expulsó al marido del domicilio familiar, pero Aurora había aprendido a mercadear con su cuerpo. Obtenía favores económicos del padre retirando sus denuncias en el último momento, y, a la vez, se prostituía con otros

hombres, a los que despreciaba y maltrataba. No tardó en contraer una grave enfermedad venérea.

Estos desarrollos pueden producirse en otras modalidades de abuso, pero tienden a ser más frecuentes bajo la relación de estafa, que impregna en su atmósfera de engaño a cuantos participan en ella. Con todo, la madre tiene relativamente más facilidad para romper el juego cuando consigue superar su inseguridad, en cuyo caso el pronóstico tiende a mejorar.

En lo que llamamos la *relación de dependencia*, la pareja parental se establece sobre bases intensamente complementarias, con el abusador en posición de apabullante superioridad y la esposa de tal manera supereditada a él que, aunque intuya el abuso, no puede arriesgarse a realizar ningún movimiento cuestionador. Él se comporta con prepotencia, como un señor de horca y cuchillo que impone el derecho de pernada, pero, a la vez, consigue comunicar a la abusada una cierta conciencia de privilegio que envenena fácilmente su relación con la madre. Por eso, cuando la hija se rebelde al llegar a la adolescencia, aquella contemplará su salida del hogar con alivio, sin identificarse con sus sufrimientos pasados ni con los riesgos que pueda correr en el futuro.

- ◆ José Luis y Amalia se conocieron cuando apenas eran quinceañeros y cayeron el uno en brazos del otro como si ese fuera su destino. José Luis procedía de una familia desligada, en la que las infidelidades recíprocas de sus padres eran cosa natural. Los amantes ocasionales se cruzaban por los pasillos mientras el niño intentaba hacer sus deberes escolares, pero, además, los padres estaban casi siempre fuera de casa y nadie se ocupaba seriamente de él. Su personalidad se forjó en la creencia de que solo mediante el esfuerzo y sus habilidades sociales podría salir adelante, sin que para ello debiera esperar ayudas ni importara mucho el uso que hiciera de los demás.

Amalia era huérfana desde muy pequeña, y su infancia transcurrió en internados bajo la lejana supervisión de sus hermanas mayores. Su imperiosa necesidad de atención le hizo aferrarse a José Luis apenas lo conoció, valorando en él su apariencia asertiva como una garantía de protección perpetua.

Cuando se casaron y vinieron los primeros hijos, José Luis fue incapaz de sentirse su padre, y sí, en cambio, su propietario. Al mayor, Antonio, que con los años sería heroinómano, lo sojuzgó sometándolo a su voluntad hasta en los menores detalles, mientras que a la segunda, Fina, la sedujo sexualmente, abusando de ella con la máxima gravedad desde los 6 hasta los 16 años. Amalia nunca quiso ver lo que sucedía, y cuando, muchos años más tarde, se reconstruyeron las circunstancias dramáticas en que la chica interrumpió el abuso y marchó de casa, negó saber nada y comentó con aire esquivo que «pensaba que todo lo más habían sido unos tocamientos».

La relación de dependencia es quizá el marco más frecuente y clásico de los abusos sexuales estructurados, y provoca generalmente, al alcanzar la abusada la adolescencia, una rebelión más o menos explosiva con abandono del hogar en circunstancias de alto riesgo. Si denuncia los abusos en la familia, no es raro que la acusación se vuelva contra ella, percibida por la madre como manipuladora, o incluso como inductora del abuso. Los padres abusadores niegan mientras pueden negar, pero, a veces, reconocen sus errores y piden perdón público, sin que ello comporte un gran beneficio para la hija. Esta puede, en efecto, encontrarse jugando de nuevo el papel de mala, incapaz de perdonar a un padre que asume, de forma poco convincente para ella, el rol de pecador arrepentido.

La que llamamos *relación de vampirismo* se establece entre dos personas marcadas por graves trastornos de personalidad, el abusador de signo narcisista-paranoide, y la esposa de signo depresivo. Esta se percibe de forma tan devaluada que no puede casi concebir merecer por sí sola la atención de su marido, por lo que mete a alguna hija en la relación... y en el lecho de este. El cual, por su parte, reclama el derecho de «educar» sexualmente a su hija, reivindicando de forma casi delirante la bondad de tal proceder.

- ◆ El padre de Laura, tras más de ocho años en la cárcel cumpliendo condena por graves abusos sexuales, le escribía cartas declarándole su amor y anunciándole la fiesta que vivirían juntos después de su inminente

regreso al hogar. La madre se limitaba a sonreír tristemente cuando se le preguntaba sobre sus posibilidades de evitar la reanudación de los abusos. Y Laura, ya mayor de edad, mantenía una postura ambigua y trataba a su madre con gran desprecio.

Si todos los abusos estructurados contaminan el tejido relacional de las familias, la relación de vampirización lo corrompe, con lo que resulta difícil que algún miembro se salve de su maléfico influjo. El pronóstico es bastante sombrío.

4.4. *Violencia pasiva*

En la violencia pasiva, el maltrato físico no es ejercido directamente por un miembro de la familia nuclear, pero esta, por razones relacionadas con su estructura específica, no ejerce adecuadamente las funciones protectoras y permite (o quizá más propiamente no consigue evitar) la agresión por parte de un elemento ajeno. Suele ocurrir en familias deprivadoras, hiperexigentes y poco valorizadoras, que se muestran exitosas en el plano normativo, pero fracasan en el protector. Y se trata de una pauta diferente de la negligencia, característica de las familias desestructuradas caóticas.

- ◆ Virginia, de 17 años de edad, estaba bajo la tutela de su madre, Eugenia, desde que esta se había separado de Ernesto cuatro años atrás. Ambos padres procedían de familias acomodadas, de elevados principios y exigente sentido ético. Sin embargo, Virginia estaba siendo abusada sexualmente por Federico, el marido de Felisa, una hermana de Eugenia epiléptica y minusválida. La familia de Eugenia y Felisa y, especialmente, sus padres, los abuelos de Virginia, adoraban a Federico por la abnegación que mostraba en el cuidado de su esposa. Por eso, cuando Virginia hizo públicas sus acusaciones contra su tío, toda la familia reaccionó en defensa de este, tachando a la chica de histérica y fabuladora. Incluso su madre intentó convencerla de que se retractara, aduciendo que seguramente se había equivocado por la excesiva presión emocional a que había estado

sometida. Virginia empezó a consumir drogas y a salir con chicos descontroladamente, dando la razón a quienes opinaban que todo había sido un invento suyo para denigrar a Federico, quien, incomprensiblemente, nunca le había caído simpático.

Virginia iba de mal en peor cuando intervino Ernesto, que asumió la defensa de su hija apoyándola incondicionalmente. Y una terapia familiar logró también cambiar la actitud de Eugenia, que rompió con su familia de origen asumiendo la causa de la muchacha. Virginia recuperó el control de su vida a medida que fue comprobando que se le hacía justicia y que sus necesidades eran atendidas.

No es raro que el maltratador, en las situaciones de violencia pasiva, sea algún miembro de la familia extensa o alguien cercano a ella. Como tampoco es raro que, al igual que en el caso de Virginia, la familia desoiga las quejas de la persona maltratada o incluso las desautorice explícitamente. El mensaje suele ser que esa persona «no debería molestar con acusaciones absurdas y, en cambio, ser más amable con quien tan bien se porta con ella...».

4.5. *Negligencia*

La negligencia es la modalidad de maltrato físico más frecuente y más grave. De su frecuencia da una idea la sobresaturación que suelen sufrir los servicios sociales y de atención al menor de casos de niños descuidados en su alimentación, utilizados para mendigar, absentistas escolares sistemáticos o abandonados en las más variadas circunstancias en situación de riesgo. En cuanto a la gravedad, aunque a veces sea inferior a los casos más dramáticos de violencia física o sexual, mantiene un nivel medio muy alto, puesto que el abandono equivale a una falta de reconocimiento muy lesivo de la integridad identitaria del niño.

La negligencia supone fundamentalmente el fracaso de las funciones sociabilizantes protectoras en un contexto de caos organizacional que arrastra también a las normativas y que produce criaturas hiposociables

y severamente carenciadas de nutrición relacional. Los exponentes más obvios de la negligencia son las familias multiproblemáticas.

- ◆ Rosario procede de una familia caótica, en la que la madre ejercía la prostitución y el padre, múltiples veces emparejado, transmitía genes de una gravísima enfermedad heredodegenerativa, padecida por varios de sus hijos. La infancia de Rosario transcurrió en las más dramáticas circunstancias, sufrió continuos desamparos y no menos frecuentes internamientos en centros de acogida, que constituyeron para ella un sucedáneo de hogar. Fugas, reingresos, participación en bandas juveniles, violencia y promiscuidad fueron algunos de los ingredientes que condimentaron su vida, antes y durante su adolescencia.

Razonablemente resiliente, Rosario se dejó seducir por Ramón, un hombre zafio y obeso con el que pasó a convivir (por cierto, en casa de la madre de él, que ejerció una influencia nefasta sobre la joven pareja) y con el que tuvo tres hijos. La escolarización de los niños fue siempre irregular, lo que alertó a los maestros y al personal de servicios sociales por los indicios que mostraban de desamparo. Además, pronto se detectó violencia entre sus padres, quienes, sin dejar de convivir, se enzarzaron en una serie interminable de denuncias y juicios. En una de esas, uno de los chicos sufrió un accidente callejero que le afectó un ojo y que motivó la intervención de los servicios de atención al menor. Rosario y Ramón perdieron la tutela de sus hijos y, para recuperarla, entre otras medidas iniciaron una terapia familiar.

Los cambios en la pareja fueron notables, estos incluyeron una clara responsabilización por parte de Rosario en la gestión de los niños, la instalación de la familia en una nueva vivienda y el inicio de una escolarización de los menores mucho más estable. Nació un cuarto hijo, pero la pareja se separó. Rosario inició una nueva convivencia con Alberto, quien, además de aportar a la familia un hijo procedente de una relación anterior, fue padre, junto con Rosario, de una niña.

Alberto era un hombre pequeño, lleno de *piercings* y vestido de forma pintoresca, por lo que no podía sino suscitar la desconfianza de unos servicios sociales que ya recelaban de Rosario a través de una larga historia de ásperos contactos. Así que la familia cayó de nuevo en el foco de las

instituciones de atención al menor, si es que se podía decir que había salido alguna vez de él.

Pero la terapia familiar, aunque a trancas y barrancas, seguía su curso, y la nueva familia iba generando recursos desde el caos de procedencia y, por supuesto, sin abandonar del todo el estilo caótico. Así que pudieron soslayar el riesgo de verse de nuevo privados de sus hijos y continuaron su compleja marcha hacia una razonable adaptación social.

Los hijos de Rosario y Ramón conocieron, sin duda, el dolor de la negligencia. Las peleas entre los padres, así como las continuas interferencias de la abuela materna, marcaron sus primeros años con períodos de graves carencias y situaciones de riesgo, en las cuales, como ya hemos visto, la violencia física podía hacerse presente de forma indiscriminada e imprevisible. Incluso es posible que la desprotección fuera, en efecto, una de las causas del accidente que motivó la retirada de la tutela (aunque este punto nunca se pudo demostrar). Sin embargo, y como es frecuente en las familias multiproblemáticas, cuando más cerca estaban del abismo, los recursos del ecosistema se hicieron presentes, en forma de un nuevo compañero de la madre lleno de energía y de capacidades parentales. Los servicios sociales y de atención al menor deberían estar atentos a estas mutaciones, para evitar eventuales males mayores.

4.6. El maltrato físico y sus bases relacionales

Hemos dicho más arriba que no hay individuos maltratadores sino relaciones que generan maltrato. Ocurre, sin embargo, que tales relaciones pueden engarzarse entre sí a través de las generaciones en lo que se conoce clásicamente como la *cadena del maltrato*, y que ello puede traducirse en una dramática recurrencia de situaciones presididas por la violencia o la negligencia.

La FIGURA N.º 2 muestra de forma esquemática una representación de las bases relacionales del maltrato físico, que coinciden con las principales modalidades de maltrato psicológico. Y, de nuevo aquí, la dimensión del tiempo puede hacer girar el esquema, recordándonos

que las familias no permanecen estáticas a lo largo de las diversas etapas de su ciclo vital, sino que pueden evolucionar al desplazarse de una situación relacional a otra. Ello supone un importante factor de complejidad y una poderosa razón para no buscar «purezas» en este tipo de fenómenos. No obstante, existen algunas redundancias que permiten atribuir cierta estabilidad a nuestras propuestas.

La violencia activa suele presentarse en contextos relacionales triangulados, aunque la naturaleza de las triangulaciones puede variar considerablemente. La violencia física se produce en situaciones definidas por la simetría de la pareja parental, que da lugar generalmente a triangulaciones que llamamos *manipulatorias* y, más raramente, a las que denominamos *desconfirmadoras*. Como se verá más adelante, de ello puede depender que la persona maltratada desarrolle además, en algún momento, síntomas neuróticos o psicóticos. Si la triangulación es manipulatoria, el niño conoce claramente las reglas del juego y sabe qué se juega en sus incursiones en el conflicto de sus padres, que acaba desplazándose y situándolo en el ojo del huracán. La angustia que experimentará se inscribirá en el área neurótica. Pero, si en el juego relacional de la violencia su persona es ignorada, tanto por una madre que lo utiliza como escudo, como por un padre que no reconoce en

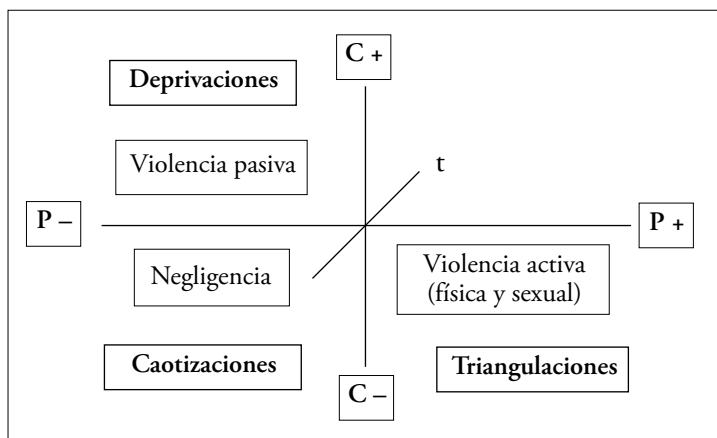


FIGURA N.º 2

él sino un apéndice más vulnerable de su *partenaire*, la triangulación se convierte en desconfirmadora, y la maltrecha identidad de quien la padece puede deslizarse hacia la psicosis.

Las triangulaciones que enmarcan relacionalmente la violencia sexual remiten, en contraste con las correspondientes a la violencia física, a parejas parentales de signo complementario. Ello es fácil de comprender, ya que no entra en el horizonte de una pareja simétrica permitir al *partenaire* que abuse impunemente de una hija. Por eso, en tales casos, hablamos de *triangulaciones complementarias*.

La violencia pasiva se produce en contextos deprivados, es decir, en familias muy estructuradas, pero en las cuales la sociabilización de los hijos pivota hacia la normatividad, descuidando la protección. La indefensión que permite la intervención depredadora de personas ajenas a la familia nuclear puede también predisponer a padecer trastornos depresivos o trastornos de la personalidad tipo «límite».

Por último, la negligencia es típicamente caotizante, lo que la sitúa en el núcleo de los trastornos de vinculación social, con una fuerte tendencia hacia la multiproblematicidad.

HACIA UNA TEORÍA ECOLÓGICA DE LA PERSONALIDAD

Durante mucho tiempo, la sola formulación del título de este capítulo habría podido parecer contradictoria y, en cualquier caso, resultaría inimaginable desde el territorio sistémico, que, empeñado en la exploración de lo relacional, se negaba a focalizarse en la personalidad, percibida como una peligrosa trampa intrapsíquica.

Superadas afortunadamente tales dicotomías, hoy no solo es posible, sino doblemente tentador poner en contacto ambos conceptos, desde la seguridad de que el individuo y los sistemas relacionales son complementarios y no antitéticos. Una reflexión sobre la dimensión relacional de la personalidad constituye, desde este punto de vista, un primer paso imprescindible para explorar las bases relacionales de la psicopatología y una aportación a la tarea de dotar de coherencia ecológica a la mente humana.

5.1. *Una definición de personalidad*

No hay duda de que los individuos no son concebibles sino como integrados en sistemas relacionales, de los cuales el primero y más inmediato es la familia de origen y el más amplio, pero no menos influyente, la sociedad. Pero ni los sistemas ni mucho menos las relaciones abstractas plantean por sí mismos problemas o piden ayuda psicoterapéutica. Quienes lo suelen hacer son los *individuos en relación*, y es por eso que cualquier modelo psicoterapéutico debe poner a punto instrumentos

conceptuales, ciertamente coherentes con su epistemología, adecuados para responder a ese desafío.

Gold y Bacigalupe (1998) realizaron una minuciosa revisión de las teorías de la personalidad de naturaleza interpersonal y sistémica y apenas pudieron encontrar otra cosa que la *teoría interpersonal* de Harry Stack Sullivan (1953) como propuesta específica, inspiradora de muchos autores sistémicos. Entre sus muchos méritos teóricos figura el haber inventado el término de «sistema del *self*», para denominar una personalidad acuñada en la mirada de los otros. Pero Sullivan continuó ejerciendo su práctica terapéutica en una relación diádica con los pacientes, y los terapeutas familiares que le sucedieron se desinteresaron de la personalidad en cuanto concepto intrapsíquico.

¿Qué es la personalidad desde el punto de vista relacional? He aquí una posible definición: *La personalidad es la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural.* Vale la pena examinar uno a uno sus ingredientes.

Dimensión individual

Es necesario asumir que se trata de un concepto individual. En caso contrario, se seguiría pensando en pautas o patrones relacionales, pero no en personalidad.

Experiencia relacional acumulada

Se trata de una reedición del viejo concepto batesoniano de cismo-génesis, que, como es sabido, subrayó la idea, revolucionaria en su momento, de que las personas son moldeadas y definidas por la relación (Bateson, ²1956), más que lo contrario. En realidad, parece sensato afirmar que individuos y relación se definen recíprocamente de forma recursiva o, aún mejor, helicoidal.

Diálogo entre pasado y presente

Somos producto de una historia y, desde este punto de vista, el pasado en el que transcurrió la experiencia relacional define la personalidad. Pero la historia se encuentra continuamente reescrita

o reformulada en el presente, desde el cual es posible redefinir el pasado.

Un modelo dependiente mecánicamente del pasado es, por ejemplo, una presa hidráulica: tantos hectolitros perdió, tantos debe ganar para recuperar un determinado nivel. Y, si concibiéramos la personalidad como un fenómeno energético, la metáfora sería válida para entender su funcionamiento. La intervención terapéutica debería entonces adaptar sus ritmos a las necesidades de la recuperación de la energía potencial requerida.

Pero la personalidad es un concepto comunicacional más parecido a un modelo informático, en el que un simple clic en un icono llena inmediata y espectacularmente toda la pantalla con una nueva imagen. Por eso es también posible, desde el presente, inducir cambios espectaculares en el pasado, y por eso la tensión dialéctica entre pasado y presente es un elemento tan importante en la definición de la personalidad.

Sustrato biológico

El organismo humano, y muy especialmente el sistema nervioso central, son el *hardware* de la personalidad. La genética, seguramente, desempeña un papel importante en la transmisión de ciertas predisposiciones a desarrollar determinados rasgos de personalidad, y las recientes investigaciones sobre las *neuronas espejo* (Rizzolatti *et al.*, 1996) abren un horizonte ilimitado sobre la capacidad de la relación para activar el cerebro humano.

Pero, además, el cuerpo, que es biología, ejerce un papel fundamental como vehículo de relación. Rasgos físicos como la estatura, el peso, la armonía o disarmonía corporal, el color de la piel, del pelo y de los ojos, y tantos otros, definen, a veces decisivamente, el grado de seguridad con que se afronta la mirada del otro y pueden resultar determinantes en la configuración de la personalidad.

Contexto cultural

La cultura enmarca y sobredetermina la personalidad, influyendo decisivamente en su definición (Falicov, 1998). No significa lo mismo

ser extrovertido en un país nórdico que en el Caribe, o, incluso dentro del mismo país, serlo en la sierra o en la costa peruanas. Las culturas equivalen a mitologías sociales que priorizan unos rasgos de personalidad sobre otros, condicionando su adscripción al patrimonio psicológico de sus miembros.

Es decir que, en la personalidad individual, desempeña un papel fundamental la historia relacional del sujeto, quien, no obstante, alcanza a escapar a la condición de esclavo del pasado gracias a su casi infinita capacidad de redefinirlo desde el presente. Y la biología y la cultura, interactuando estrechamente, participan de forma decisiva en el proceso.

Pero ¿con qué material se construye la personalidad? ¿Y en qué contextos precisos?

5.2. La narrativa

Entendemos por narrativa la atribución de significado a la experiencia relacional. Es algo que el ser humano hace ininterrumpidamente a lo largo de su existencia en un proceso de complejidad progresiva, desde la vida intrauterina hasta bien avanzada la edad adulta. Solo en la vejez, y probablemente no en todos los casos, puede llegar un momento en que dicha complejidad se congele o incluso disminuya. Por eso, y dado que la narrativa es, digámoslo ya, el magma constitutivo de la personalidad, es lícito afirmar que el proceso de construcción de esta dura prácticamente la vida entera.

Es de sobras conocida la existencia de actividad psicológica prenatal, puesto que el feto reacciona a todo tipo de estímulos sensoriales en su acogedor hábitat amniótico. Un resplandor, un ruido, una presión o un movimiento brusco de la madre, y hasta un olor intenso, bastan para sacarlo del reposo e inducirlo a realizar determinados movimientos. Seguramente el proceso de atribución de significados está en marcha, y el feto empieza a armar historias que llenan su existencia y le dan sentido: luces, sonidos, movimientos y olores que vienen y se van,

que estimulan o sedan, que inquietan o calman. Y que lo impelen a retirarse tranquilamente, a realizar intrépidas incursiones o a estirar enérgicamente sus miembros. Es probable que algunos rasgos de la personalidad del bebé, aquellos, sobre todo, que resulten más difíciles de comprender con las coordenadas «extrauterinas» disponibles, tengan sus raíces en ese misterioso universo relacional fetal.

Pero dada la infinita complejidad de lo que ocurre tras el parto, no parece imprescindible especular sobre lo anterior a este. El bebé, sin duda, y el niño de forma arrolladora son auténticas máquinas narrativas, que construyen infinitas historias de ternura, de soledad, de alegría, de tristeza, de miedo, de consuelo y... de tantos matices como se nos puedan ocurrir. Frente a ellas reaccionan con confianza o con recelo, con entrega o con hostilidad, poniendo en juego los componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos de la narrativa en un fascinante y abigarrado panorama en el que se combinan ideaciones, afectos y comportamientos.

Las historias que constituyen la narrativa incluyen, pues, un pensar, armazón cognitivo que brinda una estructura coherente a la atribución de significado, un sentir, resonancia afectiva que le hace vibrar confiriéndole una relevancia específica para el propio sujeto, y un hacer, que le aporta una dimensión pragmática imprescindible en el plano relacional. Solo porque son pensadas, sentidas y actuadas, las historias se convierten en narraciones psicológicamente operantes y trascienden el mero plano literario.

- ◆ Hay momentos en que los niños atraviesan una etapa de «mamitis». Se aferran a la madre y rechazan a cualquiera que se les represente como una amenaza para su relación privilegiada con ella, incluido el padre. En ello influye su percepción de la madre como figura de apego incondicional, envuelta en suavidad y ternura, frente a la naturaleza más áspera y la presencia fluctuante del padre y de los restantes interlocutores. Por no hablar de los hermanos, con los que hay que compartir el tesoro. Si las circunstancias son propicias, esa narración «familia de origen», se irá enriqueciendo y complejificando, incorporando el reconocimiento de la incondicionalidad del padre desde posiciones quizá físicamente más

distantes y de la solidaridad de los hermanos en la defensa de intereses comunes o en el compartir el placer del juego.

Esa complejificación resulta fundamental como garantía del equilibrio, la madurez y la salud mental futuros, que solo se aseguran si el individuo dispone de una amplia gama de narraciones con múltiples opciones descriptivas de su realidad relacional. Podemos afirmar que, *cuanto más abundante y variada es la narrativa, más rica y sana es la personalidad.*

5.3. *La identidad*

Pero, paralelamente a la proliferación de la narrativa, también desde los inicios de la actividad relacional se desarrolla un segundo proceso decisivo para la constitución de la personalidad: la construcción de la identidad.

El sujeto elige algunas narraciones como definitorias de sí mismo, y con ellas, ciertamente, no acepta transacciones ni negociaciones: este soy yo, me tomas o me dejas, pero no pretendas convencerme de que sea otro. Tal es la relación de un individuo con su identidad, una cerrada y absoluta defensa. Y es comprensible, porque en ello le va la existencia psicológica, es decir, la integridad de su personalidad. *Idem ens*, el mismo ser, esto es, lo que no cambia, he ahí la etimología latina de identidad, que resulta por sí sola bastante expresiva del concepto que estamos proponiendo.

Y no es que la identidad rotundamente no pueda cambiar, sino que, en el mejor de los casos, sus cambios se producirán lentamente y, desde luego, no como respuesta a cualquier confrontación directa. Ante las presiones externas, la identidad se comporta como un tozudo adolescente que cierra filas y se parapeta tras una muralla de rígida autoafirmación. Por otra parte, como se verá oportunamente, la identidad es muy vulnerable a determinadas situaciones relacionales negativas, capaces de lesionarla de forma decisiva.

De esta definición se siguen algunas consecuencias importantes. Por una parte, se hace evidente que la identidad no posee, a diferencia de la narrativa en su conjunto, un valor absoluto. Es decir que no cabe afirmar, contra lo que pueda sugerir el lenguaje popular, que mientras

más identidad, mejor. De hecho, quizá estemos más cerca de la afirmación contraria. La identidad debe limitarse a unas pocas narraciones, claramente definidas y delimitadas, correspondientes, por lo general, a temas como el género y la orientación sexual, la pertenencia nacional, la filiación política y religiosa... y poca cosa más. Lo contrario, es decir, un individuo excesivamente identitario, o bien es un psicótico, como veremos más adelante, o bien un peligroso y rígido fanático que pone todo su ser en juego por cualquiera de sus narraciones.

De todas formas, las narraciones seleccionadas por el sujeto como identitarias nunca lo son al cien por cien, como tampoco carece de un cierto baño identitario la narrativa restante. De hecho, la *narrativa identitaria*, que así podemos llamar también a la identidad, sirve de amarre o ancla al conjunto de la personalidad, y muy especialmente a la *narrativa no identitaria*, mediante las sutiles prolongaciones con las que asegura una leve presencia en esta. El resultado es que el sujeto se reconoce en todas sus narraciones, pero solo se emplea a fondo en la defensa de algunas de ellas, obviamente las identitarias.

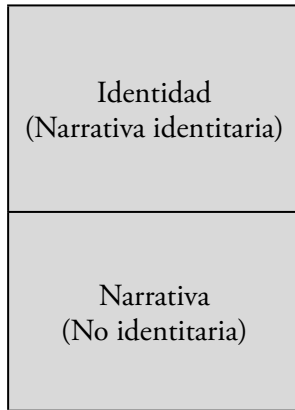


FIGURA N.º 3

Resulta obvio que, desde este punto de vista, la identidad no es un territorio propicio para la intervención terapéutica. El terapeuta deberá soslayarla, so pena de encontrar un rechazo frontal a cualquier sugerencia que pueda ser interpretada como cuestionadora.

- ◆ En el curso de la terapia con una pareja de veteranos profesores de secundaria, el terapeuta le pide al marido que, puesto que la queja de su esposa es la escasa atención y dedicación por parte de él, y que su defensa es la falta material de tiempo, podría hacer una prueba pidiendo durante quince días una baja por enfermedad. Motivos no faltan, porque nuestro hombre anda tan estresado que ya ha sufrido algún episodio de dolor precordial sugestivo de angina de pecho. Así podría matar dos pájaros de un tiro: disfrutar un más que merecido y necesario descanso y, a la vez, aumentar su disponibilidad para apoyar y acompañar a la esposa. La terapia dispondría también de un nuevo material relacional con el que trabajar los viejos conflictos.

Teóricamente impecable, pero el marido se crispa visiblemente y afirma, enfurruñado, que le podrán pedir que se suicide antes que «eso». Tras diversas tentativas infructuosas de negociar, sobre la base de la limitación de la medida y su inocuidad, el terapeuta comprende que la consagración sacerdotal al trabajo es, para esta persona, un constructo identitario, por lo que recoge velas y apunta en otra dirección. ¡Medida necesaria si quería salvar la terapia!

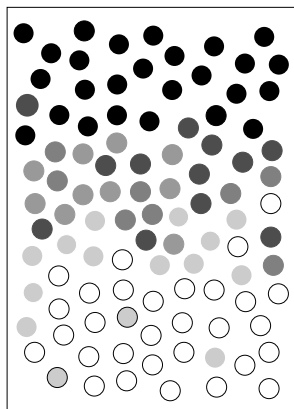


FIGURA N.º 4

Y no perdamos de vista que, en cuanto instancia de la personalidad, la identidad es un concepto individual. No existe la identidad de los pueblos, y lo que suele entenderse por tal no es sino cultura y, por tanto, mitología. Los nacionalismos son identitarios no porque lo sean las naciones, sino porque los individuos que lo profesan han incorporado esa ideología a su identidad.

La FIGURA N.º 4 representa con mayor fidelidad la relación existente, dentro de la narrativa, entre historias y constructos muy mayoritariamente identitarios (círculos negros) y no identitarios (círculos blancos). Existen múltiples gamas del gris que expresan, en posiciones intermedias, la infinita complejidad de la situación. A efectos prácticos, no obstante, seguiremos utilizando la muy simplificada FIGURA N.º 3.

5.4. Los sistemas relacionales de pertenencia: organización y mitología

Ya hemos visto cómo narrativa e identidad, y con ellas la personalidad, se construyen *en relación*. Por eso, tal y como ocurría con el concepto de *mente* de Bateson (1972), que, en el clásico ejemplo del leñador, se prolongaba hacia el brazo, el hacha y el tronco del árbol, la personalidad individual se prolonga a los sistemas relacionales de pertenencia: *dime a qué sistemas relacionales perteneces y te diré quién eres*.

INDIVIDUO	SISTEMA DE PERTENENCIA
IDENTIDAD	ORGANIZACIÓN Cohesión Adaptabilidad Jerarquía
NARRATIVA	MITOLOGÍA Valores y creencias Clima emocional Rituales

CUADRO N.º 4

Pero no todos los sistemas son igualmente importantes. En muchos lugares existen hermandades, cofradías, agrupaciones folclóricas o clubes deportivos en los que los niños son inscritos apenas nacen o con los que mantienen una vinculación estrecha durante toda la vida. «Ser» de la Macarena, de un determinado casal fallero, o del Barça, se convierte así en una importante fuente de narrativa y hasta, en algunos casos, de constructos identitarios. Se participa, ciertamente, de una particular mitología, se practican algunos rituales ¡y hasta hay quien se deja en ello la vida! Pero, salvo en contadas excepciones, es raro que la integridad psicológica de un sujeto se juegue en tales pertenencias.

La *familia de origen* es, con mucha diferencia, el sistema relacional de mayor relevancia en lo que a la construcción de la personalidad se refiere, puesto que en ella se producen los intercambios más influyentes sobre el desarrollo narrativo e identitario. Por eso el CUADRO N.º 4, que es en principio generalizable a cualquier sistema relacional de pertenencia, cobra pleno sentido aplicado a la familia de origen.

Pero también existen otros sistemas relacionales muy influyentes sobre la construcción de la personalidad, como por ejemplo la *escuela*, a la cual se pertenece en épocas tempranas de la vida y de forma muy intensa, el *grupo de pares*, que obtiene su máxima importancia en torno a la adolescencia, o la *familia creada*, que, aunque se alcanza ya en plena edad adulta, genera vivencias extraordinariamente fuertes.

La influencia de estos sistemas se ejerce principalmente a través de su *organización* y de su *mitología*, instancias lo suficientemente importantes como para requerir una descripción pormenorizada.

La organización es la dimensión diacrónica de la estructura, es decir, lo que permanece de la estructura del sistema a lo largo del tiempo. Desde este punto de vista, la organización equivale, en el contexto del sistema, a la identidad del individuo, pero solo parcialmente, por su condición perdurable, y no necesariamente porque el sistema se reconozca en ella más que en la mitología.

- ◆ La estructura de una familia debe cambiar en las diferentes etapas del ciclo vital. Cuando una pareja se conoce y, explícita o implícitamente, decide

fundar una familia, se cierra al exterior y a sus influencias, situación que irá cambiando con posterioridad hasta que, eventualmente, tengan hijos. Entonces la familia vivirá un nuevo periodo de relativo aislamiento, que a su vez volverá a mitigarse, para transformarse, en torno a la adolescencia de los chicos y su ulterior emancipación, en un sistema mucho más abierto. Si la autoridad se ejercía de forma clara e inequívoca durante la infancia de los hijos, luego tendrá que flexibilizarse e incorporar abundantes matices.

Es solo un ejemplo de algunos de los cambios estructurales que hacen a una familia funcional. Sin embargo, durante todo ese tiempo, puede ocurrir que la organización permanezca la misma, siendo los roles fundamentales ejercidos por las mismas personas, con algunas características constantes. En tal caso, papá es siempre papá, chillón pero cariñoso, y mamá es siempre mamá, más dulce y comprensiva pero menos expresiva de su cariño.

La organización cambiará solamente si, por ejemplo, los padres se separan y uno de ellos o los dos fundan una nueva familia, o si, eventualmente, mueren. En tal caso, los cambios organizacionales comportan casi inevitablemente la aparición de nuevos sistemas o la refundación de los antiguos.

Las principales propiedades estructurales de un sistema, *cohesión*, *adaptabilidad* y *jerarquía*, son también cualidades de la organización. De cierta manera, la cohesión se vincula preferentemente con el universo *emocional* (el *sentir*), la adaptabilidad con el *cognitivo* (el *pensar*) y la jerarquía con el *pragmático* (el *hacer*).

La cohesión equivale a la distancia relacional entre los miembros de un sistema, y se la suele considerar inscrita entre dos polos extremos de *aglutinación* y *desligamiento*. Es la vieja tipología estructural (Minuchin, 1974). En una familia aglutinada la distancia relacional entre sus miembros es escasa, mientras que, en cambio, las fronteras con el exterior suelen ser muy firmes. Eso la convierte en un sistema cerrado, en el que la individuación se hace difícil. Tal es la razón de que una tendencia a la aglutinación sea funcional en momentos del ciclo vital en que la pertenencia prima sobre la individuación (hijos

pequeños), mientras que un desplazamiento hacia el desligamiento, en que aumenta la distancia relacional y las fronteras se hacen más permeables, resulta adecuada cuando la individuación es prioritaria (hijos adolescentes).

La adaptabilidad es la capacidad de los sistemas de cambiar bajo la influencia de las circunstancias, externas e internas. También se trata de una dimensión bipolar, en la que la funcionalidad se sitúa en el centro, mientras que los dos extremos están ocupados por posiciones menos adaptativas: la *rigidez*, en la que la adaptabilidad se reduce al mínimo, lo que dificulta cualquier modificación como reacción frente a cambios circunstanciales, y la *caoticidad*, que, por el contrario, hace al sistema muy influenciado por tales cambios. Aunque los términos «rigidez» y «caoticidad» parezcan peyorativos, es de sentido común que, fuera de las posiciones más radicales, pueden representar movimientos positivos en determinados momentos evolutivos.

En cuanto a la jerarquía, se podría discutir sobre su definición. Recordemos que Bateson consideraba al *poder* un concepto dormitivo y proponía como alternativa «la capacidad de definir la naturaleza de la relación», mientras que Haley reconocía plenamente su realidad relacional. Evitando la polémica, podemos definir la jerarquía como la función relacional que soporta la toma de decisiones en el seno de un sistema. Y es una función que cambia de forma adaptativa con las peripecias del ciclo vital y de forma no adaptativa en determinadas circunstancias, como, por ejemplo, cuando un hijo es elevado a posiciones jerárquicas superiores por obra y gracia de una coalición triangulada con uno de los progenitores.

Venimos definiendo a la mitología (Linares, 1996) como el espacio de confluencia de las narrativas de los miembros de un sistema. O, indistintamente, como el espacio común del sistema del que emergen las narrativas individuales de sus miembros. De cualquier forma, se trata de un territorio narrativo consensuado, ocupado por las narraciones de los miembros del sistema que pueden ser negociadas y compartidas. La *cultura* es, desde esta perspectiva, la mitología del más amplio sistema relacional representable, es decir, la *sociedad*.

- ◆ Un grupo de adolescentes se reúne en un parque público de cualquiera de nuestras ciudades. Sentados indolentemente y vestidos con similares camisetas, tejanos y bambas, se lanzan miradas lánguidas mientras intercambian grabaciones de sus grupos musicales favoritos haciendo circular una litrona. He aquí una fiel puesta en escena de una mitología juvenil con plena vigencia en la cultura occidental.

Los individuos piensan, sienten y actúan, pero no se puede decir lo mismo de los sistemas, so pena de sacrificar su complejidad relacional en una caricatura «individuumorfa». Sin embargo, es fácil detectar en ellos los ingredientes cognitivos, emocionales y pragmáticos, es decir, el pensar, el sentir y el hacer, aunque cristalizados respectivamente en los *valores y creencias*, en el *clima emocional* y en los *rituales*.

Pero las mitologías que más interesan a los terapeutas sistémicos son las que corresponden a la familia de origen, puesto que en ellas convergen las narrativas individuales más representativas de la personalidad de sus miembros, que también ejercen una influencia más relevante sobre ella. Será, pues, en la familia de origen donde aplicaremos, si bien de forma necesariamente esquemática, estos conceptos.

Los valores y creencias representan el aspecto más racional e intelectualizado de la mitología, las ideas que centran y polarizan los intereses de la familia: ser de izquierdas o de derechas, religiosos o laicos, aficionados a los deportes, al cine o a la literatura. Hay infinitas combinaciones de contenidos, pero también múltiples formas de participación. Desde las familias monolíticas, que no admiten disidencias en sus valores y creencias, sean ricos y variados, sean pobres y escasos, hasta las tolerantes y polifacéticas, en que los diversos subsistemas pueden profesarlos en respetuosa variedad.

El clima emocional es el resultado de una negociación, mayoritariamente implícita, sobre los estados afectivos que se pueden compartir. De modo que las familias, en su infinita diversidad, pueden aceptar compartir todo tipo de emociones, o restringir las que se toleran, ya sea en general, ya sea en determinadas circunstancias. El humor, por ejemplo, puede estar limitado a momentos muy precisos, y prohibido en otros, o, por el contrario, aceptado ampliamente en cualquier

situación. O la tristeza puede verse rechazada del clima emocional oficial, lo cual puede conducir a que, sistemáticamente, se rompan con humor o con ira las dinámicas de tristeza colectiva.

Por último, los rituales constituyen el territorio de consenso de los comportamientos individuales, esto es, las conductas compartidas por los miembros del sistema. Y de nuevo aquí son posibles todas las combinaciones imaginables: familias ricas en rituales y familias carentes de ellos; familias con rituales singularizados en los diversos subsistemas (padres/hijos, mujeres/hombres, etcétera), familias que solo los poseen a nivel global, y familias que combinan ambas posibilidades; familias ritualmente monolíticas y aquellas que permiten a sus miembros adscribirse a rituales «a la carta».

En una breve recapitulación cabe afirmar que el destino de la personalidad individual se juega en la encrucijada de los principales sistemas de pertenencia, con la familia de origen en primera posición. La madurez psicológica y la salud mental dependerán, pues, de una ecuación compleja en la que intervienen decisivamente la organización de los mencionados sistemas de pertenencia, con su cohesión, su adaptabilidad y su jerarquía, así como la mitología, con los valores y creencias, el clima emocional y los rituales que la conforman.

Pero existe un elemento central, producto y, a la vez, organizador recursivo de la ecuación sistémica. Nos hemos ocupado de él en el apartado 3.3, y ahora es el momento de recuperarlo.

5.5. La nutrición relacional, motor de la construcción de la personalidad

Ya definimos la nutrición relacional como la vivencia de ser complejamente amado. Y ahora podemos afirmar que esa vivencia es el motor que anima el proceso de construcción de la personalidad. La fórmula es tan sencilla, y tan de sentido común, como que la personalidad se construye en función de cuánto y cómo se siente amado el sujeto, y es, a la vez, por ello, infinitamente compleja. Porque hay infinitas maneras de amar y de ser amado, como hay infinitas posibilidades

de que ese amor complejo se vea complejamente interferido por un poder no menos complejo.

Nos vamos a detener preferentemente en la manera como esos procesos se desarrollan en la familia de origen, pero antes vale la pena recalcar en su más amplia dimensión social. Porque es en el nivel social donde se producen de forma más descarnada los fenómenos de dominio que sirven de marco y de inspiración a la galería de horrores familiares.

Las familias pueden triangular a los niños, pero con ello no harán sino reproducir y adaptar al contexto privado lo que la política muestra en público exhaustivamente: juegos manipulatorios en que las alianzas y coaliciones se fraguan y se rompen, se anuncian y se niegan, en una sucesión vertiginosa que legitima el engaño, la traición y todo tipo de vilezas. Y si el caos y la deprivación son fenómenos relacionales con carta de naturaleza en algunas familias, qué decir de su presencia en una sociedad regida por la explotación del hombre por el hombre, donde el derecho de propiedad basado en la ley del más fuerte posee carácter sagrado y prevalece legalmente sobre cualquier forma de solidaridad.

La familia maltrata y hace enfermar porque, en cuanto eslabón intermedio entre la sociedad y el individuo, transmite y adapta los más variados fenómenos de interferencia del amor por el poder.

La FIGURA N.º 5 muestra, de forma muy esquemática, cómo la personalidad individual se forja en estrecho contacto con los sistemas de pertenencia, a través de su organización y su mitología, en procesos regidos por la nutrición relacional, que, en la familia de origen, es función de esas dos dimensiones, ya conocidas, que son la conyugalidad y la parentalidad.

Una descripción de la secuencia completa sería la siguiente. La combinación de parentalidad y conyugalidad en la familia de origen genera una determinada fórmula de nutrición relacional, que podrá incluir aspectos funcionales y, eventualmente, aspectos de maltrato psicológico triangulador, deprivador o caotizante. Dicha fórmula se corresponde con una determinada organización (con cohesión, adaptabilidad y jerarquía características) y con una determinada mitología (con valores

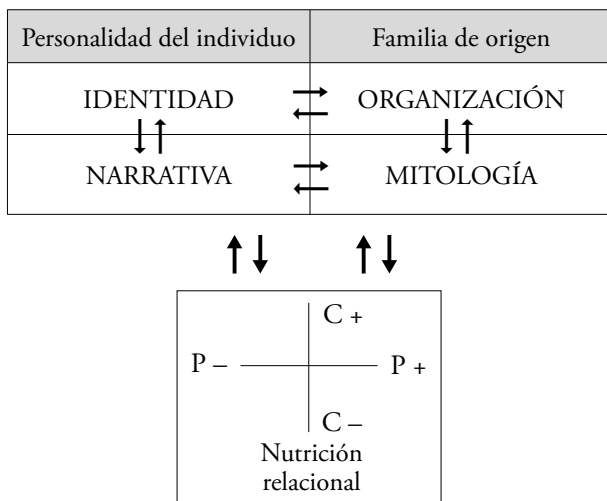


FIGURA N.º 5

y creencias, clima emocional y rituales propios) que influyen decisivamente en la personalidad de los miembros de la familia y, sobre todo, de los hijos. A la vez, la personalidad de los miembros influye retroactivamente sobre la organización y la mitología del sistema familiar, así como sobre su fórmula de nutrición emocional y su combinación de conyugalidad y parentalidad.

Los otros sistemas de pertenencia relacionalmente relevantes también intervienen en el circuito y, ciertamente, influyen en la construcción de la personalidad de sus miembros, aunque de forma menos decisiva que la familia de origen. La fórmula de nutrición relacional no dependerá en estos casos de la combinación de conyugalidad y parentalidad, pero sí de dimensiones relacionales que reflejan diferentes universos de vínculos, horizontales y verticales. Por ejemplo, en la escuela el niño vivirá por una parte su relación con los maestros, pero también las consecuencias de la relación de los maestros entre sí, con el equipo directivo y con los psicólogos. Y, desde luego, el grupo de compañeros equivaldrá a la fratría.

EL DIAGNÓSTICO RELACIONAL

6.1. *El diagnóstico en la terapia familiar sistémica*

Desde sus orígenes, la terapia familiar, que más tarde devendría sistémica, fue ferozmente crítica con el diagnóstico psicopatológico. Ya hemos visto cómo Bateson lo consideró un concepto dormitivo, y no hay duda de que lo es si nos atenemos al mecanismo tautológico que define al alcohólico «porque bebe alcohol» o al psicótico «porque delira y se agita». Pero el diagnóstico puede ser otras muchas cosas.

Etimológicamente, «diagnóstico» significa conocimiento mediante la diferencia, y ello nos remite a un proceso mental que nos hace agrupar y contrastar o comparar para comprender. El hecho de que se haya terminado asociando a la medicina es circunstancial y, desde luego, muy secundario en términos epistemológicos. Se habla con toda soltura del diagnóstico de la situación de una empresa o de las condiciones de seguridad de una obra pública. No se debería, pues, incurrir en la simplificación de identificar el diagnóstico con la medicalización, aunque existan indudablemente razones que justifican el prejuicio.

En efecto, la naciente psiquiatría voluntariosamente médica y pretendidamente científica del siglo XIX se construyó sobre el modelo de la «parálisis general progresiva» (PGP), cuya etiología infecciosa acababa de ser establecida por Bayle en 1822.

- ◆ Durante siglos, los médicos habían asistido atónitos al despliegue, en determinados pacientes, de una serie de graves y misteriosos síntomas. Tras un periodo de ansiedad e irritabilidad, se abría paso un delirio

megalomaniaco muy intenso, en el que el paciente desplegaba conductas espectacularmente grandiosas, teñidas de paranoidismo: «Soy el rey del mundo, todo cuanto está a la vista me pertenece y, para desposeerme de mis riquezas, hay una conspiración de la que forman parte estos médicos que dicen querer tratarme...».

El delirio iba empobreciéndose progresivamente, para dar paso a un deterioro intelectual cada vez más marcado, que desembocaba en una franca demencia. Y, a esas alturas, se iba superponiendo una sintomatología neurológica consistente en dificultades motoras generalizadas que se iban convirtiendo en el estado que daba nombre a la enfermedad: una parálisis general progresiva. La muerte sobrevinía por un hundimiento global de la salud física y mental, en un estado de postración absoluta.

Se comprende que el «descubrimiento» de las causas de la PGP produjera un profundo impacto en los psiquiatras decimonónicos. Téngase en cuenta que se trataba de una enfermedad maldita y misteriosa, que había suscitado toda suerte de especulaciones mágicas, incluidas, obviamente, las atribuciones diabólicas y las explicaciones pseudo-científicas. ¡Y ahora resultaba que todo era tan sencillo como puede serlo una infección! Pronto, además, se descubrió que el agente causal era el *treponema pallidum* y que la PGP no era sino una manifestación cuaternaria de la sífilis. Tras años de latencia y de síntomas varios, la lúes acababa por provocar una meningo-encefalitis, cuyo desarrollo, de curso crónico, podía distar mucho tiempo de la primo-infección venérea. Ello explicaba que hubiera sido tan difícil asociar ambos elementos.

En definitiva, un gran avance científico que, paradójicamente, se convirtió en una cortina de humo para el progreso de la ciencia en el campo de la salud mental, puesto que las desmesuradas expectativas despertadas por él hicieron suponer que toda la psicopatología sería reducible a una etiología infecciosa o, cuando menos, burdamente biológica. Ni que decir tiene que todavía estamos pagando las consecuencias de haber construido la nosología psiquiátrica sobre tan endebles bases epistemológicas, y que ello explica parcialmente la ferocidad de las críticas que recibió el diagnóstico psicopatológico por

parte de los antipsiquiatras de los años sesenta y... de los fundadores de la terapia familiar.

Sin embargo, agrupar y comparar han sido siempre movimientos mentales asociados a comprender, por lo que rechazar globalmente el diagnóstico psiquiátrico equivale a tirar al bebé junto con el agua sucia. Vale la pena respetar el esfuerzo acumulado a lo largo de los siglos por quienes han abordado el estudio de los trastornos mentales, y aprovechar lo mucho que en su trabajo hay de útil. Y, desde luego, no bajar la guardia para rechazar cualquier simplificación reduccionista.

Una puntualización necesaria atañe a la utilización del concepto de *enfermedad*. La patología mental existe desde el momento en que existe un inmenso sufrimiento asociado a comportamientos y estados de conciencia generadores de fracaso individual y desajuste social. Pero ello no justifica el uso del concepto de enfermedad, asociado en la medicina moderna, desde los tiempos de Virchow y de Bernard, a una anatomía patológica y una fisiopatología determinadas, inexistentes en el terreno psicopatológico. Y mucho menos autoriza el empleo de expresiones como «estamos ante una enfermedad (léase esquizofrenia o depresión) como las demás». No es así. Los trastornos mentales (probablemente la mejor traducción del término inglés *mental disorders*, consagrado por la American Psychiatric Association) no son enfermedades «como las demás», y es fundamental reivindicar su singularidad respecto de la patología orgánica. Afortunadamente, frente a las afirmaciones dogmáticas de los portavoces de la ideología biologicista, la gente tiene sentido común y sabe distinguir.

Con todo, si se pretende conducir la terapia con un mínimo de posibilidades de éxito, se ha de dejar bien establecido desde el principio que el diagnóstico psiquiátrico *es diferente*, porque, por lo general, no hay lesiones ni disfunciones físicas objetivables subyacentes, problemas de *hardware* o averías del ordenador, sino que se trata más bien de problemas de *software*, equiparables a una desprogramación o a los efectos de un virus informático. La metáfora informática brinda un marco conceptual fácilmente comprensible, que permite redefinir la terapia como una especie de reprogramación.

6.2. *La nosología psiquiátrica: un breve apunte*

Con el referente de la parálisis general progresiva en el horizonte, la *nosología psiquiátrica* se construyó en Europa, y muy especialmente en Alemania, durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX. Los monumentales tratados que pusieron a punto los sesudos profesores alemanes tienen su ejemplo más ilustrativo en la obra de Emil Kraepelin, considerada la línea de partida de la psiquiatría moderna como especialidad médica.

Para Kraepelin (1883), el objetivo de individuar enfermedades en función de sus causas biológicas debió quedar aplazado en una serie de trastornos que habrían de constituir el cuerpo central de la psiquiatría: las llamadas *psicosis endógenas*, principalmente la *demencia precoz* y la *psicosis maniaco-depresiva*, así como las *personalidades desviadas* y los *estados reactivos*. Las aportaciones subsiguientes de Bleuler (1924), Schneider (1923) y el mismo Freud sentaron las bases para la consolidación de la nosología psiquiátrica en tres grandes ramas:

a) Las *psicosis*, paradójicamente llamadas *endógenas* para diferenciarlas de las orgánicas o *exógenas* (de origen infeccioso, tumoral, traumático, endocrinológico, tóxico, etcétera). En ellas se agrupan la *esquizofrenia* (reformulación de Bleuler de la vieja demencia precoz), la *paranoia* y la inmodificada psicosis maniaco-depresiva. Un «popurrí», pues, donde coexisten las psicosis delirantes con los trastornos afectivos.

b) Las *neurosis*, bajo el común denominador de la ansiedad, beneficiadas en su coherencia recíproca por la ingente obra de Freud.

c) Las *psicopatías o personalidades psicopáticas*, estudiadas exhaustivamente por Kurt Schneider, y caracterizadas por una conducta socialmente inadaptada de supuesta causa *heredodegenerativa*, que hace sufrir a quienes la manifiestan y a quienes se relacionan con ellos.

Tres grandes ramas, pues: la de la locura, poblada por sujetos alienados de la realidad socialmente consensuada y refugiados en un mundo propio; la de la ansiedad, transitada por inseguros de todo tipo, en lucha permanente contra sus síntomas; y la de la inadaptación social, frecuentada por personajes auto y hétero-marginados por sus dificultades en establecer vínculos significativos duraderos.

Pero la psiquiatría no ha cesado de evolucionar y su nosografía ha experimentado cambios significativos, sobre todo en las últimas siete décadas, a raíz de que, con la segunda guerra mundial, el centro de gravedad se desplazara de Europa a Estados Unidos.

La integración de los trastornos mentales en la nueva sensibilidad americana inicialmente provocó algún cambio derivado del énfasis cultural en lo social. Efectivamente, en plena euforia del *New Deal* roosveltiano y de la victoria en la guerra, todo en la cultura americana era social, por lo que el concepto de psicopatía, con sus connotaciones heredodegenerativas y su agrio olor nazi, no fue bienvenido. Fue, en cambio, sustituido por el de *sociopatía*, que encajaba mejor en los nuevos valores vigentes.

Pero, con el cambio de nombre, se produjo igualmente un cierto desplazamiento del significado. Si el psicópata por antonomasia era el «desalmado» (expresión de Schneider), capaz de llevar su incapacidad de empatía hasta infligir infinitos sufrimientos a quien se encontrara en el camino, el sociópata sería más bien el habitante de los guetos de las grandes ciudades de la costa Este, producto del fracaso del sueño americano definido principalmente por la violencia delincuencial.

- ◆ El cine brinda excelentes modelos para ilustrar esta evolución. La película *M, el vampiro de Dusseldorf*, obra clásica de Fritz Lang, ejemplifica a la perfección la figura del psicópata alemán. El protagonista, encarnado por Peter Lorre, es un solitario asesino en serie que rapta, viola, tortura y mata a niños. Cuando la mafia de la ciudad lo captura y lo somete a un simulacro de juicio, su maldad es desplazada por la indefensión inherente a su condición de víctima.

El sociópata americano es, en cambio, bien ilustrado por las películas de gánsteres, como *Chicago, años treinta*, en que los delincuentes campan a sus anchas entre corrupción e impunidad.

Mas no cesaron ahí los cambios. En los años cincuenta, el movimiento americano de *trabajo social* inició su singladura como nueva profesión, con entusiasmo, prestigio y capacidad de influencia. Desembarcados en los territorios de la sociopatía, encontraron el término excesivamente

médico, por lo que tendieron a sustituirlo por el recién acuñado de *familia multiproblemática*. Y de nuevo el cambio de denominación implicaba un desplazamiento semántico, puesto que desaparecía el individuo como referencia para ser sustituido por una entidad colectiva, la familia. Se extremaba, pues, el viraje desde lo individual-privado hacia lo colectivo-público, en unas condiciones inaceptables para el *establishment* psiquiátrico, que, por supuesto, nunca aceptó el nuevo término.

Pero, simultáneamente, se estaba produciendo un nuevo fenómeno psicodiagnóstico: la irrupción del concepto de *personalidad borderline*, traducida como *fronteriza*, *límitrofe* y, finalmente, *límite*. Descrita inicialmente por autores psicoanalíticos (Gunderson, 2003) para denominar fenómenos que ocurrían en zonas intermedias entre la psicosis y la neurosis (episodios depresivos, crisis de despersonalización, ansiedad...), la personalidad límite se fue desplazando hacia territorios psicopáticos a medida que en su descripción ganaba importancia la dificultad para el establecimiento de vínculos sociales significativos. Con lo que este diagnóstico funcionó como complemento del de familia multiproblemática, completando el espectro en el polo de las opciones privadas. Quien se desadaptaba socialmente en la retirada calma de la familia, fuera de los focos de los servicios sociales, de los juzgados y de los servicios de atención al menor (al menos, durante el largo período de gestación del problema), incurría en el diagnóstico de personalidad *borderline*. Por el contrario, las familias multiproblemáticas exhibían sus carencias ante Dios y ante el mundo, abiertas en todo momento a las intervenciones profesionales más variadas.

Así las cosas, la American Psychiatric Association (APA, 2000) emprendió la tarea de organizar un nuevo sistema clasificatorio de los trastornos mentales que aunara rigor conceptual y espíritu práctico. En 1952 apareció la primera versión del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y, desde entonces, se han sucedido las versiones actualizadas, hasta alcanzar el actual DSM-IV-TR, verdadero referente diagnóstico de alcance universal. La FIGURA N.º 6 recoge algunos de los cambios principales que propone esta nueva nosología.

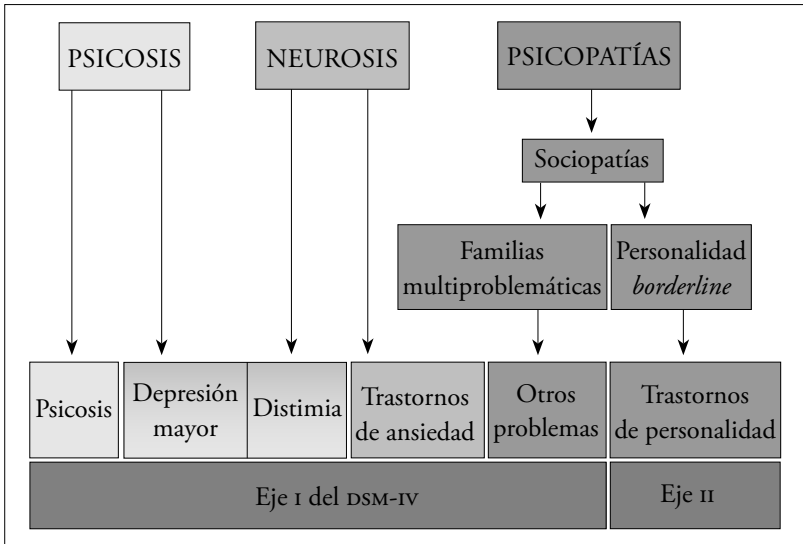


FIGURA N.º 6

Las psicosis se depuran, limitándose a las delirantes, al desgajarse las depresiones de su primitivo tronco común. Desaparece la psicosis maníaco-depresiva, que se convierte en *trastorno bipolar*, y aparece un espacio diferenciado para los *trastornos afectivos* (*trastornos del estado de ánimo*), en que este último convive con la *depresión mayor* y con la *distimia* (heredera de la antigua *depresión neurótica*).

Desaparecen las neurosis, que son sustituidas por una serie de trastornos bajo el denominador común de la *ansiedad* (*crisis de angustia*, *fobias*, *trastorno obsesivo-compulsivo*, *estrés postraumático*, etcétera). También se agrupan algunos antiguos fenómenos neuróticos en los nuevos apartados de *trastornos somatomorfos* (*somatizaciones*, *hipocondría*, *trastorno de conversión*, etcétera), *trastornos facticios* (*fingimiento patológico*) y *trastornos disociativos* (*amnesia disociativa*...). Parece haber un especial ensañamiento con la *histeria*, que no solo desaparece como término reconocido, sino que se ve desmenuzada entre estos últimos apartados citados.

Pero el capítulo que más transformaciones experimenta es el de las antiguas psicopatías. De entrada, como era previsible, el concepto de

familia multiproblemática es absolutamente ignorado, y se procede, en cambio, a una descripción pormenorizada, uno a uno, de los diversos problemas que suelen presentar tales familias, bajo el rubro general de «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica».

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica		
Problemas de relación	Problemas de abuso o negligencia	Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica
<ul style="list-style-type: none"> • Paterno-filiales • Conyugales • Entre hermanos • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico del niño • Abuso sexual del niño • Negligencia de la infancia • Abuso físico del adulto • Abuso sexual del adulto 	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento terapéutico • Simulación • Comportamiento antisocial del adulto • Comportamiento antisocial en la niñez o durante la adolescencia • Duelo • Problema académico • Problema laboral • Problema de aculturación • Problema biográfico y otros

CUADRO N.º 5

El CUADRO N.º 5 muestra esa auténtica disección de la familia multiproblemática, y aún se queda corto porque han sido seleccionados los ítems más significativos. Y es preciso añadir que todos estos «problemas» quedan incluidos en el Eje I, pero en una adscripción más teórica que real, porque en el texto aparecen separados del grueso de los trastornos descritos en dicho eje, muy al final de la parte clínica, justo antes de los apéndices. En definitiva, en una zona que podríamos definir como de «letra pequeña», donde existen fundadas sospechas de que la mayoría de los usuarios no llega a consultar.

Todo ello nos conduce a otra peculiaridad del DSM-IV digna de ser examinada aquí. El diagnóstico es multiaxial y, concretamente, se divide en cinco ejes numerados del I al V. De ellos nos interesan en este momento los dos primeros, dedicados respectivamente a los *trastornos clínicos* y a los *trastornos de personalidad*. La intención de la American Psychiatric Association y de los autores personales del manual fue sin duda buena: aumentar la flexibilidad y la riqueza en matices del diagnóstico, permitiendo esa doble definición superpuesta, la de los síntomas y la de la personalidad subyacente. Sin embargo, en la práctica el sistema incorpora una doble perversión. Por una parte, el doble diagnóstico produce una disociación entre síntomas y personalidad, que, al poder combinarse aleatoriamente, sugieren la terrible falsedad de que no tienen nada que ver los unos con la otra. Por otra parte, la rutina terapéutica conduce a enfatizar el tratamiento farmacológico de los síntomas, relegando el trastorno de personalidad a un plano secundario saturado de pesimismo e impotencia.

Eje II del DSM-IV: los trastornos de personalidad		
GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
1. Trastorno paranoide 2. Trastorno esquizoide 3. Trastorno esquizofrénico	1. Trastorno antisocial 2. Trastorno límite 3. <i>Trastorno histriónico</i> 4. Trastorno narcisista	1. Trastorno por evitación 2. Trastorno por dependencia 3. Trastorno obsesivo-compulsivo 4.

CUADRO N.º 6

Lo que se hace evidente en el CUADRO N.º 6 es que los principales trastornos de la personalidad se agrupan en espacios que corresponden a los tres grandes territorios de la psicopatología histórica: el grupo A en las psicosis, el grupo B en las psicopatías y el grupo C en las neurosis. El único pequeño ajuste necesario es trasladar el *trastorno*

histriónico de personalidad, correspondiente a la clásica personalidad histérica, del grupo B al C, donde encaja mejor, junto a las otras personalidades neuróticas. Además, hay que reivindicar la vigencia de un *trastorno depresivo de personalidad*, anunciado ya en el DSM-IV pero incomprensiblemente aplazado en su formulación concreta. Para cualquier clínico experimentado no existe la menor duda de que las personalidades depresivas son una realidad: personas que arrastran tristes existencias marcadas por la descalificación y la culpabilidad sin que lleguen a desarrollar síntomas depresivos agudos.

Porque ese es el matiz que, con el máximo énfasis, queremos afirmar aquí. No existe una discontinuidad psicológica entre la personalidad y, eventualmente, los síntomas correspondientes a un trastorno mental. No está justificado, por tanto, inscribir a estos y a aquella en ejes o dimensiones diferentes. Y, desde luego, los grandes patrones relacionales que subyacen a unos y a otra son, en lo fundamental, los mismos.

6.3. Las bases relacionales de la psicopatología

Así queda definida nuestra propuesta, que delimita cuatro grandes áreas psicopatológicas, a saber, *neurosis, psicosis, depresiones y trastornos de la vinculación social*. Cada una de ellas se continúa sin interrupción con sus correspondientes trastornos de personalidad, tal y como muestra la FIGURA N.º 7. Las psicosis, depuradas como trastornos delirantes, se prolongan en los trastornos de personalidad del grupo A, caracterizados por la susceptibilidad, la rareza y el repliegue sobre sí mismo. La depresión mayor, de estirpe psicótica pero desgajada de ese tronco, comparte el espacio de las depresiones con la distimia, de estirpe neurótica, y se prolonga en el trastorno depresivo de personalidad, que, como acabamos de ver, puede aunar tristeza y sentimientos de descalificación y de culpa. A su vez, las neurosis se extienden hacia los trastornos de personalidad del grupo C (con la incorporación del trastorno histriónico), bajo el denominador común de la ansiedad y la inseguridad.

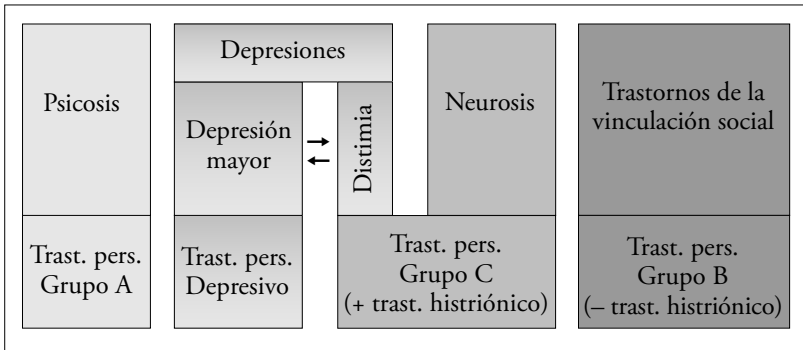


FIGURA N.º 7

En cuanto a los *trastornos de la vinculación social*, es la denominación que atribuimos a los fenómenos de vieja estirpe psicopática, sucesivamente conocidos como sociopatías, personalidad *borderline*, familia multiproblemática y «otros fenómenos que pueden ser objeto de atención clínica».

Su prolongación natural tiende hacia los trastornos de personalidad del Grupo B, con la mencionada salvedad del trastorno histriónico.

Si recordamos ahora el esquema de la atmósfera relacional en la familia de origen (a la luz de la parentalidad y la conyugalidad), expuesto en la FIGURA N.º 1 (pág. 70) respecto al maltrato psicológico y aplicado al maltrato físico en la FIGURA N.º 2 (pág. 90), podremos plantearnos la posibilidad de extenderlo también a la FIGURA N.º 7 y a su representación de los principales trastornos psicopatológicos. El resultado es la FIGURA N.º 8.

Las psicosis y las neurosis encuentran su espacio en el cuadrante inferior derecho, correspondiente a las triangulaciones. Se trata, no obstante, de distintas modalidades de triangulación, desconfirmadoras y manipulatorias respectivamente, con consecuencias psicopatológicas muy diferentes. Las depresiones se ubican en el territorio de las deprivaciones, en el cuadrante superior izquierdo, excepto la prolongación inferior que se adentra en el territorio de las caotizaciones, que corresponde al trastorno bipolar. Por último, el trastorno de vinculación social carece de la especificidad de los otros tres, y, desde el núcleo

central situado en el área de las caotizaciones, emite prolongaciones a las triangulaciones y a las deprivaciones.

En páginas sucesivas describiremos con más detalle parte de la diversidad y complejidad de este panorama, que dista de poder ser abarcado con el limitado instrumento que aquí proponemos. Adelantemos de momento que con la sola inclusión de la dimensión tiempo se produce una extraordinaria complejificación de la situación, puesto que los distintos problemas se superponen en infinitas amalgamas. Las familias no se instalan de forma estática en una combinación de conyugalidad y parentalidad, y, menos aún, en una modalidad de maltrato psicológico y, en consecuencia, de propensión a cierta psicopatología. Por el contrario, la rueda de la fortuna (léase la infinitud del ecosistema) gira ilimitadamente a lo largo del ciclo vital, generando la más variada gama de situaciones imaginable. Tal es la realidad humana y clínica que encontrará el terapeuta en su práctica. No obstante, a fines didácticos, procederemos a describir, artificialmente diferenciadas, cada una de las cuatro grandes agrupaciones psicopatológicas.

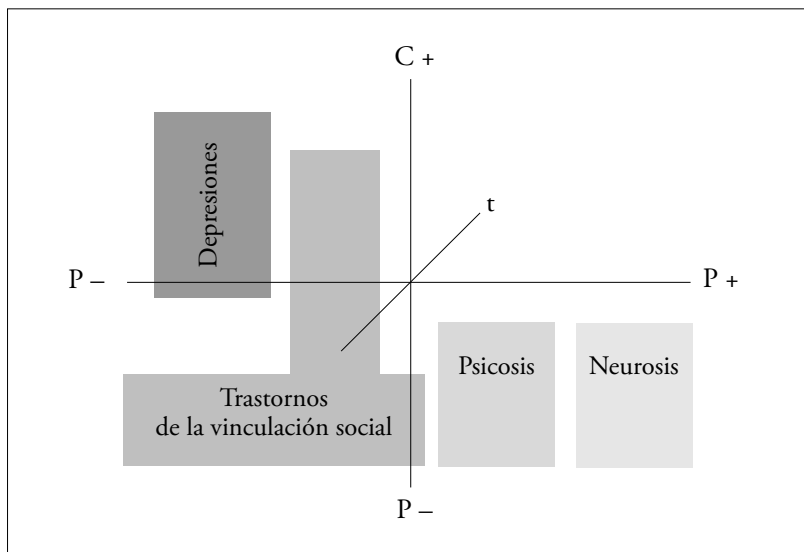


FIGURA N.º 8

6.4. Los trastornos neuróticos

En el área de maltrato psicológico definido por las triangulaciones, las neurosis representan, además del trastorno psicopatológico de menor gravedad, la modalidad de triangulación más clara y más fácil de describir. Hemos llamado *triangulación manipulatoria* a la situación relacional en la que un miembro del sistema, generalmente un hijo, recibe mensajes de otros dos, generalmente los padres, invitándolo a unirse a su juego mediante alguna modalidad de coacción. No puede extrañar que así sea, puesto que buscar aliados es una forma clásica de reaccionar frente a la dificultad de resolver conflictos relacionales. Se buscan entre los familiares, los amigos, los mismos psicoterapeutas y, claro está, los hijos, que son objetivos muy cotizados a tal fin.

No es que unos padres instalados en la disarmonía conyugal deseen necesariamente triangular a sus hijos, ni tampoco que lo pretendan conscientemente. De hecho, pueden evitarlo si controlan adecuadamente sus emociones, si conocen las consecuencias negativas que se siguen de la triangulación y si cuentan con recursos alternativos, eventualmente terapéuticos. También los hijos pueden defenderse evitando quedar triangulados, sobre todo si disponen de relaciones significativas alternativas a las que aferrarse, por ejemplo abuelos u otros miembros relevantes de la familia extensa que ostenten delegaciones de las funciones parentales.

Pero si los padres no se controlan y los hijos quedan indefensos, la dinámica trianguladora puede acabar imponiéndose, vehiculizada por propuestas como estas: «Vente de mi parte, yo te ofrezco mayores recompensas, o bien te amenazo con peores represalias si no lo haces». A lo cual se contrapone: «No, vente de mi parte, soy yo quien te ofrece condiciones más ventajosas o te amenaza con pérdidas más dolorosas». Y el niño sometido a este tironeo reaccionará en cierto modo como lo hacían los perros objeto de las investigaciones de Pavlov sobre las neurosis experimentales. Ante recompensas y castigos simultáneos (galleta, hueso, soplido en el hocico, calambrazo, etcétera) respondían con muestras evidentes de ansiedad, quedándose paralizados, tem-

blando u orinándose. Así también los humanos, aunque los síntomas puedan ser infinitamente más complejos.

La ansiedad, que es la manifestación neurótica más general e inespecífica, constituye la respuesta básica a la triangulación manipulatoria. A ella se pueden añadir otros síntomas, dependiendo de los juegos relacionales que se desarrollen superpuestos a la triangulación. Por eso, la vieja sabiduría nosográfica que agrupó a las distintas variedades de neurosis bajo un común denominador, sigue teniendo plena vigencia relacional, por mucho que el DSM-IV haya pretendido ignorarla.

La variable relacional que preside el desarrollo de los síntomas *fóbicos* y de la *personalidad evitativa* es la *dependencia*, junto con su opuesto semántico, la *autonomía*. Ugazio (1998) utiliza el término *polaridad semántica* para denominar estas dimensiones relacionales capaces de organizar, dando coherencia a sus atribuciones de significado, los síntomas psicopatológicos. Y no es difícil entrever que, tras esa oposición de conceptos, además de un fenómeno semántico generalizable, existe una peculiaridad que remite a la triangulación manipulatoria: la incompatibilidad entre dos progenitores que representan, respectivamente, la dependencia y la autonomía. De cómo se resuelva la lucha entre ambos por obtener la coalición del hijo dependerá el sesgo del síntoma de este, *agorafóbico* (simbólicamente inclinado hacia la dependencia) o *claustrofóbico* (simbólicamente inclinado hacia la autonomía).

- ◆ Tatiana era una joven de 23 años, prestigiosa hermana mayor de otra chica de 21. Emancipada desde los 19, vivía en pareja y regentaba exitosamente un negocio. En su familia tenía fama de ser una fuerza de la naturaleza, capaz de afrontar cualquier dificultad y salir airosa. Y, sin embargo, Tatiana tenía una fobia a las palomas que le hacía sufrir cuando uno de estos animales se cruzaba en su camino, obligándola a dar un rodeo o a pedir ayuda. Su padre era un hombre tranquilo y de suaves maneras, que había padecido mucho durante la larga enfermedad de su esposa, de carácter dominante y excéntrico, que no había querido medicarse por razones ideológicas, a pesar de la evidencia de que con toda seguridad moriría.

El síntoma fóbico de Tatiana representaba una transacción entre su feroz autonomía, de resonancia materna, y la vulnerable pero adaptativa dependencia de su padre. Sin poner en peligro su trayectoria personal, la hacía aparecer como más sociable y humana.

Los síntomas *histéricos* y los rasgos de personalidad *histriónicos* poseen una coherencia clínica y unas bases relacionales comunes bajo el común denominador de la *seducción*. Es bien sabido que Freud se inspiró en la histeria para formular los principios teóricos del psicoanálisis y, muy especialmente, la *teoría sexual de la personalidad* y el *complejo de Edipo*. Y luego, él mismo alimentó la polémica sobre el carácter del trauma sexual que sistemáticamente detectaba en sus pacientes. ¿Se trataba de un trauma real o más bien de una fantasía inconsciente? Ambas opciones contrapuestas fueron sucesivamente asumidas por Freud y por la ortodoxia psicoanalítica como la clave de la construcción de la personalidad histérica y de su correlato sintomático. Y, sin embargo, las opciones no se limitan a ser materialmente asaltado por la sexualidad adulta o a inventarse dicho asalto. Entre ser abusado sexualmente y fantasear sobre tal eventualidad existe una amplia gama de posibilidades intermedias que pasan por la seducción como fenómeno relacional. La histeria brota en los intersticios de una bipolaridad semántica definida por la erotización de la relación con uno de los progenitores (habitualmente de una niña con su padre) y el rechazo puritano del sexo por parte del otro progenitor.

- ◆ Genoveva acudió a terapia familiar junto con su marido y sus tres hijos, aunque sus primeras palabras fueron: «Bueno, dicen que son mi marido y mis hijos, porque yo no me acuerdo». Padecía una amnesia histérica digna de la Viena de principios del siglo xx, junto con otros síntomas de la misma estirpe: actitud *histriónica*, varias tentativas de suicidio, etcétera.

Cuando se reconstruyó su historia se supo que, de niña, ella solía ser la encargada por su madre de ir a buscar a su padre a los bares y a los burdeles donde recalaba a menudo a la salida del trabajo. Ella se movía con soltura en esos ambientes, sentándose en las rodillas de su padre o

de los amigos de este y regresando con él a casa en la motocicleta cuando conseguía convencerlo.

En una ocasión en que el padre, borracho, amenazaba con matarse con un cuchillo, la madre empujó a Genoveva para que lo desarmara, resultando herida y sangrando abundantemente en el forcejeo.

No nos sentimos autorizados a establecer una tipología relacional exhaustiva de los trastornos neuróticos, pero sí queremos hablar de la *distimia*, tanto por su condición de fenómeno mixto, depresivo y neurótico, como porque hemos explorado detenidamente sus bases relacionales (Linares y Campo, 2000) y poseemos una experiencia considerable en apoyo de nuestros argumentos.

- ◆ Maite es una mujer de 60 años casada con Felipe, de la misma edad, y madre de tres hijos de los cuales el menor, Marcos, presenta inquietantes rasgos de personalidad psicótica.

El motivo de consulta son los síntomas de Maite, que se pasa los días encerrada en casa, con las persianas bajas y en pijama, suspirando abatida y sin apenas fuerzas para realizar las tareas domésticas más necesarias. Sin embargo, el foco terapéutico se traslada sin dificultad al plano relacional, donde destacan las continuas discusiones con Felipe, con quien no mantiene relaciones sexuales desde hace diez años y no se habla si no es para pelear.

Maite fue «el ojito derecho» de su padre, fallecido hace bastantes años, mientras que su única hermana tuvo una relación privilegiada con su madre, con la que continúa conviviendo en la actualidad. Ella se ha sentido siempre perdedora, tanto de una madre que nunca sintió cercana, como de un padre que, habiéndolo estado, se le fue prematuramente.

Triangulada en la familia de origen y habituada a integrar las pérdidas relacionales en sus juegos de coaliciones y antagonismos, no pudo sino procesar de la misma forma los conflictos que fueron surgiendo con su marido y con la familia de este.

La distimia o depresión neurótica se construye sobre triangulaciones manipulatorias, a las que se añade un juego de ganancia y pérdida

representado por la coalición con uno de los progenitores y el antagonismo con el otro. Esa dinámica suele marcar la infancia y adolescencia del/de la futuro/a distímico/a, que transcurre bajo el signo de esa intensa relación, trasladada como modelo al grupo de pares: se establecen vínculos muy fuertes con una persona («mi amigo/a»), que, al tensarse excesivamente, se rompen para ser sustituidos por otros similares, generalmente bajo la mirada suspicaz del progenitor aliado.

Cuando el amigo en cuestión manifiesta pretensiones de convertirse en pareja estable, la suspicacia encuentra una justificación mayor, puesto que se trata de una relación que amenaza la continuidad de la coalición. He ahí uno de los elementos sustentadores del *mito de «la suegra»*, especialmente coherente en contextos triangulados (¿no existe el *mito de «los suegros»!*). De hecho, si el nuevo actor del juego que es la pareja aporta un bagaje relacional similar, también triangulado, no es de extrañar que se produzca una especie de intercambio cruzado de alianzas, de acuerdo con el principio «los enemigos de mis enemigos son mis amigos». Así, según esta lógica relacional triangulada, no será raro escuchar la siguiente frase: «Mi suegra es una bruja, pero mi suegro es un buen hombre».

Este es el caldo de cultivo ideal para el desarrollo de la distimia. Bastará con que uno de los miembros de esa pareja, constituida en términos igualitarios o *simétricos*, pierda pie, lo cual puede ocurrir a raíz de una nueva pérdida relacional significativa (muerte de un ser querido, desempleo, etcétera), para que la tristeza asociada a la ansiedad sea procesada como depresión. A partir de ese momento, los síntomas tenderán a integrarse en la relación, restableciendo la simetría amenazada por las pérdidas, aunque inevitablemente, dada la naturaleza de las dinámicas sintomáticas, se tratará de una *simetría inestable*. Es la modalidad de relación característica de la pareja a transacción neurótica.

Una variante de triangulación manipuladora que, con la generalización del divorcio, está alcanzando notable incidencia es el mal llamado *síndrome de alienación parental (SAP)* (Gardner, 1987), que hemos reformulado como *prácticas alienadoras familiares (PAF)* y *síndrome del juicio de Salomón o desarrollos del juicio de Salomón* (Giovanazzi y Linares,

2007). En ella, el tironeo triangulador de los hijos por parte de unos padres enzarzados en conflictos desgarradoramente intensos alcanza cotas muy altas, hasta el punto de que aquellos rechazan ver a uno de estos, en ausencia de motivos proporcionados que lo justifiquen.

6.5. *Los trastornos psicóticos*

La psicosis fue el trastorno emblemático de la psiquiatría durante los largos años en que la cultura occidental, y con ella los sistemas psicopatológicos, estuvieron regidos por la producción. En efecto, ninguna otra entidad nosológica le gana en riqueza y variedad de síntomas, y ninguna ha representado un desafío más importante para cualquier modelo terapéutico. Por eso es doblemente importante para la terapia familiar seguir teniendo cosas que decir al respecto, tras haber velado sus armas inspirada en la esquizofrenia en los tiempos de su origen como modelo. A diferencia de lo que ocurre con las neurosis, existen verdaderos ríos de literatura sistémica a propósito de las psicosis, hasta el punto de desaconsejar siquiera una tentativa de revisión en una obra de estas características. Nos limitaremos, pues, a citar solamente algunas de las referencias bibliográficas más importantes, proponiendo, en cambio, nuestras propias ideas sobre el tema.

Los inicios no pudieron ser más prometedores. La *teoría del doble vínculo* irrumpió en el mundo psiquiátrico como una elegante propuesta etiológica de la esquizofrenia (Bateson y cols., ²1956), de estirpe comunicacionalista: dos mensajes contradictorios, emitidos a niveles lógicos diferentes, sin posibilidad de abandonar el campo ni de meta-comunicar, en un contexto relacional de dependencia y constituyendo una secuencia continua de acontecimientos (ver apartado 2.3). He ahí una situación comunicacional disfuncional frente a la cual la esquizofrenia constituiría una respuesta adaptativa. Obviamente la relación de dependencia remite sobre todo a la familia de origen, donde se produce, en la infancia, la relación de mayor dependencia imaginable, a la vez que la más influyente para la construcción de la personalidad.

La teoría del doble vínculo inspiró numerosas investigaciones y dio pie a abundantes propuestas, algunas de ellas de gran interés clínico (Sluzki y Verón, 1966). Sin embargo, poco a poco fue abandonada, probablemente tanto por las arduas dificultades metodológicas para verificar hipótesis tan complejas, como por el empeño de sus autores en hacerla menos etiológica y convertirla más en una pauta circular. No podemos sino lamentar ese abandono, que nos ha privado de la vigencia actualizada de un instrumento conceptual sumamente útil para abordar algunos de los muy complejos fenómenos que se producen en la encrucijada del amor y el desamor. Fenómenos definidos por el «sí pero no», ambigüedad consustancial a la condición humana presente en tantas situaciones disfuncionales asociadas a las más graves patologías: «Te quiero y, seguramente, daría la vida por ti, pero ignoro tus necesidades, me disgusta tu forma de ser, te rechazo porque no te percibo como aliado, etcétera».

Los años sesenta fueron la época dorada en lo que al estudio de las bases relacionales de las psicosis se refiere. Proliferaron las aportaciones relevantes, estimuladas por una atmósfera cultural propicia a las visiones críticas de las instituciones sociales y, entre ellas, de la familia. La obra de los llamados *antipsiquiatras* británicos (los ya citados Laing y Cooper, entre otros) es muy representativa de este estado de opinión. Ya los títulos de los libros hablan por sí solos: *Cordura, locura y familia* o *La muerte de la familia*. Pero, además, sus contenidos son igualmente cuestionadores, como el concepto de *mistificación*, que Laing toma prestado de Marx. Según ello, al igual que los proletarios son engañados por los burgueses para apropiarse de su plusvalía, los padres confunden al hijo y lo hacen psicótico. Otros autores son igualmente explícitos, como Searles (1959), quien, a la vez que señala la participación del hijo esquizofrénico en la gratificación narcisística de sus padres, emplea expresiones como «el esfuerzo por volver loca a la otra persona o por asesinarla psicológicamente». Sumemos los conceptos de *madre esquizofrenógena* (Fromm-Reichmann, 1959) o de *madre perversa* (Rosen, 1953), que, aunque acuñados por psicoanalistas, circularon ampliamente en medios sistémicos, y comprendemos que las asociaciones norteamericanas de familiares de enfermos

mentales intrigaran para que la esquizofrenia dejara de considerarse enfermedad mental y pasara a integrarse en la neurología.

Pero también hubo importantes aportaciones menos envueltas en polémica. Dos grandes pioneros de la terapia familiar, que nunca renegaron de sus orígenes psicoanalíticos, relacionaron la esquizofrenia con dificultades evolutivas del individuo en el contexto de la familia. Bowen (1960) la situó en los niveles más fusionales y menos diferenciados de su *escala de diferenciación del self*, mientras que Boszormenyi-Nagy (1962) la asoció con problemas en el proceso de *desvinculación* en las diferentes etapas del ciclo vital. Wynne (1958) describió la *pseudomutualidad* como una característica de la familia del esquizofrénico en la que los vínculos solidarios están sometidos a la ley del «sí pero no», sacrificando la identidad individual a las expectativas familiares. Lidz describió el cisma y el sesgo conyugales en la pareja parental del esquizofrénico (Lidz y cols., 1965): unos padres tan enzarzados en un enfrentamiento eterno e irresoluble como aislados del mundo en un universo bizarro propio.

El abandono de la psicosis por la terapia familiar tuvo causas complejas, entre las cuales no carece de importancia el trauma, aun no superado, que produjo el mencionado enfrentamiento con las asociaciones de familiares de esquizofrénicos. Pero también influyó la ofensiva de la industria farmacéutica y su conquista de la opinión psiquiátrica, que ha hecho extraordinariamente difícil la simple exposición pública de propuestas psicoterapéuticas que no paguen tributo a la biologización absoluta de la psicopatología. Y no hay que restar importancia a la inhibición de los autores sistémicos, ensimismados en la comodidad de bizantinas disquisiciones posmodernas que los aíslan del resto de los colegas en el campo de la salud mental.

A Watzlawick se debe el concepto de *desconfirmación*, patrón comunicacional característico de la esquizofrenia que equivaldría a ignorar la existencia de alguien: «Tú no existes como emisor de este mensaje» (Watzlawick *et al.*, 1967). Haley (1967), otro de los pioneros que se ocuparon de la esquizofrenia, destacó el concepto de *triangulación*, involucración del hijo en el conflicto de los padres. Estos le solicitarían su sacrificio personal para ayudar a la estabilización de la familia.

Si Watzlawick encarna gran parte de la rica tradición comunicacionalista, Haley incorpora la sensibilidad estructural, que adquirió de Minuchin, combinándola con el pragmatismo de su propia visión estratégica. Sin embargo, ambos evidencian importantes limitaciones. Las elegantes propuestas comunicacionalistas del primero sugieren juegos intelectuales difícilmente compatibles con el dolor y la destrucción inherentes a la psicosis. Y tampoco el heroico sacrificio que describe el segundo cuadra mucho con la escasa relevancia del psicótico en su familia, antes de que los síntomas le permitan, paradójicamente, ocupar un lugar bajo el sol.

Selvini y sus colaboradores aportan un material decisivo en la superación de esas limitaciones, tras haber explorado a fondo tanto la sensibilidad comunicacionalista (Selvini *et al.*, 1974) como la estructural, con ayuda para esto último de la *prescripción invariable*. En su *teoría de los juegos psicóticos*, Selvini (1988) introduce dos conceptos clave: el *bloqueo de pareja*, que recoge la tradición sistémica referida a los padres del esquizofrénico (pseudomutualidad, *hybris* simétrica, cisma, imposibilidad de definir la naturaleza de la relación, etcétera), y el *embrollo*, juego sucio desconfirmador en el que se ve atrapado el hijo, participante en una coalición con uno de sus progenitores que luego será negada.

Con base en estas ideas proponemos el concepto de *triangulación desconfirmadora* (Linares, 1996) como elemento clave de una teoría relacional de la psicosis.

La atmósfera relacional de la familia de origen del psicótico está presidida por la *triangulación desconfirmadora*. Se trata de una modalidad de triangulación especialmente difícil de entender y de describir, puesto que su elemento central, la *desconfirmación*, no es, por definición, explicitable.

Recordemos que la desconfirmación equivale a la falta de reconocimiento, es decir, a la negación relacional de la existencia del otro. Pero si dicha negación se explicita («¡Tú no existes para mí!») deja inmediatamente de ser desconfirmación para convertirse en mera expresión de rechazo. De hecho, en una relación diádica difícilmente puede darse la desconfirmación, puesto que entre dos personas (A y

B) que interactúan no cabe la posibilidad de ignorarse. Sin embargo, al constituirse una triada con la intervención de una tercera persona (C), se hace posible que esta acapare de tal modo la atención de uno de los dos primitivos interlocutores (A) que el otro (B) se sienta olvidado y, por tanto, implícitamente inexistente. Dicho de otra manera, la triangulación desconfirmadora (de B) se arma cuando A niega implícitamente su previa relación privilegiada con B, acaparada por una relación intensamente pasional con C. Se trata de una atmósfera relacional compleja y contradictoria, en la que impera el «sí pero no» y, en última instancia, nuestra vieja conocida la *comunicación doble vincular*. Y el resultado es una situación de riesgo para que B desarrolle un trastorno psicótico.

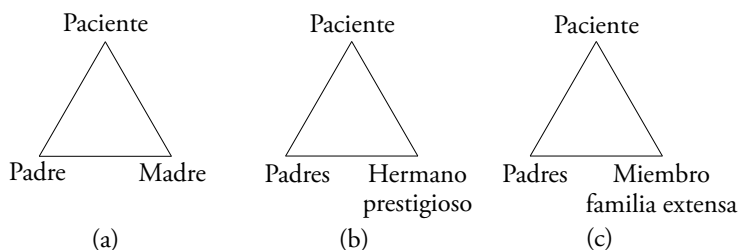


FIGURA N.º 9

Aunque la triangulación desconfirmadora más frecuente es la que, junto al paciente, sitúa en los vértices al padre y a la madre (FIGURA N.º 9 a), existen múltiples variantes, entre las cuales destacan también aquellas en las que figura un hermano prestigioso (Selvini *et al.*, 1985) o una figura pseudoparental de la familia extensa (FIGURA N.º 9 b y c). A veces pueden superponerse varias de ellas.

- ◆ Silvia es una joven psicótica de 21 años, cuyos padres, Enrique y Carmen, mantienen una intensa relación pasional de amor y odio.

Todo empezó 24 años atrás, cuando Carmen quedó embarazada de Enrique y ambos se casaron «de penalti», como entonces se decía. Carmen sintió que Enrique no la defendía ante su familia, que la miraba con evidente censura, y nunca dejó de reprochárselo. Cuando nació

Javier, el primer hijo, Carmen se aferró a él con la firme decisión de convertirlo en su aliado frente a ese marido a la vez amado y aborrecido. Y, efectivamente, Javier fue siempre un apoyo incondicional para su madre y tuvo, en consecuencia, una relación bastante conflictiva con su padre, aunque no dejó de contar con el reconocimiento y el respeto de este.

En otras circunstancias, el nacimiento de Silvia habría podido significar un reequilibramiento de la balanza familiar a partir de una alianza de la niña con su padre, pero no fue este el caso. Enrique contaba con pena y con asombro sus dificultades para aproximarse a Silvia, ya desde sus primeros meses de vida, y cómo había sentido una especie de barrera electrificada entre él y su hija. El trabajo terapéutico permitió establecer el manejo de esa barrera por parte de Carmen, que aun sintiendo colmadas sus expectativas con su alianza con Javier, nunca estuvo dispuesta a permitir que su marido dispusiera de Silvia como aliada. Esta creció, pues, siendo una segundona de menor importancia para la madre, pero con acceso relacional vedado al padre: una clara triangulación desconfirmando.

Además, la relación entre Javier y Silvia era singular. El muchacho ocupaba una sólida posición en la familia, adorado por la madre y respetado y valorado por el padre, asimismo, tenía un empleo estable y disponía de una rica red social. Se preocupaba por la salud de su hermana, habiendo sido, de hecho, el demandante de terapia familiar. Sin embargo, su interés por Silvia era contradictorio, porque nunca la había invitado a salir, ni con él solo ni con su nutrido grupo de amigos y amigas. Jamás, ni un paseo, ni una fiesta, ni un concierto... Todo parecía indicar que, aun deseando que la curaran, no estaba dispuesto a compartir con ella las ventajas de su privilegiado estatus familiar. También en ese esquema relacional se puede detectar una atmósfera de triangulación desconfirmando.

Pero no acababan ahí los datos significativos. En el piso de encima de la familia vivía Mercedes, una hermana soltera de Carmen que, en su juventud, había estado también enamorada de Enrique. Las dos hermanas habían competido por el novio, y aunque Carmen había ganado en las circunstancias que ya conocemos, ello no despejaba totalmente sus reticencias, alimentadas estratégicamente por Mercedes desde su

privilegiado puesto de observación. ¿Cómo? Entre tía y sobrina existía una excelente relación, así que si, por ejemplo, aquella oía quejarse a esta de la comida, no tardaba en bajar con unos espaguetis, el plato favorito de Silvia. Algo parecido ocurría si Mercedes oía a Carmen regañar a su hija por el desorden del dormitorio. Ella se precipitaba en ordenárselo personalmente. Tal devoción de la tía por la sobrina tenía una segunda lectura menos risueña: Mercedes había consagrado su vida a demostrarles a su hermana y a su cuñado cuán buena madre habría resultado de haber sido ella la elegida por este, y, a tal efecto, Silvia era sistemáticamente instrumentalizada: otra triangulación desconfirmadora.

La psicosis implica dos niveles fundamentales de disfunción: los síntomas negativos y los positivos. Aunque a veces se confunde a los síntomas negativos con los efectos de la cronicidad, es importante precisar sus diferencias. La cronicidad psicótica manifiesta rasgos hiposociales que no ocultan su condición de beneficios secundarios. El paciente apenas sale de casa, pierde amigos y abandona actividades, pero todo ello se produce al servicio de un estilo de vida de inválido subvencionado no carente de ventajas, sobre todo en nuestras sociedades del bienestar. Con su actitud, es como si el psicótico dijera al mundo, y especialmente a su familia: «Soy un damnificado, y ya que la vida y vosotros me habéis tratado mal, ahora yo merezco compensaciones. No pretendáis hacerme trabajar». Los síntomas negativos, en cambio, suponen una desconexión primaria con respecto al entorno, derivada de la desintegración de la identidad bajo los efectos de la desconfirmación. Sin la validación social que supone el reconocimiento, es inimaginable que pueda funcionar la conexión con la sociedad. «Si no existo, si no soy nadie, tampoco puedo vincularme a nadie». De ahí la inhibición, el bloqueo emocional, la discordancia ideo-afectiva y tantos síntomas de los llamados negativos. La escena representada por un psicótico mirándose en un espejo y riendo debería inspirar al explorador para anotar en el historial algún comentario más sofisticado que «risas inmotivadas». Es la viva imagen del impacto de la desconfirmación sobre una identidad indefensa, la lesión más grave que esta

puede recibir, ante la cual el sujeto queda desconectado incluso de sus propias emociones.

Pero, como la actividad psicológica (y casi la vida) es incompatible con ese *no ser nadie*, la personalidad del psicótico reacciona intentando salvar los muebles de la inundación. De entre las ruinas de la *identidad desconfirmada*, el sujeto selecciona los cascotes mejor conservados para reconstruir una *identidad alternativa*. Y lo hace, claro está, poniendo todo su empeño en que, esta vez sí, la desconfirmación no sea posible. «Si siendo yo, Juan Pérez, he terminado no siendo nadie, a partir de ahora seré alguien cuya existencia no pueda ser ignorada... seré... ¡Napoleón!»

Resulta espectacular cómo la sabiduría popular, durante los siglos XIX y XX, identificó en los chistes la locura con «creerse Napoleón». No hay duda de que se trata del personaje simbólicamente más importante de la moderna historia occidental: alguien que, saliendo de la nada, «sin ser nadie», conquistó Europa y sentó las bases de un nuevo orden universal. Por eso los delirios psicóticos se construyen siguiendo un «modelo napoleónico», ya sea identificándose con un personaje singular, único e irrepitable, ya sea realizando hazañas o sufriendo vicisitudes absolutamente singulares. Ningún psicótico delira en términos colectivos (v. g., «a los de mi pueblo nos abducen los marcianos» o «los vecinos de mi barrio somos aludidos en televisión»), no. «Soy yo el perseguido, yo el espiado, yo el objeto de un trato tan inicuo como excepcional...»

La identidad alternativa, delirante y napoleónica, suele tener éxito en cuanto a garantizar su reconocimiento social, pero una de las grandes paradojas de la psicosis es que ello aleja la posibilidad de reconocimiento de la identidad original. «Cuanto más reconocido soy como loco, menos opciones tengo de ser reconocido como ciudadano socialmente homologable.»

De lo dicho se deduce que la psicosis puede ser considerada un *trastorno identitario*. Y ya hemos visto que la identidad (apartado 5.3) está fuertemente blindada frente al cambio, ya que no admite confrontaciones directas. Los cambios identitarios, si se producen, lo hacen por vías colaterales y como resultado de estrategias indirectas.

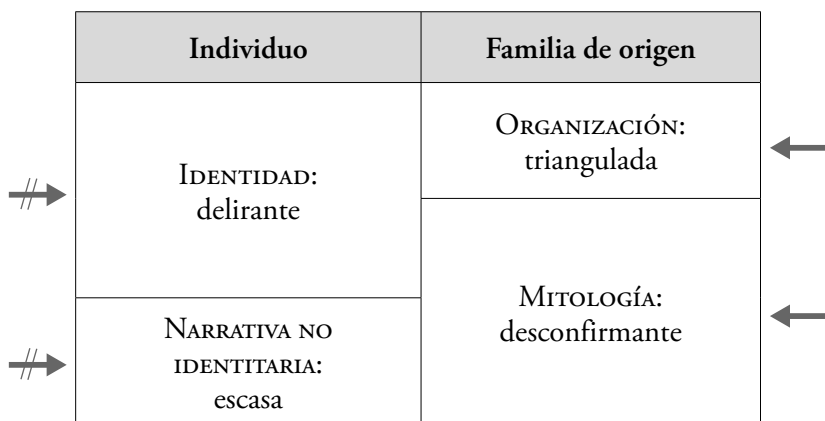


FIGURA N.º 10

Lo cual constituye un serio problema en la psicosis porque, como nos muestra la FIGURA N.º 10, la identidad en ella está hipertrofiada hasta el punto de ocupar casi todo el espacio narrativo. Se comprende que así sea, porque el delirio es como una neoplasia psicológica que tiende a expandirse en detrimento de otras narraciones más neutras: «Si soy Napoleón, lo debo ser en todo momento y bajo cualquier circunstancia; si alguien me habla del tiempo afirmando que hoy hace bueno, es para que me relaje y no ponga trabas a mi embarque con destino a Santa Elena». Efectivamente, una narración tan poco identitaria como el clima puede verse infiltrada de identidad delirante en su imparable proceso expansivo.

Se comprenden las dificultades que encuentran los modelos que abordan individualmente la psicosis y hasta se entiende que Freud afirmara la imposibilidad de psicoanalizar a los psicóticos. ¡Tenía razón! La identidad delirante «no es asequible a la argumentación lógica», como decían los viejos manuales de psicopatología, y su gran crecimiento reduce a un mínimo la narrativa no identitaria, lo que hace también muy difícil su abordaje individual directo. En cambio, la terapia familiar cuenta con la organización y la mitología como espacios adecuados para la intervención (FIGURA N.º 11 a). Cambiándolas, se hace posible ampliar indirectamente la narrativa no identitaria y,

en última instancia, ayudar a que se redimensione y modifique la identidad (FIGURA N.º 11 b).

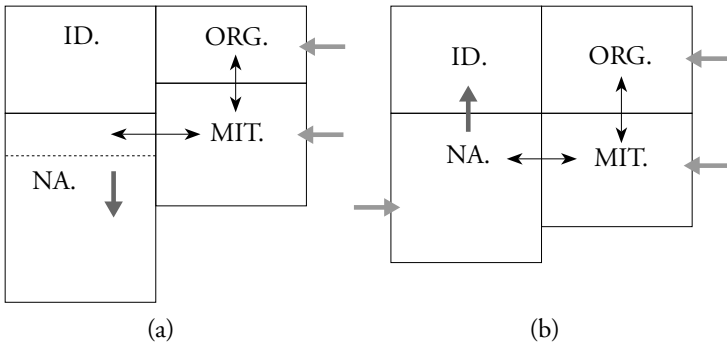


FIGURA N.º 11

- ◆ Ignacio es el cuarto de siete hermanos, en una familia cuyos padres han vivido una historia conyugal caracterizada por los continuos conflictos y desencuentros, así como por las apasionadas reconciliaciones. Cecilia, la madre, padecía un asma grave que la forzaba a frecuentes hospitalizaciones, e Ignacio era su apoyo incondicional desde su rol de hijo-aliado. Pero, en un momento de desesperación, agobiada por su enfermedad y requerida sexualmente de forma apremiante por su marido, que no quería oír hablar de contracepción, Cecilia se acercó a la Iglesia católica y, en concreto, a una congregación religiosa seglar de gran prestigio social, en la que encontró consuelo y comprensión. Y, sintiéndose consolada y comprendida, el «milagro» se operó: cesaron sus graves crisis asmáticas y su salud se recuperó.

Con el apasionamiento que la caracterizaba, Cecilia se entregó en cuerpo y alma a su nueva militancia, a la que convirtió en guía de su vida y en la que quiso implicar a su numerosa prole. Todos, incluido José, su marido, siguieron la senda marcada por ella con diverso grado de compromiso... todos... menos Ignacio, claro está.

Porque Ignacio sintió que, con la conversión de su madre, el mundo dejó de existir para él. Sus servicios de acompañante, de confidente, de aliado y de enfermero ya no eran requeridos, y, al contrario, veía cómo sus

hermanos, mucho menos implicados en el proceso conflictivo, ascendían en la escala del reconocimiento materno.

El muchacho se entregó a una serie de comportamientos provocadores que no hicieron sino aumentar la distancia de su madre y, por fin, con apenas 20 años, sufrió una crisis psicótica de gran intensidad, en la que cristalizó el que sería su delirio a partir de entonces: la «secta satánica», como llamaba a la congregación de su madre, era la causante de su ruina personal y, en general, de cuantos males azotaban a la humanidad.

Ya hemos dicho que la triangulación desconfirmadora es la pauta relacional más específica subyacente a las psicosis. La triangulación es un fenómeno básicamente organizacional, mientras que la desconfirmación corresponde más al terreno mitológico. Repasaremos, pues, algunas características de la organización y de la mitología en las familias con miembros psicóticos.

La principal característica de la organización familiar en las psicosis es la triangulación, pero, según su composición, pueden distinguirse triangulaciones desconfirmadoras muy diversas, como hemos visto en la FIGURA N.º 9 (pág. 130) y en el ejemplo de la familia de Silvia. La primera posición la ocupa la que corresponde a la *pareja parental bloqueada*, descrita por casi todos los autores que se han ocupado de la familia del psicótico. El padre y la madre se encuentran enzarzados en una relación intensamente apasionada, de amor y odio y de estrecha dependencia recíproca, y el hijo se deja engañar por las apariencias y entra en el juego de las coaliciones para luego ser traicionado o abandonado. Entonces surge su vivencia de no ser alguien relevante, en definitiva... de no ser nadie. Situaciones similares pueden vivirse en relación con los hermanos (la figura del *hermano prestigioso*, estudiada por Selvini [1985]), si el sujeto tiene la impresión de que su existencia carece de importancia comparada con la de aquellos. Tampoco son raras las triangulaciones en las que intervienen miembros destacados de la familia extensa que ejercen funciones *pseudo-parentales*, como determinados abuelos o tíos influyentes.

Las características estructurales de la triangulación desconfirmadora poseen un sesgo peculiar, coherente con la idiosincrasia de estas familias.

La *adaptabilidad es contradictoria*, se superponen pautas rígidas y caóticas. Entre las rígidas, destaca la dificultad para afrontar el cambio de etapas del ciclo vital, y en particular la adolescencia de los hijos, lo cual facilita que en torno a esta edad se manifiesten frecuentemente los síntomas. Pero, a la vez, el caos puede inducir reacciones desmesuradas frente a pequeñas modificaciones ambientales. La *cohesión es ambigua*, coexisten patrones aglutinados y desligados. Se puede pasar sin solución de continuidad de una situación en la que se comparte todo con todos a otra en la que se expulsa de casa a un hijo por un motivo poco importante. Por último, la *jerarquía es incongruente*, depende del juego de coaliciones vigentes. Una hija puede imponer, por ejemplo, que su presencia en las sesiones sea exclusivamente en compañía del padre y en ausencia de la madre y del hermano psicótico.

La mitología familiar de la psicosis gira en torno a la desconfirmación, pero encuentra en la psiquiatría biologicista un mito yatrógeno que adopta con entusiasmo. Nos referimos al *mito del páncreas cerebral*. Se trata del mensaje reduccionista que se suele comunicar al paciente, pero sobre todo a su familia, referente a la supuesta condición biológica y genética del trastorno, apoyado muy a menudo en el símil de la diabetes: «Al igual que en la diabetes el páncreas no funciona, el cerebro de su hijo funciona mal». La triste ironía es que semejante desafuero se comunica so pretexto de un programa pretendidamente «psicoeducativo» que, amparándose en la incuestionable importancia del sustrato biológico, anula las también indiscutibles implicaciones relacionales. Comparar la relativa simplicidad del páncreas con la infinita complejidad del cerebro equivale a instaurar una falsedad sobre la que difícilmente se puede construir un tratamiento. Y, desde luego, supone percibir al paciente como una especie de monstruo con un páncreas por cerebro es un mito terriblemente desconfirmador.

Los *valores y creencias desconfirmantes* que forman parte de la mitología familiar de la psicosis evolucionan con el ciclo vital y constituyen un panorama tan cruel como pintoresco. He aquí algunos ejemplos.

El buenecito insignificante. La familia suele afirmar que, de pequeño, el paciente era tan bueno que pasaba desapercibido: «Se entretenía

jugando solo, hasta el punto de que casi nos olvidábamos de su presencia». Indagando en la historia familiar, no es extraño encontrar episodios en que, efectivamente, se olvidaron de él.

El raro desastroso. Algún tiempo antes de que se declarara la enfermedad, el paciente manifestó conductas extrañas, inexplicables, en claro contraste con su actitud previa discreta y modesta. Se trata de los comportamientos bizarros que preceden a la eclosión de la psicosis, descritos tanto por autores clásicos de la psicopatología (Conrad, 1958) como por terapeutas familiares (Selvini, 1988).

El enfermo imprevisible. Se trata de una imprevisibilidad paradójica, porque, a la vez que con él puede pasar cualquier cosa, también es cierto que cuanto ocurra será atribuido a la enfermedad. Si sale con una chica, es que «está empezando a hacer cosas raras...». Si quiere estudiar o trabajar, «... eso siempre le pasa cuando se va a brotar».

El tiranuelo oportunista. Cuando han pasado los años y el paciente está instalado en la cronicidad, la visión que suele prevalecer de él es que es un aprovechado que explota a sus pobres padres ancianos: «Solo pide dinero y no colabora para nada en las tareas domésticas».

El clima emocional característico de la mitología familiar psicótica se corresponde bastante con el modelo de las «emociones expresadas» que han descrito los autores que se ha ocupado de la psicoeducación (Leff, 2000). No es raro que el *clima emocional desconfirmante* muestre un contraste entre una muy alta conflictividad por razones relativamente banales y una sorprendente indiferencia frente a situaciones que deberían generar más intensidad. A veces se hace incomprensible que los padres planten batalla ante el más nimio retraso en la hora de regreso a casa, cuando el problema más grave es que el hijo está aislado, sin apenas amigos. Existe un alto grado de criticismo y una frecuente e intensa expresión de emociones hostiles. Peleas continuas por los motivos más triviales.

En cuanto a los *rituales desconfirmadores*, se pueden organizar inspirados por el *desligamiento*, en cuyo caso serán *rituales excluyentes*, o bien inspirados por el *aglutinamiento*, con lo que entonces se tratará de *rituales constrictivos*. Como ejemplo de los primeros tendríamos la clásica escena que se repite regularmente en tantas familias de psicóticos: el domingo al mediodía, todos se reúnen a almorzar en casa de los padres, mientras el paciente permanece recluso en su habitación, fumando. Como ejemplo de ritual constrictivo abundan las situaciones en que los padres renuncian a salir de casa para quedarse controlando al paciente. Huelga decir que no es raro que coexistan en la misma familia rituales de ambas modalidades.

6.6. La depresión mayor

En los casos más característicos y significativos, el futuro depresivo viene al mundo en una familia definida por una relación conyugal de la pareja parental de signo complementario, es decir, no generadora de grandes confrontaciones o conflictos y tendente a funcionar de forma razonablemente armoniosa (Linares y Campo, 2000). Pero ello no debe inducir a engaño: no necesariamente será una pareja que comunique impresiones positivas acerca de su funcionamiento interno; a veces pueden presentar rasgos de complementariedad rígida que enfatizan la dependencia de uno de sus miembros respecto del otro.

Al priorizar la conyugalidad sobre la parentalidad, dicha pareja experimenta dificultades en el ejercicio de las funciones parentales. Tales dificultades suelen traducirse en altos niveles de exigencia y escasa valoración de los esfuerzos realizados para responder a esta. Se trata, desde luego, de condiciones coyunturales, que pueden durar más o menos tiempo, dependiendo de las circunstancias, y que suelen personalizarse en el trato que recibe un hijo, y no el resto. Un ejemplo típico sería la hija que, en otros tiempos, se quedaba soltera para cuidar de los padres en su ancianidad, o simplemente la que, con independencia de su estado civil, era más exigida que valorada en sus servicios a la familia. No es que los padres fueran exigentes y poco valoradores en

general, sino que a ella en concreto *le tocaba* someterse a esa pauta relacional. Y también *le tocaba* cierta predisposición a la depresión.

La *organización* de la familia de origen del depresivo mayor presenta generalmente una apariencia aglutinada, bajo la cual subyace un fondo desligado y hasta explosivo. Se habla mucho de unidad, pero el paciente puede tener la impresión de que su presencia es, en realidad, superflua. La pareja parental se muestra, como hemos dicho, *cohesionada*, en contraste con la mayor distancia emocional que evidencia con respecto a los hijos y, particularmente, con el paciente. Ello se corresponde, en consecuencia, con importantes diferencias en el seno de la fratría, donde el paciente puede reproducir la historia de *la Cenicienta*: explotación y marginación cruelmente combinadas aunque, desde luego, explícitamente negadas. La *jerarquía* familiar suele mostrar un panorama autoritario, aunque no necesariamente con formas despóticas. El progenitor que ocupa la posición complementaria superior (*one up*) suele ejercer la autoridad y también desempeñar el papel más activo en la pauta relacional depresógena: más exigente, rechazante y descalificador. Y no sirve de mucho para neutralizar dicha pauta que el progenitor *one down* sea formalmente más afectuoso y aceptador si, en cualquier caso, se respetan las reglas del juego complementario. La *adaptabilidad* muestra familias tendentes a la rigidez, que cambian poco con la modificación de las circunstancias externas y con el desarrollo del ciclo vital.

En la *mitología* de la familia del depresivo se distinguen unos *valores y creencias* presididos por la *descalificación* del paciente. Se valora sobre todo dar la talla en el cumplimiento de los criterios de éxito social: lo que está bien, lo que debe ser, el qué dirán... En definitiva, el culto a las apariencias y a la honorabilidad de la fachada. Como todo ello se traduce en un alto nivel de exigencia y en unos objetivos imposibles de alcanzar, el fracaso, y la subsiguiente descalificación, están casi garantizados. El *clima emocional* muestra el contraste entre una apariencia de calidez solidaria y un fondo de gran frialdad e hipercrítica. Se da por sentado el fracaso del paciente, dadas su incapacidad, su insignificancia y sus escasos recursos. Por ello no hay que dramatizar si las cosas le van mal: es lo más natural. En cuanto a los *rituales*, presididos por la alta exigencia, son rígidos y de obligado cumplimiento, con asignación

de roles no intercambiables de los que, ciertamente, corresponden al paciente los más ingratos. Podemos llamar *deprivación hipersocializable o descalificadora* a la pauta específica de maltrato psicológico que enmarca la vida del futuro depresivo.

Crecer en un ambiente de hiperexigencia, donde está prohibido rebelarse, conduce a construir una identidad que incorpora narrativas coherentes con ese contexto. En ellas ocupan lugares preferentes la responsabilidad, el deseo de quedar bien con los demás, la necesidad de preservar la respetabilidad de las apariencias y de comportarse *por encima de cualquier sospecha*. Ello explica que, como decíamos antes, el depresivo sea el principal cómplice de la *biologización* de su trastorno, que lo absuelve de cualquier participación en turbios juegos relacionales. Y también explica que, si sucumbe a la desesperación, busque en el supremo acto depresivo que es el suicidio la solución a su situación. Al suicidarse se castiga, por una parte, por no haber sido capaz de estar a la altura de las circunstancias a la hora de responder a lo que se le exigía, pero también se venga del injusto trato de que ha sido objeto, dejando un amargo legado de culpa a los que le sobreviven.

- ◆ Leandro, a los 13 años, decidió un día que no merecía la pena seguir viviendo. En el colegio otros niños le habían llamado «nena», pero eso pasaba otras veces y él encontraba la manera de defenderse. Si esta vez fue diferente es porque un profesor que había presenciado la escena se rió. Con el vaso de su amargura colmado, Leandro llegó a casa, escribió una carta a sus padres en la que usaba expresiones como «vosotros no tenéis la culpa» y se tiró por la ventana de un quinto piso. Afortunadamente, unas cuerdas de tendedores se interpusieron en su caída, permitiéndole salir del trance con varias fracturas pero vivo.

La terapia, que se inició apenas restablecido Leandro, permitió constatar un panorama relacional singular, en el que la madre, Soledad, de 54 años, hablaba de su marido, Antonio, de 45, y de sus dos hijos, Leandro y su hermano Felipe, de 9, en los siguientes términos: «¡Ay, doctor! Yo tengo tres hijos, y el más delicado es el mayor». La alusión al padre resultaba evidente, y se argumentaba porque este era un hombre muy inseguro y ansioso. De hecho, su principal motivo de preocupación en los últimos

tiempos había sido el aspecto físico de Leandro, que todavía no había hecho los cambios puberales.

Visto con cierta distancia, este era, en efecto, un problema totalmente subjetivo de Antonio, porque el aspecto del niño era normal para su edad: un chico guapo, pre-púber, de formas todavía infantiles pero sin ningún signo de alarma. Sin embargo, el padre no disimulaba que a él su hijo mayor le parecía afeminado, a diferencia de Felipe, que cumplía con todos los requisitos de virilidad. El mensaje que Leandro recibía de su padre era, pues: «¡Hazte rápidamente un hombre machote!». La madre habría podido contrarrestar sus efectos con facilidad, pero, en cambio, añadía otro mensaje que los hacía aún más desestabilizadores: «¡No preocupes a tu padre!».

Las consecuencias habían resultado muy duras para el muchacho. La exigencia de virilizar su aspecto para satisfacer a su padre y, subsidiariamente, a su madre, era del todo imposible de satisfacer con sus propias fuerzas. Mientras sus sentimientos de fracaso y de culpa crecían acompañados de una rabia profunda, había bastado la frustración del incidente escolar para desencadenar sus impulsos suicidas.

Una perspectiva evolutiva ayuda a contextualizar las depresiones en una dimensión de ciclo vital. Puede ocurrir, efectivamente, que, ya en la infancia, sea tanto el peso de la exigencia y tan dura la falta de valoración que el niño sucumba en un proceso que, probablemente, no evidenciará los síntomas característicos de la depresión pero podrá desembocar en un suicidio. Si el sujeto consigue superar la adolescencia, es posible que el desencadenamiento del trastorno se produzca en la edad adulta, cuando, como veremos, una relación de pareja que frustre las expectativas de recibir, por fin, ayuda y apoyo, puede constituirse en factor decisivo. Pero, incluso si la pareja no basta para poner en marcha la depresión, esta puede precipitarse en la vejez, cuando no faltan las pérdidas relevantes ni las ocasiones de trasladar a la relación con los hijos el frente conflictual más significativo.

- ◆ Lucía, la hija mayor de Raquel, solicita terapia familiar para ella, su madre y sus hermanos, con el objetivo de superar el duelo por la muerte

del menor de estos, Luis, acaecida hace seis meses. Raquel, de 72 años y viuda desde hace tres, tiene cuatro hijos vivos: Lucía, de 39, Juan Pedro, de 37, Lucas, de 35 y Ernesto, de 33. Luis tenía 31 años y murió de sida, tras haberse contagiado en prácticas homosexuales en un contexto personal y relacional altamente caótico.

Iniciada la terapia, destaca sobre todo el estado depresivo de la madre, que no responde a psicofármacos y que empeora con las constantes provocaciones de Lucas, quien vive con ella desde su reciente separación.

La historia de Raquel es sobrecogedora. De niña, ella quería estudiar pero sus padres no se lo permitían, exigiéndole que trabajara para colaborar en la economía familiar. Incluso la lectura le estaba prohibida «para no gastar electricidad», de manera que debía practicarla clandestinamente con la ayuda de velas y de su abuela, que se apiadaba de ella y la apoyaba.

Apenas llegada a la edad núbil, Raquel se casó con Enrique, un buen chico que la conocía desde niña y que también le ofrecía apoyo y seguridad. Solo que, al poco tiempo, la madre de Enrique enviudó y fue a vivir con la joven pareja. Raquel intentó resistirse, pero Enrique se lo impuso sin posibilidad de alternativas. La única compensación de Raquel fue, poco tiempo después, llevar a su propia madre, igualmente recién enviudada, a vivir con ellos. Pero fue una triste compensación, porque las dos ancianas se odiaban y desarrollaron una guerra que desgarró a la familia y parceló la casa. En efecto, el pequeño apartamento estaba dividido en dos territorios, impenetrables para «el enemigo», y la cocina y el cuarto de baño debían ser usados por turnos por cada abuela, que acusaba a la otra (y, probablemente, no sin razón) de querer envenenarla.

La terapia destacó la heroicidad de Raquel, quien, en circunstancias tan adversas, consiguió mantenerse a flote y sacar adelante a sus hijos. A medida que se desarrollaba esta argumentación, ella mejoró espectacularmente y desaparecieron totalmente los síntomas depresivos.

Sin embargo, de forma paralela, los hijos parecían encontrarse incómodos y Lucas incrementó sus conductas provocadoras con la madre. Se abría paso un discurso en el que ellos aparecían como damnificados de una situación que la madre no había sido capaz de controlar; todos habían debido abandonar la familia demasiado pronto y en condiciones

precarias, ninguno había podido realizar estudios y, aún ahora, sus vidas carecían de estabilidad emocional y económica. Por no hablar de Luis, que, en cierto sentido, había muerto a causa de la debilidad de su madre. A medida que se legitimaba esta mitología emergente, que reconocía el sufrimiento de los hijos y en la que los comportamientos agresivos de Lucas adquirirían una cierta dimensión vindicativa, la madre se volvió a deprimir mientras los hijos se tranquilizaban.

Era como si intentaran abrigarse con una manta demasiado pequeña que, cuando era estirada para cubrir a los hijos, destapaba a la madre y viceversa. Y, efectivamente, la metáfora de tejer entre todos una manta nueva y más grande que los abrigara sin exclusiones sirvió de línea conductora para la terapia, en una segunda etapa plenamente exitosa.

Mientras le queda capacidad de resistencia, el futuro depresivo mayor busca protección intentando escapar cuanto antes y con indisimulable urgencia de los lazos que lo aprisionan en la hiperexigencia y la descalificación. Por eso su elección de pareja viene definida por la premura y por la necesidad de obtener aquello de lo que carece: una relación más protectora y valorizadora que exigente. Si la encuentra, es probable que ahí se acaben sus problemas, pero la urgencia es mala consejera, y también es posible que, en las prisas, se deje engañar por una oferta relacional solo superficialmente adecuada a sus demandas. En cualquier caso, la pareja del paciente afecto de depresión mayor merece formar parte de la galería de personajes ilustres de la terapia familiar, junto a la pareja del alcohólico y los padres del psicótico o de la anoréxica.

El típico cónyuge del depresivo (o esposo de la depresiva, para hacer justicia a la estadística) es alguien que necesita demostrarse a sí mismo y demostrarle al mundo que es capaz de proteger y apoyar generosamente a quien pueda requerir su ayuda. El problema surge porque esa ayuda que brinda y que, inicialmente, beneficia a la persona potencialmente depresiva que la recibe, es ejercida menos por las necesidades de esta que por las propias del dispensador, por lo que no existen garantías razonables de la continuidad ni de la adecuación de dicha ayuda. Cuando el futuro paciente se siente objeto de un

nuevo engaño (no olvidemos que procede de una familia en la que las respetables apariencias encubren graves carencias relacionales), puede darse por vencido y sucumbir definitivamente a la depresión.

La pareja así construida evoluciona dominada por una *complementariedad rígida*, en la que el paciente se abandona progresivamente a los síntomas y a la descalificación, mientras que el cónyuge acumula siempre más responsabilidades y prestigio. Y no es raro que, de nuevo, esta fachada sirva para que se oculten los puntos débiles del cónyuge, que lucirá en su esplendor llena de abnegación de forma paralela al hundimiento del depresivo en la miseria de la cronicidad.

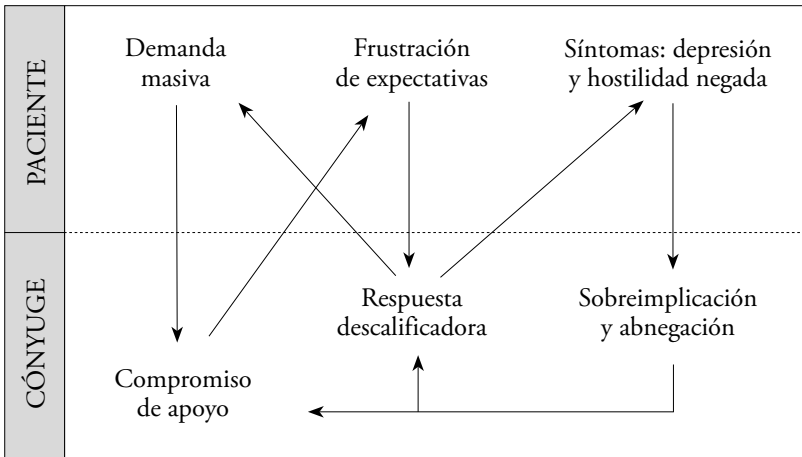


FIGURA N.º 12

La FIGURA N.º 12 muestra esquemáticamente algunos circuitos relacionales viciosos de la pareja del depresivo. El futuro paciente, acuciado por sus carencias y necesidades, plantea unas demandas de protección y atención masivas, que despiertan el interés del candidato a cónyuge. La relación se consolida y formaliza sobre la base de un compromiso de apoyo incondicional, que más tarde fracasa, tanto por la intensidad de la demanda como por las limitaciones del *partenaire*. La frustración de las expectativas del paciente provoca una primera respuesta descalificadora por parte del cónyuge («¡Nunca tiene bastante!»), que se une

al coro descalificador ya existente en la familia de origen de aquel («¡Qué nos vas a decir, ya sabemos cómo es!»). Ese es el contexto en el que suelen aparecer los síntomas: depresión manifiesta y hostilidad negada subyacente. El cónyuge tiende a reaccionar sobreimplicándose y desarrollando una conducta abnegada, dispensadora de cuidados (respuesta al célebre *care eliciting behavior* [Henderson, 1974], «comportamiento provocador de cuidados»). Se cierra así el círculo con la confirmación de un compromiso de ayuda inexorablemente condenado al fracaso, en una atmósfera de creciente descalificación (Loriedo, 2004) que no hace sino aumentar la desmesura de las demandas, progresivamente centradas en la enfermedad y la invalidez.

6.7. *Los trastornos de la vinculación social*

Ya hemos visto que los *trastornos de la vinculación social* carecen de especificidad en sus bases relacionales (FIGURA N.º 8, pág. 120), lo cual no puede sorprender, por cuanto se corresponde con su heterogeneidad fenomenológica y clínica. Las viejas *psicopatías*, transformadas en *sociopatías* por la psiquiatría americana, acabaron dando nacimiento, por una parte, a las *familias multiproblemáticas* y, por otra, al *trastorno límite de personalidad*. Ambos cubren el amplio panorama del fracaso en la vinculación social entre el polo más público y «social» (la familia multiproblemática) y el polo más privado y «psicológico» (el trastorno límite), respectivamente. Y ambos proceden de universos profesionales distintos, si no contrapuestos, cuales son el trabajo social y la psiquiatría.

6.7.1. Las familias multiproblemáticas

Por supuesto que la familia multiproblemática no es simplemente una familia con muchos problemas (Coletti y Linares, 1997). Una definición que tenga en cuenta mínimamente la complejidad del tema ha de considerar, al menos, las siguientes características:

- Un fracaso simultáneo de la parentalidad y la conyugalidad. Con mucha frecuencia, la pareja parental se constituye ya de forma casual, en ausencia de verdaderos vínculos, o se rompe apenas constituida. A su vez, la parentalidad se muestra titubeante y contradictoria, y gravita a menudo solo sobre la madre, quien, inmadura y acosada por múltiples dificultades, resulta incapaz de ejercerla.
- Ello genera una atmósfera relacional caracterizada por una organización caótica y una mitología negligente. El CUADRO N.º 7 muestra el encaje, en ese sistema disfuncional, de unos individuos de escasa y débil identidad y de narrativa no identitaria contradictoria e incongruente.

Individuo	Sistema (familia)
IDENTIDAD: escasa	ORGANIZACIÓN: caótica
NARRATIVA: incongruente	MITOLOGÍA: negligente

CUADRO N.º 7

- Las carencias de nutrición relacional derivadas de una situación tan pobre en recursos generan diversos problemas, que afectan a los adultos, a los niños y a las relaciones entre los unos y los otros.
- Tales situaciones, cuando son detectadas, crean alarma social y provocan la intervención de las instituciones, que puede llegar a ser masiva y, si solo se orienta al control, puede causar mayores dificultades y daños. En ninguna otra patología humana la posibilidad de la yatrogenia es tan previsible.

Si recordamos el CUADRO N.º 5 (pág. 116), el DSM-IV describe, en una larga lista bajo el rubro «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica», las diversas situaciones disfuncionales características

de la familia multiproblemática. La American Psychiatric Association no define su atribución al eje I o al II, y, por tanto, deja un margen de duda para considerarlos «síntomas» o «rasgos de personalidad». Lo que, en cualquier caso, no puede evitar es que queden habitualmente fuera del diagnóstico, despreciados de un plumazo por el clínico bajo la despectiva consideración de «problemas sociales». Pero los terapeutas relacionales sabemos que todos los problemas son, en mayor o menor medida, sociales, y, además, no podemos dejar fuera de nuestro foco a una población tan amplia y tan sufriente. Por ello debemos ocuparnos de las familias multiproblemáticas y de sus miembros individuales.

Hemos dicho que la identidad de los miembros individuales representativos de la multiproblematicidad es escasa y débil, y ello no debe hacer pensar en carencias intelectuales. Una *identidad pobre y poco consistente* significa que, en el proceso madurativo del psiquismo de estos sujetos, pocos han sido los constructos narrativos seleccionados como identitarios. Pocos y de forma poco clara. Por eso su personalidad mostrará, en algunos aspectos importantes, un exceso de indefinición. Como veremos, ello no es óbice para que se pueda tratar de personas inteligentes y complejas.

Individuos	Familia
<p data-bbox="239 925 436 951">IDENTIDAD ESCASA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="182 997 260 1024">• Pobre <li data-bbox="182 1033 373 1059">• Poco consistente <li data-bbox="182 1068 433 1094">• Rebeldía/dependencia 	<p data-bbox="617 925 878 951">ORGANIZACIÓN CAÓTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 997 840 1024">• Adaptabilidad: caótica <li data-bbox="584 1033 814 1059">• Cohesión: desligada <li data-bbox="584 1068 855 1094">• Jerarquía: poco definida <li data-bbox="584 1104 845 1130">• Disolución/sustitución

CUADRO N.º 8

Si hay un constructo identitario que suele destacar es el que corresponde a la bipolaridad semántica *rebeldía/dependencia*, asociados ambos términos con intensidad paradójica. Son, en efecto, sujetos díscolos y poco respetuosos de las instituciones, que, al mismo tiempo, desarrollan una gran dependencia de ellas.

En lo que corresponde a la familia multiproblemática como sistema relacional, la organización presenta algunas características bastante marcadas (CUADRO n.º 8). La adaptabilidad es caótica, por lo que pequeños cambios ambientales pueden bastar para generar dinámicas devastadoras. La cohesión es desligada, lo cual hace que la pertenencia esté constantemente amenazada por unas fronteras excesivamente permeables. Además, la jerarquía se encuentra poco definida, y ello se traduce en fenómenos típicos. Por ejemplo, ocurre con frecuencia que, en ausencia de una figura masculina paterna claramente dominante, un eventual abuso sexual sea protagonizado por un hermano.

Por todo ello, no es raro que la dinámica relacional esté presidida por una alternancia de fenómenos bajo el signo de la *disolución* (Colapinto, 1995) y la *sustitución*. La familia tiende a perder tejido relacional y a disolverse en el contexto social, a medida que sus roles clave paulatinamente son ejercidos por figuras ajenas: mamá asistente social, papá educador, abuela psiquiatra, etcétera.

El CUADRO N.º 9 recoge algunas de las características más singulares de la familia multiproblemática, referidas al contraste entre su mitología y las narrativas individuales de sus miembros más representativos.

	Espacio emocional	Espacio cognitivo	Espacio pragmático
Narrativas individuales incongruentes	EMOCIONES: intensas tempestuosas +	IDEACIÓN: pobre estereotipada -	CONDUCTA/ MANEJO IMPULSOS: impulsividad paso al acto +
Mitología familiar incongruente	CLIMA EMOCIONAL: pobre estereotipado -	VALORES Y CREENCIAS: ideología alternativa solidez paradójica +	RITUALES: pobres estereotipados -

CUADRO N.º 9

En efecto, las narrativas individuales suelen mostrar rasgos de intensa emotividad, con tormentosas reacciones de alegría, de tristeza o de agresividad, que a veces se suceden sin solución de continuidad. Además, la conducta más característica muestra marcada impulsividad, con fácil paso al acto, mientras que los procesos ideativos resultan pobres y estereotipados. Se trata de sujetos más emotivos y actuadores que reflexivos, o, dicho de otro modo, más primarios que secundarios.

La mitología familiar contrasta con este panorama individual, muestra un clima emocional y unos rituales sumamente pobres. El escaso tejido relacional no sostiene emociones compartidas ni apenas ritos relevantes, pero, en cambio, sorprende con unos valores y creencias más sólidos de lo previsible, anclados en una especie de ideología alternativa de tintes anarquistas. Ciertamente no confían en las instituciones ni sienten un particular respeto por leyes y autoridades.

- ♦ Marta Desdémona es una joven abuela peruana de 38 años, que mantiene a sus cinco hijos y a los dos de Venus Margaret, la mayor. Con ella viven, además de esa numerosa prole, dos primos y alguna que otra pareja ocasional.

Cuando vino de su Trujillo natal con sus tres hijos mayores, Marta Desdémona estaba en tal estado de postración que no podía tocarlos ni, menos aún, cuidarlos y protegerlos. Los servicios sociales detectaron que los menores estaban en situación de riesgo, rondados por un conocido pederasta del barrio so pretexto de ayudar a la madre. Una intervención inteligente, que combinó recursos materiales y terapia familiar, logró un cambio espectacular, tanto de la madre como de los niños, que se escolarizaron adecuadamente e iniciaron un correcto proceso de socialización.

Sin embargo, Marta Desdémona conoció a Hassan, un joven marroquí de firmes ideas religiosas, con quien tuvo un hijo, se casó y volvió a tener otro hijo. Dice mucho de la manera de ser de ambos que Hassan aceptó que el matrimonio se celebrara en una iglesia católica, religión que Marta continuaba profesando: ella se hacía respetar y él la respetaba. Pero los problemas no tardaron en reaparecer, y lo hicieron fundamentalmente

en la relación de Hassan con los dos hijos mayores de Marta, a los que aquel pretendía educar con el rigor que él mismo había conocido en su propia familia. La terapia familiar se vio interrumpida.

La pareja se deterioró y los chicos, Venus y Morris, escaparon a todo control, entregándose respectivamente a la promiscuidad sexual y a la delincuencia. En ese contexto, y a raíz de un cambio de residencia que acabó de desestabilizarla, Marta golpeó un día a su tercera hija, Magdalena, la cual, despechada, dijo en el colegio, exagerando, que el pequeño hematoma de su cara se debía a los malos tratos habituales que recibía de su madre. Intervinieron los servicios sociales y Magdalena fue ingresada en un centro de acogida, de donde al poco tiempo Marta logró rescatarla. Se reanudó la terapia y la familia conoció un nuevo periodo de estabilidad. Pero la máquina judicial estaba en marcha y, al cabo de dos años, cuando la niña tenía doce, se emitió la sentencia que condenaba a Marta a una multa (¡a ella, que debía realizar milagros todos los días para alimentar a diez personas!) e imponía una orden de alejamiento de seis meses entre madre e hija. La orden se obedeció con el envío de la niña a Perú, donde recibió malos tratos, afortunadamente interrumpidos por su regreso a España una vez cumplido el tiempo de alejamiento.

La historia de Marta Desdémona ilustra bien algunos aspectos de la familia multiproblemática y, especialmente, el distinto signo que pueden tener las intervenciones de las instituciones: oportunas y ayudadoras o inadecuadas y desestabilizadoras. Por otra parte, la condición multiproblemática de esta familia remite a varias generaciones atrás y está muy arraigada en su manera de funcionar. Otras veces, en cambio, una familia se multiproblematiza ante nuestros ojos de acuerdo con una dinámica muy dependiente del contexto.

- ◆ La familia Abdelrachid vivía plácidamente en su aldeíta del Rif, aunque las dificultades económicas insuperables los forzaron a emigrar a España. En Barcelona, el padre, Alí, ya mayor de 50 años, no pudo conseguir trabajo, mientras que Raïsa, la madre, quince años más joven, se desempeñó bastante bien en el servicio doméstico. Ello supuso que fue Raïsa quien mantuvo a la familia, mientras contemplaba cómo se erosionaba la

autoestima y la autoridad de su marido, incapaz de asimilar su situación de dependencia.

Alí comenzó a beber, se aisló de la comunidad marroquí y protagonizó frecuentes episodios de violencia. La madre regresaba agotada y a menudo no dormía en casa, por lo que los tres hijos debían afrontar solos las intemperancias del padre. Pronto empezaron a faltar a la escuela, a consumir drogas y frecuentar compañías poco recomendables. El padre se vio envuelto en un turbio episodio en el que varios menores fueron abusados sexualmente. En poco tiempo la familia parecía haber tocado fondo.

En su hábitat tradicional la familia Abdelrachid presentaba una buena adaptación, pero la emigración cambió su organización y la precipitó en el deterioro de la vinculación social.

De forma resumida, hemos llamado negligente a la mitología de la familia multiproblemática porque la negligencia es el fenómeno de maltrato físico más característico e inquietante que en ella se inscribe y, en cierto sentido, representa y simboliza su universo relacional. Desbordados por las carencias de una conyugalidad prácticamente inexistente y desprovistos de reflejos parentales, los padres asisten al naufragio de su compromiso para con la especie abandonando a los hijos a su suerte. Pero, curiosamente, se aferran a los aspectos más físicos de la conyugalidad y de la parentalidad para, al practicar el sexo y procrear hijos, hacerse la ilusión de que se vinculan relacionamente.

6.7.2. Los trastornos de personalidad, grupo B: el trastorno límite

Nos ocuparemos en este apartado del llamado *trastorno límite de personalidad*, y no de las restantes entidades que, en el Eje II del DSM-IV, comparten con él el *grupo B*, y ello por diferentes razones. Como ya hemos dicho, consideramos que el *trastorno histriónico de personalidad* tiene una ubicación más adecuada en el *grupo C*, junto a los otros trastornos de personalidad de estirpe neurótica, puesto que neurótica, e histérica para más señas, es la estirpe de los fenómenos histriónicos.

En cuanto a los *trastornos narcisista y antisocial de personalidad*, hemos de reconocer no poseer casuística suficiente para arriesgar hipótesis relacionales razonablemente consistentes, más que en un nivel muy provisional. Ni los narcisistas ni los antisociales suelen pedir ayuda psicoterapéutica y, menos aún, terapia familiar.

Las raíces relacionales del trastorno límite de personalidad en la familia de origen muestran, quizá mejor que los otros trastornos mentales, la necesidad de una perspectiva evolutiva que tenga muy en cuenta la dimensión temporal. Y ello porque es en este territorio psicopatológico donde más se pone de manifiesto la *equifinalidad* propia de los sistemas humanos, es decir, la propiedad según la cual partiendo de diferentes orígenes se puede alcanzar idéntico resultado.

El resultado final del paciente límite, donde termina su trayectoria relacional, es una situación de *tierra de nadie* familiar, lo cual quiere decir que nadie se hace cargo de satisfacer sus necesidades de nutrición relacional. Y ello, si estamos hablando de familia de origen, supone una *deprivación*, en la que las figuras que ejercen las funciones parentales fracasan en su desempeño (*parentalidad primariamente deteriorada*), mientras que mantienen un buen nivel de coordinación recíproca (*conyugalidad o post-conyugalidad armoniosas*).

Un punto de partida frecuente es, en cambio, lo que hemos llamado la *triangulación equívoca* (Linares, 2006 c), en la que unos progenitores muy distanciados entre sí y, eventualmente, con una relación muy conflictiva, se atribuyen mutuamente la responsabilidad de la nutrición relacional del hijo. Probablemente, uno de aquellos se implica mucho más que el otro, aunque, por lo general, ejerce funciones controladoras y normativas más que protectoras. A veces la situación se parece más a la triangulación manipulatoria, descrita a propósito de los trastornos neuróticos, con un progenitor distante y otro muy presente y sobreinvolucrado.

En otras ocasiones, el inicio se sitúa ya en las *deprivaciones*, con unos progenitores bien avenidos que, sin embargo, son exigentes y poco valoradores con el hijo. Uno de ellos se involucra mucho y el otro se mantiene distante, pero el primero se interesa fundamentalmente por el control. Si el segundo se aproxima, lo hace de forma más bien superficial,

por salvar las apariencias, pero sin plantearse seriamente compensar la arbitraria sobreimplicación controladora de su cónyuge.

En cualquiera de los casos, como decíamos más arriba, al final todos acaban en una situación de privación, porque los que estaban triangulados se destriangulan, ya que el progenitor más cercano se aleja, coincidiendo en esa posición con el que estaba lejos desde el principio: aunque ambos disientan en muchos temas, están unidos por el rechazo al hijo. Y no es raro que al *rechazo* se añada una *hiperprotección* paradójica: se le consiente, en algunos aspectos, más de lo razonable, sobre todo para que no moleste o por temor a tener que enfrentarse a él. Esta combinación de pseudo-hiperprotección y rechazo constituye el caldo de cultivo ideal para el fracaso de la normatividad, por lo que podemos llamar *deprivación hiposociable o rechazante* a la pauta relacional definitoria in extremis de la «condición límite».

La identidad del paciente límite no suele ser muy sólida ni consistente, pero muestra algunas características que vale la pena destacar.

	Plano emocional	Plano cognitivo	Plano pragmático
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia alternativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Paso al acto
Narrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza • Victimismo • Rencor • Rabia 	<ul style="list-style-type: none"> • Desvalorización • Baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiponormatividad • Hiposociabilidad • Provocación • Revancha

CUADRO N.º 10

En el CUADRO N.º 10 aparece la *labilidad* como principal característica emocional de la identidad límite: frecuentes cambios de humor, que pasan de la depresión a la agresividad y de la ansiedad a la euforia. La asociación de la *conciencia alternativa* y de la facilidad para el *paso al acto* hace que estas personas se vinculen fácilmente a movimien-

tos marginales y antisistema (con un cierto grado de compromiso y de militancia, lo cual los diferencia de la acracia instintiva propia de la multiproblematicidad).

En cuanto al conjunto de la narrativa, en el plano emocional está presidida por una profunda *desconfianza* en los adultos y su mundo, de los que no se esperan aportaciones positivas. Ello comporta un sentimiento de *victimismo* muy arraigado, que, dirigido hacia el exterior, se convierte en *rencor* y *rabia*. En el terreno cognitivo aparece una *auto-percepción muy devaluada*, lo que en la jerga de moda se suele entender por *baja autoestima*. Por último, en el plano pragmático se aprecian una *hiponormatividad*, que supone un escaso apego a las normas sociales de convivencia, y una *hiposociabilidad*, dificultad para establecer vínculos significativos y duraderos. Las dinámicas relacionales están presididas por la *provocación*, que acaba haciendo aparecer y confirmando las reacciones temidas que se quisiera evitar, y por la *revancha*, con la que se pretende ejercer una especie de justicia sumaria y primitiva.

Mitología rechazante	Organización deprivada
<ul style="list-style-type: none"> • Clima emocional: rechazo • Valores y creencias: hipercrítica y descalificación • Rituales: hiperprotección 	<ul style="list-style-type: none"> • Complementaridad rígida • Cohesión incongruente • Contrastes entre subsistemas • Jerarquía contradictoria

CUADRO N.º 11

En la mitología de la familia de origen del paciente límite, el clima emocional está presidido por el *rechazo*. Es aquí donde se pone especialmente de manifiesto que a los padres no les gusta ese hijo (Linares, 2010) y que les resulta extraordinariamente difícil encontrarle alguna virtud. A nivel cognitivo, por tanto, los valores y creencias se organizan en torno a la *hipercrítica* y la *descalificación* del paciente, que se combina paradójicamente con unos rituales inspirados por la *hiperprotección*. A ese hijo rechazado, percibido como un verdadero

acúmulo de defectos, parece que hay que darle todo lo que pide, en parte por temor a sus reacciones y en parte, simplemente, para que no fastidie con sus insistentes demandas.

La *complementariedad rígida* es el aspecto organizativo más notable de la familia de origen del paciente límite en las últimas etapas, cuando los padres se encuentran bajo el común denominador del rechazo, la descalificación y la hiperprotección del hijo (recordemos, ficticia en cuanto a una auténtica protección). Puede que ambos progenitores se presenten estrechamente unidos en torno al problema del hijo, o que mantengan distancias, en cuyo caso incluso es posible que uno de ellos desempeñe un papel más dialogante, algo así como el policía bueno frente al otro, relegado al papel de policía malo. De todas formas, se tratará de una división de roles bien negociada, cuyo resultado no será otro que la «condena» del hijo.

La cohesión suele presentar *incongruencias* notables, no muy diferentes de otras familias disfuncionales, en las que el discurso oficial, idealizador de la unidad familiar, puede hacer pensar en la *aglutinación*, pero de vez en cuando aparecen significativos *repuntes expulsivos*. Se aprecian también importantes diferencias entre subsistemas, como por ejemplo un contraste entre la cohesionada pareja parental y la distancia insolidaria que puede separar a los hermanos. La jerarquía, por su parte, puede ser *contradictoria*, con un paciente tiránico que, en realidad, no tiene la menor capacidad de influir en la toma de decisiones.

En definitiva, el trastorno límite de personalidad, en el más amplio contexto de los trastornos de la vinculación social, muestra menos especificidad en sus bases relacionales que otras grandes entidades nosológicas de la psicopatología moderna. No es de extrañar, puesto que se trata de un concepto más reciente y con una compleja historia que se remonta a la controvertida psicopatía. Además, en su simple formulación están ya presentes las contradicciones entre el plano de expresión sintomática y el correspondiente a la dimensión de personalidad, lo que, muy a menudo, se traduce en una confusión de niveles lógicos. Podríamos sugerir que, tanto a nivel sintomático como a nivel relacional, el trastorno límite de personalidad es una encrucijada donde convergen los más importantes caminos psicopatológicos y disfuncionales.

LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El subtítulo de este libro, *La inteligencia terapéutica*, parece comprometer al lector, y ciertamente compromete al autor, con intervenciones terapéuticas inteligentes. Y así debe ser, si bien ya dejamos establecido más arriba que la inteligencia, en este caso, no supone ningún alarde de intelectualidad, sino que hace referencia a la capacidad de utilizar los recursos propios, innatos y adquiridos por el aprendizaje, al servicio de la eficacia en la intervención terapéutica.

Así como el concepto de *inteligencia emocional* (Goleman, 1995) dejó bien establecido que, para tener éxito en la vida, el manejo adecuado de las propias emociones, en relación con las de los otros, es más importante que la capacidad de resolver ecuaciones matemáticas de alta complejidad, la inteligencia terapéutica pretende demostrar que un buen terapeuta es aquel que sabe sacar partido de sus recursos, más que el que hace acopio de ellos con afán coleccionista o con académicas pretensiones de excelencia.

Los aspectos más importantes y característicos de nuestro modelo de intervención terapéutica han venido apareciendo en numerosos libros y artículos durante los últimos quince años (Linares, Pubill y Ramos, 2005; Linares y Ortega, 2008, entre otros, algunos ya citados), por lo que no repetiremos aquí una relación exhaustiva. Nos limitaremos a desarrollar algunos matices prácticos del concepto de inteligencia terapéutica y a exponer su aplicación, desde una óptica ultramoderna, a los principales grupos de trastornos psicopatológicos.

7.1. La inteligencia en la intervención terapéutica

Tradicionalmente se suele atribuir el éxito de un terapeuta a su capacidad de empatía, es decir, a la facilidad con que pueda detectar las necesidades de sus pacientes mediante un proceso de identificación con ellos. Y existen estudios que avalan la relevancia de los mecanismos empáticos, por encima e independientemente del modelo teórico que se utilice. Pero, aparte del riesgo de relativismo que tal idea implica en la práctica («cualquier cosa vale con tal de que se establezca una buena relación con el paciente»), existe la dificultad añadida de precisar cómo y con quién se ha de producir la empatía en una terapia familiar. Decir «con todos» es una generalización fácil que no resuelve el problema.

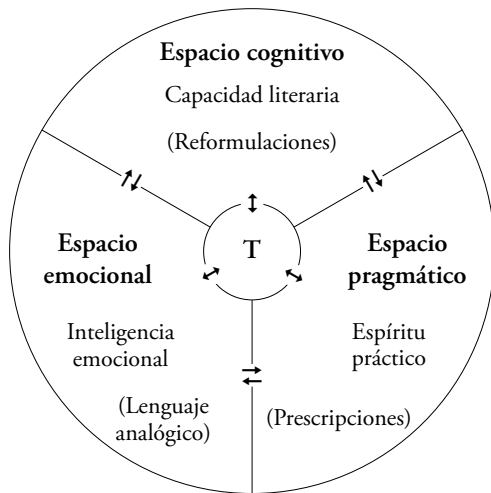


FIGURA N.º 13

Es probable que la capacidad de empatía sea un buen predictor de éxito terapéutico, así como parece verosímil que este pase necesariamente por una buena relación terapeuta-paciente (o terapeuta-familia), pero para alcanzar esos objetivos no basta con ser simpático o poseer capacidad de seducción, sino que parece razonable considerar necesario el manejo adecuado de una gama amplia y variada de recursos.

Los recursos terapéuticos al alcance de cualquier profesional de la psicoterapia pueden relacionarse con tres grandes cualidades, que remiten respectivamente a los territorios *cognitivo*, *pragmático* y *emocional*. Nos referimos a la *capacidad literaria*, el *espíritu práctico* y la *inteligencia emocional*.

7.1.1. Intervenciones cognitivas

La representación del espacio cognitivo que es la *capacidad literaria* consiste en la facultad de manejarse con comodidad fabulando, o, lo que es lo mismo, inventando historias. No se trata de alcanzar la belleza de la creatividad artística ni de competir en el mercado de la literatura, sino de formular historias alternativas a las que traen los clientes, reordenando de forma novedosa el material que ellos mismos aportan. Algo no más complicado que contar cuentos a los niños antes de que se vayan a dormir.

Es, en definitiva, nuestra vieja amiga la *reformulación*, considerada clásicamente una técnica, aunque nosotros prefiramos presentarla como un recurso. Como técnica se aprende, y no hay duda de que así ocurre a lo largo del proceso de formación, pero además, en cuanto recurso, remite a las capacidades del terapeuta y, por tanto, a su legítima subjetividad.

- ◆ Mariano y su mujer, Luisa, acuden a terapia desesperados por los problemas con su hijo Ernesto, de 22 años de edad. Tienen otra hija dos años mayor, con la que no existen dificultades de importancia.

«Siento que me odia, y yo, a veces, también me sorprendo odiándolo», dice Luisa entre sollozos. «Con su padre es distinto, pero conmigo es una permanente lucha. Todo lo que le digo le parece mal, y él me agrede e insulta continuamente.» Lloro con desconsuelo, preguntándose: «¿Qué he podido hacer mal?». Es una mujer muy responsable, excelente profesional, y, en cuanto enfermera, se interesa por temas de psiquiatría. Teme que su hijo esté desarrollando una enfermedad mental grave.

Mariano confirma las palabras de su mujer, con quien se lleva bien, aunque la define como demasiado rigurosa y exigente con Ernesto. Él hace

lo que puede por disminuir las tensiones entre madre e hijo, pero a veces se desespera porque sus intentos no hacen sino empeorar las cosas.

En una sesión individual con Ernesto, que no quiere venir con sus padres, el muchacho se muestra bastante razonable. Estudia en la universidad y trabaja en un restaurante, tiene novia y amigos y, en general, su vida es sana y bien adaptada. Confirma la versión de sus padres en cuanto a que sus conflictos son fundamentalmente con Luisa, y los atribuye a la inoportunidad y la obsesión controladora de esta.

En la siguiente sesión con la pareja parental, el terapeuta encara a la madre y le dice: «Usted tiene un problema fundamental, que es sentirse culpable. Usted es una buena madre, que desea lo mejor para sus hijos, y no debe reprocharse nada, salvo haberse dejado parasitar la mente por ideas peregrinas sobre un posible trastorno mental de Ernesto. Su hijo es un muchacho normal, lleno de capacidades y exitoso en el proceso de desplegar su propia vida. Él quiere a sus padres y sabe que sus padres lo quieren, pero necesita sentir que se valoran sus logros personales». Luisa escucha con atención y se marcha visiblemente emocionada.

La familia que acude a la siguiente sesión es difícilmente reconocible. Vienen los tres, sonrientes y relajados, y Luisa toma la palabra para decir que su vida ha cambiado desde que le escuchó decir al terapeuta que es una buena madre y que no debe reprocharse nada. Ernesto se siente tratado con naturalidad y responde con respeto y afecto. Mariano respira aliviado.

La fácil disolución del problema y el espectacular cambio de la familia responden a uno de esos frecuentes «milagros» de la psicoterapia, en este caso producto de una modesta reformulación: la narración desculpabilizadora del terapeuta desbloquea las emociones de la madre y le permite tratar a su hijo de forma novedosa y adecuada.

7.1.2. Intervenciones pragmáticas

El *espíritu práctico* es la gran fuente de recursos terapéuticos correspondiente al espacio pragmático. Consiste fundamentalmente en saber qué pedir a la familia y a sus miembros, habida cuenta de sus características

individuales y colectivas y de las circunstancias propias del contexto. Su técnica o modalidad de intervención emblemática es la *prescripción*.

Con la llegada del constructivismo en la segunda oleada posmoderna, se generó una intensa polémica a propósito de la legitimidad de las prescripciones. Los abanderados del *esteticismo* (Dell, 1982 y Keeney, 1982, entre otros) y, pronto, la mayoría de los constructivistas radicales abominaron de las prescripciones como si supuestamente atentaran contra la sacrosanta libertad de pacientes y familias. Según este punto de vista, no sería ético ni estético decirle a la gente lo que debe hacer. La banalidad de la *interacción instructiva* de Maturana fue un argumento más esgrimido contra la adecuación de las prescripciones: «No sirve de nada decirle a la gente lo que debe hacer». Y, sin embargo, la experiencia histórica de la humanidad sentencia sin el menor margen de duda que *aconsejar* es una manera exitosa de influir sobre la conducta de los otros, y que las personas, en momentos cruciales de sus vidas, buscan consejo y lo agradecen si lo obtienen. Eso sí, claro está, siempre que los consejos sean *buenos*.

De lo que se trata, pues, es de hacer buenas prescripciones. Si se le pide a una buena mujer analfabeta, recién desembarcada en España desde las montañas del Rif, que se inscriba en la universidad con el programa para mayores de 25 años, no habrá la menor opción de éxito. Sin embargo, hay múltiples posibilidades de prescribir comportamientos individuales o rituales familiares que, aunque estén en el horizonte pragmático de las personas, no se han desarrollado hasta recibir el oportuno estímulo de la intervención terapéutica.

Pedirles a los miembros de una pareja en conflicto, distanciados por la rutina y el acúmulo de problemas, que hagan un paréntesis en sus dificultades y, una vez a la semana, organicen una salida conjunta, alternativamente a gusto de cada uno, no parece un descubrimiento trascendental ni un alarde de imaginación creativa. Y, sin embargo, si la prescripción funciona, ambos pueden encontrarse realizando una actividad placentera por primera vez en mucho tiempo, y eso los puede conducir a experimentar renovados sentimientos de ternura y a cambiar las percepciones recíprocas, sustituyendo la imagen del otro como egoísta e irresponsable por una nueva visión más comprensiva

y solidaria. Y su vida de pareja puede transformarse radicalmente en sentido positivo, pero, además, quizá dejen de triangular al hijo y lo salven de serios problemas de salud mental.

Las posibilidades que brindan las prescripciones fueron desarrolladas hasta el máximo por el equipo de Milán, con Mara Selvini al frente, en una investigación sobre su invento de la *prescripción invariable*, aplicada a una muestra de jóvenes psicóticos y graves anoréxicas.

- ◆ La familia acude al completo a la primera sesión, convocada por la terapeuta: Mario y Elvira, los padres, exitosos profesionales en la cincuentena, Lorenzo y Jessica, los hijos veinteañeros, él psicótico y ella buena estudiante de empresariales, y Asunción, la abuela materna, figura muy cercana y ayudadora.

En la primera sesión se viene a saber que Mario y Elvira mantienen una relación compleja, en la que el amor no impide un alto nivel de conflictividad. Jessica es el ojo derecho del padre, mientras que Asunción ayuda a Elvira a sobrellevar la pesada carga que para ella supone la enfermedad de Lorenzo. Al acabar, la abuela es despedida con gran cordialidad, alegándose que, a partir de ahora, se va a trabajar con la familia propiamente dicha.

Y, efectivamente, a la segunda sesión asisten los cuatro miembros de la familia nuclear, cuyas manifestaciones confirman la impresión de que los padres están enzarzados en un juego eterno de peleas y reconciliaciones, supervisados por la prestigiosa Jessica, que aporta una juiciosa visión bastante crítica de la madre y la abuela: «Mimáis demasiado a Lorenzo y así lo estáis volviendo un irresponsable». Al final, y ante el general asombro, los hijos son despedidos, anunciando la terapeuta que, a partir de ahora, trabajará solo con los padres.

En la tercera sesión se explica a Mario y Elvira que ellos son coterapeutas, por lo que resulta imprescindible su más exquisita colaboración. Y, para empezar, se han de comprometer a mantener en secreto ante toda la familia cuanto se hable en las sesiones.

—De hecho —dice la terapeuta—, han de tomar ustedes la iniciativa de decirles a todos y cada uno que lo que se hable a partir de ahora entre ustedes y yo permanecerá en el más absoluto secreto, igual para todos.

—¿También para Jessica? —pregunta el padre.

—¡Para todos por igual! —lo fulmina la terapeuta.

Y por fin, en la cuarta sesión, se formula la prescripción:

—Ustedes dos han de desaparecer de casa una vez por semana, a una hora en que sea bastante ostensible pero de una forma que les permita hacerlo sin dar explicaciones. Las primeras veces es conveniente que salgan cuando los chicos no estén en casa o que lo hagan de puntillas, y que dejen una nota diciendo que llegarán tarde, que hay comida en la nevera... en fin, lo que crean conveniente para intrigarlos pero sin alarmarlos. No deben dejar pistas para que los localicen. Yo no me meto en decirles lo que deben hacer durante esas salidas, aunque me permito sugerirles que aprovechen para pasarlo bien. Lo que, en cualquier caso, es imprescindible, es que regresen con una expresión placentera y que no den ninguna respuesta a las preguntas que puedan hacerles, más que un vago «Cosas nuestras, cosas de los padres, no es de vuestra incumbencia», siempre relajados y sonrientes.

Cuando las desapariciones semanales se han convertido en habituales, se prescriben salidas de fin de semana, pernoctando fuera de casa, siempre en la misma atmósfera de divertido misterio, que incluye a los padres y excluye amablemente a los hijos.

La llamada prescripción invariable constituye una potentísima estrategia destriangulara, que aleja a los miembros de la familia extensa que pueden estar jugando un papel ambiguo (la abuela), y que alinea juntos a los padres en la complicidad de una intimidad reencontrada y a los hijos en una legítima exclusión de esa intimidad conyugal. No es la panacea universal, pero si se aplica con flexibilidad puede resultar muy útil en algunos casos. Como tantas otras prescripciones.

7.1.3. Intervenciones emocionales

Hemos llamado *inteligencia emocional* a la tercera fuente de recursos terapéuticos, correspondiente al espacio emocional, y con ello rendimos merecido homenaje a Goleman (1995), quien no por vender sus libros en las grandes superficies comerciales resulta menos oportuno y útil

a los psicoterapeutas. En efecto, al poner nombre a lo que muchos ya sabíamos y practicábamos (que el éxito en la vida depende del manejo adecuado de nuestras emociones en relación con las de nuestros interlocutores, más que de la capacidad de resolver complejas ecuaciones matemáticas), Goleman ha facilitado el reconocimiento explícito de la importancia de las emociones y, con él, su utilización constructiva.

A los terapeutas familiares en concreto, ello nos ha ayudado a superar el pesado fardo de la herencia de Bateson en este campo preciso, quien, como sabemos, consideraba a las emociones «un concepto dormitivo» (ver apartado 2.1). Recordemos que, en una divertida escena de *L'Amour médecin*, Molière hace decir a un futuro médico, refrendado con entusiasmo por el tribunal que lo examina, que «el opio hace dormir porque posee vis dormitiva». La teoría de la ciencia ha considerado clásicamente ese término como expresión de la argumentación tautológica, que se demuestra a sí misma y, en consecuencia, carece de valor científico.

La descalificación de las emociones por Bateson se justificaba probablemente por la consideración de estas, por parte de la ideología biologicista imperante en la psiquiatría y la psicología, como fenómenos puramente biológicos y, en consecuencia, tautológicos desde una perspectiva relacional. Desafortunadamente, la terapia familiar incipiente asumió de forma sesgada la descalificación y proscribió las emociones del campo de la teoría: no se debía siquiera hablar de lo que *se sentía* en terapia, sino de lo que *se pensaba* o de lo que *se hacía*. En cuanto a las emociones del terapeuta, quedaron púdicamente veladas tras la expresión «la utilización del sí mismo», que, por supuesto, difícilmente podía disimular la inevitable presencia de aquellas en la práctica terapéutica.

Así las cosas, la recuperación de las emociones ha sido un laborioso proceso en el que se han implicado numerosos terapeutas, principalmente europeos, durante los últimos veinte años, hasta llegar al momento presente, en que muy pocos niegan su legitimidad como fuente de recursos terapéuticos.

La inteligencia emocional, que como anteriormente hemos visto consiste en el control adecuado de las propias emociones, manejadas empáticamente con las de los interlocutores, tiene su principal vía

de expresión en la comunicación analógica. En efecto, más que las palabras, son los gestos, la postura y la entonación con que aquellas se expresan los que le confieren credibilidad y eficacia comunicativa.

- ◆ Los niños de la familia Velarde, de 9 y 7 años, continuamente han rechazado ver a su padre, separado de su madre desde hace cinco años y falsamente acusado de haberlos abusado sexualmente. Tras un intenso trabajo terapéutico, tanto la madre como los menores empiezan a tomar distancias de la acusación, y estos aceptan verlo, primero en las sesiones y luego fuera de ellas.

Tras una sesión a la que asistió también la abuela paterna, que llevaba, al igual que su hijo, años sin ver a los niños, el terapeuta toma la palabra, con la voz ligeramente entrecortada y los ojos húmedos: «Yo estoy emocionado, porque es un privilegio para mí contemplar cómo todos los miembros de la familia han dado hoy lo mejor de sí. Vosotros, chicos, podéis estar orgullosos de vuestros padres...». Y aquí la madre lo interrumpe: «Y nosotros podemos estar orgullosos de nuestros hijos...». La sesión continúa en un clima emocional de general sobrecogimiento, muy propicio para la consolidación del cambio ya experimentado.

El terapeuta, si se hubiera acogido a las consignas de *neutralidad benévola* propugnadas desde otros modelos, podría haber intentado disimular su emoción, reprimiendo sus manifestaciones físicas y, desde luego, no explicitándola verbalmente. Pero si esa actitud es posible desde detrás de un diván, sin cruzar miradas con el paciente tendido en él (lo cual resulta, en cualquier caso, discutible), es radicalmente imposible en un intercambio comunicacional cara a cara con un grupo de personas. Por eso el terapeuta deja que su emoción sea percibida por la familia, que experimenta su impacto con renovada intensidad, impresionada por la resonancia que sus progresos tienen sobre alguien ajeno a ellos. La regulación fina del proceso por parte del terapeuta le permite no estallar en sollozos, lo cual probablemente sobresaltaría a sus interlocutores, sino solo esbozar elegantemente su estado afectivo.

Estos matices dependen del contexto, y pueden presentar notables variaciones.

- ◆ La terapeuta está realizando una sesión individual con la paciente identificada, depresiva grave, en el curso de una terapia familiar. En pleno relato de la desdichada historia de la paciente, saturada de exigencias y de descalificación, esta rompe a llorar y, con ella, también la terapeuta, quien, quitándose los pendientes, se los entrega a la paciente diciendo: «Acepta este pequeño regalo, sin ningún valor material, símbolo de mi admiración y apoyo solidario ante lo que intuyo como tu firme decisión de no resignarte nunca más a sufrir humillaciones semejantes».

En este caso, la terapeuta se puede permitir una expresión emocional más intensa, puesto que se trata de un llanto compartido entre dos mujeres en situación de complicidad. Pero, como muestra el siguiente ejemplo, el aburrimiento también posee elementos emocionales susceptibles de ser manejados con inteligencia.

- ◆ Eran personas cultas e inteligentes, pero su pareja estaba naufragando entre infidelidades y litigios permanentes. El terapeuta escuchaba por enésima vez la puesta en escena de su conflicto conyugal, sin poder evitar el desaliento y, por qué no decirlo, un creciente aburrimiento. En pleno fragor del combate conyugal, el terapeuta reprimió un bostezo, aunque al hacerlo de forma parcial, no pasó desapercibido a sus interlocutores.

—Doctor, ¿lo aburrimos? —dijo uno de ellos. Y la respuesta del terapeuta acabó de definir la intervención:

—No, ustedes no. Ustedes son personas fascinantes y sofisticadas, cuyo trato no puede aburrir. Es ese bicho estúpido, reiterativo y deficiente que está ahí en medio, su pareja, el que me aburre soberanamente. He intentado disimularlo por educación, pero su sagacidad me ha descubierto. Les pido disculpas.

Se trata de un primer impacto emocional, seguido de una reformulación en toda regla. En cualquier caso, para aquellas personas tan conscientes de su atractivo, la sola posibilidad de aburrir, siquiera fuese indirectamente, constituyó un poderoso estímulo para esforzarse a cambiar. Un último ejemplo, que no agota las posibilidades, muestra la utilización, por parte del terapeuta, de una reacción hostil

suya frente a actitudes pesadamente homeostáticas de un miembro de la familia.

- ◆ En la sesión se está trabajando con Blanca y sus dos hijos, Antón, de 19 años y Gilda, de 9. Blanca está separada de José Luis, el padre de los chicos, que tiene un importante contencioso con Antón, al que acusa de ser un espía de la madre. José Luis cuida a Gilda y se ocupa de ella, pero mantiene a Antón alejado en tanto el muchacho no reconozca haber actuado de mala fe. Es una situación muy dura para Antón, que se siente rechazado por su padre y está deprimido y encerrado en casa.

La terapia está haciendo todo lo posible por acercar a padre e hijo, pero, en la sesión que nos ocupa, la madre se dedica a criticar a su ex marido de forma reiterativa, sin permitir que nadie más abra la boca. Llega un momento en que el terapeuta la interrumpe con un gesto enérgico y le dice:

—Señora, yo también me puedo enfadar y, de hecho, creo que me estoy enfadando bastante. Yo puedo comprender su dolor y su rabia, pero ahora tenemos que intentar sacar a Antón de su depresión, y para ello necesitamos recuperar su relación con el padre. ¿De qué sirve criticar a José Luis de ese modo?

Blanca intenta insistir en sus quejas, que, por haber sido ya repetidas muchas veces, son cortadas por el terapeuta con tono duro. Por fin, tras una breve interrupción que permite que la mujer cambie de tema, ella hace un giro radical y se erige en portavoz de la necesidad de buscar ocasiones de que Antón y su padre se encuentren. Al día siguiente, envía un mensaje al terapeuta agradeciéndole su ayuda a Antón y a ella misma.

* * *

La inteligencia terapéutica no es la simple suma de las habilidades del terapeuta en los tres espacios, cognitivo, pragmático y emocional, sino que responde a una combinación compleja de ellas, en la que la capacidad literaria, el espíritu práctico y la inteligencia emocional se complementan mutuamente sin competir entre sí.

Si fijamos como referencia un puntaje de 100, no se trata de que el terapeuta obtenga 100 en cada uno de los tres espacios hasta alcanzar la cota de los 300. Ni que, dicho de otro modo, se convierta en Mr./Mrs. 33 %, con una perfecta distribución de sus habilidades entre lo cognitivo, lo pragmático y lo emocional. Se trata, por el contrario, de que considere legítima su propia y personalísima ecuación, en la que sus recursos puedan predominar en uno de los tres espacios y ser más escasos en otro. Si la escasez se acerca a lo absoluto (v. g., un terapeuta nulo en inteligencia emocional o en espíritu práctico o en capacidad literaria), será cuestión de que se enciendan las alarmas y se procure una oportunidad de completar la formación en las habilidades ausentes o incluso de cuestionar la viabilidad profesional del sujeto. Pero cualquier otra fórmula intermedia (v. g., capacidad literaria 45 %, inteligencia emocional 35 % y espíritu práctico 20 %; o 15 %, 55 % y 30 %; etcétera) será perfectamente válida y compatible con el más brillante desempeño de la actividad terapéutica.

Y ello, principalmente, debido a que, como muestra la FIGURA N.º 13 (pág. 158), los tres espacios están interconectados de forma que los cambios en cada uno de ellos pueden transmitirse a los otros dos hasta provocar una transformación generalizada, que no es sino el objetivo del cambio terapéutico. Lo importante no es en qué espacio se inicie la dinámica transformadora, sino que se extienda al conjunto del sistema.

- ♦ Una pareja consulta desesperada por lo que ellos califican de graves problemas de comunicación. Últimamente solo intercambian reproches, porque Luis se siente acosado por las continuas demandas y la permanente insatisfacción de Elena, mientras que esta lo percibe a él como totalmente irresponsable y egoísta.

El terapeuta es preferentemente cognitivo y se siente cómodo manejando su capacidad literaria, por lo que centra su intervención en una reformulación.

—Lástima que ese círculo vicioso de prejuicios en el que están enzarzados no les permita verse con la perspectiva con que yo los veo. Elena no es un monstruo perseguidor y agobiante, sino que se siente sola y le reclama atención y compañía al hombre de su vida, Luis. Este no es un

monstruo insolidario y escapista, sino que se siente desbordado y agobiado y necesita respirar. Ojalá que puedan ser generosos y darse lo que cada uno necesita y pide.

Cuando esa noche Luis y Elena se contemplan, bajo el efecto de la magia de la sesión, cambian sus percepciones, dando cabida a las sugerencias del terapeuta. Y en ese momento, con los niños ya acostados, sienten una ternura que hacía mucho tiempo que no experimentaban y hacen el amor en un renovado milagro de fusión y placer.

Si, en cambio, encuentran a un terapeuta pragmático que maneja con comodidad las prescripciones, imbuido de espíritu práctico probablemente les dirá algo parecido a lo que sigue.

—Están ustedes perdiendo el tiempo encerrados cada uno en su concha llenos de rencor. ¿Cuánto hace que no salen solos? Les pido que hagan una salida semanal, organizada alternativamente por cada uno de ustedes... a gusto del otro, pero dispuestos a disfrutarla también...

Tras hacer la primera salida, con la magia de la actividad placentera recién realizada, cambian las percepciones e irrumpe la ternura. El cambio se ha producido.

Si, por último, el terapeuta que les toca en suerte es emocional, quizá los haga sentarse frente a frente, agarrarse las manos y mirarse fijamente a los ojos, mientras recita suavemente unas palabras.

—Nos queremos. Hemos vivido juntos una maravillosa historia de amor y, fruto de ese amor, tenemos unos hijos igualmente maravillosos. Podemos seguir viviendo intensamente, dándonos el uno al otro todo el placer, la paz y la plenitud del mundo...

Y de nuevo cambia la imagen que cada uno tiene del otro y se entregan a prácticas inéditas o abandonadas durante mucho tiempo.

Lo que en la jerga de Palo Alto se llamó *cambio dos*, no es sino ese fenómeno de generalización del cambio de la relación a través de los espacios cognitivo, pragmático y emocional del sistema terapéutico. Por el contrario, su limitación a uno de ellos, condenada casi fatalmente a la extinción o a la banalidad, sería el *cambio uno*. De la inteligencia terapéutica dependerá en gran medida que prevalezca uno u otro.

7.2. La danza terapéutica

La paternidad de la expresión «danza terapéutica» corresponde a una de las figuras más carismáticas e inclasificables de la terapia familiar, Carl Whitaker. Y es una expresión eficaz porque sugiere creatividad y capacidad de iniciativa a la vez que rigor y método. Arte y técnica, en definitiva, asociados en una espiral presidida por el ritmo, inequívoco representante del tiempo.

La danza terapéutica (Whitaker y Bumberry, 1988), en nuestra personal interpretación, posee un infinito repertorio de pasos, que convierten en única e irrepetible no solo cada terapia, sino incluso cada sesión. Sin embargo, algunos de ellos, especialmente redundantes, pueden ser sistematizados y descritos en aras de su inclusión en un programa de formación de «terapeutas inteligentes».

La FIGURA N.º 14 muestra al famoso Hombre de Vitrubio leonardesco, convertido en cuádruple eje de coordenadas de otros tantos pasos de baile terapéuticos.

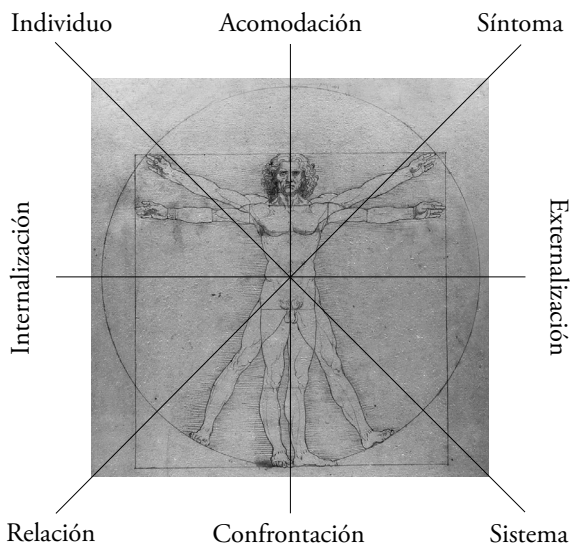


FIGURA N.º 14

7.2.1. Del síntoma a la relación

En el eje comprendido entre *síntoma* y *relación*, la danza se desliza por los territorios limítrofes entre el paradigma lineal y el circular. La revolución epistemológica introducida por Bateson amplió extraordinariamente los horizontes de la psicología, y por ende de la psiquiatría, al establecer la circularidad de las secuencias comunicacionales y, por tanto, un marco conceptual mucho más rico y complejo que la linealidad imperante hasta entonces. Pero sería absurdo pretender que la linealidad quedó cancelada. Como decíamos más arriba a propósito de los grandes modelos filosóficos, una propuesta no se abandona, como si de una moda se tratara, al surgir una nueva y más compleja, sino que mantiene cierta vigencia integrada en esta. Para muchos efectos, el Sol sigue girando alrededor de la Tierra, como era creencia «científica» antes de Copérnico, e incluso la Tierra es plana de acuerdo con las concepciones pre-ptolemaicas. No en vano decimos que el sol «sale» y «se pone» cada día. Y, para desplazarnos desde casa a nuestro centro de trabajo, pensar en la esfericidad de la Tierra sería incluso una amenaza para nuestro equilibrio. Solo si realizamos un viaje transoceánico valdrá la pena que tengamos presente que la Tierra es esférica y que gira alrededor del Sol, a fin de entender los husos horarios y de evitar la desorientación.

En la danza terapéutica, el síntoma tiene que ser focalizado oportunamente, tanto como la relación, y no solo porque casi siempre ofrece importantes metáforas relacionales, sino porque genera por sí mismo un intenso sufrimiento y, en consecuencia, intensas (aunque también contradictorias) expectativas de cambio.

- ◆ Margarita ingresa en un servicio de urgencias psiquiátricas conducida por la policía. Ha agredido a varias personas por la calle.

—¡Es que me llaman prostituta! Y yo no puedo consentirlo, porque, ¿sabe usted?, soy la Virgen María.

Si en ese momento el terapeuta pregunta prioritariamente por cómo van las relaciones entre los padres de Margarita, estará cometiendo un importante error. El síntoma es tan grave y dramático, que es necesario

focalizarlo con absoluta prioridad... entre otras razones para intentar entender qué mensajes pretende transmitir.

Así nos enteramos de que el delirio de Margarita empezó a raíz de que diera a luz un hijo concebido en una relación totalmente instrumentalizada por ella. Solo le interesaba quedar embarazada para regresar a la casa de sus padres con un bebé, a ser posible (y lo fue), niño, que ellos deseaban por encima de todas las cosas. De hecho, apenas nacido este, ella rompió de forma brutal con el padre de la criatura. Su objetivo era neutralizar una larga historia de desconfirmación, y precisamente fue reconocida por sus padres gracias a su hijo. Es bastante sugestiva la inspiración evangélica, pues ninguna mujer ha sido tan reconocida por haber dado a luz un hijo como la Virgen María. El delirio funcionaba como soporte de un tan ansiado reconocimiento y, a la vez, como coartada moral, pero las alucinaciones insultantes hacían justicia al infame procedimiento usado para conseguir sus fines.

La terapia avanzó, co-construida sobre esta y otras hipótesis, con un buen resultado, alternando en la focalización de relaciones y síntomas. Pero, al ir desapareciendo estos con el transcurso del tiempo, la atención del terapeuta se desplazó definitivamente de ellos y ganó prioridad la exploración de la relación. En un momento en que, por ejemplo, Margarita se mostró más retraída de lo que venía siendo habitual, se insistió en conocer las razones que permitieran comprender su reacción, sin legitimar una posible atribución de esta a la imprevisibilidad de la enfermedad. Y no se descansó hasta saber que su padre había descalificado la actitud de Margarita con su hijo, que era percibido por todos como más hijo de los abuelos que de su madre.

A esas alturas, habría sido un grave error preguntar: «¿Qué tal aquellas voces que oías? ¿Te siguen insultando?» o «¿Todavía crees que eres la Virgen María?». Por desgracia es un error que las exploraciones psiquiátricas rutinarias cometen a menudo, y que no hacen sino estimular la persistencia desafiante de los síntomas.

7.2.2. Del individuo al sistema

El eje definido por el *individuo* y el *sistema* debe ser recorrido teniendo en consideración el papel que, en cada caso, desempeña el primero en el segundo. Y ello, lejos de actitudes rígidamente preconcebidas, como la que, hace años, prohibía las sesiones individuales en algunos círculos sistémicos, o la que siguen mostrando algunos modelos intrapsíquicos, contraria a cualquier inclusión de la familia en el espacio terapéutico.

Si el motivo de la terapia es el abuso sexual sufrido por una niña o la violencia física ejercida sobre un menor, habrá que empezar por una sesión individual con la persona que ha padecido el maltrato, con objeto de conocer de primera mano su opinión y de evaluar el riesgo de que aquel se siga produciendo o la conveniencia de incluir o no en sesiones conjuntas a maltratador y maltratado.

- ◆ Aída, de 15 años de edad, y sus padres y hermana fueron derivados a terapia familiar a raíz de que, por sus confidencias a una amiga, se supiera en la escuela que estaba siendo abusada sexualmente por su padre. Convocada a una primera sesión, Aída explicó que los abusos consistían en que, de vez en cuando, el padre se metía en su cama bajo pretexto de hacerle cosquillas y jugar con ella. Ella se daba cuenta de que estaba excitado sexualmente, aunque no se desnudaba ni le frotaba sus genitales, ni le tocaba los suyos, ni la besaba libidinosamente. Al cabo de unos cinco o diez minutos, el padre se marchaba todavía excitado y se encerraba en el cuarto de baño. Aída decía estar asqueada de esos comportamientos y agobiada porque no sabía cómo hacer para que acabaran, pero no sentía peligro de que la cosa fuera a más. Quería hacer terapia familiar y no tenía inconveniente en que su padre participara en las sesiones. Es más, creía que eso era necesario para que dejara de hacer esas cosas. Sin embargo, no quería denunciarlo de ninguna manera.

La sesión individual con Aída fue utilísima para orientar la terapia familiar en ese caso de abusos «menos graves», que se desarrolló de forma muy exitosa.

Las conflictivas conyugales abordadas con terapia de pareja son también tributarias de algunas sesiones individuales, intercaladas en el momento oportuno. Lo mismo ocurre con los trastornos neuróticos tratados en pareja, que, de hecho, se combinan muy a menudo con conflictos conyugales abiertos. Las sesiones individuales, en tales casos, deben realizarse siempre de manera equilibrada, una con cada miembro de la pareja, y extremando las precauciones para guardar una exquisita neutralidad. También es aconsejable advertir sobre el no compromiso de guardar secretos si se consideran obstáculos insalvables para la terapia. La utilidad de estas sesiones individuales reside, por una parte, en que permiten evaluar con más precisión el grado de identificación de cada cónyuge con la pareja, a fin de poder realizar así un pronóstico. Pero, además, en ausencia del otro cónyuge es posible realizar determinadas maniobras terapéuticas, sin miedo a que este las instrumentalice. Por supuesto, todo ello de forma muy ponderada y sin que amenace el peso específico de las sesiones de pareja.

- ◆ José Antonio y Marina son una pareja singular. Acuden a terapia porque, tras decidir separarse por un episodio de infidelidad por parte de él, han optado por volver a intentar seguir juntos. En la primera sesión se entregan a un intenso ejercicio de insultos y descalificaciones mutuas, que el tono de fina ironía con que los profieren no hace menos crueles.

—José Antonio es una bestia inhumana —dice Marina, sonriente—.

No quiere a nadie porque es incapaz de experimentar amor, pero, como es un experto en el arte de manipular, puede hacer que algún infeliz se sienta querido... Yo, desde luego no, porque lo conozco bien.

—Bueno, en realidad yo vengo a esta terapia —añade José Antonio con un gesto elegante de las manos— para tener una constancia de que Marina es una pobre enferma mental. Yo no quiero hacerle daño, pero necesito estar seguro de que lo que dice y hace no es por simple maldad.

Con esta tónica transcurren varias sesiones, hasta que el terapeuta los convoca separadamente para sendas citas individuales. Entonces se encuentra con la sorpresa de que ambos hablan bien del otro y manifiestan su amor recíproco y su incapacidad de plantearse una vida separados. En la siguiente sesión de pareja el terapeuta les dice:

—Me ha costado, pero creo haberlos comprendido. Ustedes son gente fascinante, absolutamente fuera de lo común. Lo que da sentido a sus vidas es ese ejercicio de lucha, en el que compiten por mostrarse más insultantes, descalificadores y crueles que el otro, en una especie de torneo, como las justas medievales, regulado por sutiles códigos que solo ustedes conocen, pero que respetan escrupulosamente. Cuando se les entrevista individualmente, pierden todo encanto, y se muestran como gente vulgar, capaces de expresar amor y admiración, es decir, valores y emociones positivos que, si los manifestaran en presencia del otro, convertirían a su pareja en una de tantas, desprovista de cualquier interés...

La terapia concluyó unas cuantas sesiones más tarde, entre manifestaciones de entusiasmo por parte de José Antonio y de Marina.

Las sesiones individuales intercaladas en el curso de una terapia familiar tienen también pleno sentido en el caso de los trastornos psicóticos. Sin embargo, habrá que ser muy cuidadoso con no empezarlas sin haberse antes ganado la confianza del paciente. Por regla general, el psicótico, si aún no está instalado en los beneficios secundarios, acude a terapia familiar experimentando cierta curiosidad y hasta interés. Si no cesa de asegurar que los locos son los padres, no es de extrañar que quiera ver en qué consiste esta situación en la que se le dice que se les va a tratar a todos de forma igualitaria. Por eso sería un grave error citarlo solo de buenas a primeras, facilitándole la interpretación de que, a fin de cuentas, todo ha sido una trampa más para traerlo a un tratamiento en el que él es el único cuestionado. En cambio, más adelante, disipadas sus suspicacias, las sesiones individuales servirán para estimular la expansión de la narrativa no identitaria, en una etapa decisiva de la terapia. Hablar de fútbol, de filosofía o de política con el paciente, en una atmósfera distendida de confianza, es un paso de gigante hacia la disolución de la psicosis.

También en la terapia familiar de la depresión mayor son útiles las sesiones individuales, que en este caso cuentan desde el principio con la adhesión del paciente, ansioso por ser considerado «un enfermo como los otros». Si se controla el riesgo de que una adhesión excesiva por parte del depresivo a este trato individualizado arruine la terapia

familiar, las sesiones con él solo servirán para combatir de forma más precisa la insidiosa y resistente ideación depresiva.

Y así sucesivamente, sin que esta relación de indicaciones de sesiones individuales intercaladas en la terapia familiar sea, ni mucho menos, exhaustiva.

7.2.3. De la acomodación a la confrontación

Entre la *acomodación* y la *confrontación*, la danza terapéutica transcurre por senderos muy transitados en cualquier modelo y desde cualquier perspectiva teórica. En los modelos individuales o intrapsíquicos, se ha propugnado siempre la *alianza terapéutica* como un requisito necesario para construir una relación útil para el tratamiento. Al mismo tiempo, abordar críticamente los síntomas y las conductas disfuncionales con ellos relacionadas ha sido práctica común, hasta el punto de que se usa esa expresión, «criticar el síntoma», como índice de éxito terapéutico. Si hablamos de patología mental grave, sabemos que muchas batallas se libran (y con harta frecuencia se pierden) para conseguir la famosa *conciencia de enfermedad*, especie de rendición incondicional del paciente con la que se pretende que este abjure de sus errores y prometa la enmienda. Es obvio que tan descabellado empeño se fundamenta en una concepción mecanicista de la psicopatología, entendida como un artefacto ajeno a la identidad del sujeto.

Pues bien, la alianza terapéutica también es un objetivo que se ha de perseguir desde nuestra perspectiva sistémica, aunque solo en los casos de síntomas graves, enmarcados en relaciones de sesgo complementario, con el paciente en posición de inferioridad. Ello remite a las patologías mayores de los hijos, en contextos relacionales parentofiliales (psicosis y trastornos límite de personalidad, principalmente), o a otras patologías, también graves, inscritas por lo general en contextos relacionales de pareja, como el alcoholismo o la depresión mayor. En tales situaciones, es muy necesario construir una sólida alianza con el paciente, persona damnificada por la vida que debe sentir al terapeuta como alguien cercano y confiable para que la terapia tenga opciones

reales de éxito. Sin embargo, es igualmente necesario negociar el proceso con los miembros relevantes de la familia, los padres y hermanos o el cónyuge, de forma que se pueda contar con su autorización. Se trata de hacerles comprender lo útil de la alianza del terapeuta con el paciente y las ventajas que ello comportará para todos. Algo así como los letreros en las carreteras en obras: «Disculpen las molestias, trabajamos para ustedes».

- ◆ Lucía y Natacha eran dos hermanas muy diferentes. Lucía, de aspecto frágil y añorado, parecía ir por el mundo pidiendo perdón por molestar, mientras que Natacha, de físico algo provocador, era una mujer avasalladora. La terapia, iniciada a raíz de la muerte de la madre, incluía a las hermanas y al padre, un hombre discreto, casi apocado. El motivo era una crisis psicótica de Lucía.

Ya en la primera sesión, el terapeuta se dirigió a Natacha en estos términos: «Usted, Natacha, puede serme de gran ayuda en esta terapia. Habrá momentos en que, probablemente, sentirá que yo la critico e incluso que estoy contra usted. Pero, siendo una mujer fuerte e inteligente, seguramente comprenderá que no es así, sino que, como terapeuta, tengo que estar siempre junto a su hermana Lucía. Si me lo autoriza y se muestra generosa, usted será la primera beneficiaria del efecto positivo que ello tenga sobre su hermana». Y, por supuesto, Natacha se deshizo en protestas de incondicional colaboración.

En cambio, cuando la relación significativa en que se encuadran los síntomas es de corte simétrico, el terapeuta deberá mantener una exquisita neutralidad, entendiendo por tal que todos los miembros relevantes del sistema lo perciban como aliado.

Usar palabras amables y elogiosas es un recurso utilísimo, imprescindible si se trabaja desde una óptica sistémica en la que prima el trabajo con lo positivo. Algo tan sencillo como comunicar a la familia nuestra valoración admirativa por la dignidad con que han soportado los sufrimientos, la sabiduría con que han buscado soluciones a sus problemas o la calidad humana que han desplegado a lo largo del tiempo. Expresiones todas ellas verosímiles, que el terapeuta debe

manifestar no como simples estrategias, sino con plena convicción. Un buen terapeuta sistémico debe hacer connotaciones positivas creyendo en ellas.

Mención aparte merece la *connotación positiva* del síntoma, célebre *intervención paradójica* consistente en atribuir cualidades positivas a la conducta sintomática para sembrar el desconcierto y minar sus cimientos.

- ◆ Mara Selvini, en su época de *Paradoja y contraparadoja*, contaba orgullosa y divertida que, en cierta ocasión, al realizar seguimientos de evaluación telefónica, llamó a casa de una antigua paciente gravemente anoréxica. El padre atendió la llamada y, al saber quién se encontraba al otro lado del hilo, le espetó: «¿Dra. Selvini? ¡Ah!, pues sepa usted que quizá en su casa haya alguna enana moribunda, pero en la mía no. Mi hija terminó sus estudios, trabaja, se casó y vive feliz con su marido y dos hijos». Y colgó la comunicación. La satisfacción de Selvini derivaba de su constatación del éxito de la connotación positiva del síntoma (y prescripción del no cambio) con que había concluido la terapia años atrás: «Esta chica ha comprendido que su familia necesita la presencia de una enana agonizante para que sus padres no se abandonen a sus diferencias y permanezcan unidos». El aldabonazo provocativo hizo reaccionar a la joven y la sacó de su trastorno alimentario.

Estas espectaculares prescripciones paradójicas no suelen usarse mucho hoy día, comprobado ya por la misma Selvini que sus frecuentes inconvenientes excedían a sus ocasionales ventajas. Sin embargo, analizándolas en clave de nuestro Hombre de Vitrubio, podríamos decir que, bajo una apariencia formalmente acomodadora (las suaves palabras elogiosas), encierran un fondo ferozmente confrontador.

Las situaciones en las que el terapeuta no puede dejar de confrontarse en sesión son aquellas en las que se produce ante sus ojos un manifiesto abuso de poder o cualquier otro indicativo de maltrato psicológico. En tales casos, su crítica de la conducta concreta deberá acompañarse de una actitud reflexiva sobre sus causas y comprensiva para con la persona que la implementa, de forma que, sin justificarla,

no facilite su demonización o su atribución homeostática a «la enfermedad» o a factores aleatorios.

- ◆ Ricardo es un adolescente altanero, de los que alardean de saberlo todo y, por supuesto, de no necesitar ayuda. En privado, se queja de haber sido humillado desde que era pequeño por su prepotente padre. No critica a la madre, aunque es obvio que esta lo sacrifica en el altar de su relación conyugal.

Durante una sesión familiar, Ricardo se muestra grosero con el padre, a quien insulta descarnadamente, y amenazador con la madre. El terapeuta lo interrumpe: «No quiero que hables así. No aquí, delante de mí. Cada vez que tratas así a tus padres te degradas un poco más, perdiendo dignidad y calidad humana. Yo sé que has sufrido mucho y que te mereces una reparación, pero comportándote de esta manera pierdes razón y te alejas de la posibilidad de obtenerla».

7.2.4. De la internalización a la externalización

De nuevo, entre *internalización* y *externalización*, la danza terapéutica se desliza por territorios correspondientes a muy diferentes modelos. La internalización, al servicio de la búsqueda del *insight*, fue un movimiento muy querido de los modelos intrapsíquicos, y especialmente del psicoanálisis. Dirigir la mirada del paciente hacia su interior para ubicar allí conflictos que él, en su dinámica defensiva, tendería a situar fuera, ha sido una práctica habitual de cuantos terapeutas refieren a procesos internos del individuo las raíces de la psicopatología. Por ello no es de extrañar que la terapia familiar renegara en sus orígenes de cualquier movimiento de ese sesgo, negándose a explorar la caja negra con la que identificaba al psiquismo humano.

En cuanto a la externalización, los modelos biológicos y sociales han venido practicándola *avant la lettre*, de muy distintas maneras. Los unos, atribuyendo a la herencia genética la responsabilidad última de la conducta humana, a través de su determinación por «enfermedades» de raíz biológica o por una personalidad cuyos rasgos más significativos

estarían también genéticamente determinados. Los otros, poniendo en la sociedad la causa de dichos fenómenos. El *construccionismo social*, y Michael White en particular, son los responsables de la recuperación de la externalización (White y Epston, 1990) y de su descripción detallada como recurso terapéutico, pero, en esencia, ya fue utilizada por los terapeutas sociales de inspiración marxista de los años sesenta, que denunciaban a la sociedad clasista y a las relaciones de dominio a ella asociadas como las responsables de los males humanos en el campo de la salud mental.

Michael White elevó la externalización a la condición de obra maestra, constituyéndola en uno de los emblemas de la corriente narrativista del construccionismo social. Baste recordar el diploma entregado al niño encopréptico *por haber sido capaz de derrotar a la caca traicionera*.

Nosotros consideramos la internalización y la externalización como dos movimientos complementarios, que obtienen su potencia terapéutica de su uso alternante, oportunamente asociado. Cuando la persona se dispersa en un sinfín de frentes conflictivos, una internalización puede ayudarle a concentrar esfuerzos para resolverlos. Por ejemplo:

- ◆ Los problemas que está usted teniendo en el trabajo se parecen mucho a los que tiene con su esposa y hasta a los que, de vez en cuando, le amargan los partidos de pádel con sus amigos. Hay en usted como una especie de mecanismo súper sensible, que se dispara cuando detecta que puede ser objeto de la menor injusticia. El problema es que las consecuencias de su reacción son, a menudo, desmesuradas y acaban perjudicándolo más que protegiéndolo. Debería estar usted muy atento a las primeras manifestaciones de esa «alarma frente a injusticias» para intentar controlarla.

Igualmente, una externalización puede ser útil para estimular la lucha contra un enemigo exterior, vivido como invasor y esclavizante.

- ◆ Están ustedes prisioneros de los roles de género masculino y femenino. Usted, señor, se comporta como un estereotipo de hombre: rudo, silen-

cioso, incapaz de comunicar afecto y convencido de que los problemas se resuelven en la cama. Y usted, señora, parece identificarse con una caricatura de la mujer: todo tiene que ser hablado y se puede sacrificar el sexo si no viene anunciado por una exhaustiva comunicación de emociones. Si fueran capaces de liberarse de esa especie de esclavitud del género, serían bastante más felices.

Lo que carece de sentido es que por estar de moda un tipo de intervención se abandone otro como obsoleto, siendo así que ambos se complementan.

7.3. Estrategias terapéuticas sobre la organización

La FIGURA N.º 15 muestra una distribución conocida de los espacios cognitivo, emocional y pragmático, aplicados a la organización del sistema *familia de origen*, en los que destacan respectivamente la adaptabilidad, la cohesión y la jerarquía.

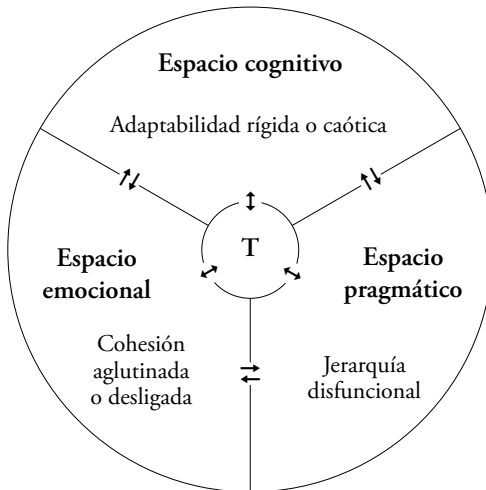


FIGURA N.º 15

Las intervenciones terapéuticas orientadas a modificar la organización del sistema pueden dirigirse «inteligentemente» a cada una de estas instancias, con razonables expectativas de que, si son eficaces, sus efectos se generalizarán a las restantes. Así, pues, frente a una *adaptabilidad rígida o caótica*, el terapeuta podrá intervenir para ayudar a hacerla *flexible*; frente a una *cohesión aglutinada o desligada*, la intervención intentará generar un *equilibrio intermedio*; y frente a una *jerarquía disfuncional*, se procurará inducir una *normalización jerárquica*.

7.3.1. Flexibilización de la adaptabilidad

- ♦ Antonio, de 29 años, y David, de 27, son hijos de Marcos y María. David es un hombre tranquilo e independiente, mientras que Antonio, psicótico, lleva una vida aislada y de una gran pobreza relacional, encerrado en su habitación y entregado a múltiples rituales que atenazan su existencia. Marcos y María se han integrado de tal forma en la psicosis de Antonio que prácticamente no hacen otra cosa que reforzarle los rituales. Evitan contrariarlo y aceptan todas sus rarezas. Por ejemplo, María puede hacerle tres almuerzos sucesivos si, como ocurre a diario, rechaza la comida normal y acaba ingiriendo croquetas industriales descongeladas en el microondas o pizza de una única marca. Por su parte, Marcos le trae sin rechistar las piezas que Antonio le va pidiendo para una gigantesca y absurda maqueta que construye en su cuarto, negándose a dar cualquier explicación sobre su significado.

Cuando se pide a los padres que dejen de colaborar con los rituales de Antonio, María entra en crisis y anuncia que abandonará la terapia, evidenciando, por si cupiera alguna duda, la extraordinaria rigidez del sistema. Con la ayuda de David, se tranquiliza primero al dubitativo Marcos y, a continuación, a la muy angustiada María, haciéndoles comprender que no se trata de dañar a Antonio, sino de ir desarmando los rituales que tienen invadida a la familia para permitir que circule aire fresco y que Antonio pueda ir saliendo de su patológico cautiverio. Se le deberá hacer la misma comida que a todos, respetando solo algunas preferencias razonables, y no se le engordará la monstruosa maqueta salvo

si él da explicaciones convincentes de su sentido. Y todo ello sin asperezas ni actitudes críticas u hostiles, sino con el máximo afecto y asegurándole que son cambios que han decidido realizar por su bien.

El proceso fue laborioso pero eficaz, porque, a medida que sus padres ponían límites a su participación en los rituales, Antonio fue abriéndose al exterior y normalizando su vida. La flexibilización de la adaptabilidad familiar fue el primer paso para la recuperación de la psicosis.

Y lo fascinante es que, casi simultáneamente, la cohesión aglutinada se equilibró, rompiéndose el enganche maligno que impedía a los padres y a Antonio desplegar sus autonomías, y la jerarquía se normalizó, acabando con la tiranía sintomática del paciente.

Pero otras veces, la intervención dirigida a cambiar la organización del sistema puede iniciarse sobre una de estas instancias, como, por ejemplo, la cohesión.

7.3.2. Reequilibramiento de la cohesión

◆ Los cuatro hermanos de Luis no se sorprendieron de su muerte. Ya se lo veían venir, porque no se había cuidado y su sida progresaba sin control. Pero no habían previsto que Raquel, su madre de 75 años, se deprimiría, aunque por otra parte no hay nada de extraño en que una madre se deprima por la muerte de un hijo. Solo que la depresión de Raquel duraba mucho, a pesar de los tratamientos psiquiátricos. Los cuatro hermanos, Lucía, Juan Pedro, Lucas y Ernesto, estaban cansados y un poco irritados con su madre.

La terapia puso en evidencia el malestar de los cuatro hermanos supervivientes, que habían debido salir de la familia casi adolescentes para afrontar una vida que, en casa, se les presentaba más que complicada: en las prioridades de sus padres no figuraba ocuparse de las necesidades de los hijos. Luchando por salir adelante, se habían distanciado mucho, hasta el punto de no tener casi relación entre sí.

La depresión de Raquel tenía viejas raíces, en una familia de origen que la había explotado desde niña y que nunca la había valorado. Su

matrimonio había significado un desesperado intento por obtener protección y valoración y, en cierta medida, había funcionado, aunque a costa de haberse debido ocupar exclusivamente de satisfacer a su marido, abandonando a sus hijos a su suerte. Ahora, viuda y con uno de ellos muerto, la conciencia de su fracaso como madre se había vuelto una carga insoportable.

La terapia se construyó sobre la metáfora de «tejer una manta suficientemente grande, que pudiera abrigarlos a todos, madre e hijos». Y, a tal fin, se propició una nueva atmósfera relacional en la que los cuatro hermanos estrecharan sus vínculos, reuniéndose primero en la terapia y luego en diversas actividades fuera del espacio terapéutico. Se animó también a la madre a que consolidara su red social, conectándola igualmente con el nuevo grupo cohesionado que habían empezado a formar sus hijos.

El desligamiento, que impedía unas relaciones suficientemente nutritivas en esta familia, pudo ser corregido, y la cohesión mejoró espectacularmente. La depresión de Raquel desapareció, y con ella gran parte del malestar de los hijos.

En otros casos, sin embargo, la intervención se puede realizar sobre la jerarquía.

7.3.3. Normalización de la jerarquía

- ◆ Gustavo es un hombre de 32 años, diagnosticado de trastorno bipolar. Tiene una hermana de 30, Mónica, y un hermano de 18, Luis. El padre, maestro de obras, posee una pequeña empresa constructora en la que trabajan la madre y Mónica como administrativas y a la que se acaba de incorporar Luis como peón. Gustavo también había trabajado con ellos de albañil en el pasado, aunque abandonó la empresa familiar a raíz de algunos disgustos relacionados con el inicio de su trastorno, y ahora lleva unos años distanciado, con la excepción de algunas colaboraciones puntuales. Pero llama la atención que, al rellenar la ficha de solicitud de terapia, los padres le atribuyen a Luis la profesión de albañil, mientras que a Gustavo lo definen como «parado».

Cuando se comenta en sesión lo curioso de estas calificaciones, todos sonrían quitándole importancia, y señalan a Luis como alguien muy emprendedor, que sabe siempre salirse con la suya. Lo que se viene a saber a continuación es que Luis se enfada mucho cada vez que Gustavo pone los pies en la empresa, porque tolera muy mal su estilo de trabajo y se considera incompatible con él. Y ello a pesar de que este es un buen trabajador y, en otros tiempos, solía hacer propuestas innovadoras, razón por la cual Luis lo llama despectivamente «el arquitecto».

El terapeuta hipotetiza que el hermano menor está usurpando el rol del primogénito, bloqueando el regreso de Gustavo a la empresa familiar y haciendo de esta manera imposible que pueda recibir una justa reparación por el trato ambiguo y descalificador de que ha sido objeto. Y, dispuesto a confrontar una situación que considera incompatible a largo plazo con la recuperación de Gustavo, toma la palabra: «Luis, probablemente me vas a odiar por lo que voy a decir, pero creo que te estás extralimitando en el sabotaje a la participación de Gustavo en vuestra empresa. Si un marcianito muy inteligente mirara con un telescopio por una ventana de vuestra casa y viera lo que está ocurriendo, seguramente diría: “¿Pero no hay nadie que detenga a ese mocoso y lo ponga en su sitio?”. Conste que lo de mocoso lo diría el marcianito, no yo, pero lo que yo sí digo es que deberías reflexionar y modificar tu actitud con tu hermano».

La disfunción jerárquica que permite a un muchacho de 18 años bloquear el desarrollo personal de un hermano de 32 se remonta sin duda a un pasado de triangulaciones, donde las alianzas familiares le confirieron un poder desmesurado. Es algo que la terapia tiene que afrontar y modificar, para lo cual la normalización jerárquica será un elemento entre otros, inscrito en una estrategia dirigida contra el núcleo de la disfuncionalidad, en este caso la triangulación.

7.3.4. Estrategias destrianguladoras

Recordemos cuáles son las organizaciones disfuncionales correspondientes a las principales modalidades de maltrato psicológico, recogidas

en la FIGURA N.º 16: triangulada, deprivada y caótica. Igualmente, dicha figura muestra las líneas maestras de las principales estrategias terapéuticas, respectivamente destrianguladoras, vinculadoras y estructurantes. Veamos con algún detalle en qué consisten.

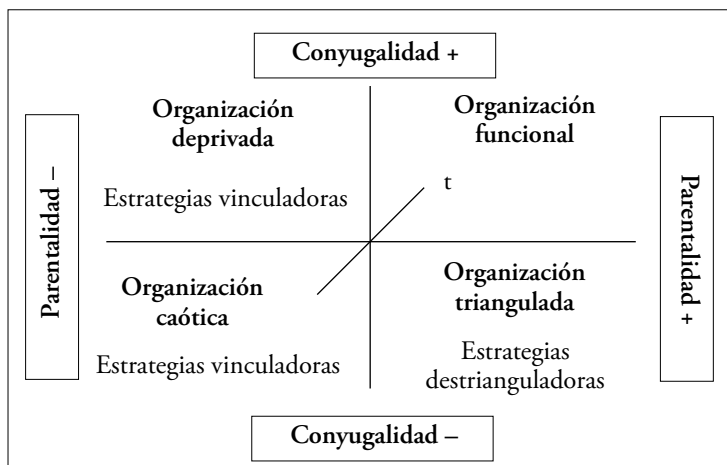


FIGURA N.º 16

En el cuadrante inferior derecho, la organización triangulada es el resultado de la combinación de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente conservada, que se deteriora secundariamente ante el impacto de la disarmonía conyugal. Como veíamos en el apartado 3.5, el hijo triangulado se habitúa a intervenir de mil maneras distintas en los juegos relacionales disfuncionales de los padres, sometido a presiones para que participe en determinadas coaliciones o para que evite otras, siempre con intereses de parte.

Las triangulaciones pueden ser diversas y algunas de ellas, las más obvias y explícitas, resultarán fáciles de desmontar, mientras que otras, más sutiles y negadas o implícitas, pueden requerir procesos laboriosos. Ya hemos visto, y volveremos sobre ello a propósito de la intervención sobre la mitología, que se trata fundamentalmente de las triangulaciones manipulatorias, vinculadas con los trastornos

neuróticos, y de las triangulaciones desconfirmadoras, en la base de los trastornos psicóticos.

He aquí algunas de las estrategias destrianguladoras más útiles.

La *alianza terapéutica* a que se hacía referencia más arriba, imprescindible en terapias de casos graves en que los síntomas se inscriben en relaciones complementarias, forma parte de lo que podríamos llamar una *triangulación terapéutica*. En ella participan, además del terapeuta y el paciente, los miembros relevantes de la familia, padres, hermanos y otros, que autorizan la alianza terapéutica una vez tranquilizados sobre su condición benéfica y sobre la incontestable realidad de que ellos serán los principales beneficiarios del proceso. Deben acompañar mensajes implícitos (o incluso explícitos, por qué no, expresados irónicamente) del tipo: «Me alío con él o con ella, pero no se lo/la quitaré; al acabar, se lo/la devolveré en buen estado».

La triangulación terapéutica ayuda a desactivar las triangulaciones disfuncionales, convirtiéndolas en una red de efectos positivos, como muestra la FIGURA N.º 17.

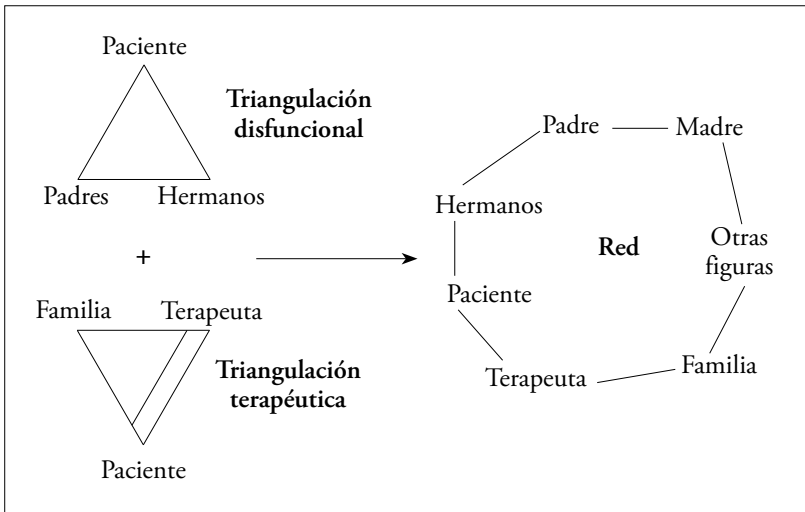


FIGURA N.º 17

Otra importante estrategia destriangular es la *construcción de díadas*, cuantas más mejor, entre los miembros individuales del sistema. Es decir, se trata de que los miembros del sistema, tomados de dos en dos, puedan relacionarse entre sí de forma fluida, sin despertar susceptibilidades en los otros. Algo bastante poco habitual en las familias trianguladas, cuya atmósfera relacional suele ser excesivamente política, con todos pendientes de los juegos que, directa o indirectamente, los involucran.

- ◆ «En aquel tiempo, el aire en mi familia era irrespirable. Todo el mundo observaba por el rabo del ojo a los demás, a ver si se entendía o si discutía con los otros. Si sonaba la llave de la puerta, mi madre levantaba los ojos del libro especulando mentalmente sobre quién podría estar llegando, si mi padre conmigo o con mi hermana. Si yo me encontraba a mi madre en el ascensor, no podía evitar preocuparme sobre lo que pensaría quien estuviera en casa al vernos llegar juntos.

Afortunadamente, eso es cosa del pasado. Desde que hicimos la terapia, yo puedo ir de compras con mi madre, al cine con mi hermana o al fútbol con mi padre sin que nadie se alarme.»

Es el testimonio de un antiguo paciente fóbico, ya asintomático, pero podría haberse tratado de un distímico o de un psicótico, todos ellos acostumbrados a vivir en la asfixiante atmósfera de las familias trianguladas.

La *consolidación de subsistemas* es una de las más conocidas estrategias terapéuticas de estirpe estructural, que aquí incluimos en las intervenciones destriangularas. Las *alianzas transgeneracionales* fueron detectadas, desde los orígenes de la terapia familiar, como una de las principales fuentes de disfuncionalidad, y, en consecuencia, los terapeutas desplegaron, desde los inicios del modelo, recursos terapéuticos para desactivarlas. Revitalizar a la pareja parental y fomentar los vínculos solidarios entre los hermanos han sido, en esta línea, objetivos constantes de los terapeutas sistémicos, cuyos esfuerzos culminaron en la prescripción invariable de Selvini y sus colaboradores, ya descrita en el apartado 7.1.2. Se trata de deconstruir trian-

gulaciones clásicas, de las que sitúan en los vértices del triángulo al paciente y a sus padres, enfrentados estos en relaciones disarmónicas, así como otras en las que el hermano prestigioso es uno de los actores del juego triangulador.

La técnica del *cambio de sillas*, simpático invento de Minuchin (¿o de Ackerman?) que durante muchos años fue, a ojos de los profesionales de otros modelos psicoterapéuticos, la intervención emblemática de los terapeutas familiares, tenía con la mayor frecuencia la intención de «poner a cada cual en su lugar», los padres por su lado y los hijos por el suyo.

- ◆ La familia compuesta por padre (P), madre (M), hijo de 9 años diagnosticado de TDAH (doble cuadro) y hermana de 11 años (H), se dispone espontáneamente como muestra la FIGURA N.º 18 a. El padre y la madre flanquean al niño paciente, mientras que la hermana, que entra en sesión escuchando música con los auriculares puestos y solo se los quita por indicación del terapeuta (T), se sienta en un rincón del despacho, entre dos sillas vacías.

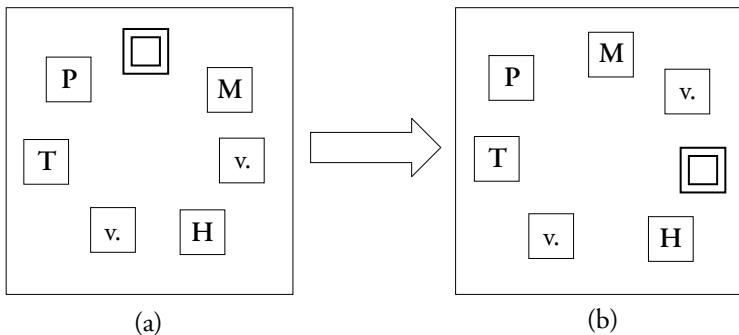


FIGURA N.º 18

Apenas iniciada la conversación, se pone de manifiesto el desacuerdo de los padres sobre si medicar o no al niño, que deriva hacia una viva discusión. El terapeuta, sonriente, coge del brazo al chico y lo cambia de asiento, junto a su hermana, a la vez que pide a la madre que ocupe la

silla que ha dejado libre su hijo, junto al padre (FIGURA N.º 18 b). Y con voz suave comenta: «Disculpen, pero yo tengo mis manías. Creo que tú estarás más cómodo aquí, al lado de tu hermana, y ustedes dos podrán ponerse de acuerdo más fácilmente así, el uno junto al otro».

La *redefinición de la familia extensa* puede ser necesaria cuando alguno de sus miembros, al desempeñar funciones pseudoparentales, participa activamente en la triangulación del miembro sintomático. Es fácil que ello ocurra con abuelos o tíos sobreinvolucrados, que han adquirido un poder desproporcionado o que descalifican a los padres o compiten con ellos. Como en el siguiente ejemplo:

- ◆ Recordemos el caso de Silvia, la joven psicótica que vivía con sus padres, Carmen y Enrique, y su hermano Javier. Y recordemos la abnegación de Mercedes, la tía materna soltera que, desde el apartamento de encima se ocupaba de satisfacer los caprichos de Silvia, proponiéndose como la que sí habría sido una excelente esposa y madre (¡ella también había estado enamorada de Enrique en su juventud!).

Se trataba de una triangulación desconfirmadora, de efectos generadores de confusión para Silvia, puesto que, lo que por una parte se hacía por su bien, por otra se dirigía a otros objetivos, que no eran sino la descalificación de Carmen.

La terapia tuvo que apartar a Mercedes de esos juegos, no sin dificultad: se le buscaron otras ocupaciones filantrópicas y se le bloqueó enérgicamente el acceso a esas supuestas ayudas a su sobrina.

7.3.5. Estrategias vinculadoras

La organización deprivada es el resultado de la combinación de una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada. Unos padres bien avenidos fracasan primariamente en el ejercicio de sus funciones parentales: se llevan bien como pareja pero no saben tratar adecuadamente a sus hijos... o a alguno de ellos en concreto. Y, como consecuencia, el vínculo parento-filial se resiente.

Existen múltiples variantes, tanto en lo que se refiere a la armonía conyugal como al deterioro de la parentalidad, pero el denominador común es que el proceso se suele desarrollar de forma bastante implícita, sin que los conflictos se hagan públicos, bajo la más respetable de las apariencias (Linares y Campo, 2000). Ya se ha visto que las dos pautas deprivadoras más características son: 1) la *deprivación descalificadora*, que combina hiperexigencia y desvalorización, propiciadora de dinámicas depresivas; y 2) la *deprivación rechazante*, que aúna hiperprotección y rechazo, relacionada con desarrollos límite. Más adelante insistiremos en ello a propósito de la intervención sobre las mitologías.

Las estrategias vinculadoras apuntan, como su nombre indica, a restaurar el vínculo parento-filial, minado por la deprivación. A tal fin, y puesto que de cambiar la organización se trata, se vehiculizan fundamentalmente a través de modificaciones de la adaptabilidad, la cohesión y la jerarquía. Veámoslo con un ejemplo.

- ♦ Mariona es la mayor de cinco hermanas, ella ya en los 40 y las otras cuatro, Nuria, Montse, Marta y Gloria, escalonadas hasta los 20 de la menor. Los padres, Luis y María, rondan los 70 y gozan de buena salud.

Desde hace un año, Mariona sufre una depresión resistente a los psicofármacos. Acude a la primera sesión de terapia familiar junto con sus padres y hermanas, confundiendo al terapeuta, que interpreta erróneamente que es soltera. Sin embargo, está casada con Jesús, un par de años mayor que ella, y tiene dos hijas, de 13 y 6 años. Ante la extrañeza del terapeuta, la madre argumenta con toda naturalidad: «Por supuesto, ella tiene su propia familia, pero nosotros seguimos muy presentes en su vida. Tenemos un negocio familiar, una tienda de electrodomésticos en la que colaboramos todos... Aunque todas mis hijas se han casado o tienen pareja, seguimos siendo una familia muy unida».

Cuando Mariona y Jesús se casaron, ella abandonó la tienda para poner su propio negocio de confección, terreno en el que siempre se sintió cómoda. Y, durante unos años, las cosas le fueron bien, pero luego se torcieron hasta el punto de obligarle a cerrar. Entonces regresó a la empresa familiar, pero allí... (al llegar a este punto, Mariona rompe en llanto)... allí no está bien...

La madre la interrumpe, visiblemente molesta, y, entre gestos de confirmación de los restantes miembros de la familia, dice: «Mariona, hija, allí se te ha recibido con los brazos abiertos, pero claro, lo que hace falta es que tú te comportes con responsabilidad, y no que te limites a quejarte y a pedir cosas sin que realmente se pueda confiar en ti». Mariona se indigna, y se entabla una dura discusión entre ella y sus padres y hermanas, resuelta cuando el llanto de aquella se intensifica y la madre sentencia: «Es que esta hija mía no está bien».

El proceso terapéutico continuó, incluyendo desde luego a Jesús, pero lo que interesa destacar aquí es, primero, la hipótesis sobre el deterioro deprivador del vínculo de Mariona en su familia de origen, y, segundo, la estrategia vinculadora que, guiada por ella, adoptó la terapia.

Como hipótesis se manejó una historia que partía de una conyugalidad armoniosa (era obvio que María y Luis se llevaban bien), y de una parentalidad deteriorada con Mariona: a ella, por ser la hija mayor, se le exigió siempre desproporcionadamente, sobre todo a medida que iban viniendo al mundo sus hermanas. Por eso su marcha al casarse, abandonando el negocio familiar, fue considerada una deserción casi traicionera, lo cual la hundió definitivamente en el desprestigio. Más aún cuando, algún tiempo después, la desertora regresó fracasada, acogándose a una generosidad que, aunque formalmente fue efectiva, se ejerció siempre de forma descalificadora. Se la acogió, pero con una mirada fríamente censora que magnificaba sus fallos e ignoraba sus aciertos. Además, y aunque Jesús era valorado por todos, los intentos de Mariona por consolidar su propia familia, con marido e hijas, eran considerados como nuevas muestras de su inconsistencia. En ese contexto se desencadenó una depresión que se había venido gestando desde mucho tiempo atrás.

La estrategia vinculadora se desarrolló apoyándose, como ya se ha dicho, en los tres pilares de la organización: la adaptabilidad, la cohesión y la jerarquía. Ya desde la primera sesión, la retórica de asombro del terapeuta ante la ausencia de Jesús marcó una dirección. Aumentó la flexibilidad, relativizándose la rígida tendencia a considerar familia solo lo que había sido siempre tal, ignorando los movimientos

emancipadores de Mariona y, especialmente, los que la llevaban a su familia creada.

Se propició una disminución de la aglutinación que, bajo el mito de la unidad familiar, generaba unos espacios relacionales cerrados en los que a Mariona le resultaba imposible sustraerse a la descalificación. Por poner algún ejemplo de las prácticas familiares que fueron disminuyendo: las hijas, y sobre todo Mariona, eran estimuladas a comer en la tienda, pero luego a ella se la criticaba por «chupar del bote».

Por último, se intentó modificar la jerarquía fomentando la percepción de Mariona no como la niña irresponsable y enfermiza, sino como la hija mayor, que había luchado por abrirse paso en la vida beneficiando indirectamente a sus hermanas. Por ello merecía consideración y respeto, pero también apoyo y ayuda: se consiguió que se le facilitara un local, propiedad de la familia, donde pudiese reiniciar un negocio de confección.

Aunque, en la práctica, las intervenciones sobre la organización son inseparables de las que se focalizan en la mitología, vale la pena distinguir las líneas de acción, tanto a efectos orientadores como didácticos. Y no hay duda de que la muy exitosa terapia de Mariona y su familia se benefició notablemente de estas estrategias vinculadoras.

Algunas otras pautas que pueden ser útiles como estrategias vinculadoras frente a organizaciones deprivadas son, por ejemplo, las que apuntan a disminuir las distancias intergeneracionales, aproximando unos padres que tienden a encerrarse en su propio mundo, a un hijo excesivamente librado a su suerte. Y, siempre enfrentando la lógica de la parentalidad primariamente deteriorada, tendrá pleno sentido introducir razonables contradicciones entre los padres de manera que uno de ellos pueda asumir funciones nutricias. También valdrá la pena trabajar para consolidar la fratría, combatiendo la tendencia a que el paciente quede acorralado en la posición de «patito feo».

Y, ciertamente, no habrá que renunciar a reequilibrar la complementariedad rígida en la pareja del paciente, dando poder a este (de hecho, es en este contexto donde resulta más oportuno hablar de «empoderar» al paciente).

7.3.6. Estrategias estructurantes

Cuando el problema que presenta la familia se sostiene sobre una *organización caótica*, vale la pena armar *estrategias estructurantes* que puedan contrarrestarla. Ello ocurre cuando coinciden una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente deteriorada, es decir, cuando fracasan simultáneamente las funciones conyugales y las parentales.

Los hijos, carentes de las experiencias relacionales nutritivas que aporta la combinación de la armonía conyugal y del buen ejercicio de la parentalidad, quedan al albur de los factores compensatorios que pueda aportar la sabiduría del ecosistema, tanto dentro como fuera de la familia. Las consecuencias, aunque a veces se produzca la salvación in extremis, son la imprevisibilidad y el caos. La multiproblematicidad anida en estos territorios, que, recordemos, Cancrini definía como progresivamente desorganizados.

La intervención terapéutica sobre la organización caótica intenta frenar e invertir la dinámica desestructurante, que conduce a la familia a la pérdida de tejido relacional y a lo que Colapinto (1995) llama la *disolución*. Ya hemos dicho que la familia disuelta es aquella en la que los roles fundamentales pasan a ser desempeñados por figuras ajenas, como el médico, la trabajadora social, la psicóloga y el educador. Es lógico que la intervención deba acabar con ello, dando poder a los miembros de la familia para que ejerzan las funciones que les corresponden, a través de cambios en la adaptabilidad, la cohesión y la jerarquía.

- ◆ Ya hemos hablado de Marta Desdémona, una peruana que emigró a España hacía diez años con tres hijos de 12 (Venus Margaret), 10 (Morris) y 4 años (Magdalena), tenidos en dos relaciones con hombres «desaparecidos». Tras múltiples avatares, en la actualidad tiene dos hijos más, de 6 (Jeremiah) y 4 años (Bárbara), fruto del matrimonio con Hassan, un argelino del que se ha separado, si bien mantienen una relación relativamente cordial. A su vez, la hija mayor, Venus, ha tenido dos hijos, de 1 y 3 años en la actualidad, cuyos padres tampoco figuran en el mapa. Todos viven con (y a expensas de) Carlota, que también aloja a dos primos

adultos llegados recientemente (bueno, hace unos años) de Perú, que solo contribuyen económicamente de vez en cuando...

Hace dos años, cuando Magdalena tenía 12, un día en la escuela le detectaron un pequeño hematoma en un brazo. Interrogada al respecto, contó que se lo había hecho su madre y añadió que eso ocurría bastante a menudo. En el horizonte relacional de Marta y su numerosa familia cabían las refriegas con esporádicas incursiones en la violencia física, siempre desde luego de menor intensidad, pero ni la madre es una maltratadora ni en la personalidad de Magdalena hay el menor indicio de haber sido maltratada físicamente. La niña estaba muy enfadada con su madre y descargó su rabia magnificando un episodio bastante banal.

Pero las consecuencias del incidente no se hicieron esperar. La confesión desencadenó una serie de intervenciones institucionales que provocaron el ingreso de Magdalena en un centro de acogida durante varios meses. Y, lo que es más grave, se inició un proceso penal contra Marta que culminó (¡dos años más tarde!) en una multa y una orden de alejamiento de medio año. Magdalena debió ser reexpedida a Perú durante ese tiempo, interrumpió sus estudios y, allí sí, fue maltratada por los miembros de su familia extensa que se ocuparon de ella.

No entraremos a analizar el indignante maltrato institucional de que fueron víctimas Marta y, sobre todo, Magdalena, so pretexto de protegerla. Ocurre, desgraciadamente, con lamentable frecuencia. En cambio, en lo que aquí nos interesa, el caso sirvió de inspiración para una intervención estructurante. Básicamente, se apoyó incondicionalmente a Marta en sus conflictos con las instituciones, generando, desde la terapia familiar, una narrativa de respeto y responsabilidad.

Se fijó como objetivo la reducción del caos imperante en la casa, mediante la salida urgente de los primos, para luego apoyar la salida a un nuevo domicilio de la misma Marta con sus tres hijos menores, dejándoles el antiguo piso a Venus, con sus dos hijos, y a Morris. Era importante que Marta dispusiera de una mínima intimidad, entre otras razones, para plantearse la posibilidad de reanudar su relación con Hassan, un buen hombre que la quería a ella y a los niños, pero que naufragaba en la complejísima relación con sus dos hijastros mayores.

Por último, y como se decía más arriba, se fortaleció a Marta en el frente institucional, se le enseñó a moverse en ese terreno defendiendo sus intereses pero sin quemar la pólvora en salvas de peleas estériles con los profesionales. Y, cuando hizo falta defenderla directamente, se la defendió, lo cual conviene saber que es algo que hay que hacer muy a menudo con familias tan escasas de recursos como frágiles y vulnerables.

7.4. Estrategias terapéuticas sobre la mitología

Ya se ha dicho que la mitología es el espacio donde convergen las narrativas individuales de los miembros de un sistema, o, de la misma manera, el espacio de donde aquellas divergen. Los mitos del sistema equivalen, por tanto a las narrativas individuales consensuadas.

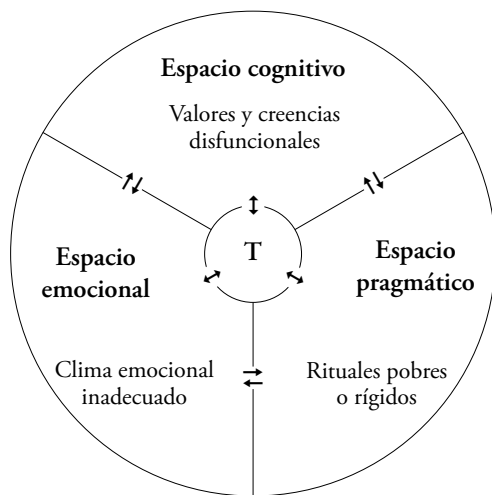


FIGURA N.º 19

La FIGURA N.º 19 muestra gráficamente lo que ya se describía en el apartado 5.4, a saber, la composición de la mitología familiar en

elementos cognitivos (los valores y creencias), emocionales (el clima emocional) y pragmáticos (los rituales). Aquí, no obstante, al tratarse de mitologías correspondientes a familias de origen de un miembro sintomático, las expectativas radicarán en encontrar *valores y creencias disfuncionales, clima emocional inadecuado y rituales pobres o rígidos*. Ellos constituirán algunas pistas para armar intervenciones terapéuticas sobre la mitología familiar.

7.4.1. Cambio de los valores y creencias

Modificar los valores y creencias disfuncionales de una mitología familiar requiere fundamentalmente un buen manejo de las intervenciones cognitivas, es decir, de la capacidad literaria y de su abanderada, la reformulación. No obstante, dada la intercomunicación de los distintos territorios psico-relacionales, también es posible alcanzar dicho objetivo desde los espacios emocional y pragmático.

- ◆ La familia Carvajal presenta la mayor concentración imaginable de trastornos psicóticos. El padre murió hace unos años, diagnosticado de esquizofrenia y alcoholismo, y Marcos, el segundo hijo, lleva veinte años recluido en casa, también diagnosticado de esquizofrenia. La madre, Daniela, no tiene una historia psiquiátrica oficial, pero afirma que ella sabe que, a veces, la siguen por la calle y le murmuran insultos al oído. Juan Carlos, el hijo menor, está en pleno brote psicótico cuando la familia es derivada a terapia. Solo la hija mayor, llamada también Daniela, no tiene síntomas psicóticos, aunque, a sus 44 años, es soltera y apenas tiene vida social aparte del trabajo desde que, veinte años atrás, y a raíz de un aborto, decidió no exponerse más a los peligros de la relación.

En ausencia de Marcos, que nunca quiso participar, la terapia se desarrolla con Juan Carlos y las dos Daniela. En un primer momento, Juan Carlos está tan agitado que se impone su ingreso en un servicio de psiquiatría. Pero se trata de un ingreso breve, de un par de semanas, y marca una inflexión de tal grado que la terapia familiar se puede reanudar

sin que vuelva a haber problemas. De hecho, el espectacular cambio de Juan Carlos, que abandona la psicosis a pasos agigantados, se convierte en una metáfora de la transformación de la familia. Y, ciertamente, en primer lugar cambia la percepción que la familia tiene de sí misma: se generan nuevos valores y creencias.

El mito imperante en la familia Carvajal coincide con el contenido de la primera frase de esta viñeta: «Somos la familia más loca del mundo». Los valores y creencias correspondientes con ese enunciado inciden en su contenido cognitivo: «Somos un desastre», «no valemos la pena», «la gente nos evita, con razón». En consecuencia, el clima emocional es triste, depresivo, y los rituales, prácticamente inexistentes: nadie hace nada con nadie, ni de dentro ni de fuera de la familia. Con la terapia, el cambio de Juan Carlos sirve de espejo para una nueva mitología familiar, con la proa constituida por nuevos valores y creencias: «Somos fuertes y resistentes», «tenemos una gran dignidad y muchos recursos», «nos sentimos orgullosos de ser como somos» y, en palabras de la madre compartidas por Daniela hija, «Juan Carlos es un ángel». Secundariamente, el clima emocional se hace más rico y alegre, a la vez que surgen rituales: madre e hija van a la playa juntas, y Juan Carlos y su hermana salen juntos a bailar y cenar fuera un día por semana.

En este caso, es un espacio cognitivo saneado el que ejerce su benéfica influencia sobre los espacios emocional y pragmático, y el cambio de la mitología familiar en su conjunto confirma las modificaciones narrativas de Juan Carlos, afianzando su abandono de la psicosis.

7.4.2. Cambio del clima emocional

El clima emocional de las familias definidas por la patología de uno de sus miembros suele estar restringido o sesgado, con presencia excesiva de algunas emociones y ausencia o presencia mínima de otras. Así, bajo el signo de las neurosis suelen predominar la ira y, por supuesto, la ansiedad, mientras que la depresión mayor suele rodearse de un clima emocional cordial en apariencia aunque frío en el fondo.

La singularidad del clima emocional ha sido especialmente reconocida en el caso de las psicosis, lo que ha dado pie a toda una línea de trabajo terapéutico llamado *psicoeducativo*, basado en la teoría de las *emociones expresadas* (Leff, 2000). La idea de base es que, en la familia del esquizofrénico, predominan las emociones hostiles y la hipercrítica, enmarcadas en una organización aglutinada de la que resulta difícil salir. Al cambiar esas características, es decir, al modificar sobre todo el clima emocional a través de un proceso psico-educativo, disminuyen las recaídas y los internamientos y mejora el pronóstico del trastorno. El problema puede ser que, so pretexto de «educar» a las familias en la expresión de sus emociones, se introduzca una información negadora del sustrato relacional de los trastornos mentales, y en particular de la esquizofrenia, reduciéndola a «una enfermedad física, como las demás». También se pueden introducir otros errores que desvirtúen el proceso.

- ◆ En una sesión con los padres de Anselmo, un psicótico de 30 años gravemente perturbado, se les planteó la necesidad de poner límites a las conductas extravagantes y provocadoras del hijo: «No deben hacerse cómplices de esas absurdas exigencias en cuanto a la alimentación, pero, a la vez, le deben decir que él es lo más importante de sus vidas, el hijo de su corazón a quien quieren más que a nadie en el mundo... Precisamente por eso no pueden seguir aceptando costumbres que le están arruinando la salud». El padre, con gesto muy preocupado, objetó: «Pero, doctor, en el hospital nos dijeron que no debíamos expresar emociones...».

La sola idea de que se haga creer a unos padres que decirle a un hijo que lo quieren es contraproducente nos introduce de pleno en el campo de la yatrogenia. Por eso hay que estar muy atentos a los falsos programas psicoeducativos, implementados por equipos que no creen en la psicoterapia y carentes de sensibilidad relacional.

7.4.3. Cambio de los rituales

Los rituales de un sistema relacional siguen la sencilla ley del «a más, mejor». Por eso, los que corresponden a una mitología vinculada a situaciones disfuncionales suelen verse afectados de modos diversos, siempre en la línea del empobrecimiento. Puede ocurrir que simplemente no existan, como ocurre en las organizaciones caóticas (v. g., familias multiproblemáticas), o que se reduzcan en número y se rigidifiquen, convirtiéndose en normas de obligado cumplimiento. Esto último es bastante característico de las organizaciones deprivadas propias de algunas familias a transacción depresiva.

En cuanto a las familias con miembros psicóticos, los rituales desconfirmantes que las caracterizan se pueden desarrollar inspirados por el desligamiento, en cuyo caso serán *rituales excluyentes*, o por el aglutinamiento, y entonces serán *rituales constrictivos*. Veamos sendos ejemplos, aunque es preciso tener en cuenta que, paradójicamente, no es extraño que coexistan en la misma familia rituales excluyentes y constrictivos.

- ◆ Ángel vive prácticamente recluso en su dormitorio, de donde apenas sale para hacer sus necesidades y comer. Los días festivos en que sus hermanos acuden a casa de los padres a almorzar con sus respectivas familias, Ángel no altera sus hábitos en lo fundamental salvo para no salir tampoco a comer ni al cuarto de baño. Permanece en su habitación y se pasea a grandes zancadas fumando sin cesar, mientras que el resto de la casa bulle de actividad y alegría, entre las risas de los adultos y los juegos y travesuras de los niños.

Ante tamaño ritual excluyente, el terapeuta instó a los padres a modificarlo, generando un *ritual integrador*:

- ◆ «Ustedes tienen que convencerlo de que esa situación es insostenible. Háblenle con el corazón, diciéndole y repitiéndole hasta la saciedad que él es tan importante para ustedes como sus hermanos, y que no pueden soportar su ausencia en esos momentos de alegría familiar. Díganle que

no es necesario que se quede todo el tiempo, pero que al menos intente asomarse un rato, tomar algo juntos, jugar un poco con los niños, que siempre preguntan por él. Comuníquenle que no lo dicen por decir, sino que de verdad lo sienten...»

Así se hizo y, en efecto, Ángel empezó a participar en los rituales familiares, de los que llevaba años excluido. Pero otras veces, como hemos dicho, la situación es la inversa, con rituales constrictivos que amarran entre sí a las personas con vínculos de insoportable dependencia mutua.

- ◆ Eugenia, diagnosticada de trastorno límite de personalidad, vivía en un pequeño apartamento situado en el piso de encima del de sus padres. Había una larga historia de conductas provocadoras por parte de la chica y un intenso rechazo por parte de los padres, que aumentaba tras cada nuevo incidente. La ubicación de las viviendas facilitaba el estrecho control que ejercían estos, pero la guinda del pastel era la existencia de un perro, que adoraba a Eugenia aunque era cuidado por los padres y vivía con ellos. Cada vez que la chica salía de casa, el animalito gemía y ladraba desconsolado, mientras que, cuando regresaba, brincaba y movía la cola lleno de alegría. El perro era un instrumento de control de alta precisión, siempre que los padres estuvieran presentes para anotar y procesar los datos que les suministraba. Esta condición se cumplía rigurosamente, puesto que ellos no salían juntos jamás.

La intervención terapéutica desmontó el ritual constrictivo con ayuda del humor, puesto que la situación tenía indudablemente algo de cómica, y propuso como alternativa un *ritual permisivo*: los padres deberían salir juntos, de momento para pasear al perro, y Eugenia debería cuidarlo y tenerlo en su casa a días alternos, para romper con la inexorable regularidad de los controles caninos.

7.4.4. Estrategias negociadoras

En la FIGURA N.º 20 aparecen las principales mitologías disfuncionales, como guías de las correspondientes estrategias terapéuticas. En el cuadrante inferior derecho, correspondiente a las organizaciones trianguladas que ya hemos examinado, destacan en primer lugar las mitologías manipulatorias, propias del universo relacional neurótico.

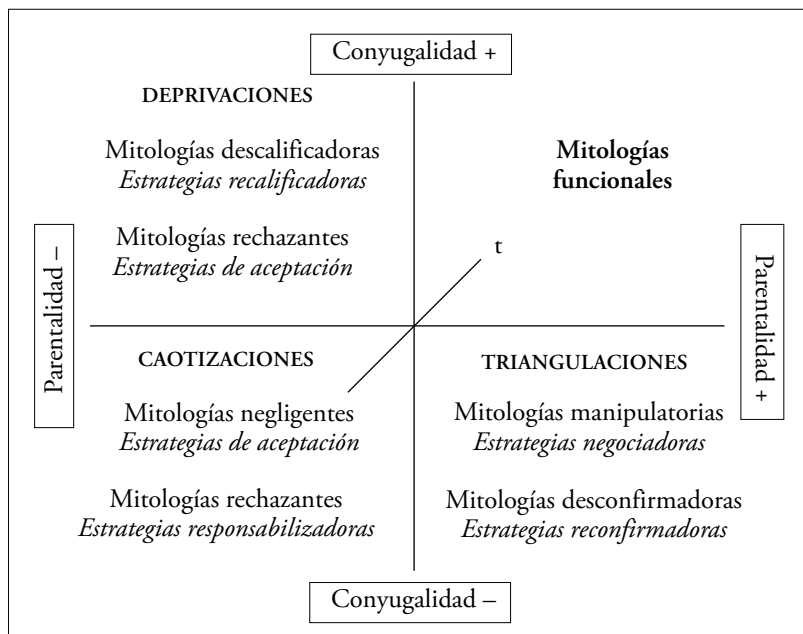


FIGURA N.º 20

Ya hemos dicho que el clima emocional de las familias a transacción neurótica suele estar presidido por la ansiedad, propia de los conflictos de lealtades que atormentan a las personas trianguladas, y por la hostilidad que acompaña a los juegos relacionales altamente politizados. Los rituales están empobrecidos en el sentido de la polarización partidista que generan las coaliciones transgeneracionales: resulta inconcebible realizar actividades placenteras de forma regular con los que no figu-

ran en la nómina de aliados. En cuanto a los valores y creencias, son quizá los que más variedad muestran, en función de las modalidades de trastornos neuróticos de que se trate, y siguen significativas correspondencias con las polaridades semánticas de Ugazio (1998). Así, por ejemplo, en un trastorno fóbico aparecerán probablemente valores y creencias mal integrados referentes a la dependencia y la autonomía.

Las estrategias negociadoras son la respuesta terapéutica idónea frente a las mitologías manipulatorias, y deberán construirse tomando en consideración estos aspectos emocionales, pragmáticos y cognitivos.

- ♦ Marta y Eduardo habían construido su pareja en circunstancias difíciles, pues dependían al principio de una mujer muy dominante (la madre de él), a la que también debían cuidar con gran esfuerzo por parte de ella. Marta odiaba a su suegra y no veía el momento de que se independizaran, sobre todo a medida que nacían los tres hijos que tuvo la pareja, pero Eduardo se resistía a abandonar a su madre, a la que percibía como débil y físicamente vulnerable.

La infancia de Olga, la hija mayor, se desarrolló en medio de continuas trifulcas entre sus padres. Marta amenazaba a menudo con separarse, lo cual era vivido por la chica como la posibilidad de que su madre abandonara a la familia. Así que, aunque tendía a pensar que Marta tenía razón en sus críticas a la abuela, percibía a su padre como más desvalido ante el riesgo de abandono. Años más tarde desarrolló síntomas agorafóbicos y de fobia social frente a situaciones conflictivas o displacenteras.

La terapia, recurriendo sistemáticamente al uso del humor, propició un clima emocional distendido, en el que tuvieran poco espacio las «ridículas» explosiones de ira por temas banales. También se fomentaron nuevos rituales, que contrarrestaran las posibles alianzas transgeneracionales (Olga era más aliada del padre, mientras que Enrique, el hermano segundo, se decantaba más por la madre): los hermanos se debían reunir a desayunar juntos una vez al mes, por citar solo un ejemplo. Por último, se discutió entre todos la situación vivida por la familia en los tiempos de dependencia de la abuela, felizmente ya pasados, y se intentó hacer compartir las dificultades experimentadas por cada uno de ellos en los difíciles equilibrios que hubieron de ir consiguiendo.

La mitología cambió, apoyada en los cambios de sus tres principales componentes. Los nuevos valores y creencias que se fueron abriendo paso se basaron en la colaboración (de hecho, es en la deconstrucción de las mitologías manipulatorias características del mundo neurótico donde tiene sentido proponer la «conversación colaborativa» como intervención terapéutica adecuada). Una colaboración que, finalmente, permitía integrar las tendencias autonomizadoras de Marta y las más orientadas a la dependencia de Eduardo. Y los rituales, también integradores y colaborativos, permitieron combatir exitosamente la polarización en bandas rivales. A su vez, el nuevo clima emocional, cordial y rebosante de simpatía, ancló definitivamente el cambio.

Las estrategias negociadoras frente a las mitologías manipulatorias suelen abordar problemáticas de estirpe neurótica que, muy frecuentemente, se presentan en contextos de relación de pareja. La terapia de pareja es, por tanto, la respuesta más coherente y adecuada. Ya se ha dicho la conveniencia de mantener una neutralidad exquisita, entendida como la necesaria y simultánea conciencia de cada uno de los *partenaires* de que el terapeuta le es favorable. Por eso se ha de ser cuidadoso con las sesiones individuales, que, de realizarse, han de estar equilibradas entre las dos partes. Y aún es más delicada la situación si se realiza una terapia individual, en cuyo caso habrá que hacer todo lo posible por conseguir que el *partenaire* ausente no la viva como contraria a sus intereses. En caso contrario, lo que inevitablemente se convertiría en una terapia de apoyo a uno de los miembros, podría resultar una ayuda hoy y un obstáculo mañana para redefinir la vida del paciente en un contexto relacional adecuado: remontarlo para, a continuación, abandonarlo a su suerte en una relación de pareja más deteriorada.

Lo anterior vale también para situaciones de violencia de género en que la pareja siga constituyendo un sistema relacionalmente vivo y significativo. Nunca nos cansaremos de insistir en que, en tales casos, cuando la violencia no ha alcanzado aún dimensiones graves, la terapia de pareja es la solución más adecuada y rentable, incluso si sus consecuencias se orientan hacia la separación.

7.4.5. Estrategias reconfirmadoras

También trianguladas en el nivel organizacional, las mitologías desconfirmadoras comparten con las manipuladoras el cuadrante inferior derecho de la FIGURA N.º 20 (pág. 202). Y, como ha quedado bien establecido, en este modelo se les atribuye amplia correspondencia con los trastornos psicóticos.

Parece de bastante sentido común que, si las mitologías imperantes en las familias a transacción psicótica son desconfirmadoras, las estrategias terapéuticas destinadas a modificarlas se propongan fundamentalmente como *reconfirmadoras*.

Y, antes que nada, es preciso desactivar un mito desconfirmante yatrógeno (aunque adoptado casi fatalmente por la familia e incluso por el propio paciente), que es el siguiente: «La esquizofrenia es una enfermedad como las demás, biológica y de transmisión genética, parecida a la diabetes, pero con el cerebro afectado en vez del páncreas». Con semejante equipaje no se puede realizar ningún viaje terapéutico, por lo que conviene deshacerse de él, a poco que ello resulte posible.

Cuando el contexto lo permite, se puede hacer una crítica frontal, afirmando por ejemplo que la psiquiatría es la responsable de semejante malentendido, por la buena intención de evitar la estigmatización de la enfermedad mental equiparándola a la patología orgánica. Si se trabaja en un lugar de prestigio médico, se puede ser más radical en los planteamientos alternativos, pero, en cualquier caso, vale la pena insistir en conceptos que giren en torno a la complejidad, la incertidumbre y la multicausalidad.

Al hablar del abordaje a las mitologías psicóticas, se hace imprescindible considerar el tema de la medicación. Se arrastra la peregrina idea de que esta debe quedar fuera del espacio psicoterapéutico, pero, en tal caso, la relación que se instaura entre ambas instancias es de tipo simétrico y, entonces, la medicación tiene todas las de ganar, descalificando a la psicoterapia amparada en el «poder médico». La farmacoterapia, en cambio, debe quedar integrada en la estrategia psicoterapéutica como un recurso más, lo cual hará que la relación sea complementaria y colaborativa. No hay el menor inconveniente en

que un psiquiatra del equipo terapéutico controle la medicación o, en su defecto, alguien ajeno al equipo pero que comparta su sensibilidad o su manera de entender la filosofía de la intervención.

Los valores y creencias desconfirmadores deben ser sustituidos por otros reconfirmadores, apoyados en la idea de que el paciente es alguien interesante, a quien vale la pena conocer y tratar. A tal efecto, habrá que estar muy atentos para no permitir que se creen situaciones que perpetúan la desconfirmación, como todas aquellas en que, ante las excentricidades o «locuras» del paciente, los «cuerdos», es decir, la familia y el terapeuta, intercambian gestos de complicidad, cuando no se ríen más o menos abiertamente de aquel. Por el contrario, valdrá la pena no dejar pasar las salidas de tono del paciente, si se producen, para entablar una relación directa y franca con él.

- ◆ Carlos suele intervenir en las sesiones de terapia familiar, con sus padres y el terapeuta, desde su disgregación delirante. Por ejemplo, en plena conversación sobre las dificultades de convivencia el pasado fin de semana, porque no hizo otra cosa que quedarse en la cocina fumando, Carlos espeta: «¡Es que los rusos no son de fiar!». El terapeuta interrumpe su discurso, lo mira fijamente y le dice: «Carlos, no entiendo lo que quieres decir con esa frase, pero estoy seguro de que para ti tiene algún significado. Tus padres tampoco te entienden y, probablemente, la interpretarán como otra excentricidad tuya sin sentido. Me gustaría que nos explicaras lo que quieres decir, pero, si no lo haces, espero que podamos ir aprendiendo a entenderte mejor».

Se trata de dejar bien sentado que se toma en serio al paciente y lo que dice, que merece respeto y que con toda seguridad significa algo.

Es bastante frecuente que la familia interprete cualquier actuación del paciente en clave patológica. Es como si la *polaridad semántica previsible-imprevisible* atenazara fatalmente su vida: puesto que está «loco», cualquier cosa que haga o diga, por muy extraña que sea, resultará previsible, pero, al mismo tiempo, paradójicamente, cualquier conducta o manifestación normal podrá ser también atribuida a la «locura».

- ◆ «¿Ve, doctor?, lo que nos temíamos, cuando empieza a llamar a chicas para intentar salir con ellas es que se acerca una recaída.» O bien: «Siempre que dice que quiere trabajar o que piensa en reanudar los estudios es que va a tener otro brote».

Los nuevos valores y creencias que habrá que ayudar a desarrollar deberán incorporar la idea de que «las locuras» no son lo más normal del mundo o fruto del azar, sino expresiones de sufrimiento y dolor, así como de desajuste relacional. Pero, a la vez, también son compatibles con el espíritu libre, la rebeldía y la creatividad. Además, salir con chicas, trabajar y estudiar son derechos inalienables a los que no se puede renunciar so pena de resignarse a la enfermedad y la cronicidad.

No es raro que, cuando la cronicidad está instalada, el paciente desarrolle conductas rentistas tendentes a obtener los máximos beneficios de su condición de inválido, tales como no ayudar en las tareas domésticas, pedir dinero para tabaco y otros caprichos, o mostrarse intransigente en la exigencia de privilegios. Sin renunciar a poner límites y a combatir la trampa de los *beneficios secundarios*, la terapia deberá buscar alternativas a los valores y creencias que definen esas actitudes como propias de la holgazanería y el egoísmo. Por ejemplo: «No se trata de un frío explotador, sino de una persona que se siente damnificada por la vida y cuyas heridas mal cicatrizadas la hacen extraordinariamente sensible, a la vez que la empujan a buscar la vida más fácil y con el menor esfuerzo posible».

Las estrategias reconfirmadoras tomarán en cuenta también el clima emocional, de lo cual ya hemos hablado más arriba a propósito de los programas psicoeducativos. Toda terapia con un psicótico y su familia debe incorporar un mini-programa psicoeducativo hecho a la medida, que incluya necesariamente directrices para disminuir la expresión de hostilidad y de comentarios y actitudes críticos. Pero, además, habrá que afrontar una *paradoja emocional*, que se encuentra a menudo en estas familias: la coexistencia de altos niveles de conflictividad por razones relativamente banales con indiferencia frente a situaciones que deberían generar reacciones más intensas. Por ejemplo, se puede provocar una trifulca terrible porque el muchacho llega a casa media

hora más tarde de lo acordado, mientras que se admite con entera naturalidad que abandone los estudios. La terapia debe intentar modificar ese panorama.

Ya hemos visto cómo los rituales desconfirmadores, tanto excluyentes como constrictivos, se sustituyen en la terapia por otros reconfirmadores, integradores y permisivos. Y hemos visto los efectos potencialmente benéficos de rituales reorganizadores que, al consolidar la pareja parental y la fratría, impiden las alianzas transgeneracionales y, en consecuencia privan de vehículo a la mitología desconfirmadora. También pueden ser útiles rituales al servicio de la expresión de afectos positivos, como el beso de buenas noches. Los psicóticos no son habitualmente muy aficionados a los besos, pero si se les convence de que ahora no se trata del «beso de Judas», lo cual suele ser su prejuicio, quizá lo acepten y acaben experimentando gusto.

También pueden acabar teniendo éxito prescripciones de rituales concernientes a la distribución de las tareas domésticas, que tantas veces se intentó antes infructuosamente. Las posibilidades aumentan si se enmarcan en un programa de lucha contra los *beneficios secundarios*, entendidos como las ventajas que obtiene el paciente del rol de «enfermo psicótico».

- ◆ A Paco, paciente psicótico de 23 años con seis de evolución de su trastorno, se le pidió que construyera una tabla con la lista de los beneficios secundarios que obtenía de su situación, con la idea de que, como en otros casos, sería necesario ayudarle a confeccionarla. Sin embargo, y para sorpresa del terapeuta, Paco realizó una lista completísima, en la que figuraban las ventajas previsibles: no ayudar en casa, conseguir dinero sin trabajar, quedarse en la cama hasta tarde, no asistir a las pesadísimas reuniones familiares, etcétera. Y, además, «no llamar a chicas para salir». Ante la curiosidad del terapeuta, Paco se encogió de hombros como si la cosa fuera evidente: «Claro, así me ahorro el sufrimiento de que me digan que no». La prescripción se completaba con una petición de que, a cada sesión, trajera, apuntados en un cuadro y cuantificados del uno al diez, los progresos obtenidos en cada uno de esos ítems.

Desde luego esta campaña contra los beneficios secundarios solo se debe emprender cuando se cuenta con la confianza del paciente y para este es evidente que está obteniendo otros beneficios de la terapia.

Las estrategias reconfirmadoras, con pacientes psicóticos y sus familias, se desarrollan en contextos relacionales definidos por la complementariedad, donde aquellos ocupan casi necesariamente la posición *one down*. De ahí que resulte imprescindible sellar con el paciente una alianza terapéutica negociada con la familia y autorizada por ella. Sin embargo, el paciente tarda más que el terapeuta en procesar y suscribir dicha alianza, razón por la cual no se deben realizar prematuramente sesiones individuales. El paciente psicótico, por regla general, viene a terapia familiar interesado y lleno de curiosidad: «Si me he pasado la vida diciendo que los locos son ellos, vamos a ver en qué para esta convocatoria conjunta». Pero la curiosidad no excluye la desconfianza, por lo que si, a la primera de cambio, se le convoca individualmente, probablemente deducirá que todo ha sido una nueva trampa para arrastrarlo a tratamientos que rechaza profundamente. La terapia, en tales circunstancias, se verá seriamente comprometida. Más adelante, en cambio, cuando la confianza del paciente en el proceso terapéutico esté consolidada, la introducción de sesiones individuales en alternancia con las familiares podrá ser de gran ayuda para expandir la narrativa no identitaria y, en definitiva, para reforzar el éxito de la terapia.

7.4.6. Estrategias recalificadoras

En el cuadrante superior izquierdo de la FIGURA N.º 20 (pág. 202), correspondiente a las organizaciones deprivadas, aparecen las *estrategias recalificadoras*, respuesta terapéutica frente a las mitologías descalificadoras propias de la depresión.

Recordemos que la mitología de la familia de origen del depresivo suele girar en torno a unos altos niveles de exigencia, imposibles de satisfacer, y a una no valoración de los esfuerzos que tal exigencia provoca. La descalificación es la consecuencia de esa combinación, que genera simultáneamente unos sentimientos de culpa frente a la propia

insuficiencia y una hostilidad latente frente a la sensación implícita de ser tratado injustamente. Hablamos de la depresión mayor como un *trastorno por hipersociabilidad*, puesto que los pacientes que la sufren se debaten entre tendencias a desarrollar un exceso de responsabilidad y otras a claudicar, abandonando una lucha condenada al fracaso. No es raro que grandes histriones profesionales, como actores famosos, sean depresivos acorralados por la imperiosa necesidad de agradar.

Se impone, pues, una intervención orientada hacia la recalificación de quien vive una situación relacional tan dura.

Los valores y creencias inducidos desde el espacio terapéutico deben ser, ante todo, reparadores.

- ♦ Martina había vivido una historia difícil en su familia de origen. Sus padres esperaban de ella una actitud de absoluta dedicación al cuidado de la casa y de sus hermanos menores, pero eran incapaces de atender sus quejas sobre sus persistentes dolores de espalda: «¡Haces comedia! Está clarísimo que no te pasa nada». Cuando conoció a Germán, Martina sintió que su vida cambiaba hacia algo que valía la pena. El novio la llevó al traumatólogo, que le diagnosticó un problema en la columna dorsal, tan fastidioso como fácil de corregir. Llena de gratitud y de amor, se casó con él.

Tuvieron dos hijos y, en principio, todo parecía funcionar bien, pero Germán era de una generosidad insaciable con su propia familia. Montó una empresa en la que colocó a varios de sus hermanos y primos, espléndidamente pagados, y, cuando las finanzas empezaron a ir mal, se llenó de deudas e hipotecó todos sus bienes, incluida la vivienda familiar. Cuando Martina, que no había sido consultada en ningún momento, se vino a dar cuenta, no tenían nada, y solo pudieron salir adelante con la ayuda de sus padres... ¡apiadados del pobre Germán, que es tan bueno...!

Martina se deprimió profundamente, con síntomas resistentes a cualquier medicación. Y, en los años que siguieron, su leyenda de mujer enferma, egoísta e insoportable se expandió en la familia de Germán y aún más en la suya propia, donde encontró el terreno abonado: «Nosotros ya lo sabíamos; la conocemos bien».

Cuando la terapia familiar ayudó a co-construir esta historia, uno de los primeros objetivos que se fijó fue rehabilitar a Martina y, a tal efecto,

se le pidió a Germán que reuniera a toda la familia con el anuncio de que tenía algo muy importante que revelarles. En plena comida debería levantarse y, con toda solemnidad, decirles algo así: «Martina tiene motivos sobrados para deprimirse. Por si hubiera sido poco lo que sufrió en su propia familia, donde siempre se le exigió mucho más de lo que se le dio, yo la he engañado, ofreciéndole unas expectativas de apoyo y protección que luego he defraudado. Nunca le consulté mis absurdas aventuras empresariales, en las que la llevé a la ruina por quedar bien con vosotros. Y he permitido que la criticarais calificándola de caprichosa y egocéntrica, siendo así que la depresión era el único drenaje que le quedaba de su rencor contra ella misma y contra el mundo. ¡Perdóname, Martina, te juro que nunca volverá a repetirse!».

Germán cumplió, y no hay ni que decir que los valores y creencias cambiaron y que con su cambio se inició un proceso de construcción de una nueva mitología, reparadora y recalificadora.

Un cambio potente a nivel cognitivo puede bastar para generar una dinámica transformadora que alcance a los planos emocional y pragmático, pero también puede ser necesario abordar específicamente a estos. Así, por ejemplo, el clima emocional y los rituales, como en caso de Mariona descrito antes.

- ◆ Cuando la familia de Mariona acudía a terapia, el clima emocional imperante rebosaba simpatía y cordialidad. La madre, María, era una sesentona llena de vitalidad, que coqueteaba con el terapeuta y con Luis, su marido, de forma francamente divertida. Este usaba continuamente la ironía y, en general, todos colaboraban en imprimir a la sesión un aire ligero y desenfadado. Todos menos Mariona, claro está, que lloraba con pena y rabia. Y es que ella sabía que esa alegría se convertía en censura y crítica implacable cuando era ella la que se situaba en el punto de mira.

En cuanto a los rituales, combinaban también una cálida aglutinación y una fría descalificación. Se esperaba de Mariona que se quedara a comer en la trastienda del negocio familiar, como hacían casi siempre sus hermanas, pero a ella se le hacían las cuentas de lo mucho que gastaba y se le reprochaba que se aprovechara de la generosidad de los padres.

La terapia propició que Mariona fuera a comer a su casa, donde Jesús y las niñas la necesitaban junto a ellos, y que, a la espera de una solución definitiva, su ayuda en el negocio familiar se formalizara, haciéndose constar cuán útil resultaba para la marcha de la economía. Se generó una atmósfera valoradora de sus capacidades y apreciadora de sus sufrimientos del pasado.

El cambio de Mariona se apoyó en estas modificaciones del clima emocional, convertido en mucho más afectuoso, y de los rituales, que dejaron de incluir trampas que conducían inevitablemente a la descalificación para generar situaciones facilitadoras de su valoración.

Al igual que en las psicosis, en las depresiones habrá que prestar atención a la presencia del mito yatrógeno referente al carácter orgánico y hereditario de la enfermedad. Pero, a diferencia de lo que ocurre en aquellas, en estas es el propio paciente quien más adhesión muestra a dicho mito. Acostumbrado como está a no manifestar emociones hostiles y a cuidar la honorabilidad de las apariencias, se siente cómodo con la idea de ser «un enfermo como los demás». Sin embargo, sabedor en el fondo de haber sido objeto de un trato injusto, desconfiará en última instancia de una terapia que no lo libere de esa injusticia y de sus secuelas. Por eso es necesario realizar una fina labor, entre el respeto a los convencionalismos médico-biológicos y la focalización de los aspectos relacionales.

La medicación antidepressiva en las depresiones es mucho menos imprescindible que la neuroléptica en las psicosis, pero, en cambio, y por las mismas razones de adhesión psicológica que acabamos de exponer, el paciente le confiere mucha más importancia. Por ello la medicación debe quedar incluida, con más motivo aún, como un recurso más en la estrategia psicoterapéutica de los depresivos. En caso contrario, el paciente tenderá a aferrarse al «verdadero tratamiento» (el farmacológico, por supuesto) y a despreciar a la psicoterapia como «serie B».

Dado que el ciclo vital del depresivo suele hacer que los síntomas aparezcan preferentemente en situaciones de pareja, esta será el contexto más adecuado para el planteamiento y desarrollo de la terapia. Sin embargo, puesto que las raíces de la descalificación se hundan

en la familia de origen, habrá que dedicar un importante esfuerzo a esa dimensión transgeneracional, tanto trayendo a sesión a padres y hermanos como trabajando con ellos «en ausencia» si su participación física no fuera posible. Y, dada la adhesión de los depresivos a determinados mitos yatrógenos del tipo «una enfermedad orgánica como las demás», habrá también que trabajar individualmente. En efecto, las sesiones individuales permiten un más intenso trabajo de deconstrucción de la ideación depresiva, a la vez que no contrarían el gusto de estos pacientes por «la honorabilidad de las apariencias».

De nuevo, en la terapia familiar del depresivo es fundamental sellar una alianza terapeuta-paciente, autorizada por la familia y, en concreto, con mayor frecuencia, por el cónyuge. Se trata, en efecto, de unos síntomas encuadrados en relaciones complementarias rígidas en las que el paciente ocupa la posición inferior. La alianza terapéutica es una condición necesaria para liberarlo de ella, pero los miembros relevantes del sistema familiar no deben vivirla como amenazadora, por lo que es necesario hacerles comprender que, si la terapia tiene éxito, ellos serán los primeros beneficiados.

7.4.7. Estrategias de aceptación

En la FIGURA N.º 20 (pág. 202) aparecen las *estrategias de aceptación*, como intervenciones terapéuticas correspondientes a las *mitologías rechazantes*, que comparten el espacio de las deprivaciones con las mitologías descalificadoras y las estrategias recalificadoras que acabamos de examinar.

Las mitologías rechazantes proliferan en las familias de origen de pacientes diagnosticados de *trastorno límite de personalidad*, cuyos padres, como ya se ha visto, suelen compartir una valoración muy negativa del hijo sintomático.

- ◆ «Doctor, a los 3 meses nuestro hijo era ya un delincuente.» Esta pasmosa afirmación denota hasta qué punto Alberto era rechazado por sus padres. Y, ante el asombro del terapeuta, las explicaciones no resultaban menos

sorprendentes: «Sí, tenía usted que haber visto cómo escupía el chupete, o con qué rabia se destapaba arrancándose la sabanita en la cuna... ¡Un verdadero delincuente!»

Veinte años más tarde, Alberto no era aún un verdadero delincuente, pero, desde luego, su conducta en casa dejaba mucho que desear, acorralado entre la rabia que experimentaba ante el rechazo que sentía continuamente y la conciencia de que, presionando y amenazando a sus padres, podía conseguir de ellos cualquier capricho.

La terapia se puede montar como un conjunto de estrategias dirigidas a contrarrestar las principales características de esa peculiar mitología: el *rechazo* emocional, la *hipercrítica* cognitiva y la *hiperprotección* pragmática.

- ◆ En el caso de Alberto, resultó paradójicamente providencial una súbita enfermedad cardíaca del padre, que permitió desplegar las capacidades del muchacho como cuidador y como persona con enormes potencialidades para ayudar y para resolver problemas prácticos concretos. Por ahí empezó a filtrarse una valoración positiva, inimaginable algún tiempo antes. Además, el encuentro con el padre enfermo hizo posible detectar momentos de ternura, que fueron identificados y amplificados en terapia. Ello permitió, en última instancia, apelar a la responsabilidad de Alberto para que no se aprovechara de la vulnerabilidad de los padres, y la respuesta del muchacho fue positiva, ahora que se sentía valorado y querido.

A veces puede ser útil reactualizar y vitalizar una historia de amor parental que yace sepulta bajo las infinitas miserias acumuladas por años de desencuentro en la convivencia. Así, por ejemplo, se puede intentar que la madre rememore el momento en que, después del parto, le trajeron al bebé y ella se lo puso al pecho por primera vez, y lo que sintió el padre al contemplar la escena. No hay garantías de que la maniobra funcione, pero en caso positivo puede ser el punto de arranque de una nueva dinámica en la que la ternura tenga un lugar.

7.4.8. Estrategias responsabilizadoras

Las estrategias responsabilizadoras son una vía de intervención adecuada frente a las mitologías negligentes, características del universo de las caotizaciones que aparecen en el cuadrante inferior izquierdo de la FIGURA N.º 20 (pág. 202).

Las familias multiproblemáticas son el mejor exponente de estas mitologías negligentes que, como veíamos en su momento, combinan un clima emocional pobre y unos rituales muy escasos con unos valores y creencias paradójicamente atrincherados en una orgullosa conciencia de marginalidad alternativa. Se trata de una combinación de alto riesgo para la integridad física de los hijos, que pueden resultar fácilmente vulnerables a las carencias de los padres.

Las estrategias responsabilizadoras deberán construirse en la intersección de tan frágiles mitologías y las narrativas individuales de los miembros más representativos del sistema (generalmente una madre sola), que, en contraste con el perfil mitológico, muestran alta emotividad y fuertes tendencias actuadoras frente a bajos niveles cognitivos.

La historia de Marta Desdémona, parcialmente referida en los apartados 6.7.1 y 7.3.6, es muy ilustrativa de una mitología negligente combatida con una estrategia terapéutica responsabilizadora.

- ◆ Cuando Marta Desdémona vino de Perú, estaba tan deprimida que difícilmente podía ocuparse de sus hijos. Y no es que estuviera sola, puesto que su padre y otros miembros de la familia extensa habían emigrado antes que ella, pero se trataba de figuras conflictivas que, más que brindarle un marco de ayuda, eran incómodos testigos de su desdichada vida de abandono y promiscuidad.

El riesgo mayor correspondía a la primogénita, Venus, y al segundo, Morris, ambos preadolescentes y, por tanto, lo suficientemente autónomos como para escapar fácilmente al muy escaso control que su madre era capaz de ejercer. Además, como parte de su abatimiento, Marta Desdémona no podía tocar a sus dos hijos mayores. La consecuencia era que Venus y Morris habían caído en las redes de un personaje siniestro, conocido depredador del barrio degradado en que la familia residía,

que se presentaba como ayudador, pero del que se sospechaba que era pederasta, aunque muy hábil en eludir a la policía.

Tras alguna sesión con el conjunto de la familia, la terapia se centró en la madre, a la que se propuso brindar todo el apoyo posible. Se dedicaron varias sesiones a recoger la historia de Marta Desdémona, tomando nota de forma muy precisa y prestando atención minuciosa a los detalles. El terapeuta, a la vez que escribía, iba comentando admirativamente la fuerza y la capacidad de supervivencia de la mujer, destacando sus recursos y potencialidades. Además, le preguntó cómo quería que la llamara, si Marta, como la conocían todos, o Desdémona. Ella, bajando tímidamente los ojos, susurró que esto último, y, desde ese momento, el shakesperiano nombre se convirtió en una metáfora del espacio terapéutico, donde ella era «alguien muy especial».

Desdémona salió de su depresión y tomó el control de su vida y de su familia, ahuyentando al pederasta del entorno de sus hijos. Además, mientras trabajaba en lo que podía, empezó a estudiar y, al poco tiempo, obtuvo el certificado de estudios primarios. Y sus planes no se detuvieron ahí, puesto que pronto empezó a prepararse para hacerse auxiliar de enfermería.

Habría sido muy fácil repetir la actitud habitual que Desdémona encontraba en las instituciones, consistente en distintas modalidades de exigencia, combinada con la censura y con presiones más o menos veladamente amenazadoras. Es entender mal lo que debe ser una estrategia responsabilizadora, puesto que exigir un esfuerzo mayor no hace sino provocar rebeldía y estimular sentimientos de culpa y fracaso, ya lamentablemente muy presentes.

Las estrategias responsabilizadoras obran verdaderos «milagros ecológicos» con las familias multiproblemáticas, ayudándolas a sacar, como se dijo siempre en castellano castizo, fuerzas de flaqueza. O bien, como se dice ahora en jerga psicosocial, ayudándolas a implementar recursos y activar potencialidades.

REFLEXIONES FINALES

El CUADRO N.º 12 (pág. 219) resume algunas de las características fundamentales del modelo que hemos desarrollado en las páginas precedentes y marca ciertas diferencias con los modelos posmodernos más extendidos.

Es hora de recapitular sobre algo que, a estas alturas, ha debido de quedar suficientemente establecido: la terapia familiar ultramoderna es, ante todo, eso, terapia familiar. El individuo y la sociedad son dos referentes fundamentales. El primero, en cuanto sujeto indiscutible de derecho y legítimo actor de cualquier juego relacional, a la vez que, desde una perspectiva fundamental en un libro sobre terapia, como portador de síntomas. La segunda, porque constituye un suprasistema de pertenencia que sobredetermina y contextualiza los fenómenos relacionales y psicológicos mediante una organización y una mitología que configuran las dos caras de la cultura.

Los modelos tradicionalmente llamados intrapsíquicos y, en la tradición sistémica, el constructivismo, focalizan al individuo como constructor de realidades, mientras que los movimientos alternativos críticos (anti-psiquiatría, anti-institucionalismo...) y su epígono, el socio-construccionismo, atribuyen dicha función a la sociedad. Evidentemente acaban trabajando también con el individuo, puesto que la sociedad tiene la fea costumbre de resistirse a acudir a las sesiones.

Desde una perspectiva ultramoderna, ambas instancias resultan insoslayables, pero el énfasis terapéutico se sigue poniendo en la familia. Parece perogrullesco tratándose de terapia familiar, pero, ¡oh paradójala!, no lo es tanto desde el momento en que muchos profesionales supuestamente sistémicos renuncian a trabajar con ella. Y, sin

embargo, no hay inversión terapéuticamente más rentable que abordar a la familia como sistema de pertenencia privilegiado, intermediario imprescindible entre la sociedad y el individuo.

No tenemos empacho alguno en aceptar, y así lo hemos establecido más arriba, que la psicopatología (*individuo*) es el resultado complejo de la interferencia del amor por parte del poder (*sociedad*). Pero este proceso, que coincide con la esencia del maltrato psicológico, responde a pautas muy variadas ejecutadas por la *familia*. Por eso este libro, al igual que nuestra práctica terapéutica, le está dedicado en su doble función de generadora del amor y transmisora del poder.

Hemos definido el maltrato psicológico como el verdadero problema que deben afrontar todos los modelos terapéuticos en el campo de la salud mental. Ello vale, muy especialmente, para la terapia familiar, que, por ser un modelo relacional, está mejor pertrechada para abordar fenómenos relacionales, como el maltrato psicológico. Lejos de ser un apéndice de menor importancia del maltrato físico, el psicológico es el que otorga a este toda su carga destructiva, confiriendo a unas pautas agresivas, generalmente de gravedad menor, capacidad de dañar el desarrollo de la personalidad hasta el enloquecimiento y la aniquilación.

Además de clarificar epistemológicamente el universo del maltrato, este planteamiento tiene importantes consecuencias prácticas. Por una parte, resuelve la discontinuidad entre maltrato y psicopatología, que tan a menudo atenaza la intervención terapéutica en el campo de la salud mental. Efectivamente, carece de sentido reconocer el maltrato físico y aceptar la legitimidad de su abordaje basado en el control social, a la vez que se niega la psicopatología o se la reduce a una especie de epifenómeno banal frente al cual solo hay que «conversar» improvisada y colaborativamente.

Por otra parte, al focalizar las pautas de maltrato psicológico familiar (triangulaciones, deprivaciones y caotizaciones) como objeto fundamental de intervención, se hace evidente la inutilidad, y hasta la imposibilidad, de priorizar el control social, a la vez que se impone la conveniencia de contar con guiones específicos que orienten y dirijan la «conversación» terapéutica. No es lo mismo combatir la triangulación desconfirmadora subyacente a una psicosis que contrarrestar la

deprivación descalificadora que acompaña a una depresión mayor. Y el control social seguirá siendo necesario cuando peligre la integridad (física) del sujeto, pero supeditado a estrategias psicoterapéuticas que apunten a las pautas de maltrato (psicológico) que subyacen.

A estas alturas del discurso, resulta obvia la reivindicación de un diagnóstico psicopatológico, reconvertido de conjunto de etiquetas clasificatorias de las conductas desviadas, en sistema de metáforas guía facilitadoras de la comprensión de fenómenos relacionales disfuncionales complejos.

¡Basta de incurrir en dobles epistemologías, que son, a fin de cuentas, modalidades de doble moral! Carece de sentido negar, por un lado, la legitimidad del diagnóstico, susurrando, por otro, de modo vergonzante, la posibilidad de que... «el paciente sea un psicótico». La terapia familiar ultramoderna renuncia al panfleto anti-diagnóstico, reivindicando la profundización en la comprensión de sus bases relacionales como medio más eficaz para deconstruir la psicopatología convencional.

	Modelos posmodernos, intrapsíquicos y críticos	Terapia familiar ultramoderna
Construcción de la realidad	Individuo / sociedad	Individuo / familia / sociedad
Maltrato y psicopatología	Discontinuidad y dicotomía	Continuidad a través del maltrato psicológico
Diagnóstico psicopatológico	Rechazo	Diagnóstico relacional como «metáforas guía»
Linealidad	Rechazo	Integración en la circularidad
Motor del psiquismo	Lenguaje	Amor complejo / nutrición relacional
Rol de «experto»	Negación	Principio de «responsabilidad»
Condición de las terapias	Conversaciones colaborativas	Intervenciones inteligentes

CUADRO N.º 12

Por todo ello, la terapia familiar ultramoderna no denigra la causalidad lineal ni la menosprecia olímpicamente alzando las cejas, sino que la reivindica plenamente, aunque, eso sí, integrándola en un nivel de complejidad superior, que es la causalidad circular. Y ello tiene, una vez más, importantes consecuencias prácticas.

Si me roban la cartera en una aglomeración callejera, antes de reflexionar sobre la injusticia de las desigualdades sociales, que empujan a tantas personas a la delincuencia, iré a la policía y pondré una denuncia. Y luego, ciertamente, no me ahorraré reflexiones que me eviten incurrir, a mí y a mis interlocutores habituales, en burdas simplificaciones racistas del tipo «¡es culpa de los inmigrantes!».

Del mismo modo, en cuanto terapeuta ultramoderno, intentaré neutralizar la pauta de maltrato psicológico generadora del síntoma, consciente de que los padres u otras figuras que ejercen las funciones parentales son los primeros responsables de su instauración, aunque en su posterior mantenimiento y desarrollo intervengan decisivamente otros actores y, muy especialmente, el paciente. Si, por un prurito de circularidad hipersistémica, atribuyo a todos la misma responsabilidad, descalificaré la terapia y con ella indispondré, cuando menos, al paciente.

Que el lenguaje es un elemento fundamental en la definición de la condición humana no merece siquiera discusión, como tampoco admite dudas su importancia decisiva en la relación terapéutica.

La propuesta ultramoderna reconoce al lenguaje como definitorio de lo humano, anteponiéndole otro elemento aún más decisivo en ese proceso: el amor. No nos amamos porque somos capaces de hablar, sino que hablamos estimulados por ese motor relacional infinitamente potente que es el amor. Ya hemos insistido bastante en la condición compleja de este amor, que trasciende lo estrictamente emocional e incorpora ingredientes cognitivos y pragmáticos. La «nutrición relacional» no es otra cosa que la vivencia subjetiva de ser complejamente amado, es decir, de ser objeto de pensamientos amorosos, de sentimientos amorosos y de actuaciones amorosas.

Y, al igual que el amor es un fenómeno complejo, también lo es su interferencia por el poder a través de las relaciones de dominio. El

resultado no es otro que la doble condición humana, primariamente amorosa y secundariamente maltratante, de la que hemos tratado extensamente en este libro.

Isomórficamente, la terapia es un proceso restaurador del amor, destrabado en la medida de lo posible de bloqueos e interferencias. El terapeuta usará, a tal efecto, su propia subjetividad amorosa, proyectada en un pensar, un sentir y un actuar de tal índole. Y, una vez más, el lenguaje servirá de vehículo para tan trascendental proceso.

La negación del rol de experto se ha convertido en una seña de identidad de las terapias posmodernas, so pretexto de no invadir con clichés autoritarios la intimidad de pacientes y familias. Sus defensores no suelen dejarse impresionar por la evidencia de que los clientes vienen buscando precisamente eso, un experto. El debate podría ser eterno y, probablemente, aburrido y estéril, por lo que, desde posiciones ultramodernas, apelamos al sentido común, adscribiéndonos a la más simple y sana tradición de terapeutas no autoritarios, expertos en movilizar los recursos de sus clientes más que en imponer los suyos propios.

El fantasma que inquieta a los negadores de la expertez es real y encarna al poder médico, aliado de las relaciones de dominio. Su presencia es evidente en la medicina moderna, así como en la psiquiatría pseudocientífica, abrigada con ropajes biologicistas. Pero la necesaria crítica de estas perversiones de la relación terapéutica no autoriza a deshacerse del bebé junto con el agua sucia. El experto segurizador, capaz de sacar de las personas las potencialidades que estas no han podido desarrollar, es una bendición para el sistema, al igual que sus sugerencias y consejos empáticos, y resulta tremendamente injusto descalificarlo como irrespetuoso o autoritario.

El terapeuta ultramoderno opina, aconseja y prescribe, pero no lo hace atrincherado en una supuesta objetividad, sino desde la responsabilidad de su implicación personal en problemas humanos que ponen en juego su capacidad de empatía y el legítimo manejo subjetivo de sus recursos.

Por eso, y para concluir, debemos expresar nuestro más profundo desacuerdo con la mitología posmoderna de la «conversación colaborativa» como esencia y sentido último de la terapia. ¡Claro que hay que

conversar, y ciertamente que hay que hacerlo de modo colaborativo! Mas, de puro obvia, la fórmula resulta banal. Los terapeutas que no conversan (que, aunque parezca mentira, los hay), o los que lo hacen de forma no colaborativa, se descalifican ellos mismos y, o quedan relegados por triviales o, en el peor de los casos, se integran en la borgiana «Historia universal de la infamia». Pero ser terapeuta exige algo más que evitar la condición de infame o de trivial.

La intervención terapéutica inteligente, que reivindicamos los sistémicos ultramodernos, incorpora la conversación colaborativa, pero lo hace provista de guiones u hojas de ruta que impriman una orientación al conversar. Y tales guiones se confeccionan con material procedente de dos fuentes fundamentales.

La primera fuente es la propia persona del terapeuta, articulada en su más legítima subjetividad. El terapeuta deberá ser lo más consciente posible de su perfil profesional o, lo que es lo mismo, de su ecuación personal que combina capacidad literaria, inteligencia emocional y espíritu práctico. Y, al tiempo que la implementa sin desperdiciarla ni violentarla, hará lo posible por enriquecerla, compensando carencias y llenando lagunas.

La segunda fuente es, claro está, la familia y el paciente, inspiradores de las metáforas guía en que consiste el diagnóstico relacional. No se conversa ni se colabora del mismo modo con un psicótico, con la pareja de un depresivo mayor o con una familia multiproblemática. Al primero hay que ayudarle a liberarse de una triangulación desconfirmante, a la segunda a compensar una complementariedad rígida y a la tercera a generar un tejido relacional que la impulse a salir del caos.

La inteligencia terapéutica que sirve de subtítulo de este libro se define, como en los más exquisitos filmes clásicos de Hollywood, por esos guiones meticulosos y creativos que aúnan la subjetividad del terapeuta y las particularidades de las familias y pacientes, extrayendo lo mejor de cada una de ellas.

GLOSARIO

Los números entre paréntesis remiten a la correspondiente página.

Aceptación, estrategias de (213). Línea de actuación terapéutica dirigida a desmontar las mitologías rechazantes, correspondientes a las deprivaciones rechazantes y subyacentes a los trastornos límite de personalidad.

Acomodación (176). Proceso complejo de acoplamiento a un sistema relacional, condición necesaria para integrarse en él siendo al mismo tiempo su interlocutor.

Adaptabilidad (104). Capacidad de un sistema de cambiar ante los estímulos externos. La visión ultramoderna la relaciona con el espacio cognitivo.

Afectivos, trastornos (115). Grupo de trastornos mentales del Eje I del DSM-IV que incluye las depresiones y los trastornos bipolares. La inclusión en ellos de la depresión mayor, anteriormente incluida en la psicosis maníaco-depresiva, aporta la ventaja de diferenciar claramente los trastornos depresivos graves de los trastornos psicóticos delirantes.

Aglutinación (49). Alta cohesión. Uno de los polos de la más popular tipología estructural (aglutinación/desligamiento).

Alianza terapéutica (176). Asociación con un miembro individual de un sistema relacional para transmitirle un apoyo personalizado. Desde la perspectiva ultramoderna, es un proceso imprescindible con pacientes graves posicionados en complementariedad inferior (*one down*) en su sistema relacional de pertenencia (familia de origen o creada).

Amor (61). Fenómeno relacional complejo que genera vínculos positivos entre las personas a nivel cognitivo (pensar amoroso), emocional (sentir amoroso) y pragmático (actuar amoroso).

- Analógica* (34). Comunicación basada en la sintonía y la continuidad, apta para el intercambio de elementos de relación emocional.
- Animalización* (77). Prejuicio a propósito del maltrato físico, y especialmente de la violencia física, consistente en atribuirle una brutalidad absoluta, supuestamente propia de los animales.
- Ansiedad* (71). En lo que aquí interesa, manifestación neurótica de base, resultado del sometimiento a las condiciones relacionales propias de la triangulación manipuladora.
- Antiinstitucionalismo* (20). Movimiento alternativo y crítico de la psiquiatría italiana liderado por Basaglia en los años sesenta y los setenta del pasado siglo. Hacía hincapié en el carácter alienante de la institución manicomial.
- Antipsiquiatría* (20). Movimiento alternativo y crítico de la psiquiatría británica liderado por Laing y Cooper en los años sesenta y setenta del pasado siglo. Hacía hincapié en el carácter alienante de la familia.
- Apariencias, culto a las* (140). Característica del entorno relacional del paciente depresivo, en el que se evita la expresión de conflictos y se pone especial énfasis en mantener la honorabilidad de la fachada.
- Apego* (53). Concepto relativo a los vínculos relacionales y a su influencia sobre la personalidad, que da nombre a la teoría de Bowlby.
- Bipedestración* (57). Fenómeno de gran importancia evolutiva consistente en el descenso de los árboles de los primates pre-homínidos para caminar sobre dos extremidades.
- Bipolar, trastorno* (115). Denominación moderna, recogida en el DSM-IV, para los fenómenos psicopatológicos caracterizados por la alternancia de episodios depresivos y maníacos. En las nosologías psiquiátricas clásicas recibía el nombre de psicosis maniaco-depresiva.
- Borderline, personalidad* (114). Denominación surgida en la psiquiatría norteamericana a mediados del siglo xx para fenómenos psicopatológicos fronterizos entre las psicosis y las neurosis, con el denominador común de dificultades adaptativas.
- Cambio dos* (169). En la terminología clásica de Palo Alto, cambio que alcanza a la relación y que, por tanto, es sólido y estable. Desde la perspectiva ultramoderna, equivale al cambio que se expande a los niveles cognitivo, emocional y pragmático.

- Cambio uno* (169). En la terminología clásica de Palo Alto, cambio de contenidos y no de relación y, en consecuencia, frágil y poco duradero. Desde la perspectiva ultramoderna, equivale al cambio que no se expande a los tres niveles cognitivo, emocional y pragmático.
- Caoticidad* (104). Posición disfuncional de la adaptabilidad de un sistema relacional, que lo hace excesivamente proclive a cambiar frente a pequeños cambios contextuales.
- Caotización* (72). Organización correspondiente a una de las tres grandes modalidades de maltrato psicológico en la familia de origen, junto con la triangulación y la deprivación. Resultado de la combinación de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente deteriorada, somete a los hijos a unas condiciones de nutrición relacional altamente carenciales de partida, si bien esa misma pobreza estimula el desarrollo de recursos compensatorios, procedentes tanto del mismo sistema como del exterior. El resultado, especialmente caótico e imprevisible, es el contexto relacional característico de la familia multiproblemática.
- Capacidad literaria* (159). Recursos cognitivos del «terapeuta inteligente». Capacidad de inventar historias y, en consecuencia, dotes para reformular.
- Cariño y ternura* (63). Componentes emocionales del amor. Son los más inestables a corto plazo, pero los más constantes a largo plazo.
- Carroñeo* (60). Práctica alimentaria de algunos animales, y probablemente nuestros predecesores evolutivos, consistente en comer restos de animales muertos, ahorrándose la necesidad de matarlos.
- Cenicienta* (140). En lo que aquí interesa, metáfora de la paciente depresiva, hiperexigida y poco valorada.
- Cibernética de primer orden* (19). Incluye a la primera y a la segunda cibernéticas, en las cuales se considera al observador como ajeno al equilibrio del sistema.
- Cibernética de segundo orden* (19). El observador forma parte del sistema (sistema autoobservante) y cambia con él. La observación objetiva es imposible. Constituye una de las bases teóricas del constructivismo y de las orientaciones posmodernas.
- Circularidad* (25). Relación causal compleja entre dos fenómenos, en la cual ambos son simultáneamente causa y efecto del otro.

- Cismogénesis* (31). Teoría desarrollada por Bateson en su libro *Naven*, según la cual habría dos modalidades fundamentales de relación, la simétrica, basada en la igualdad, y la complementaria, basada en la desigualdad.
- Civilización* (59). Fenómenos culturales, ricos y complejos, relacionados con el establecimiento de las ciudades como escenario habitual de vida.
- Clima emocional* (105). Componente emocional de la mitología de un sistema relacional.
- Coaching* (48). Práctica sistémica dirigida fundamentalmente a orientar a una persona a resolver sus dificultades en relación con sus sistemas de pertenencia.
- Cognitivismo* (17). Corriente de la psicología que defiende la legitimidad de focalizar científicamente los procesos ideativos y los estados de conciencia. Supone la superación posmoderna del conductismo en el campo de la psicología científicista.
- Cohesión* (49). Término muy usado en terapia estructural, que equivale a la ecuación de proximidad y distancia relacionales entre los miembros de un sistema. La visión ultramoderna la relaciona con el espacio emocional.
- Complementariedad* (32). Modalidad de relación basada en la desigualdad, donde uno de los interlocutores se sitúa en posición de superioridad (*one up*) y el otro en posición de inferioridad (*one down*). El riesgo es la tendencia hacia la complementariedad rígida, en la que ambas posiciones se extreman y en la que el miembro en posición de inferioridad puede propender a ciertas patologías, como el alcoholismo o la depresión mayor.
- Comunicación* (48). Intercambio activo de información. En un contexto relacional, como dice el primer axioma de la comunicación humana de Watzlawick, es imposible no comunicar.
- Conductismo* (17). Corriente de la psicología paradigmática del objetivismo desde la sensibilidad positivista moderna.
- Confrontación* (176). Acoplamiento crítico a un sistema relacional para señalar sus disfuncionalidades.
- Connotación positiva del síntoma* (178). Intervención paradójica consistente en destacar posibles ventajas de la conducta sintomática, con el ánimo de provocar una reacción contraria a ella.
- Construccionismo social* (20). Orientación de la terapia familiar que enfatiza la construcción social de la realidad y la transmisión de las relaciones

de dominio a través del lenguaje. Representa el giro posmoderno de las terapias sistémicas en los años noventa.

Constructivismo (19). En lo que aquí interesa, orientación de la terapia familiar que hace hincapié en la capacidad del sujeto de construir realidades. Representa el giro posmoderno de las terapias sistémicas en los años ochenta.

Contextual, terapia (51). Denominación del modelo de terapia familiar de Ivan Boszormenyi-Nagy.

Contraparadoja (53). Paradoja utilizada como intervención terapéutica, como, por ejemplo, la connotación positiva del síntoma.

Control social (66). Presión ejercida por la sociedad, en cuanto suprasistema, para imponer su normativa a los sistemas (individuos, familias...) que la componen. Adquiere especial relevancia en cuestiones de maltrato psicológico y físico, donde está condenado a fracasar si no se integra en una visión terapéutica.

Conversacionalismo (22). Corriente del construccionismo social que reivindica la *conversación terapéutica*, espontánea, libre, improvisada y colaborativa, como elemento fundamental de la terapia. Sus más genuinos representantes son Harry Goolishian y Harlene Anderson, del Instituto Galveston, en Estados Unidos.

Conyugalidad (69). Una de las dos dimensiones relacionales básicas en la familia de origen, junto con la parentalidad. Es la manera en que se relacionan entre sí los padres o las figuras que ejercen las funciones parentales.

Cultura (217). En lo que aquí interesa, mitología de una sociedad, considerada como suprasistema del sistema familiar. Como toda mitología, la cultura posee valores y creencias, clima emocional y rituales.

Danza terapéutica (170). Expresión acuñada por Whitaker para referirse a los movimientos que caracterizan la peculiar interacción entre terapeuta y familia. En este libro se ofrece una versión personal del autor, que nada tiene que ver con la propuesta por Whitaker.

Deconstrucción (22). Concepto tomado por Michael White del filósofo posestructuralista francés Jacques Derrida. En lo que aquí interesa, se trata de una orientación terapéutica tendente a cuestionar narrativas dadas por «verdaderas», pero ligadas a discursos de poder.

Depredador (58). En el sentido que aquí interesa, animal que, de forma sistemática, ataca a otros para alimentarse de ellos o para utilizarlos en

- su beneficio. En esta última acepción, de forma metafórica, se puede aplicar también a humanos.
- Depresión mayor* (115). Trastorno mental incluido en el Eje I del DSM-IV dentro de la categoría de los trastornos afectivos. Corresponde a las formas más graves de las depresiones, antaño integradas en la psicosis maniaco-depresiva.
- Deprivación* (71). Organización correspondiente a una de las tres grandes modalidades de maltrato psicológico en la familia de origen, junto con la triangulación y la caotización. Resultado de la combinación de una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, consiste en la exclusión de algún hijo de la atmósfera relacionamente nutricia de la familia. Entre las muchas variedades posibles, destacan la *hipersociable o descalificadora*, caracterizada por una pauta de hiperexigencia y desvaloración (trastornos depresivos) y la *hiposociable o rechazante*, que combina hiperprotección y rechazo (trastornos límite).
- Descalificación* (63). Resultado del bloqueo de la valoración, componente cognitivo del amor complejo. Se halla en la base relacional de los trastornos depresivos.
- Descalificadoras, mitologías* (202). Mitologías correspondientes a las deprivaciones descalificadoras, características de la familia en los trastornos de depresión mayor.
- Desconfirmación* (62). Resultado del bloqueo del reconocimiento, componente cognitivo del amor complejo. Se halla en la base relacional de los trastornos psicóticos.
- Desconfirmadoras, mitologías* (202). Mitologías correspondientes a las triangulaciones desconfirmadoras, características de la familia en los trastornos psicóticos.
- Desligamiento* (49). Baja cohesión. Uno de los polos de la más conocida tipología de la terapia estructural (aglutinación/desligamiento).
- Desprotección* (64). Fracaso de las funciones protectoras sociabilizadoras, componente pragmático del amor complejo en la familia de origen.
- Destrianguladoras, estrategias* (185). Línea de actuación terapéutica dirigida a desmontar las triangulaciones como modalidad de organización disfuncional.

- Díadas* (188). En lo que aquí interesa, subsistemas de los sistemas relacionales constituidos por dos personas.
- Diagnóstico* (24). Término médico correspondiente a la clasificación de los síntomas de un paciente. O, dicho de otro modo, al encaje del miembro (síntoma) en la clase (enfermedad). Muy denostado por la terapia familiar sistémica como símbolo de un modelo médico-biológico e intrapsíquico.
- Digital* (34). Comunicación basada en la precisión y la discontinuidad, apta para el intercambio de elementos de contenido cognitivo.
- Disolución* (149). Concepto introducido por Jorge Colapinto a propósito del riesgo que representan para las familias multiproblemáticas las intervenciones sustitutivas, en que los roles fundamentales acaban siendo ejercidos por profesionales.
- Distimia* (115). Trastorno mental incluido en el Eje I del DSM-IV dentro de la categoría de los trastornos afectivos. Corresponde a las formas menos graves de las depresiones, antaño integradas en las neurosis depresivas.
- Doble vínculo* (33). Construcción emblemática de la raíz comunicacionalista de la terapia familiar y de la teoría desarrollada por Gregory Bateson y sus colaboradores en Palo Alto a mediados del siglo XX: situación disfuncional generada por dos mensajes contradictorios emitidos por canales comunicacionales distintos (v. g., uno digital y otro analógico), sin posibilidad de metacomunicar ni abandonar el campo, en una relación de dependencia y como pauta estable. Tradicionalmente asociado con la esquizofrenia.
- Dormitivo* (24). Calificativo peyorativo en teoría de la ciencia, descalificador de argumentos teleológicos. Inspirado en una célebre broma de Molière («el opio hace dormir porque posee *vis dormitiva*»), fue muy usado por Bateson en su crítica de conceptos como el diagnóstico psicopatológico o las emociones.
- Edipo, complejo de* (123). En el sentido que aquí interesa, constructo emblemático del psicoanálisis que, recurriendo a la mitología histórica griega, describe una triangulación radical: Edipo mata a su padre Layo y se casa con su madre Yocasta.
- Eje I* (116). La primera de las cinco líneas clasificatorias de los trastornos mentales del DSM-IV, correspondiente a los trastornos clínicos.
- Eje II* (152). La segunda de las cinco líneas clasificatorias de los trastornos mentales del DSM-IV, correspondiente a los trastornos de personalidad

- y al retraso mental. En él se distinguen los *grupos o clusters A, B y C*, respectivamente de naturaleza psicótica, psicopática y neurótica.
- Emociones expresadas* (138). Modelo psicoeducativo que enfatiza la importancia de evitar la expresión de emociones negativas, como la hostilidad o el hipercriticismo, en el entorno relacional de los enfermos mentales y, especialmente, de los esquizofrénicos.
- Equifinalidad* (153). Característica de los procesos comunicacionales en los sistemas, según la cual el mismo objetivo o resultado final puede ser alcanzado desde diferentes puntos de partida.
- Equipo reflexivo* (56). Técnica desarrollada por Tom Andersen consistente en invertir, en un determinado momento de la sesión, la dirección de la observación a través del espejo unidireccional, de forma que la familia observe y escuche la conversación que el equipo terapéutico sostiene sobre ella y su problema.
- Escultura* (54). Técnica usada en terapia familiar por autores como Satir, Caillé y Onnis, consistente en hacer representar determinadas situaciones (por ejemplo, cómo se perciben en el presente y en el futuro) a los miembros de la familia, en forma de esculturas compuestas por ellos mismos. De esta forma el cuerpo sustituye a las palabras en la expresión de temas importantes para el sujeto.
- Esquizofrenia* (126). El más grave y significativo trastorno psicótico, de especial importancia en la historia de la terapia familiar por haber inspirado la descripción de la teoría del doble vínculo.
- Espíritu práctico* (160). Recursos pragmáticos del «terapeuta inteligente». Capacidad para hacer prescripciones oportunas y adecuadas al horizonte cultural y relacional de las familias.
- Estética* (161). Posición de algunos terapeutas posmodernos contraria a la *pragmática*. Partidaria de la improvisación creativa en las intervenciones terapéuticas y crítica con los posicionamientos estratégicos.
- Estructura* (49). Conjunto de relaciones existentes entre los elementos de un sistema. La singularidad de la estructura de las familias multiproblemáticas estudiadas por Salvador Minuchin, dio origen al nombre de *terapia estructural* que recibe su modelo.
- Estructurantes, estrategias* (194). Línea de actuación terapéutica dirigida a desmontar las caotizaciones como modalidad de organización disfuncional.

- Experto, posición o rol de* (21). Condición del terapeuta negada por algunas corrientes posmodernas, como el constructivismo y el construccionismo social, dentro del campo sistémico.
- Externalización* (179). Movimiento propugnado por el narrativismo de White, tendente a poner fuera del sujeto la causa o la responsabilidad de los problemas, para combatirlos mejor.
- Feedback positivo y negativo* (39). Mecanismos propios de la segunda cibernética, que regulan respectivamente la morfogénesis y la morfostasis, es decir, los procesos de cambio y de conservación del equilibrio de un sistema.
- Flexibilidad* (182). Adaptabilidad funcional entre los extremos disfuncionales rígido y caótico.
- Fronteras* (49). Límites de un sistema, tanto externos como internos entre sus propios subsistemas.
- Genograma-paisaje* (55). Uso del genograma en terapia familiar propuesto por Jacques Pluymaekers.
- Gestálticas, psicoterapias* (17). Inspiradas inicialmente en la teoría de la Gestalt, las terapias de este sesgo, incluidas en las humanistas, reivindican el subjetivismo del manejo de las emociones y, en consecuencia, pueden ser consideradas posmodernas.
- Grupo familiar* (44). Expresión usada por algunos psicoanalistas para referirse al *sistema familiar*.
- Guiones* (222). Desde la visión ultramoderna que caracteriza a este libro, líneas de comprensión y de acción orientadoras de la intervención terapéutica.
- Hipercriticismo* (63). Aparece de forma específica ligado a la descalificación, resultado del bloqueo de la valoración, en la atmósfera relacional que envuelve a la depresión y al trastorno límite de personalidad. Como fenómeno secundario, también está muy presente en los trastornos neuróticos y psicóticos.
- Hipereigencia* (141). Característica de la modalidad de privación que constituye el sustrato relacional de los trastornos depresivos.
- Hipernormatividad* (64). Fracaso por exceso de las funciones normativas sociabilizadoras, componente pragmático del amor complejo en la familia de origen.

- Hiperprotección* (64). Fracaso, por exceso, de las funciones protectoras sociabilizadoras, componente pragmático del amor complejo en la familia de origen.
- Hipersociable* (141). Resultado de una privación definida por la hiperexigencia y la no valoración.
- Hiponormatividad* (64). Fracaso de las funciones normativas sociabilizadoras, componente pragmático del amor complejo en la familia de origen.
- Hiposociable* (154). Resultado de una privación definida por la hiperprotección, la hiponormatividad y el rechazo. También llamada *rechazante*.
- Historia de amor* (214). Construcción terapéutica consistente en recuperar y actualizar los orígenes amorosos de una relación, tanto conyugal como parento-filial.
- Histriónico, trastorno* (123). Trastorno de personalidad incluido en el Grupo B del Eje II del DSM-IV. Por corresponder a la antigua personalidad histérica, el autor sugiere su reubicación en el Grupo C, que incluye a los trastornos de personalidad de estirpe neurótica.
- Homeostasis* (39). Equilibrio de los sistemas, contemplado en la primera cibernética.
- Honorabilidad de la fachada* (140). Característica del entorno relacional del depresivo, especialmente empeñado en mantener la respetabilidad de las apariencias y en evitar la expresión de conflictos.
- Humanistas, psicoterapias* (17). Conjunto de modelos psicoterapéuticos aparecidos en la segunda mitad del siglo XX, que hacen bandera del subjetivismo emocional y, en consecuencia, se pueden considerar posmodernas: terapias rogerianas, psicodrama, terapias gestálticas, etcétera.
- Iatmules* (29). Tribu indígena de Nueva Guinea en la que Bateson estudió y describió la ceremonia *Naven*, fundamento de su teoría de la cismogénesis.
- Identidad* (98). Parte de la narrativa seleccionada por el sujeto como definitoria de sí mismo y, en consecuencia, no sujeta a transacciones ni negociaciones relacionales. También conocida como narrativa identitaria, la identidad resiste el cambio por confrontación directa y es, por tanto, poco sensible al abordaje psicoterapéutico.
- Incertidumbre* (16). Principio enunciado por el físico alemán Heisenberg sobre la imposibilidad de conocer simultáneamente la carga y la posición de un electrón. Su importancia simbólica reside en el hecho de poner límites al

conocimiento humano tras la euforia del positivismo moderno, por lo que se le considera una de las bases teóricas del posmodernismo.

Individuación (49). Junto con la pertenencia, uno de los dos movimientos (en este caso de diferenciación) fundamentales de un sujeto con respecto a los sistemas de los que forma parte y, especialmente, a la familia de origen. Muy importante en algunos modelos de terapia familiar, como el de Murray Bowen.

Individuo (173). Miembro de un sistema relacional.

Institucional, psicoterapia (52). Movimiento psicoterapéutico desarrollado en Francia en los años sesenta. Consistía en la aplicación del psicoanálisis a las dinámicas relacionales presentes en la institución psiquiátrica, considerada una comunidad terapéutica.

Inteligencia emocional (27). Término acuñado por Goleman para definir la capacidad de usar las propias emociones para conectar con los demás y resolver problemas relacionales.

Inteligencia terapéutica (27). Núcleo de la terapia familiar ultramoderna. Consiste en articular la actividad terapéutica en función de los recursos relacionales (naturales o adquiridos en el proceso formativo) del terapeuta.

Interacción instructiva (161). Término usado por Maturana para denominar la imposible transmisión objetiva de contenidos en los procesos comunicacionales.

Intergeneracional (52). Orientación compartida por varias escuelas de terapia familiar que enfatiza la importancia de la transmisión, desde una generación a otra, de ciertos legados simbólicos relacionados con la gestación y el desarrollo de problemas y trastornos mentales.

Internalización (179). Clásico movimiento de la psicoterapia tradicional, tendente a situar dentro del sujeto la causa o la responsabilidad de los problemas, para combatirlos mejor.

Intervención paradójica (178). Uso terapéutico de las paradojas, con la intención de desmontar los efectos disfuncionales de la comunicación paradójica.

Invariable, prescripción (53). Intervención terapéutica usada por Selvini y Prata en uno de los momentos evolutivos del equipo de Milán. En lo esencial, consiste en prescribir unas salidas ritualizadas de los padres, de cuyo contenido quedan excluidos los hijos, tanto el paciente como el prestigioso.

- Irritación* (63). Resultado del bloqueo del cariño y la ternura, componente emocional del amor complejo. Aparece como manifestación secundaria en casi todas las situaciones disfuncionales y, más específicamente, en la base relacional de los trastornos neuróticos.
- Jerarquía* (49). Término correspondiente a la terapia estructural que, en su acepción más generalizada, hace referencia a la estructura en que se ejerce el poder en un sistema. La visión ultramoderna la relaciona con el espacio pragmático.
- Juegos psicóticos* (53). Expresión usada por Mara Selvini Palazzoli en su última etapa creativa, a propósito de los mecanismos relacionales generadores de trastornos psicóticos. Representa la superación definitiva de la etapa comunicacionalista de *Paradoja y contraparadoja* y de la etapa estructural de la *Prescripción invariable*.
- Lacanismo* (17). Corriente del psicoanálisis asociada al francés Jacques Lacan, que revisa la obra de Freud desde la primacía del lenguaje. Representa la llegada del posmodernismo al campo psicoanalítico.
- Lealtades invisibles* (51). Concepto nuclear de la terapia contextual de Boszormenyi-Nagy. La patología más grave estaría relacionada con los vínculos ocultos existentes con ciertas figuras de generaciones anteriores.
- Lenguaje* (17). Asociado clásicamente a la razón, es para muchos el elemento definitorio de la condición humana, aunque para nosotros ese papel corresponde al amor como precursor del lenguaje.
- Límite, trastorno* (146). Criterio diagnóstico correspondiente a una modalidad de personalidad disfuncional caracterizada por dificultades de adaptación social y en el mantenimiento de relaciones significativas. Ubicado en el Grupo B del Eje II del DSM-IV.
- Linealidad* (25). Relación causal simple entre dos fenómenos, en la que uno de ellos es causa y el otro efecto.
- Macy Foundation* (38). Fundación mecenas de reuniones de cerebros en California, en los años cincuenta, que, compartiendo interés sobre la información y la comunicación, sirvieron de marco al nacimiento de la terapia familiar.
- Madre esquizofrénica* (127). Término acuñado por Frieda Fromm-Reichmann que, por su carga acusatoria contra la figura de la madre del esquizofrénico, jugó un papel importante en el descrédito de la terapia familiar en Estados Unidos.

- Maltrato físico familiar* (75). Pauta relacional en la que uno o más miembros de una familia atentan, de forma inmediata y directa, contra la integridad o el bienestar físico de otro.
- Maltrato psicológico familiar* (65). Pauta relacional en la que miembros de una familia atentan contra la madurez psicológica y la salud mental de otro.
- Manipulatorias, mitologías* (202). Mitologías correspondientes a las triangulaciones manipulatorias, características de la familia en los trastornos neuróticos.
- Marxismo* (21). Movimiento filosófico inspirado por la obra de Marx y, a su vez, inspirador de corrientes políticas progresistas y revolucionarias como el socialismo y el comunismo. Aquí interesa por su carácter precursor del construccionismo social.
- Masculinización* (77). Prejuicio a propósito del maltrato físico, consistente en considerarlo una manifestación masculina. A tal efecto, se focalizan fundamentalmente la violencia física y el abuso sexual, ejercidos, en efecto, más frecuentemente por varones, y se ignora la negligencia, más frecuente y grave, y ejercida igualmente por hombres y mujeres.
- Mediación* (48). Práctica sistémica dirigida fundamentalmente a la negociación de acuerdos entre dos partes en conflicto.
- Medicación* (205). Denominación simplificada de la farmacoterapia. En este libro se recomienda su uso integrado en las más complejas estrategias psicoterapéuticas.
- Mental Research Institute* (29). Institución fundada en Palo Alto por Watzlawick y otros colaboradores de Bateson para desarrollar la teoría y la práctica de la terapia familiar. Posteriormente se ha identificado con el modelo de *terapia breve estratégica*.
- Metacomunicar* (35). Comunicar sobre la comunicación. Aunque no es la panacea de todos los problemas de comunicación, sí puede desactivar algunos de los más graves, como el doble vínculo.
- Metáforas guía* (24). Manera ultramoderna de entender el diagnóstico psicopatológico, basada en un proceso de comprensión de sus bases relacionales. En cuanto metáfora guía, el diagnóstico orienta la intervención, pero no la condiciona de forma determinante.
- Mitología* (102). Resultado de la convergencia de las narrativas individuales de los miembros de un sistema.

- Morfogénesis* (39). En la segunda cibernética, equilibrio basado en la aparición de nuevas formas y regulado por el *feedback* positivo.
- Morfostasis* (39). En la segunda cibernética, equilibrio basado en la conservación de las formas originales y regulado por el *feedback* negativo.
- Multiproblemática, familia* (146). Término propuesto desde el ámbito del trabajo social norteamericano para denominar a familias con muchos problemas relacionados con un contexto relacional desorganizado y caótico.
- Napoleón* (133). En lo que aquí interesa, personaje histórico que sirve de modelo para la construcción de la identidad alternativa y delirante del psicótico: salido de la nada, conquista el mundo. Garantía paradójica contra la desconfirmación.
- Narrativa* (96). Resultado de la atribución de significado a la experiencia relacional y magma básico constitutivo del psiquismo humano. Se distinguen dentro de ella la *narrativa identitaria* o identidad y la *narrativa no identitaria*.
- Narrativismo* (22). Corriente del construccionismo social que enfatiza la condición narrativa de la actividad psico-relacional. El sentido de la terapia es la sustitución de las narrativas opresivas, ligadas al discurso del poder, por otras liberadoras. Los autores más representativos son el australiano Michael White y el neozelandés David Epston.
- Naven* (31). Ceremonia estudiada y descrita por Bateson en la tribu Iatmul, consistente en una danza bufá, con gestos obscenos e intercambio de roles sexuales, armada en torno a dos posible contendientes procedentes de clanes diversos. El objetivo sería neutralizar la confrontación y, con ella, el peligro de escisión.
- Negligencia* (78). Junto con la violencia, una de las dos pautas fundamentales de maltrato físico. Resulta del abandono y desprotección característicos de la caotización y su profunda desorganización relacional.
- Negligentes, mitologías* (215). Mitologías correspondientes a las caotizaciones, características de las familias multiproblemáticas.
- Negociadoras, estrategias* (202). Línea de actuación terapéutica dirigida a desmontar las mitologías manipulatorias, correspondientes a las triangulaciones manipulatorias y subyacentes a los trastornos neuróticos.
- Neolítico* (59). Último período prehistórico (iniciado hace diez o doce mil años), en el que los humanos fabrican utensilios de piedra pulimentada.

Además, y sobre todo, en el neolítico se inventan la agricultura y la ganadería, lo cual conduce a habitar asentamientos fijos, que se convertirán en ciudades.

Neuronas espejo (95). Neuronas que rigen la conducta imitativa típica del psiquismo humano, de especial importancia en la comprensión de las bases biológicas del cambio psicológico.

Neurosis (121). Grupo de trastornos mentales de menor gravedad, caracterizados, en las nosologías psiquiátricas clásicas, por la presencia de ansiedad.

Neutralidad (177). Posicionamiento del terapeuta que evita las alianzas y, sobre todo, las coaliciones con algún miembro del sistema. Operativamente, la percepción, por parte de todos los miembros del sistema, de que el terapeuta no está aliado con alguien contra ellos.

Neutralidad benévola (165). Término freudiano para denominar la posición del analista tras el diván, en perfecto control de la transferencia y, en consecuencia, de su subjetividad ante el paciente.

Niveles lógicos (34). Expresión tomada por Bateson de los *Principia Mathematica* de Russell y Whitehead, referida a la relación entre elementos clase y elementos miembro. Interesa por su asociación con la teoría del *doble vínculo*, en la que los mensajes contradictorios corresponderían a niveles lógicos distintos.

Normatividad (64). Uno de los dos componentes de la sociabilidad (función pragmática del amor complejo en las relaciones parento-filiales), junto con la protección. Su deterioro puede producirse tanto por exceso (hipernormatividad) como por defecto (hiponormatividad).

Nosología psiquiátrica (112). Sistema clasificatorio de los trastornos mentales.

Nutrición relacional (26). Conciencia subjetiva de ser complejamente amado.

Dicha complejidad incluye elementos cognitivos, emocionales y pragmáticos: ser objeto de pensamientos, emociones y prácticas amorosas. En la perspectiva ultramoderna, constituye el motor para la construcción de la personalidad, y las diversas maneras en que puede ser interferida se hallan en las bases de los distintos modos de enfermar.

Objetivismo (16). Corriente de pensamiento recurrente a lo largo de la historia que sostiene la posibilidad de conocer objetivamente la realidad.

Organización (102). Dimensión longitudinal de las estructuras de un sistema. Un cambio organizacional en un sistema familiar supone en la práctica

- la transformación radical de la familia, como ocurre con la muerte de un progenitor, el divorcio y la reconstitución.
- Páncreas cerebral* (137). Expresión provocativa usada por el autor para denunciar la utilización de modelos sesgadamente biologicistas para caracterizar procesos mentales y, especialmente, la depresión y la esquizofrenia.
- Paradoja* (34). Dos mensajes contradictorios emitidos en niveles lógicos distintos, por ejemplo, un canal digital, como las palabras, y otro analógico, como la entonación. La paradoja es la base del doble vínculo, pero también del humor y de otras modalidades de comunicación compleja.
- Parálisis general progresiva* (109). Forma cuaternaria de la sífilis, famosa por haber inspirado la construcción de la primera nosología psiquiátrica de la medicina moderna.
- Parentalidad* (69). Una de las dos dimensiones relacionales básicas en la familia de origen, junto con la conyugalidad. Consiste en la manera en que los padres, o figuras delegadas, ejercen las funciones parentales que vehiculizan el amor o nutrición relacional.
- Permeabilidad* (49). Capacidad de un sistema de recibir información relevante procedente del exterior, capaz de modificar su funcionamiento. Relativa a las fronteras.
- Personalidad* (93). Desde la perspectiva ultramoderna, dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre presente y pasado, y doblemente contextualizada biológica y culturalmente.
- Pertenencia* (49). Junto con la individuación, uno de los dos movimientos (en este caso de integración) fundamentales de un sujeto con respecto a los sistemas de los que forma parte y, especialmente, a la familia de origen.
- Poder* (59). Relaciones basadas en el dominio de unos individuos, estamentos y clases sobre otros. Las relaciones de poder se expanden espectacularmente en el neolítico, con el surgimiento de la civilización y la aparición de excedentes económicos que estimulan su apropiación por la fuerza.
- Polaridad semántica* (122). En el sentido que aquí interesa, denominación usada por Valeria Ugazio para los constructos semánticos que incluyen una oposición de significados, como bueno-malo o bonito-feo.
- Posmodernismo* (17). Movimiento filosófico y artístico con amplia vigencia en la segunda mitad del siglo xx, que representa un nuevo bucle subjetivista tras el objetivismo moderno.

Post-conyugalidad (69). Cuando la separación o el divorcio disuelven la pareja parental, la conyugalidad no desaparece, puesto que los padres tienen que seguir relacionándose entre sí para cuidar de los hijos, sino que se convierte en post-conyugalidad. Esta puede seguir siendo, al igual que la conyugalidad previa, armoniosa o disarmónica.

Post-racionalismo (53). Escuela de la psicología cognitivista, liderada hasta su muerte por Guidano, muy sensible a la influencia de lo relacional sobre el psiquismo humano.

Preguntas circulares (19). Técnica de preguntar en terapia familiar involucrando a varios miembros (por ejemplo: «¿Cómo crees que reacciona tu madre cuando oye que tu padre está en la habitación de tu hermano conversando con él?»). Las preguntas circulares fueron descritas inicialmente por el equipo de Milán original (Selvini y cols.) y desarrolladas posteriormente por autores de orientación posmoderna, como Tomm.

Prescripción (161). Intervención pragmática consistente en sugerir o aconsejar determinados cambios de comportamiento.

Prescripción invariable (129). Estrategia desarrollada por Selvini y sus colaboradores en la segunda etapa del equipo de Milán, posterior a su escisión. Un conjunto de prescripciones propuestas a los padres, incluidas las desapariciones periódicas sin los hijos, que representó una exploración en profundidad de la lógica estructural, en contraste con la filiación comunicacionalista de la etapa de *Paradoja y contraparadoja*.

Primera cibernética (38). Ciencia del control (del griego, *Kibernos*, la misma raíz de «gobierno»). La cibernética se ocupa de los mecanismos mediante los cuales un sistema conserva el equilibrio.

Protección (64). Uno de los dos componentes de la sociabilización (función pragmática del amor complejo en las relaciones parento-filiales), junto con la normatividad. Su deterioro puede producirse tanto por exceso (hiperprotección) como por defecto (desprotección).

Pseudomutualidad (128). Apariencia de armonía y colaboración en la pareja parental del esquizofrénico, descrita por Wynne.

Psicodrama (17). Modelo psicoterapéutico incluido dentro de las terapias humanistas que utiliza elementos teatrales para la intervención. Se considera posmoderno por su reivindicación del subjetivismo.

Psicoeducación (138). Proceso orientado al cambio relacional en el entorno

- de pacientes mentales graves utilizando técnicas educativas. Por ejemplo, enseñar a los padres a evitar la expresión de emociones negativas.
- Psicopatías* (112). Grupo de trastornos mentales caracterizados, en las nosologías psiquiátricas clásicas, por déficits importantes en la adaptación social.
- Psicosis* (126). Grupo de trastornos mentales de más gravedad, caracterizados convencionalmente por la pérdida del sentido de la realidad.
- Psiquiatría democrática* (21). Movimiento organizativo de los psiquiatras italianos herederos de la antipsiquiatría y sustentadores de posiciones críticas y progresistas.
- Recalificadoras, estrategias* (209). Línea de actuación terapéutica dirigida a desmontar las mitologías descalificadoras, correspondientes a las deprivaciones descalificadoras y subyacentes a los trastornos de depresión mayor.
- Rechazantes, mitologías* (213). Mitologías correspondientes a las deprivaciones rechazantes, características de la familia de origen en los trastornos límite de personalidad. En ellas destacan la hiperprotección y el rechazo.
- Rechazo* (154). Consecuencia del bloqueo de los componentes emocionales del amor complejo, implica un deseo de alejamiento del interlocutor que genera valencias negativas.
- Reconfirmadoras, estrategias* (205). Línea de actuación terapéutica dirigida a desmontar las mitologías desconfirmadoras, correspondientes a las triangulaciones desconfirmadoras y subyacentes a los trastornos psicóticos.
- Reconocimiento* (62). Componente cognitivo del amor consistente en aceptar la existencia del otro como alguien diferente de uno mismo. Su bloqueo genera desconfirmación.
- Reformulación* (159). Intervención cognitiva consistente en cambiar la atribución de significado a una representación o narración.
- Relación* (171). Elemento definitorio de la terapia familiar y del modelo sistémico. La *pauta que conecta*, en términos de Bateson. Lo que une circularmente a los miembros de un sistema. La comunicación dotada de una dimensión histórica.
- Reparación* (210). Movimiento psicoterapéutico y, en un sentido más amplio, relacional, tendente a compensar los sufrimientos vividos como consecuencia de haber estado sometido a pautas de maltrato psicológico o físico.

- Resonancia* (55). Concepto emblemático de Momy Elkaïm, que supone que todo lo que el terapeuta sabe de sus pacientes y de las familias que trata resuena en él porque remite a experiencias de su vida personal.
- Responsabilidad* (23). Desde la perspectiva ultramoderna, resultado de un compromiso de garantizar nutrición relacional (en la familia) o de ayudar a restaurarla (en la relación terapéutica). Actitud de los miembros de un sistema, aceptadora de su implicación en los problemas de uno de ellos (por ejemplo, los familiares y el paciente, o el terapeuta y la familia). En cierto sentido, representa una síntesis de las causalidades lineal y circular.
- Responsabilizadoras, estrategias* (215). Línea de actuación terapéutica dirigida a desmontar mitologías negligentes, correspondientes a las caotizaciones y características de las familias multiproblemáticas.
- Retoolimentación* (39). Mecanismo descrito en la primera cibernética, regula el equilibrio de los sistemas, informando «hacia atrás», al origen, de los cambios que se producen en él.
- Rigidez* (104). Posición disfuncional de la adaptabilidad de un sistema relacional que lo hace resistente al cambio bajo circunstancias contextuales cambiantes.
- Rituales* (105). Componente pragmático de la mitología de un sistema relacional.
- Satanización* (75). Prejuicio a propósito del maltrato físico, y especialmente del abuso sexual, consistente en atribuirle una maldad absoluta, propia de la descripción mitológica del diablo.
- Segunda cibernética* (39). Se ocupa no solo de los mecanismos de conservación del equilibrio, sino también de aquellos mediante los cuales un sistema adquiere un nuevo equilibrio. Por eso es un marco teórico más adecuado que la primera cibernética para conceptualizar el cambio.
- Sí mismo* (164). Término usado tradicionalmente en terapia familiar para denominar la presencia de la subjetividad del terapeuta.
- Simetría* (32). Modalidad de relación basada en la igualdad, tendente al desarrollo de conflictos por escaladas que los amplifican. El riesgo es la ruptura de la relación, así como la triangulación de terceros (principalmente de los hijos en parejas parentales simétricas).
- Síntoma* (171). Expresión psicopatológica individual, redimensionada como poco importante por la visión sistémica tradicional.

- Sistema* (45). Conjunto de elementos dotados de atributos y relacionados entre sí. Concepto central de la *teoría general de sistemas* de Ludwig von Bertalanffy, que acabó dando nombre al modelo surgido de la terapia familiar.
- Sociabilización* (64). La más importante función pragmática del amor complejo en la relación parento-filial (familia de origen). Tiene una vertiente de protección y otra de normatividad.
- Sociopatías* (113). Denominación que recibieron las psicopatías en la nosología psiquiátrica norteamericana.
- Subjetivismo* (16). Corriente de pensamiento recurrente a lo largo de la historia que sostiene la imposibilidad de conocer objetivamente la realidad y, en mayor o menor medida, la responsabilidad individual en su construcción.
- Subsistema* (45). Organización inferior al sistema que se integra en este. Posee algunos (no todos) de los atributos del sistema.
- Suicidio* (141). En lo que aquí interesa, supremo acto depresivo que, simultáneamente, castiga al propio paciente por no ser capaz de estar a la altura de lo que se le exige y estigmatiza a los supervivientes con un legado de culpabilidad.
- Suprasistema* (45). Organización superior al sistema en la que este se integra. Posee los atributos del sistema, entre otros más.
- Teoría general de sistemas* (44). Cuerpo de teoría de Ludwig von Bertalanffy que, en torno al concepto de sistema, resulta aplicable a las más variadas disciplinas, incluido el universo relacional. En este último ha dado pie a la denominación del modelo sistémico, surgido de la terapia familiar.
- Terapias de red* (46). Prácticas sistémicas que intervienen sobre la red social, en cuanto suprasistema, para aumentar recursos e inducir cambios terapéuticos.
- Tercero pesante* (55). Concepto introducido por Edith Goldbeter, referido al rol que juegan en la terapia y en la vida de las personas terceros presentes o ausentes que asumen simbólicamente funciones de gran importancia.
- Triangulación* (71). Organización correspondiente a una de las tres grandes modalidades de maltrato psicológico en la familia de origen, junto con la privación y la caotización. Resultado de la combinación de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente preservada, consiste en la inclusión de algún hijo en los juegos relacionales disfuncio-

nales de los padres, como aliado de parte o con la intención más o menos explícita de ayudarles a resolver conflictos. Hay muchas variedades de triangulación, entre las cuales están la *manipulatoria* (trastornos neuróticos), la *desconfirmadora* (trastornos psicóticos), la *equivoca* (trastornos límite) y la *complementaria* (abusos sexuales).

Ultramodernismo (23). Corriente de la terapia familiar propugnada por el autor como sucesora del posmodernismo, cuya denominación procede del filósofo español Marina. El uso del término es estratégico y sin pretensiones de «marcar territorio».

Valoración (62). Componente cognitivo del amor consistente en apreciar las cualidades del otro, aunque sean diferentes de las propias. Su bloqueo genera descalificación.

Valores y creencias (105). Componentes cognitivos de la mitología de un sistema relacional.

Vinculación social, trastornos de la (118). Denominación propuesta por el autor para los trastornos herederos de las antiguas psicopatías, incluyendo sociopatías, trastornos límite y familias multiproblemáticas.

Vinculadoras, estrategias (190). Línea de actuación terapéutica dirigida a desmontar las deprivaciones como modalidad de organización disfuncional.

Violencia (78). Junto con la negligencia, una de las dos pautas fundamentales de maltrato físico, que amenaza directamente la salud y la integridad físicas de quien la padece. Se distinguen diversas formas: activa y pasiva, y, dentro de la primera, física y sexual.

Yatrógeno (205). Daño infligido al paciente como consecuencia de la intervención médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. (1966), *Treating the Troubled Family*, Nueva York, Basic Books (trad. cast.: *Psicoterapia de la familia neurótica*, Buenos Aires, Hormé, 1986).
- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, Washington DC, APA.
- Andersen, T. (1995), «Reflecting processes: acts of informing and forming. You can borrow my eyes, but you must not take them away from me», en S. Friedman (comp.), *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy*, Nueva York, Guilford Press.
- Anderson, S. A. y D. B. Cramer-Benjamin (1999), «The impact of couple violence on parenting and children: An overview and clinical implications», en *American Journal of Family Therapy*, vol. 27, n.º 1, págs. 1-19.
- Andolfi, M. y C. Angelo (1987), *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Turín, Boringhieri (trad. cast.: *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*, Buenos Aires, Paidós, 1989).
- Appel, A. E. y G. W. Holden (1998), «The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal», en *Journal of Family Psychology*, vol. 12, n.º 4, págs. 578-599.
- Bajtín, M. (1963), *Problemy poetiki Dostoevskogo*, Moscú, Sovetskij Pisatel (trad. cast.: *Problemas de la poética de Dostoiévski*, Madrid, FCE, 2004).
- Barudy, J. (1998), *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*, Barcelona, Paidós.
- Basaglia, F. (1968), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Turín, Einaudi (trad. cast.: *La institución negada*, Barcelona, Barral, 1970).

- Bateson G. y cols. (1956), «Toward a theory of schizophrenia», en *Behavioral Science*, n.º 1, págs. 251-264.
- (1958), *Naven*, Palo Alto, Stanford University Press.
- (1972), *Steps to an ecology of mind*, Nueva York, Ballantines (trad. cast.: *Pasos para una ecología de la mente*, Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1976).
- Bleuler, E. (1924), *Tratado de psiquiatría*, Madrid, Calpe (orig. al.: *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlín, Springer, 1916).
- Boszormenyi-Nagy I. (1962), «The concept of Schizophrenia from the perspective of family treatment», en *Family Process*, n.º 1, págs. 103-113.
- y G. M. Spark (1973), *Invisible loyalties. Reciprocity in intergenerational family therapy*, Nueva York, Harper & Row (trad. cast.: *Lealtades invisibles*, Buenos Aires, Amorrortu, 1983).
- Bowen M. (1960), «A family concept of Schizophrenia», en D. D. Jackson (comp.), *The etiology of Schizophrenia*, Nueva York, Basic Books.
- (1978), *Family therapy in clinical practice*, Nueva York, Jason Aronson (trad. cast.: *La terapia familiar en la práctica clínica*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1989).
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*, vol. 1: *Attachment*, Londres, Hogarth Press (trad. cast.: *El vínculo afectivo*, Barcelona, Paidós, 1993).
- Caillé, P. y Y. Rey (1988), *Il était une fois... Du drame familiale au conte systémique*, París, ESF.
- (1991), *Un et un font trois. Le couple révélé à lui-même*, París, ESF (trad. cast.: *Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma*, Barcelona, Paidós, 1992).
- Cancrini, L. (1987), *La psicoterapia, grammatica e sintassi. Manuale per l'insegnamento della psicoterapia*, Roma, Nuova Italia Scientifica (trad. cast.: *La psicoterapia: gramática y sintaxis*, Barcelona, Paidós, 1991).
- , F. De Gregorio y S. Nocerino (1997), «Las familias multiproblemáticas», en M. Coletti y J. L. Linares (comps.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*, Barcelona, Paidós.
- Ceberio, M. R. y J. L. Linares (2000), *Locura, marginación y libertad*, Buenos Aires, ECUA.
- Cirillo, S. y P. di Blasio (1989), *La famiglia maltratante. Diagnosi e terapia*,

- Milán, Rafaello Cortina (trad. cast.: *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*, Barcelona, Paidós, 1999).
- Colapinto, J. (1995), «Dilution of family process in social services: Implications for treatment of neglected families», en *Family Process*, vol. 34, n.º 1, págs. 59-74.
- Coletti, M. y J. L. Linares (comps.) (1997), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*, Barcelona, Paidós.
- Conrad, K. (1958), *Die beginnende schizophrenie*, Stuttgart, Georg Thieme (trad. cast.: *La esquizofrenia incipiente*, Madrid, Tricastela, 1997).
- Coyne, J. C., B. Denner y D. C. Ransom (1982), «Undressing the fashionable mind», en *Family Process*, vol. 21, n.º 4, págs. 386-391.
- De Waal, F. (2006), *Our inner ape*, Nueva York, Riverhead Books (trad. cast.: *El mono que llevamos dentro*, Barcelona, Tusquets, 2007).
- Dell, P. (1982), «Beyond homeostasis. Toward a concept of coherence», en *Family Process*, vol. 21, n.º 1, págs. 21-41.
- Elkaïm, M. (1987), *Les pratiques de réseaux: santé mentale et context social*, París, ESF (trad. cast.: *Las prácticas de la terapia de red*, Barcelona, Gedisa, 1995).
- (comp.) (1995), *Panorama des thérapies familiales*, París, Seuil.
- Epston, D. (1989), *Collected papers*, Adelaida, Dulwich Centre.
- Erickson, M. H. y E. Rossi (1979), *Hypnotherapy: An exploratory casebook*, Nueva York, Irvington.
- Falicov, C. J. (1998), *Latino families in therapy*, Nueva York, The Guilford Press.
- Foucault, M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison*, París, Gallimard (trad. cast.: *Historia de la locura en la época clásica*, México, FCE, 1976).
- Freud, S. (1915-1917), *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, Leipzig, Heller (trad. cast.: *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras*, en *Obras completas*, vol. 22, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 [21988]).
- Fromm-Reichmann, F. (1959), «Notes on the mother rol in the family group», en Bullard, D. M. y E. V. Weigert (comps.), *Psychoanalysis and psychotherapy: Selected papers of Frieda Fromm-Reichmann*, Chicago, Uni-

- versity of Chicago Press (trad. cast.: *Psicoanálisis y psicoterapia*, Buenos Aires, Hormé, 1961).
- Gardner, R. A. (1987), *The parental alienation syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse*, Cresskill (NJ), Creative Therapeutics.
- Giovanazzi, S. y J. L. Linares (2007), «Dinámicas relacionales parentales en torno a los hijos en el proceso de separación conyugal. El *Síndrome del Juicio de Salomón*», en *Sistemas Familiares y Otros Sistemas Humanos*, 23, n.º 1, págs. 64-73.
- Gold, S. y Bacigalupe, G. (1998), «Interpersonal and systemic theories of personality», en D. Barone, M. Hersen y V. V. Hasselt, *Advanced personality*, Nueva York, Plenum, págs. 57-79.
- Goldbeter, E. (2003), *Le deuil impossible. Familles et tiers peissants*, Bruselas, De Boeck (trad. cast.: *El duelo imposible. La familia y la presencia de los ausentes*, Barcelona, Herder, 2003).
- Goleman, D. (1995), *Emotional Intelligence*, Nueva York, Bantam (trad. cast.: *La inteligencia emocional*, México, Vergara, 1996).
- Goolishian, H. y H. Anderson (1992), «Strategy and intervention versus nonintervention: a matter of theory», en *Journal of marital and family therapy*, vol. 18, págs. 5-16.
- Guidano, V. (1991), *The Self in process*, Nueva York, Guilford Press.
- Gunderson, J. y cols. (2003), «Vanishing borderline personality disorder», en *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 66, n.º 2, págs. 111-119.
- Haley, J. (1967), «Towards a theory of pathological systems», en J. H. Zuk e I. Boszormenyi-Nagy (comps.), *Family therapy and disturbed families*, Palo Alto, Science and Behaviour Books.
- (1973), *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, Nueva York, Norton (trad. cast.: *Terapia no convencional*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980).
- (1986), *The power tactics of Jesus Christ and other essays*, Rockville (MD), The Triangle Press (trad. cast.: *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*, Barcelona, Paidós, 1991).
- Henderson, S. (1974), «Care eliciting behavior in man», en *Journal of Nervous and Mental Diseases*, n.º 159, págs. 172-181.

- Ibáñez, N., *et al.* (en prensa), *Estructura factorial y fiabilidad del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas*.
- Jackson, D. (comp.) (1968), *Communication, family and marriage*, Palo Alto, Science and Behavior Books (trad. cast.: *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1977).
- Keeney, B. (1982), «Not pragmatics, not aesthetics», en *Family Process*, vol. 21, n.º 4, págs. 429-434.
- Kempe, C. H. *et al.* (1962), «The battered child syndrome», en *Journal of the American Medical Association*, n.º 181, págs. 341-347.
- Kraepelin, E. (1883), *Lehrbuch der Psychiatrie* (última edición en 4 vols.: Múnich, Belleville, 2000-2003).
- Laing, R. (1971), *The politics of the family and other essays*, Londres, Tavistock (trad. cast.: *El cuestionamiento de la familia*, Buenos Aires, Paidós, 1972).
- Leff, J. (2000), «Family work for schizophrenia: Practical applications», en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Supl. 407), págs. 78-82.
- Lidz T. y cols. (1965), *Schizophrenia and the family*, Nueva York, International University Press.
- Linares, J. L. (1996), *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*, Barcelona, Paidós.
- y C. Campo (2000), *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*, Barcelona, Paidós.
- (2001), «Does history end with postmodernism? Toward an ultramodern family therapy», en *Family Process*, vol. 40, n.º 4, págs. 401-412.
- (2002), *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*, Barcelona, Paidós.
- , M. J. Pubill y R. Ramos (2005), *Las cartas terapéuticas. Una técnica narrativa en terapia familiar*, Barcelona, Herder.
- (2006 a), «Complex love as relational nurturing: An integrating ultramodern concept», en *Family Process*, vol. 45, n.º 1, págs. 101-115.
- (2006 b), *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*, Barcelona, Paidós.
- (2006 c), «Una visión relacional de los trastornos de personalidad», en A. Roizblatt (comp.), *Terapia familiar y de pareja*, Santiago de Chile, Mediterráneo.

- Linares, J. L. y F. J. Ortega (2008), *Terapia familiar. Aprendizaje y supervisión*, México, Trillas.
- (2010), «Adolescentes que no gustan a sus padres», en *Sistemas Familiares y Otros Sistemas Humanos*, vol. 26, n.º 2, diciembre, págs. 7-20.
- Loriedo, C. (2004), «Relazioni familiari e intervento sistemico nella depressione», en *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica*, n.º 1 págs. 155-165.
- Marina, J. A. (2000), *Crónicas de la ultramodernidad*, Barcelona, Anagrama.
- Maruyama, M. (1985), «La segunda cibernética», en *Cuadernos GESI-AATGSC* (Grupo de Estudio de Sistemas – Asociación Argentina de Teoría General de Sistemas y Cibernética), n.º 9, págs. 5-31.
- Maturana, H. R. y F. J. Varela (1984), *El árbol del conocimiento*, Santiago de Chile, Universitaria.
- y X. Dávila (2008), *Habitar humano en seis ensayos de biología cultural*, Santiago de Chile, J. C. Sáez.
- Miermont, J. (1997), *Psychose et therapie familiale*, París, ESF.
- Minuchin, S. et al. (1967), *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*, Nueva York, Basic Books.
- (1974), *Families and Family Therapy*, Cambridge (MA), Harvard College (trad. cast.: *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Gedisa, 1977).
- Neuburger, R. (1984), *L'Autre demande*, París, ESF.
- Onnis, L. (1985), *Corpo e contesto. Terapia familiar dei disturbi psicosomatici*, Roma, Nuova Italia Scientifica (trad. cast.: *Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos*, Barcelona, Paidós, 1996).
- Perrone, R. (1997), *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*, Buenos Aires, Paidós.
- Pluymaekers, J. y C. Nève (1992), «Travail sur les familles d'origine et géogramme paysager», en *L'Histoire de vie au risque de la recherche, de la formation et de la thérapie*, París, CRIV.
- Rizzolatti et al. (1996), «Promotor cortex and the recognition of motor actions», en *Cognitive Brain Research*, n.º 3, págs. 131-141.
- Romano, E. (2010), «L'Adolescence en attente», en *Thérapie familiale en Europe. Invention à cinq voix*, Bruselas, De Boeck.
- Rosen, J. N. (1953), *Direct analysis. Selected papers*, Nueva York, Grune & Stratton.

- Russell, B. y A. N. Whitehead (1910-1913), *Principia Mathematica*, Cambridge, Cambridge University Press.
- (1945), *A history of Western philosophy*, Nueva York, Simon & Schuster (trad. cast.: *Historia de la filosofía*, Madrid, RBA, 2005).
- Schneider, K. (1923), *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, Leipzig, Deuticke (trad. cast.: *Las personalidades psicopáticas*, Madrid, Morata, 1943).
- Searles, H. F. (1959), «The effort to drive the other person crazy: An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia», en *British Journal of Medical Psychology*, 32, págs. 1-18.
- Selvini, M., L. Boscolo, G. F. Cecchin y G. Prata (1974), *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*, Milán, Feltrinelli (trad. cast.: *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*, Barcelona, Paidós, 1988).
- *et al.* (1985), «Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia», en *Ecologia della Mente*, n.º 3, págs. 84-103.
- *et al.* (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Milán, Raffaello Cortina (trad. cast.: *Los juegos psicóticos en la familia*, Barcelona, Paidós, 1995).
- Shipman, K. L. *et al.* (1999), «Co-occurrence of spousal violence and child abuse: Conceptual implications», en *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, vol. 4, n.º 2, págs. 93-192.
- Sluzki, C. y E. Verón (1966), «Transacciones descalificadoras: investigación sobre el doble vínculo», en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. 12, n.º 4.
- (1976), «Reconsideración del *latin lover*. Una viñeta etno-comunicacional con moralejas», en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. 22, n.º 2, págs. 107-111.
- (2010), «Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact», en *Family Systems and Health*, vol. 28, n.º 1, págs. 1-18.
- Speck, R. V. y C. L. Attneave (1973), *Family networks*, Nueva York, Pantheon Books (trad. cast.: *Redes familiares*, Buenos Aires, Amorrortu, 1974).
- Stierlin, H., G. Weber, G. Schmidt y F. Simon (1986), «Some features of families with major affective disorders», en *Family Process*, vol. 25, n.º 3, págs. 325-336.

- Sullivan, H. S. (1953), *The interpersonal theory of psychiatry*, Nueva York, Norton.
- Tomm, K. (1987), «Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing», en *Family Process*, vol. 26, n.º 2, págs. 167-183.
- Ugazio, V. (1998), *Storie proibite, storie permesse. Polarità semantiche familiari e psicopatologia*, Milán, Bollati Boringhieri (trad. cast.: *Historias prohibidas, historias permitidas. Polaridades semánticas familiares y psicopatología*, Barcelona, Paidós, 2001).
- Vannotti, M. (2010), «La formation à l'épreuve du savoir-être», en *Thérapie familiale en Europe. Inventions à cinq voix*, Bruselas, De Boeck.
- Von Bertalanffy, L. (1968), *General systems theory*, Nueva York, G. Braziller (trad. cast.: *Teoría general de los sistemas*, Madrid, FCE, 1976).
- Von Foerster, H. (1984), «The construction of reality», en Watzlawick, P., *The invented reality*, Nueva York, Norton (trad. cast.: «La construcción de la realidad», en Watzlawick, P., *La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 1988).
- Von Glasersfeld, E. (1984), «An Introduction to Radical Constructivism», en Watzlawick, P., *The invented reality*, Nueva York, Norton (trad. cast.: «La construcción de la realidad», en Watzlawick, P., *La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 1988).
- Watzlawick, P., J. Beaving y D. Jackson (1967), *Pragmatics of human communication*, Nueva York, Norton (trad. cast.: *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona, Herder, 1981).
- (1977), *How real is real?*, Vintage, Nueva York (trad. cast.: *¿Es real la realidad?*, Barcelona, Herder, 2003).
- *et al.* (1982), «Hermetic pragmaesthetics or unkempt thoughts about an issue of family process», en *Family Process*, vol. 21, n.º 4, págs. 401-403.
- (1984), *The invented reality*, Nueva York, Norton (trad. cast.: «La construcción de la realidad», en Watzlawick, P., *La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 1988).
- Whitaker, C. y W. M. Bumberry (1988), *Dancing with the family. A symbolic-experiential approach*, Nueva York, Brunner-Mazel (trad. cast.: *Bailando con la familia. Un enfoque simbólico-experiential*, Barcelona, Paidós, 1991).

- White, M. (1989), *Selected papers*, Adelaida, Dulwich Centre.
- y D. Epston (1990), *Narrative means to therapeutic ends*, Nueva York, Norton (trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona, Paidós, 1993).
- Wynne L. C. y cols. (1958), «Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics», en *Psychiatry*, n.º 21, págs. 205-220.

