



O AMOR

Elección de parella

Chus Vázquez Carreira

O amor cara un mesmo: unha relación para toda a vida

Cristina Veira Ramos e Sabela Maceda García

O papel dos vínculos afectivos no proceso da adaptación á enfermidade crónica

Jorge García Fernández

Sobre a sexualidade feminina e as dinámicas actuais de compromiso entre mulleres

Raquel Cediel Sáez

Do amor á arte. Catro conversas

Job Sánchez Julián

FERRAMENTAS

Vínculo afectivo e alianza de traballo psicoterapéutico: cando amor e traballo van da man

Yolanda Castro Casanova e M^a Gabriela Domínguez Martínez

ANUARIO ABERTO

CASOS CLÍNICOS

Apego, contratransferencia e resistencia ao cambio na relación terapéutica

Inmaculada Sangiao Novio

EMDR e psicodrama narrativo transxeracional nun dispositivo público

Marisol Filgueira Bouza e Belén M^a Horcajo Marrupe

COMUNICACIÓNS LIBRES

O fútbol son eu: traballo cun proceso psicótico

Manuel Lopo Lago e José Antonio Muñiz Torrado

Unha revisión dos factores de risco implicados na adicción a internet en mozos

Cristina Alonso Vilar e Estrella Romero Triñanes

Nº8 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

Consello Editorial

Francisco Javier Sardiña Agra, Presidente
Delia Guitián Rodríguez, Vicepresidenta
José Eduardo Rodríguez Otero, Secretario
Luis Carlos Álvarez García, Tesoureiro
Alicia Carballal Fernández, Vogal
Rosa Cerqueiro Landín, Vogal
Mercedes Fernández Cabana, Vogal
Ignacio Dopico González, Vogal
Dolores Mosquera Barral, Vogal

Consello de Redación

Marta González Rodríguez (Directora)
Adalberto Iglesias Doval
Noelia Pita Fernández
Patricia María Tamara Rego Ribeiro
Xacobe Abel Fernández García
Delia Guitián Rodríguez
Sabela Bermúdez Míguez

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados. As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello Editorial.

Edita

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Deseño e maquetación

ekinocio comunicación

Ilustración de portada

"Love's Provocations"

Extractos do diario de Miss Polly C.
de Cuthbert Bede, 1855, Londres

ISSN: 2444-6653.
Novembro, 2015

- 4 Presentación
 - 6 Elección de parella
CHUS VÁZQUEZ CARREIRA
 - 25 O amor cara un mesmo: unha relación para toda a vida
CRISTINA VEIRA RAMOS E SABELA MACEDA GARCÍA
 - 37 O papel dos vínculos afectivos no proceso da adaptación á enfermidade crónica
JORGE GARCÍA FERNÁNDEZ
 - 45 Sobre a sexualidade feminina e as dinámicas actuais de compromiso entre mulleres
RAQUEL CEDIEL SÁEZ
 - 51 Do amor á arte. Catro conversas
JOB SÁNCHEZ JULIÁN
-
- FERRAMENTAS**
- 67 Vínculo afectivo e alianza de traballo psicoterapéutico: cando amor e traballo van da man
YOLANDA CASTRO CASANOVA E M^a GABRIELA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ
-
- **ANUARIO ABERTO**
CASOS CLÍNICOS
- 89 Apego, contratransferencia e resistencia ao cambio na relación terapéutica
INMACULADA SANGIAO NOVIO
 - 96 EMDR e psicodrama narrativo transxeracional nun dispositivo público
MARISOL FILGUEIRA BOUZA E BELÉN M^a HORCAJO MARRUPE
-
- COMUNICACIÓNS LIBRES**
- 103 O fútbol son eu: traballo cun proceso psicótico
MANUEL LOPO LAGO E JOSÉ ANTONIO MUÑIZ TORRADO
 - 120 Unha revisión dos factores de risco implicados na adicción a internet en mozos
CRISTINA ALONSO VILAR E ESTRELLA ROMERO TRIÑANES

O AMOR

“Love’s Provocations”

Extractos do diario de Miss Polly C.
de Cuthbert Bede, 1855, Londres



APUNTAMENTO

A versión en galego dos artigos
correspóndense cunha tradución libre
da versión orixinal escrita en castelán
polas autoras, realizada polo Equipo
de Redacción do Anuario.



**“Foxe do triste amor, amor apoucado,
sen perigo, sen venda nin aventura,
que espera do amor prenda segura,
porque en amor tolemia é o sensato.”**
ANTONIO MACHADO

PRESENTACIÓN

Como nos escribe Chus Vázquez na introdución ao seu artigo hai páxinas e páxinas escritas sobre este tema. Que nos impulsa entón a seguir escribindo sobre iso? Job Sánchez dános unha idea no seu artigo: *“o amor é o tema central, é o motor”*. Pero non só na arte, (en calquera das súas acepcións), senón tamén na terapia. O amor por presenza, por ausencia, por insuficiencia ou deformidade, está a imbuír moitas das demandas que recibimos. O amor ponnos, descomponnos, pero tamén nos repón e, por elo, forma parte da cura, como veremos en *Ferramentas*.

Chus Vázquez inicia este número axudándonos a dilucidar por que nos namoramos de quen nos namoramos. Realiza unha interesante e completísima visión histórica e cultural sobre a *“Elección de parella”*, fálanos dos mitos que mantemos sobre o amor romántico e das achegas que a Psicoloxía fai á cuestión da elección (ou non) de parella.

Cristina Veira e Sabela Maceda fálanos do *“Amor cara a un mesmo”*. Como din no seu texto é a única relación segura para toda a vida... Pero moitas veces esta relación complícase e un mesmo é a peor compañía. No seu artigo achégannos claves moi interesantes e orixinais para a intervención, partindo da terapia de parella.

No terceiro artigo buscamos reflexionar sobre como un estresor tan importante como a aparición dunha enfermidade crónica afecta á parella. Jorge García cóntanos en *“O papel dos vínculos afectivos no proceso da adaptación á enfermidade crónica”*, as diferentes fases que observou que poden atravesar os pacientes no intento de asimilar a nova situación e como varía o rol dos outros significativos durante as mesmas.

Pretendendo achegar unha visión ampla que inclúa toda a diversidade sexual e non se miopice cunha mirada predominantemente heterosexual, contactamos con COGAM (Colectivo de lesbianas,

gais, transexuais e bisexuais de Madrid). Unha dos seus vogais, Raquel Cediél, quixo colaborar connosco co seu artigo *“Sobre a sexualidade feminina e as dinámicas actuais de compromiso entre mulleres”*, no que realiza unha rica pincelada sobre as relacións entre mulleres e como foi variando o formato de expresión do compromiso coa parella desde unha perspectiva sociopolítica. Mil veces grazas Raquel por meterche nesta lea de psicólogos. Agradecer tamén a Mario Campano Veiga e a Miguel González Rodríguez o poñernos en contacto.

Coa intención de seguir mantendo unha mirada transdisciplinaria, pedimos as lentes prestadas de novo á arte. Job Sánchez (a quen tamén agradecemos enormemente deixarse lear por psicólogos), sèrvese de *“Catro conversacións”* con outras tantas compañeiras artistas (agradecemos tamén que lease a máis xente, iso sempre suma), para reflexionar sobre as relacións entre o amor e a arte, a presenza do amor en cada unha das súas obras e a función que pode cumprir como forza motriz. É o tema central? É a condición para que a arte exista?

Encargamos a sección Ferramentas, que pretende ser a máis práctica dentro dos artigos monográficos do Anuario, a Yolanda Castro e a Gabriela Domínguez. E elas, con gran mestría, partindo de dous casos aparentemente moi diferentes (unha muller diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide e un adolescente con comportamentos violentos), fálannos en *“Vínculo Afectivo e Alianza de Traballo Psicoterapéutico: Cando amor e traballo van da man”*, do vínculo e o seu papel como instrumento terapéutico para facilitar a implicación.

Neste número seguimos tratando de abrir a participación no Anuario a todos os compañeiros da sección que teñan interese en achegar e compartir. Nese sentido, este ano decidimos ampliar o formato de participación e, ademais de recoller dous casos clínicos, recolleemos dúas comunicacións libres.

No apartado de Casos Clínicos contamos coa colaboración de Inmaculada Sangiao quen nos ilustra en *“Apego, contratransferencia e resistencia ao cambio na relación terapéutica”* como traballar cun paciente considerado “relacional” manexando a contratransferencia e evitando

as resistencias. Marisol Filgueira e Belén M^a Horcajo en *“EMDR e Psicodrama Narrativo Transgeneracional en dispositivo público”* vannos desvelando as complexidades subxacentes a un caso que se iniciou tras un episodio de acoso laboral e como elas o foron resolvendo de forma exitosa.

Dentro das comunicacións libres, contamos coa colaboración de José Antonio Muñiz e Manolo Lopo quen presentan en *“O fútbol son eu”* unha intervención realizada cun paciente que sofre un brote psicótico, que enferma (como non?) de amor. Dita intervención serve de base para reflexionar sobre como estruturamos o noso traballo e as influencias que as nosas visións do mundo e da terapias teñen naquel. Por último, Cristina Alonso e Estrella Romero en *“Unha revisión de factores de risco implicados na adicción a Internet en mozas”*, fálannos en profundidade desta nova problemática e dos trazos que a literatura achou asociados en canto a diversos factores como personalidade ou psicopatoloxía.

Agradecemos a todos os autores a súa colaboración, sen eles este Anuario non sería posible.

Desexamos que gocedes tanto da lectura como nós gozamos do traballo de redacción.

Un amoroso saúdo:

Marta González Rodríguez
Directora Consello de Redacción

1

“E da costela que o Señor tomara do home, formou unha muller e a trouxo ao home. E o home dixo: Esta é agora óso dos meus ósos, e carne da miña carne; ela será chamada muller, porque do home foi tomada. Polo tanto, deixará o home o seu pai e a súa madre, e unirase á súa muller, e serán unha soa carne”.

XÉNESE

ELECCIÓN DE PARELLA

Chus Vázquez Carreira
PSICÓLOGA CLÍNICA HOSPITAL
DE DÍA, EOXI LUGO-CERVO

Resumo: Neste artigo intentarei dar unha visión sobre os criterios que rexen na elección de parella heterosexual no mundo occidental, facendo un breve repaso histórico, dende Grecia á actualidade. Pasando a mostrar os mitos que mediatizan a devandita elección, (que parece non ser tan libre como nos poida parecer). E finalizar mostrando a amálgama de teorías que pretenden explicar que factores inflúen en que se elixa a unha ou outra persoa como parella, teorías que partindo cada unha da súa visión do mundo só mostran pezas inconexas dun complexo crebacabezas, que é o da relación amorosa.

Palabras clave: elección de parella, amor romántico, mitos románticos, teorías psicosociais.

Abstract: In this article I will try to give a view on the criteria governing the choice of heterosexual couple in the Western world, making a brief historic overview, from Greece to the present day. To show the myths that influence this choice, which seems to not be as free as it might seem to us and end showing the amalgam of theories that purport to explain which factors influence you to choose one or another person as a couple, theories that starting each of his vision of the world only show parts unconnected a complex puzzle, which is the loving relationship.

Key words: choice of partner, romantic love, romantic myths, psycho-social theories.

Introdución

A música, o cine e a literatura escribiron páxinas e páxinas sobre o amor. O amor sempre ten algo de enigmático, ¿por que eliximos amar a quen amamos? ¿Eliximos a quen amar ou á parella? ¿Ambos os dous conceptos foron sempre unidos? ¿Estivo o matrimonio ligado sempre ao amor? Semellan evidentes as respostas a estes interrogantes, xa que no noso imaxinario colectivo contemporáneo e na nosa ideoloxía é obvio. Pero non sempre foi así, de feito, non foi a norma na nosa historia.

O amor romántico é unha construción de Occidente. En Oriente e ao longo de boa parte do noso pasado é concibido como pracer, como voluptuosidade física, e a paixón, no seu sentido tráxico e doloroso, non só é escasa, senón que ademais é desprezada pola moral imperante como unha enfermidade frenética. O matrimonio separado da paixón ía unido á consolidación económica, política ou social da familia.

En Occidente a elección concertada é característica das sociedades pre-industriais, mentres que a libre elección se dá na sociedade industrial e postindustrial, nas cales o individuo é considerado como alguén capaz de decidir os asuntos importantes da súa vida entre os que se topa a elección de parella; isto vese favorecido, como veremos máis adiante, polo acceso da muller ao traballo, a maior liberdade e o valor dado ao amor romántico.

En cada sociedade existen modelos específicos de elección de parella que fan que criterios válidos para unha cultura sexan totalmente rexeitados noutra. Pola amplitude do tema centrareime na cultura occidental facendo un breve repaso histórico, dende Grecia á actualidade. Para mostrar como a “libre elección de parella” está mediatizada culturalmente por moitos mitos fraguados ao longo da historia. Para finalizar con algunhas das teorías que intentan explicar o por que se elixe unha persoa como parella.

A elección de parella a través da historia

GRECIA

“Feita esta división, cada metade facía esforzos para topar a outra metade de que fora separada; e cando se topaban ambas as dúas, abrazábanse e uníanse, levadas do desexo de entrar na súa antiga unidade, cun ardor tal que, abrazadas, perecían de fame e inacción, non querendo facer nada a unha sen a outra.”. O BANQUETE, PLATÓN

Na Grecia clásica, os gregos casábanse para cumprir un rol social. Cando a nena tiña arredor dos 13-15 anos os pais concertaban o matrimonio, a rapaza ía cun dote, destinado a protexela en caso de que o matrimonio fracasase por algún motivo, tras a voda permanecía encerrada no xineceo e criaba fillos. Canta máis alta era a clase social dos esposos máis ríxido era ese réxime; as mulleres de clase baixa aínda podían saír á rúa sen ir acompañadas por un home, ou rexentar algún negocio.

Aristóteles en A Política describe a familia (oikia) na polis grega, a cal estaba constituída por tres relacións básicas: a relación amo-escravo; a asociación marido-esposa e o lazo pai-fillo; esta estaba organizada arredor do home que era á vez amo, marido e pai e ademais parte integrante do funcionamento político das polis.

Como alternativa, Platón describe un tipo de amor, así como as súas implicacións en O Banquete. Trátase dun amor fundado sobre a tensión entre desexo sexual e amor idealista, sen plasmación sexual. O amor ao coñecemento, á sabedoría e á beleza é o que Platón di que está na orixe do amor, fóra de toda realidade pasional.



Ilustración E. M. Davies para “Love Lyrics and Valentine Verses, for young and old”, 1875

Na mentalidade grega dentro do matrimonio podía existir “philia”, cariño. Pero o arrebatado sexual, a paixón desatada ou eros, dábase fóra da institución familiar.

Neste contexto a imaxe da muller estivo sustentada por unha triple realidade: as esposas, que deberían dar fillos; as *hetairas* ou damas, que deberían acompañar ao home; e as amantes cuxa función era proporcionar pracer. Desta idea, o que chegou á nosa sociedade actual é crer que os fillos, a compañía e o pracer deben provir da mesma persoa, a parella.

ROMA

“Primeiramente tes que abrigar a certeza de que todas poden ser conquistadas, e conquistarlas preparando astuto as redes. Antes cesarán de cantar os paxaros en primavera, en estío as cigarras e o can do Ménalo fuxirá asustado da lebre, antes que unha moza rexeite as solícitas pretensións do seu amador: ata aquela que xulgues máis difícil se renderá ao cabo”.

OVIDIO, A ARTE DE AMAR.

En Roma a mentalidade e os costumes helenos serán reinterpretados e adaptados. No que ao matrimonio e o establecemento dun núcleo familiar se refire, a mecánica era similar á que xa vimos. A voda era concertada, xeralmente un pouco máis tarde que os gregos, arredor dos 18 anos, polo xefe do clan familiar, o “*pater familias*”, que entregaba un dote á rapaza. Formalmente, o pai ou titor cedía os seus dereitos sobre a noiva ao marido, e o dote cumpría a función de garantía económica pola rapaza. Igual que en Grecia, o papel que se esperaba que cumprise a muller romana é o de matrona; concibir fillos preferiblemente varóns e exercer de abnegada esposa supeditada ao seu marido. Non obstante, as romanas si tiñan dereitos políticos, xa que posuían a cidadanía que se lles negaba ás gregas. Unha vez casadas, podían mesmo saír á rúa sen necesidade de ser acompañadas por un home, acudir acompañadas ao teatro ou a algún banquete e ocasionalmente visitar as amigas. No plano sentimental, os romanos compartían a distinción grega entre o afecto pola esposa, por unha parte e as baixas paixóns, por outro. O matrimonio tiña como obxectivo perpetuar a liñaxe, e nas clases altas, forxar alianzas políticas e sociais. Por outra parte, a proliferación de escravos domésticos tivo un efecto multiplicador nas posibilidades de ter encontros sexuais ao alcance dos cidadáns romanos, sobre todo os acomodados. As mulleres casadas podían recibir visitas libremente, sempre e cando mantivesen unha serie de códigos morais e sociais determinados. Todo isto non foi óbice para que florecese a prostitución, costume habitual que practicaban os romanos de clases baixas que non podían custearse escravos, a maioría de bordeis concentrábanse nos barrios populares.



Ilustración do libro “Poems on Several Occasions. The second edition”, PRIOR Matthew, 1709

En todo o imperio romano coexistían por un lado as ben documentadas orxías e bacanais, que adoitaban ser prácticas habituais nas clases altas, nas cales se desataban as paixóns e, por outro, a “*pater familias*” romana, forte e xerárquica, cuxo ideal era ter fillos, en especial varóns, a quen cederlles a herdanza e que continuasen a liñaxe. Deste xeito, era necesario frear os “ímpetos das mulleres” a través de publicacións como as Leis Xulianas, que ditaban as regras a ser cumpridas pola parella freando os seus impulsos, especialmente os sexuais, dado que o adulterio podía ter consecuencias nefastas sobre todo para as mulleres.

A función da familia era manter e protexer a propiedade e os costumes romanos.

Nos séculos II e III, coa decadencia do Imperio Romano, xorde un “novo imperio”, o cristianismo, que afecta e impacta o mundo occidental coa súa mensaxe de “amor non sexual”. Nestes momentos, a súa doutrina parecía centrarse nalgúns eixes: hostilidade cara á sexualidade humana, menosprezo pola vida terreal augurando a “vida eterna”, amor altruísta e non sexual, o sometemento da muller por ser un “animal doméstico”, e por último, a dobre cara da muller (Do Priore, 1993): a Santa (personificada na figura da Virxe Madre de Deus e representada por todos os esposas e os seus fillos) e a prostituta (encarnada por Eva, a tentadora sexual do home, que podería ser calquera muller que non estivese casada e/ou fose madre). Así ditados os costumes e regras amorosas pola Igrexa Católica, teremos que esperar ata o século XII, co xurdimento do amor cortés, para encontrar as primeiras sementes do que hoxe coñecemos como amor romántico.

IDADE MEDIA

*“Se queres amar donas ou a calquera muller
moitas cousas terás primeiro que aprender
para que ela che queira en amor acoller.
Primeiramente, mira que muller escoller.*

*Busca muller fermosa, atractiva e louzá,
que non sexa moi alta pero tampouco anana;
se puideses, non queiras amar muller vilá,
pois de amor nada sabe, pailana e vulgar.”*

ARCIPRESTE DE HITA. LIBRO DO BO AMOR.

Durante a Idade Media, a Igrexa Católica contribuíu coas súas propias representacións do tema amoroso, especialmente entre os séculos VI e XI, anunciando unha ideoloxía unificadora da institución matrimonial, descritas no libro do Xénese e sistematizadas nas ensinanzas de San Pablo e

*“A función da familia
era manter e protexer
a propiedade e os
costumes romanos”*

San Agustín, os cales formulan cuestións como as do carácter indisoluble do matrimonio cristián ao tempo que introducen o concepto da sexualidade como pecado. A doutrina impartida por San Pablo inculcaba na poboación que o único que debía buscar o “bo cristián” era a purificación da carne, a abstinencia sexual e as relacións sexuais restrinxidas ao matrimonio e dirixidas á procreación. A este respecto apunta Castells (1997:41) que *“a castidade matrimonial queda obxectivamente plasmada na instauración dun curioso rito: a bendición do leito nupcial”*.

Os matrimonios seguen a liña patriarcal que xa vimos na Antigüidade. A voda pátana os pais da rapaza, que fixan a dote e reciben unha cantidade estipulada por parte do noivo en concepto de “compra” do poder paterno sobre a noiva. Se a voda é sen consentimento paterno, págase o triple. Se non casa coa noiva pactada, págase unha multa “cuantiosa” á familia afectada. Se se finxe un secuestro, curiosamente só o dobre, pero é que a rapaza pasa a ser oficialmente adúltera. O concepto de amor matrimonial tampouco cambia en exceso, dentro deste, só había lugar a un sentimento de “caritas” e as relacións sexuais limitábanse á “honesta copulatio” con vistas a enxendrar. Segundo Otis Cour, o máis característico destes romances é que representan un concepto «canónicamente correcto» do amor e do matrimonio na sociedade. Son verdadeiros himnos á monogamia, sen adulterio, sen sexo prematrimonial, sen divorcio.

Durante a Idade Media a paixón era considerada coma unha enfermidade que deixa ao home apartado: *«tan alterado está o xuízo da súa razón, que continuamente imaxina a forma da muller e abandona todas as súas actividades, tanto que, se alguén lle fala, apenas logra entender, e posto que se somerxe nunha incesante meditación, defínese como angustia melancólica»* (Lilium Medicinale de Bernardo Gordonio, 1285).

En certa medida, o esforzo da Igrexa Católica por controlar a sexualidade, no ámbito conxugal e fóra del, xerou as condicións de emerxencia do amor cortés a través dos trovadores. A mediados do século XII e principios do XIII difúndese unha representación adúltera do amor, raramente consumado e sen plasmación sexual, que ao mesmo tempo implicaba distanciamento e ambivalencia, gozo e sufrimento. Resultados históricos desta concepción encóntranse na literatura posterior, a través de parellas/personaxes como Calixto e Melibea, Don Quixote e Dulcinea, ou, posteriormente, Romeo e Xulieta.

Na rexión francesa de Provenza, e a principios do século XII, podemos rastrexar os primeiros elementos que logo cristalizarán no amor romántico, codificados nos termos que coñecemos hoxe en día. Alí xurdiu o concepto de “dama” e, paralelo a el, o de “amor cortesán”. A Leonor de Aquitana, neta do considerado primeiro trovador, Guillermo de Poitiers, débese a concepción do amor cortesán, que con escasas variables permaneceu durante séculos. Leonor de Aquitana, partía da premisa de que o amor debería ser unha arte e, polo tanto, debería aprenderse e exercitarse, tal como se facía co oficio de guerreiro, trovador ou cabaleiro andante. Co fin de cumprir co obxectivo de “aprender a amar”, María, filla de Leonor, contrata a “asesoría” dun clérigo parisiense chamado

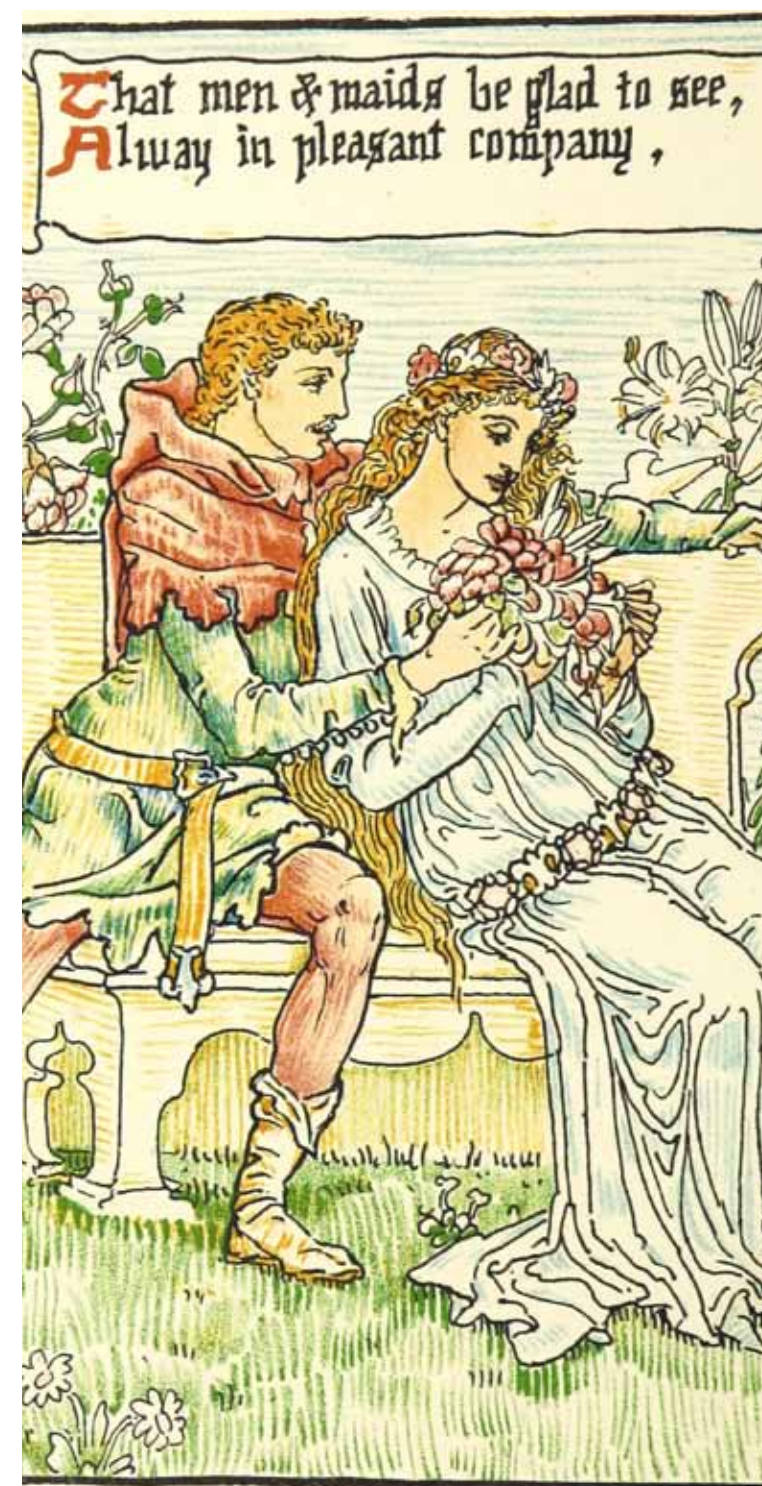


Ilustración do libro “Queen Summer; or, the Tourney of the lily & the rose” de Walter Crane, 1891

Andreas Capellanus, quen escribe un libro sobre a arte do amor cortés: “De Amore”. No devandito texto organízanse 31 regras de amor que regulan ou, máis ben, estimulan os sentimentos eróticos dos cortesáns, dirixidas especificamente á corte e non ao pobo. Quen transgredira algunha das 31 regras debía comparecer ante as chamadas “cortes de amor”.

Capellanus, de xeito xeral, describe dous tipos de amor. Por un lado, o amor puro, no que a separación dos namorados aumenta o sentimento amoroso, aínda que introduce un elemento novo que é o encontro dos dous amantes, cuxo punto álxido sería o bico. O encontro ou a espera por ver o amado aviva a chama do recordo dos namorados ante a separación, non debe existir a consumación pero si o desexo que mantén este amor. E, por outra parte o amor mixto, xa non se trata do “amor” propiamente dito, senón da paixón física, pois os amantes consuman o acto sexual. Este tipo de amor, segundo o autor, tiña a desvantaxe de que despois do gozo diminúe o interese do amante, de aí que os campesiños e as clases baixas, que se deixaban levar pola paixón dos seus instintos, nunca poderían sentir o “amor cortés” porque non podían controlar nin a súa mente nin o seu corpo.

O certo é que o amor cortés (e a literatura posterior que a exemplifica) introduciu por primeira vez os elementos emocionais ideolóxicos constitutivos da relación amorosa home/muller, que poderíamos resumir en: a fatalidade da súa existencia (literatura trágica, en xeral), a exclusividade ou amor individual cara a unha muller (Beatriz, Laura, entre outras), a unión indisoluble de corpo e alma cando se ama, xunto co obstáculo e a dificultade (Romeo e Julieta; etc.) e o dominio da amada ante a submisión do amante con “certa axuda divina ou diabólica” (A Celestina, as bruxas, etc) que parecen coincidir con algunhas ideas da doutrina cristiá relacionadas co amor de parella.

Joachim Bunke pola súa banda cualificou o amor cortesán como “utopía social”, é dicir, supón a creación dun sono en torno a unha sociedade idealizada que contrastaba coa ruda realidade da época.

Na Idade Media creouse o núcleo do repertorio sentimental de Occidente: gran parte dos seus ritos e mitos perduraron ata os nosos días. Clara Coria (2005) é das autoras que defende a idea de que en pleno inicio do século XXI é posible topar infinidade de vestixios das épocas medievais *“que só aparentemente quedaron enterrados nas sombras da historia pasada. Vestixios que moi poucos/ás recoñecen porque foron meticulosamente aggiornados cunha cosmética de dubidosa calidade”*.

Un exemplo diso encontrámolo no mito da *princesa rosa*, que sen dúbida comezou a xerarse na época dos trovadores, un estereotipo de muller débil e bela, apta para esperar e ser contemplada; e ritos como a voda católica, no que aínda persisten (mesmo na cerimonia civil), ritos como fincar o xeonllo para pedir matrimonio, a pedida de man ao “*pater familias*”, o vestiario de princesa-virxe, os símbolos, as imaxes, as declaracións, o protocolo, etc.

“Gran parte dos ritos da Idade Media perduraron ata os nosos días”

ÉPOCA DAS REVOLUCIÓNS: RENACIMENTO, ILUSTRACIÓN, ROMANTICISMO E REVOLUCIÓN INDUSTRIAL

“Amor e desexo son dúas cousas diferentes: que non todo o que se ama se desexa, nin todo o que se desexa se ama”.

MIGUEL DE CERVANTES. A GALATEA.

*“O mundo ten sede: ti tranquilizarala,
oh esplendor da carne! , oh esplendor ideal
Oh brote de amor, triunfal aurora
na que dobregando aos seus pés os deuses e os heroes,
a branca Calpigia e o pequeno Eros cubertos con
neve das rosas
as mulleres e as flores o seu belos pés pechados!”*

ARTHUR RIMBAUD. SOL E CARNE.

Durante o Renacemento, tivo lugar unha decisiva transformación na cultura europea. Hai unha explosión de vida, o progreso das cidades e os seus habitantes faise notable, o que produce un cambio sobre a visión do amor e da parella respecto a outras épocas.

No que se refire ao amor trouxo como novidade, entre outros cambios, a admisión do uso dos afectos na elección do cónxuxe e a aceptación do pracer sexual, forxando unha visión “moderna” do amor, cunha concepción da amada como ser humano e non divino. O matrimonio empeza a estar unido á decisión da parella non a un acordo comercial.

A Igrexa comeza a esvaecerse nas decisións amatorias. A reforma luterana desacraliza o matrimonio e convérteo nun contrato voluntario entre dúas persoas. Sobre todo entre as de clase media. Nas clases máis altas seguen concertándose matrimonios.

A finais do século XVII e durante o XVIII, coa relativa diminución do poder da Igrexa e a consolidación do protestantismo, nas “clases educadas” xorde unha profunda reacción aos conservadores cristiáns, desafiando a relixión dominante, e inaugurando a *Idade da Razón*.

Durante a Ilustración, no século XVIII, comézase a admitir a relevancia dos afectos na elección do cónxuxe e a aceptación do pracer sexual. Ata o xurdimento deste “novo sentimento” poderíase dicir que ninguén casara exclusivamente por amor, como nos conta a historia. Aínda que o amor xa se tivese feito presente de forma permitida e autorizada na vida das persoas. Sobre este aspecto coménta-



“You must allow me to tell you how ardently I admire and love you.”

Ilustración do libro “Pride and prejudice”
de Jane Austen, 1813

nos Yela: *“na idade moderna (séculos XVI, XVII e XVIII) segue existindo un matrimonio tradicional por conveniencia, (onde no mellor dos casos podía xurdir un amor amigable), un amor romántico (extra conxugal, non sexual, e aínda minoritario), e unha satisfacción do desexo sexual (permitido exclusivamente aos homes, como nas outras épocas históricas) mediante prostitutas ou “mulleres de vida licenciosa” (non fai falta dicir que neste sentido a Igrexa [Católica] era moito máis permisiva cos varóns)”*.

Na Ilustración, o amor considérase como unha experiencia racional e ordenada que podía ser controlada polos que a experimentasen, xa que nesta época críase que a paixón e a intimidade pertencían á esfera cognitiva e non á dos sentimentos e motivacións. A racionalidade é a única forma aceptada de coñecemento, e o amor compartía, xunto cos demais temas, unha base puramente racional dado que os humanos (léase homes, nesta época) eran considerados criaturas racionais, libres, iguais e fraternos. Influídos polos principios deterministas-mecanicistas, intentan reducir a complexidade do desexo e propósitos humanos a leis físicas ríxidas e rexorde con máis forza que nunca a dicotomía entre razón-paixón e todo o que leva consigo este tipo de raciocinio reduccionista.

Nos séculos XVII e XVIII, segundo comenta García (2003), tamén aconteceron cambios na vida social da parella, pois xurdiu e se consolidou a familia nuclear segundo cinco aspectos: o arraigamento dos principios individuais de liberdade; o estreitamento dos lazos afectivos entre homes e mulleres; a “libre” elección de parella; a educación conxunta dos fillos, e por último, a vivenda pasou a ter as súas fronteiras ben delimitadas, o que non aconteceu nas sociedades tribais, orixinándose, a noción de “fogar”, e a de espazo público e privado, aínda que inda non se poida falar de amor normativo de parella. En Europa, a finais do século XVIII e inicios do XIX, persiste o modelo tradicional de familia coa súa división de roles; a muller como unha especie de menor de idade histórica incapaz de controlar as súas emocións, dedicada unicamente a procrear e criar fillos. Oficialmente, polo tanto, o sexo circunscríbese ao ámbito do matrimonio. Pero a pesar do machismo imperante, mesmo entre os ilustrados, as cousas empezan a moverse noutra dirección. A sociedade transfórmase, e o modelo clásico de matrimonio xa non serve.

No Romanticismo (principios do XIX), críase que o amor era incontrolable e que os homes e as mulleres se namoraban sen razón ningunha. Os elementos expresivos e de pensamento que configuran os seus trazos distintivos son: por unha parte o *páthos*, o emocional, substitúe o *éthos*, o moral. Por outra parte, enaltécese a imaxinación como fonte de inspiración, nun plano de igualdade coa razón. Algúns exemplos literarios que ilustran esta concepción son algunhas novelas románticas e os seus autores: Byron, W. Scott, Larra, Espronceda, Bécquer, o Duque de Rivas, entre outros.

Por primeira vez na historia recoñécese que os seres humanos deben ser libres para elixir a súa parella, buscar a felicidade, e a igualdade entre os sexos que ata entón non fora formulada tan aber-

*“Na Ilustración,
o amor considérase
como unha experiencia
racional e ordenada que
podía ser controlada”*

tamente. As condicións necesarias para a cristalización dos antecedentes do amor romántico están dadas, e vense fortalecidas polo impacto da literatura romántica.

“A retórica do amor cortés, a mística católica e o pensamento político-filosófico, contribúen decisivamente para a “invención” do amor romántico. E é durante o século XIX cando se retoma e esaxera a exaltación da paixón romántica e trágica, razón pola que o século é coñecido como época do Romanticismo” (Hendrick & Hendrick, 1992).

Este tamén é o século das revolucións industriais, tecnolóxicas, sociais e por que non o dicir, das transformacións amorosas e sexuais. Estes e outros cambios sociais, producirían o que Ortega (1983) chamou a *“segunda gran revolución do comportamento amoroso: a vinculación dos conceptos de amor romántico, matrimonio e sexualidade”*, xurdindo así o matrimonio por libre elección, fundamentado nos principios do amor romántico, e a partir de aí deixa de ser un fenómeno vivenciado por poucas persoas, especialmente nas culturas occidentais.

O amor romántico existía antes da Idade Moderna, pero era menos frecuente. Había historias románticas na Idade Media, pero a xente non pensaba en casar por amor. O fundamental na familia non era o amor. O principal era crear unha unidade económica que protexese ao individuo. Non é que o amor romántico aparecese de súpeto, senón que pasou de ser algo marxinal a ser algo fundamental.

O concepto de amor romántico como valor cultural amplamente aceptado, e como base ideal do matrimonio, foi un produto do século XIX. Naceu dentro do contexto dunha cultura que era predominantemente secular e individualista, unha cultura que valoraba de forma explícita a vida sobre esta terra, e que recoñecía a importancia da felicidade individual. Esta cultura apareceu no mundo Occidental xunto ao nacemento da revolución industrial e o capitalismo.

O amor romántico incide máis nas mulleres, moitas ven nesta institución a posibilidade de alcanzar unha autonomía, de lograr a liberdade a través do amor, de somerxerse na harmonía e a felicidade conxugal. Iso propiciou o que algúns denominan a *“primeira revolución sexual”*, que se acompaña dunha maior atención cara aos propios sentimentos, un compromiso feminino máis completo coa relación amorosa, unha *“sexualidade afectiva”* que privilexia a libre elección da parella en detrimento das consideracións materiais e da submisión ás regras tradicionais.

Xa entrados no século XX ten lugar a *“revolución sexual”*, esta refírese a unha serie de profundos cambios sociais que implicaron ás actitudes, expectativas, relacións entre os sexos e costumes realizados na maior parte do mundo occidental na década de 1960-1970, e que se superpón a certos movementos coñecidos como contracultura así como a movementos políticos relacionados coa



Ilustración de J. Grego para o libro *“The Reminiscences and Recollections of Captain Gronow”*, 1892

revolución do Maio de 1968. A guerra de Vietnam, o consumo de drogas, a aparición do feminismo e o amor libre ocupan o trasfondo deste movemento.

O movemento que coñecemos como revolución sexual tivo unha causa e dous efectos que poden estudarse xuntos como mobilizadores da sociedade, son estes tres: a contracepción, a incorporación da muller ao mundo do traballo e a fragmentación da familia extensa e emancipación da nuclear.

A mentalidade cambia, o home moderno, demanda liberdade e dereitos universais, racionalidade científica e fe no progreso. Nesta busca de liberdades arrastrarán tamén, aínda que dun modo tanxencial, á muller. É o caldo de cultivo idóneo para ideas tan novidasas como a do matrimonio por amor. Favorecido tamén polo desarraigamento que provoca a emigración á cidade, as persoas xa non teñen a imperiosa necesidade de ligarse a unha comunidade mediante a vía matrimonial, así que casarse toma outro sentido, máis persoal e íntimo.

É canto menos curioso que mentres esta situación se daba nas clases medias e baixas, nas familias aristocráticas e na realeza se seguía e segue mantendo o matrimonio de conveniencia, con fins políticos e económicos, dándose unha situación á inversa de etapas anteriores.

A ERA VIRTUAL

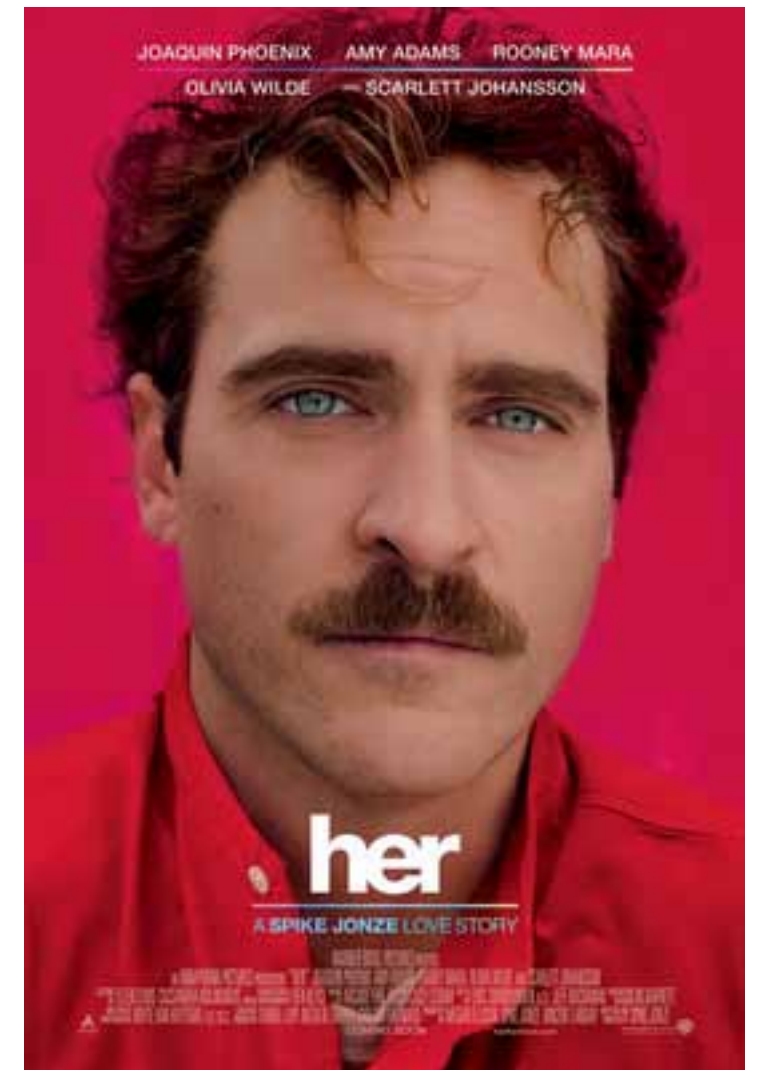
- “- ¿Estás a saír cunha computadora?
- Non é só unha computadora. É a súa propia persoa. Non fai só todo o que lle digo.
- Eu non dixen iso..... pero ponme triste que non poidas manexar emocións reais.
- ¡Son emocións reais!”.

HER, PELÍCULA SPIKE JONZE.

Dende finais do século XX topamos a Rede e os chats de “busco parella”, que xa se poden contar por miles. Son creados obedecendo á demanda dun público cada vez máis esixente e á vez anónimo, que forma o crecente grupo de parellas da “Era Internet”.

Segundo palabras de Galvin (2004): “*estes novos solteiros xeraron un inédito mercado sentimental: webs de contactos, clubs de xente libre, de speed-dating (citas rápidas). Son as Celestinas do século XXI e dedícanse profesionalmente a emparellar seres afíns coas ideas moi claras, que substituíron o anticuado termo “frechazo” polo de “química”, máis no aire dos tempos”.*

De acordo co sociólogo Gil Calvo o éxito destas formas de elixir parella pode explicarse pola “teoría das relacións de nexo forte e débil” dado que, como suxire o autor, a sociedade sofre un serio



Cartel do filme HER, 2013. ©Warner Bros

declive das relacións de nexo forte (o matrimonio, o sindicalismo, etc.)”, fronte á emerxencia das de tipo débil, como poden ser as fluídas e cambiantes relacións vía Internet. Todo iso asociado ao feito de que estar soa ou só, hoxe, xa non supón un estigma social como noutros tempos, e que as circunstancias da vida cambian rapidamente.

Estes usuarios pertencen a un grupo de persoas sociables e correntes, que gozan das súas relacións de amizade, traballan e teñen os seus momentos de ocio como calquera, e non pertencen ao grupo de solitarios e tímidos que non poden establecer unha relación cara a cara (como se sospeitaba hai uns anos), senón que prefiren gozar doutros medios.

Se antes o proceso de namoramento tiña un factor impredecible e azaroso, baseado no contacto real entre persoas e no descoñecemento case total do outro, “Internet fainos ver todo o mercado de posibles opcións dispoñibles”. É un mesmo o que se pon a si na rede grazas á utilización de técnicas, o uso das cales nos axudará sen dúbida a obter ou non a parella que estamos a buscar.

Estamos ante un sistema de relacións interpersoais práctico, produtivo, instantáneo, cómodo, barato, e que preserva a identidade se así se desexa. Este tipo de comunicación interpersoal ofrece un modelo de relación que encaixa cun sistema de vida que consume tecnoloxía e que ten curiosidade de coñecer novas persoas fóra do estreito círculo de relacións familiares, educativas ou laborais. As relacións sociais por Internet non constitúen unha transformación social por si mesmas, senón que amplifican as posibilidades de organizar as relacións sociais a partir de modelos de mercado.

O uso da Rede supón un afastamento da tradición do amor romántico por varias razóns: 1) prima un modelo racional de elección de parella, fronte ao encontro espontáneo; 2) mentres o amor romántico estaba intimamente relacionado coa intimidade sexual, Internet baséase na interacción textual descorporeizada; 3) o amor romántico presupón desinterese instrumental, prevalecendo sentimentos e emocións; a tecnoloxía de Internet aumenta a instrumentalización ao dar relevancia ao “valor” que a xente se atribúe a si mesma e aos demais, o coñecemento cognitivo do outro precede no tempo e en importancia aos propios sentimentos.

A pesar de que as relacións virtuais e os emparellamentos a través da Rede ocupan xa un lugar importante como forma de elección de parella na sociedade occidental actual, o encontro real segue ocupando o lugar primordial á hora de elixir parella.

MITOS ROMÁNTICOS

“O amor, máis que un poder elemental, parece un xénero literario.

Porque o amor, máis que un instinto, é unha creación,”.

JOSÉ ORTEGA Y GASSET, FILÓSOFO.

O amor como institución social evolucionou como vimos ao longo da historia. Orixinalmente amor e sexo non se asociaban ao matrimonio, é coa Revolución Francesa e o recoñecemento do suxeito como dono das súas eleccións, que xorde o concepto do amor romántico e a súa amálgama coa paixón e a sexualidade.

O amor romántico chega xunto cos cambios de fins do s.XVIII para unir o que antes se encontraba totalmente separado. E ao longo das últimas décadas na cultura occidental esta relación foise estreitando cada vez máis, chegando a considerarse que o amor romántico é a razón fundamental para manter relacións matrimoniais e que “estar namorado /a” é a base fundamental para formar unha parella e para permanecer nela, de modo que o amor romántico faise popular e o matrimonio aparece como elección persoal.

Por iso faise imprescindible falar de mitos, posto que o ideal romántico da nosa cultura ofrece un modelo de conduta amorosa que estipula o que “de verdade” significa namorarse e que sentimentos han de sentirse, como, cando, e con quen si e con quen non.

Os mitos románticos son un conxunto de crenzas socialmente compartidas sobre a “suposta verdadeira natureza do amor”, e polo tanto determinantes na elección de parella (que non é tan libre como poida parecer). E, ao igual que sucede noutros ámbitos, tamén os mitos románticos adoitan ser ficticios, absurdos, enganosos, irracionais e imposibles de cumprir (Yela, 2003):

- **Mito da “media laranxa”**, ou crenza de que eliximos a parella que tiñamos predestinada dalgún modo, o que fai que fose a única elección posible. Este mito ten a súa orixe na Grecia Clásica (co relato de Aristófanes sobre as almas xemelgas) e intensifícase co Amor cortés e o Romanticismo.
- **Mito do emparellamento**, crenza de que a parella (hererossexual), é algo natural e universal e que a monogamia amorosa está presente en todas as épocas e todas as culturas. Este mito foi introducido pola Cristiandade.
- **Mito da exclusividade**, ou crenza de que é imposible estar namorado/a de dúas persoas á vez.
- **Mito da fidelidade**, ou crenza de que todos os desexos pasionais, románticos e eróticos deben satisfacerse exclusivamente cunha única persoa, a propia parella, se é que o a ama de verdade.



Cartel para obra teatral, Londres, 1892

Estes tres mitos (exclusividade, fidelidade e emparellamento) foron introducidos polo cristianismo co obxecto de instaurar un novo modelo relacional (amar unha soa persoa, ter relacións sexuais só con ela, e que se trate dunha relación heterosexual), diferenciándose dos modelos relacionais de épocas e culturas anteriores. Os mitos sobre a castidade ou a sexualidade como algo pecaminoso, tamén introducidos polo Cristianismo, teñen o mesmo obxectivo.

- **Mito dos celos**, ou crenza de que os celos son un signo de amor, e mesmo requisito indispensable dun verdadeiro amor. Este mito é tamén introducido polo cristianismo, constitúe un garante da exclusividade e a fidelidade, anteriormente comentadas.
- **Mito da equivalencia**, ou crenza de que o “amor” (sentimento) e o “namoramento” (estado máis ou menos duradeiro) son equivalentes e, polo tanto, se unha persoa deixa de estar apaixonadamente namorada é que xa non ama á súa parella.
- **Mito da omnipotencia** ou crenza de que “o amor o pode todo” e polo tanto se hai verdadeiro amor non deben influír os obstáculos externos e internos sobre a parella, e é suficiente co amor para solucionar todos os problemas.

Estes mitos (equivalencia y omnipotencia) foron introducidos por el Amor Cortés y potenciados posteriormente por el Romanticismo.

- **Mito do libre albedrío**, ou crenza de que os nosos sentimentos amorosos son absolutamente íntimos e non están influídos por factores socio-biolóxicos-culturais alleos á nosa vontade e conciencia. Este mito expándese durante o Renacemento, Barroco e Romanticismo.
- **Mito do matrimonio** ou da convivencia, crenza de que o amor romántico pasional debe conducir a unha unión estable da parella e constituírse na única base da convivencia da parella. Tal e como se comentou anteriormente, a finais do s.XIX iníciase unha corrente que vincula por primeira vez na historia os conceptos de amor romántico, matrimonio e sexualidade.
- **Mito da paixón eterna** ou da perdurabilidade, isto é, crenza de que o amor romántico e pasional dos primeiros meses dunha relación pode e debe perdurar tras anos de convivencia.



Ilustración do libro “Rose Somerville, or, a Husband’s Mystery and a Wife’s Devotion” de Ellen T, 1847

TEORÍAS SOBRE A ELECCIÓN DE PARELLA

“O que moita xente chama amar consiste en elixir unha muller e casar con ela. Elíxena, xúrocho, vinos. Coma se se puidese elixir no amor, coma se non fose un raio que che parte os ósos e che deixa estaqueado na metade do patio. Vos dirás que a elixen porque-a-aman, eu creo que é ao revés. A Beatriz non lla elixe, a Julieta non se lle elixe. Vos non elixides a chuvia que che vai calar ata os ósos cando saídes dun concerto. “

JULIO CORTAZAR

Na actualidade é frecuente encontrar a opinión popular de que a xente se casa con quen desexa, non obstante, as posibilidades das persoas a elixir está circunscrita, por exemplo a un espazo delimitado, polo ambiente onde creceron e se desenvolve, así como á educación, a familia, o ambiente sociocultural, e as condicións económicas, xeográficas e políticas.

O como e por que xorde a elección de parella segue sendo motivo de estudo da ciencia contemporánea.

Dende unha posición netamente biolóxica, no s.XIX Schopenhauer xa comentaba que se elixía parella, única e exclusivamente para reproducirse, razón pola cal tal elección dependía de xeito importante do aspecto ou atractivo da persoa elixida, da simetría do corpo en xeral e especialmente da cara, así como das feromonas que despide o corpo e que provocan a excitación sexual da posible parella. Segundo estas teorías os nosos cerebros foron deseñados ao longo da nosa evolución para maximizar o noso éxito reprodutivo, de forma totalmente inconsciente. Chegando a falarse na actualidade da bioquímica do amor.

Dende a Socioloxía e a Antropoloxía consideran que un dos factores que inflúe na elección de parella é a atracción mutua por similitude xenética, á cal se suma unha herdanza evolutiva que determina a devandita elección e que, ademais, hai procesos hormonais e bioquímicos que son cómplices en namorarse.

O psicólogo evolutivo David Buss constatou a existencia de determinadas estratexias de elección da parella, típicas tanto para homes coma para mulleres. A muller, segundo isto, busca unha parella fiable con posición social, que non a abandone cando se trate de criar os fillos. O home, pola contra, tende á busca dunha muller que lle pareza capaz de traer fillos sans ao mundo. O home de hoxe, en plena soleira do s.XXI, leva aínda consigo os desexos dos cazadores e colleiteiros da Idade de Pedra, segundo constata Buss sobre a base da súa investigación.

Na *Anatomía do amor*, Fisher (1992) suxire que á hora de namorar nos guiamos polo “*mapa do*

amor”, que sería unha especie de modelo mental que nos informa sobre as características das persoas que nos atraerán e nos namorarán e, ademais, apunta que homes e mulleres teñen distintas formas de amar, o que corrobora o papel fundamental dos roles de xénero e á vez os biolóxicos.

Biólogos, antropólogos e sociólogos recoñecen, non obstante, que a ciencia non é capaz de responder definitivamente o proceso de elección da parella. De acordo a isto modelos sinalan que o desexo de ter fillos sans e as similitudes en moitos trazos non abonda como explicación.

ENAMORAMENTO E ELECCIÓN DE PARELLA

Algunhas das máis coñecidas teorizacións psicosociais sobre o amor mostran unha maior énfase ben no suxeito, no obxecto, ou na situación, á hora de explicar a xénese e finalización do fenómeno amoroso. Resulta enormemente difícil encontrar algunha que logre incorporalos todos dun modo integrador.

Resulta igualmente paradoxal comparar o termo “elixir parella” (que suxire un acto racional, como elixir carreira ou marca de coche) co termo “namorarse”, que suxire máis ben algo que sobrevén, que nos sucede sen maior control pola nosa banda. En todo caso, ao tratarse dun fenómeno diádico, e aínda admitindo que se dea de feito unha elección, tal elección terá lugar máis ben por un dos dous (suxeito), sendo o outro máis elixido que elector (obxecto). Pero ao tratarse dunha relación dialéctica, o obxecto pode actuar así mesmo como suxeito, ou crer que é el o elector.

Pois ben, aceptando esa posible localización nalgún dos tres elementos citados, expoñerei algúns exemplos de teorías psicosociais que ilustran esa posibilidade.

Dentro das teorías centradas na SITUACIÓN encóntranse entre outras:

A teoría bifactorial do amor apaixonado Berscheid e Walster (1982), defenden unha concepción do mesmo absolutamente desmitificadora por unha parte e escasamente racional por outra, na que dan importancia decisiva á situación. Para estas autoras a experiencia amorosa require dous compoñentes: unha forte activación emocional, e un etiquetado desta como “amor” ou “namoramento”.

Teoría da Incerteza (Livingston, 1980): o amor como produto dunha situación de continua redución de incerteza (esgotada esta esgotaríase aquel).

Teoría da Interrupción (Berscheid, 1983): o amor como froito da interrupción positiva (ou inocua) das nosas “secuencias de acción organizadas” (é dicir, como froito das sorpresas), interrupcións que activan o SNA e se interpreta positivamente.



GROA BREWS A LOVE-POTION.

Ilustración de Lancelot Speed para o libro “Single Works” de Haggard, H. Rider, 1893

Teoría da Construción Social (Averill, 1985): o amor como un rol social (e, polo tanto unha expectativa) formado por un conxunto de síntomas (“o ideal romántico”) construído en función dos paradigmas socioculturais vixentes (ou normas implícitas).

O conxunto de traballos centrados no papel da *Proximidade Física* na xénese da relación amorosa caben así mesmo ser interpretados en apoio do papel da situación. Non obstante, debe recordarse que a situación de proximidade só facilita a interacción, a proximidade xera un primeiro filtro de elixibles, é pois máis un requisito que un determinante.

Outras teorizacións parecen outorgar unha maior relevancia ao papel desempeñado polas variables do propio *SUXEITO* que se namora:

Teorías Clínicas ou do Déficit (Reik, 1944): o amor considérase o resultado da insatisfacción cun mesmo. Un individuo busca unha parella ou o amor cando necesita alguén para encher o seu baleiro interior.

Teoría da Sublimación (Freud, 1921): o amor como forma de sublimar os desexos sexuais, convertendo o impulso instintivo nunha práctica/comportamento socialmente lexítimo e aceptable.

Teoría do Baleiro Existencial (Freud, 1944): o amor como a ilusión de cubrir o baleiro existencial do home fronte ao mundo.

Teoría das necesidades (Maslow, 1954): o amor-d (de déficit) como a busca da cobertura das necesidades propias, fronte ao amor-b (do ser) como ofrecemento para cubrir as necesidades do outro, unha vez alcanzada a autorrealización. O amor-d é o resultado dalgún tipo de carencia persoal ou de sentimento de nostalxia por algo que non temos.

Teoría Existencial (Fromm, 1956): o amor como a busca da resposta ao problema da existencia humana, e a busca de transcendencia. É froito do coidado, a responsabilidade, o respecto e o coñecemento de e para coa parella.

Teoría do Embeleco (Tennov, 1979): o amor como caída nun estado obsesivo, irracional, de “embelecamento” e idealización doutra persoa.

Teoría da Adicción (Peele, 1975): o “amor corrente” sería unha especie de adicción ao outro (celos, dependencia, enclaustramento na parella) fronte ao “amor maduro” no que se mantén a independencia e liberdade de ambos os dous membros.

Teorías Cognitivas da atracción: poden axudar tamén a comprender a orixe e desenvolvemento do fenómeno amoroso (Simetría, Disonancia, Equilibrio, O Difícil de Conseguir, Autopercepción, da Reafirmación, Atribución...).

As teorías do intercambio de Thibaut e Kelley (1959), defenden que esa dispoñibilidade para namorarse se dá cando o que eles chaman o “Nivel de Comparación” (N.C.) do individuo desce. O citado constructo refírese ao nivel de resultados (recompensas menos custos) que un individuo necesita recibir nas súas relacións para sentirse satisfeito. O citado N.C. elabórase tanto a partir das propias experiencias como as dos coñecidos e das expectativas que nos xeran os medios de comunicación.

Como último punto queda por responder aos factores relativos ao *OBXECTO* amoroso: por que eliximos, ou nos namoramos, dunha persoa e non doutra. É unha cuestión que probablemente non ten resposta clara, pero sobre a que se poden adiantar unhas cantas hipóteses baseadas nos estudos sobre a atracción interpersonal, nos que en definitiva se estuda que requisitos ou criterios debe cumprir unha persoa para devir obxecto amoroso.

Quizais o caso máis claro de focalización no obxecto o constitúen as perspectivas que fan fincapé, directamente, en como certas características dun individuo fan máis probable que sexa elixido como obxecto amoroso. Este tema xerou, investigacións que son meros divertimentos sobre cales son esas características sobre a base das cales pretendidamente se elixe parella. A análise de tales listados non conduce a nada, primeiro porque varían moito dunhas enquisas a outras, segundo porque en definitiva non reflicten senón pura deseabilidade social, e terceiro porque en todo caso reproducen os trazos en que o suxeito “cre fixarse” ao elixir, sen garantía ningunha de que sexan precisamente tales os cruciais na elección.

De todos eses trazos hai un que non se recoñece como fundamental na devandita elección pero resulta crucial: o *Atractivo físico*. Existe unha constatación obvia: homes e mulleres dedicamos boa parte do noso tempo, esforzo, e diñeiro a tratar de ser máis atractivos. Dende pouco despois de nacer, comezamos esa dura aprendizaxe respecto ao valor de cambio do atractivo físico. Os nosos nenos escoitan contos e ven películas que, ademais de fomentar a aprendizaxe dos roles de xénero dominantes, lles van convencendo da inelutable asociación belo-bo, vaise así interiorizando sutilmente tal asociación. De modo non consciente, téndese deseguida a rexeitar aos menos atractivos físicamente. A iconografía que nos rodea está ao servizo do mesmo dogma: dende a relixiosa: santos, virxes e deuses, ata a profana: personaxes cinematográficos, series televisivas, revistas.

O efecto perverso de tal asociación é a contaminación da percepción a través do denominado “*Efecto de Halo*”: o atractivo físico dunha persoa lévanos a percibila máis positivamente en todo

un conxunto de variables que, en principio, nada teñen que ver con ela. Así as cousas, o efecto do atractivo físico magnifícase por unha sinxela razón: este factor opera especialmente nos inicios da relación, ou mesmo antes dela impulsando o seu inicio: é un factor que opera “a distancia”, a xeito de filtro primario na elección de parella, sendo decisivo ben como determinante ou requisito “sine qua non” para a interacción.

Outras hipóteses claramente centradas no obxecto son as que fan referencia ao amor que xorde como *resultado da atracción percibida*: experimentar que alguén nos aprecia pode xerar un afecto recíproco, tanto maior canto maior sexa a necesidade afectiva. Estratexias usadas polos grandes “amantes” da historia como Don Juan, ou postas en práctica polas celestinas de todos os tempos.

En calquera caso, e independentemente das características do obxecto amoroso e as necesidades do suxeito, existen liñas teóricas que tratan de poñer en relación ambos os dous elementos, suxeito e obxecto, postulando unha sorte de necesaria *adequación entre necesidades do SUXEITO e características do OBXECTO*.

Así, existe unha liña de pensamento que defende a existencia previa no suxeito dun modelo interior ou forma apriorística do obxecto amoroso, unha construción intelectual que serve de guía, non consciente, na busca de parella. Co que non serían as características do outro en si, senón a súa adecuación a ese modelo interior do suxeito, o realmente decisivo. Hipóteses nesta liña son máis frecuentes en *orientacións psicodinámicas*, para as que todo amor é, en definitiva, un retorno ao amor prototípico. Segundo Freud, a atracción amorosa que o neno sente polo proxenitor do sexo oposto transferírase máis tarde a un obxecto socialmente aceptable, que frecuentemente é a posible parella.

Dicks (1967), formula que na elección de parella hai que ter en conta tres aspectos: o individuo, os factores socioculturais e os factores inconscientes. Formula tres niveis na relación de parella que darían lugar a tres tipos de elección de parella: 1) áreas de cooperación realista (buscar na parella unha reprodución da parella dos pais ou elixir sobre a base das características do pai amado); 2) área das imaxes internas compartidas (elixir o oposto ao modelo dos pais ou ás características do pai amado; 3) área das polarizacións (busca no outro dos aspectos propios reprimidos).

Unha das achegas máis importantes da psicanálise á elección de parella é o concepto de colusión, introducido por Laing, que a describe “como un xogo de autoengano mutuo”, no que “a persoa non utiliza aquí a outra como unha nova percha onde colgar as súas proxeccións, senón que pugna por encontrar na outra a corporeización da súa proxección (...) a colusión do outro é necesaria para completar a identidade que o eu se sente impelido a manter”. En todas as relacións colusivas xogan un papel fundamental os mecanismos de defensa da identificación proxectiva e introxectiva



A pretty Bar-maid.

Ilustración “Old Times: a picture of social life at the end of the eighteenth century”, de L.P., 1885

desenvolvidos por Klein. A colusión é un conflito neurótico de parella no que a relación se constitúe como unha defensa fronte a temores inconscientes (Willi, 1975). É de destacar a circularidade da relación e o mutuo reforzo da conduta do outro para poder manter o equilibrio entre ambos os dous.

Aínda que a psicanálise faga fincapé no papel das figuras parenterais na elaboración dese modelo interior, é claro que este non se reduce a tal xénese. Así, por exemplo, acontece cos amores infantís ou adolescentes que, aínda que adoitan perderse no esquecemento, deixan a miúdo certa fixación nalgúns características ben físicas (cor dos ollos, do pelo, contextura), como comportamentais.

As coñecidas *teorías do Apego* (Shaver, Hazan e Bradshaw, 1988) poden así mesmo entenderse neste sentido. Ao seu xuízo as persoas tenden a adoptar determinados estilos nas súas relacións amorosas a partir do tipo de apego que experimentaron na súa infancia cara á súa madre: seguro, esquivo ou ansioso-ambivalente.

Finalmente, as coñecidas **hipóteses da Similaridade de actitudes (Walster, 1978) e a Complementaridade de necesidades (Winch, 1958)** defenden así mesmo esa adecuación entre ambos os dous membros da parella. Pouca dúbida cabe que o intercambio con quen comparte crenzas, actitudes e intereses resulta máis gratificante, ou menos custoso se se quere, sobre todo ao comezo da interacción.

En definitiva poderíamos dicir que cada unha destas Teorías, segundo o seu enfoque, colabora no entendemento da experiencia do sentimento amoroso na actualidade, non chegando ningunha delas en particular, a lograr darnos unha explicación plena dun fenómeno tan complexo como é a elección de parella, no cal inflúen factores persoais, biolóxicos, psicolóxicos, sociais, culturais e emocionais.

BIBLIOGRAFÍA

- BAUZA, H.F. (2005) Que es un mito; una aproximación a la mitología clásica. Buenos Aires: Fondo de Cultura económica
- BRANDEN, N. (2000) La psicología del amor romántico. Barcelona: Paidós
- CORIA, C. (2001) El amor no es como nos contaron....ni como lo inventamos. Buenos aires: Paidós
- ESPINA, ALBERTO (1996) La constitución de la pareja. Psicología de la familia: un enfoque evolutivo y sistémico. Valencia: Promolibro
- FREUD, S. (1921) El porvenir de las masas y análisis del Yo. En Obras completas, vol.IX. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FROMM, E. (2005) El arte de amar. Barcelona: Paidós
- GALVIN V. (2 de Agosto de 2004) Las nuevas Celestinas, El País recuperado de <http://elpais.com/>
- GONZALEZ GARCIA, J. (2010) Atrapados en la red, las nuevas redes románticas, Kai-rós. Revista de temas sociales, nº 25, 2010
- DE FRANCISCO, M. (2012) Un nuevo amor. Buenos Aires: Grama Ediciones
- HERRERA, C. (2010) La construcción sociocultural del amor romántico. Madrid: Fundamentos.
- ILLOUZ, E. (2009) El consumo de la utopía romántica: el amor y las contradicciones culturales del capitalismo. Madrid: Paidós
- MATURANA, H & VARELA, F (1996) El árbol del conocimiento. Madrid: Debate
- MORA MONTES, J.M. (2007) Comprensión del enamoramiento. Cauriensa, vol II, pp 363-388
- OTIS-COUR, L (2000) Historia de la pareja en la Edad Media, placer y amor. Madrid: Siglo XXI
- SANGRADOR, J.L. (1993) Consideraciones psicosociales del amor romántico. Psico-thema (5), pp 207-218
- SHOPENHAUER, A. (1991) El amor, las mujeres y la muerte. Valencia: Prometeo
- YELA, C. (2000) El amor desde la psicología social. Ni tan libres ni tan racionales. Madrid: Pirámide
- YELA, C. (2003) La otra cara del amor. Mitos, paradojas y problemas. Revista de encuentros en la psicología social, vol 1(2), pp 263-267

2

O AMOR CARA UN MESMO: UNHA RELACIÓN PARA TODA A VIDA

Cristina Veira Ramos
ESPECIALISTA EN PSICOLOXÍA
CLÍNICA E TERAPEUTA FAMILIAR

Sabela Maceda García
ESPECIALISTA EN PSICOLOXÍA
CLÍNICA E TERAPEUTA FAMILIAR

CENTRO "ANDAINAS, PSICOLOXÍA
CLÍNICA E TERAPIA FAMILIAR"
(A CORUÑA)

Resumo: Neste artigo comparamos o amor cara un mesmo cunha relación de parella. Describimos os principais problemas que poden xurdir e adaptamos algunhas das estratexias propostas en terapia de parella para que a parte san aprenda a convivir coa enferma.

Palabras clave: amor, autoestima, autoconcepto, narcisismo, terapia.

Abstract: The purpose of this paper is to analogize self-love and couple relationships. The article explains the main problems that could appear and suggests some strategies used in couple therapy that could be also helpful to let the healthy part learn how to live with the sick one.

Keywords: Love, self-love, self-concept, narcissism, therapy.

Prólogo

Narciso era fillo da Ninfa azul Liríope, á que o deus fluvial Cefiso envolvera unha vez cos remuíños das súas correntes e logo violado. O vidente Tiresias díxolle a Liríope: "Narciso poderá vivir moitos anos a condición de que nunca se coñeza a si mesmo". Calquera podía namorarse de Narciso, mesmo cando era neno. Con dezaseis anos o seu camiño estaba sementado de amantes de ambos os sexos cruelmente rexeitados; tan dura soberbia había naquela tenra beleza (...)

Entón un dos desprezados, levantando as mans ao ceo dixo: "así ame el, oxalá; así non consiga ao obxecto dos seus desexos". Artemisa escoltiu a súplica e fixo que Narciso namorásese, aínda que lle negou que puidese consumir o amor.

En Donacón, Tespia, chegou a un arroio claro como a prata e nunca perturbado por gando, paxaros ou feras; nin sequera polas ramas dobradas das árbores que lle daban sombra. Cando, esgotado, inclinouse sobre a herbosa beira para saciar a súa sede, namorouse do seu pro-

pio reflexo. Ao principio tentou abrazar e bicar ao fermoso mozo que tiña enfronte, pero ao pouco deuse conta de que era el mesmo, e permaneceu tombado e enfeitizado hora tras hora:

“Ese son eu! Deime conta; o meu reflexo non me engana máis; ardo en amores de min mesmo; eu provocho as chamadas que sufro. Que fago? De seducido ou de sedutor? E como vou a seducir? O que ansío está en min; a riqueza fíxome pobre. Oxalá puidese separarme do meu corpo! Desexo inaudito nun namorado, quixese que o que amo estivese lonxe. Pero xa a dor quítame forzas, non me queda longo tempo de vida, e na miña primavera morro. E non é dura a morte para min, pois a morte aliviará as miñas penas; este a o que adoro é quen quixese que vivise máis. Pero agora os dous, unidos de corazón, morreremos nun só alento.”

Narciso consumíase de dor, pero deleitábase no seu tormento, sabendo polo menos que o seu outro eu sempre lle sería fiel, pasase o que pasase...

Introdución

A relación máis difícil é a relación cun mesmo. Para corroborar esta afirmación basta con darse un paseo por unha librería e contar a cantidade de libros de autoaxuda que hai fronte aos libros dirixidos a ter unha mellor relación de parella. Aceptar (e amar) as nosas propias limitacións é moito máis complicado que aceptar as carencias dos demais. Porque o feito de aceptar que temos un defecto leva ademais que non somos capaces de modificalo, ou que non queremos facelo. Este feito de imposibilidade de cambio é moito máis sinxelo de comprender no outro que en nosas propias carnes, onde “víctima” e “verdugo” son a mesma persoa: o mesmo que comete a falta é o mesmo que se queixa dela, como non vai ser complicada esta relación?

Xa dende a Grecia Clásica sabíase que a relación máis difícil dunha persoa é a dela consigo mesma: “Coñéceche a ti mesmo” rezaba a inscrición nas portas do templo de Apolo, en Delfos. Este aforismo non só é unha invitación a unha mirada introspectiva, para detectar as nosas carencias, defectos e virtudes. Tamén se refire ao ideal de comprender a conduta humana, a súa moral e o seu pensamento porque coñecerse implica coñecer aos demais xa que, á fin e ao cabo, todos somos humanos.

Con todo, esquecéronse do compoñente afectivo que implica o coñecemento xa sexa dun mesmo, doutra persoa ou dun obxecto. Todo coñecemento leva implícito unha pegada emocional. Coñéceche pero non ámache, coma se o amor dése por suposto ou coma se o coñecer implicase automaticamente amar. Un erro de cálculo.



Óleo en lenzo atribuído en 1913 a Caravaggio, pero de autoría incerta: Narciso na fonte (Narciso al fonte, 1595 - 1600).
Galería Nacional de Arte Antigo. Palacio Barberini.
© DIRECTMEDIA

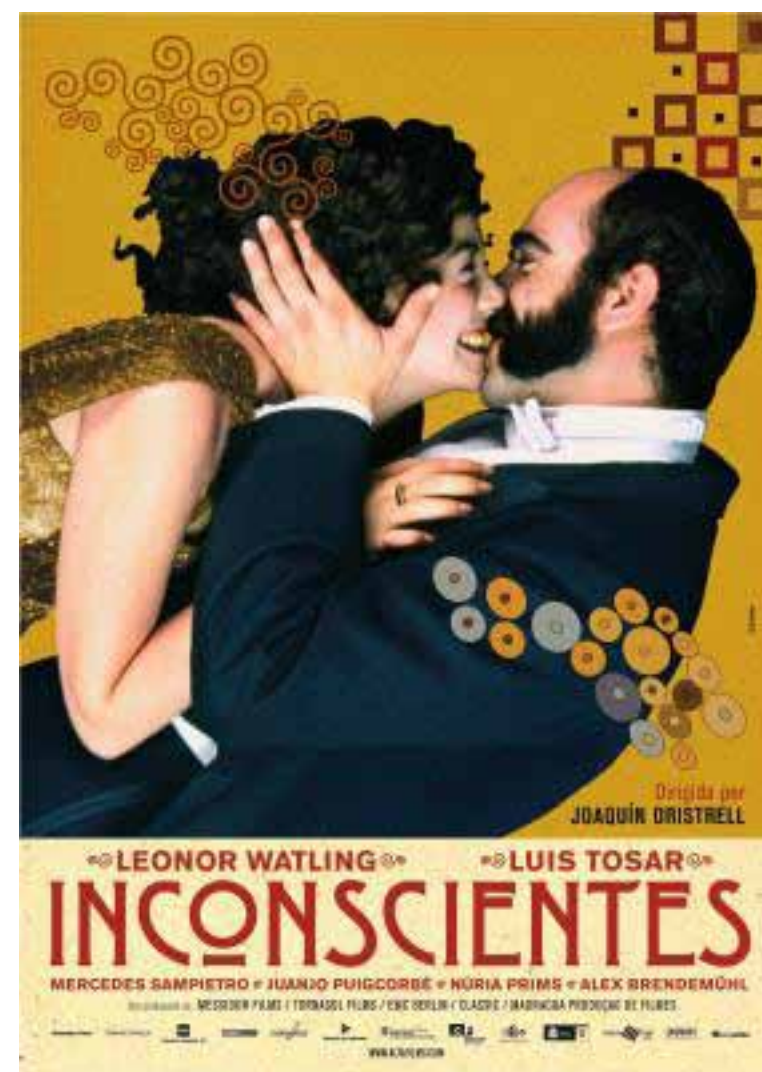
Coñecerse a un mesmo non significa que automaticamente nos amemos. É máis, mesmo pode chegar a ter o efecto contrario e, igual que lle ocorre ao protagonista da película *Inconscientes*, canto máis indagamos dentro das profundidades do noso propio eu, máis nos desprezamos, máis odio temos cara a nós. Porque coñecer os nosos defectos non implica en ningún momento que podamos aceptalos. A aceptación implica coñecemento pero o coñecemento non ten que conducirnos sempre cara a unha aceptación, nin moito menos cara ao amor.

Á fin e ao cabo, o amor cara a un mesmo non é diferente do amor cara á persoa amada. Igual que as relacións de parella, a relación cun mesmo ten un comezo, un desenvolvemento e un desenlace. A diferenza é que non se pode saber de antemán canto vai durar un matrimonio ou un noivado mentres que a relación co noso propio ser, sen excepcións, sempre é “para toda a vida”. Así que máis nos vale levarnos ben. Ademais, esta relación comeza dende o momento mesmo do nacemento e vén determinada pola mirada dos outros. Dende ben pequenos, a imaxe que temos de nós, do que facemos ben e das nosas torpezas, está influída de forma moi importante polo que os outros nos din, como unha especie de espello.

En consulta, vemos a miúdo a pais que nos din que os seus fillos teñen problemas de autoestima e que cando falan deles dinnos que son vagos, mentireiros, parvos... caendo na denominada “profecía autocumprida”: se os meus pais, a miña parella ou os meus amigos devólvenme unha imaxe positiva, sentireime ben e pensarei que se facer moitas cousas ben, polo que me atreverei a facelas, sentíndome confiada e, por tanto, é probable que o resultado sexa bo, o cal me reafirmará na miña idea de que podo facelo. Vallo. Se, pola contra, os demais devólvenme unha imaxe de min mesma como incapaz, preguiceira ou torpe, evitarei facer calquera cousa que deixe en evidencia as miñas incapacidades ou ben, se opto por facelas (e se ademais é porque me obrigan) a idea do máis que probable fracaso apropiárase de min e será moi difícil que o faga ben, reafirmándome na miña torpeza. Non vallo. De acordo co exposto ata agora, a autoestima é un concepto paradoxal, sendo quizais máis axustado denominalo “heteroestima”.

De todos os xeitos, ¿por que é tan importante coñecernos, aceptarnos e querernos? Porque á fin e ao cabo, o círculo acaba por pecharse e o que comezou determinado pola mirada dos outros, determinará á súa vez a relación que teñamos cos demais. Un círculo sen fin difícil de romper, polo que o ideal é que as cousas flúan con normalidade dende un principio.

Pero que ocorre cando hai problemas no autoconcepto durante algunha etapa do desenvolvemento? Igual que nas parellas, canto antes houbese problemas, máis complicado é o pronóstico porque menos tempo pasou estando a persoa a gusto con ela mesma.



Cartel do filme INCONSCIENTES, 2004, ©Regent Releasing

Continuando coa analoxía da terapia de parella, os conflitos cun mesmo poden xurdir en calquera nivel, e canto máis profundo sexa este, máis difícil será de solucionar o problema. Neste artigo, quixemos describir os principais problemas de relación que teñen as persoas consigo mesmas. Ademais, como non queremos quedarnos nunha mera exposición do problema porque daría un ton catastrófico ao texto, recollemos algunhas das técnicas que utilizamos en terapia para conseguir que a persoa que acode a consulta se reconcilie co seu outro “eu”, xa que sexa como for, están condenados a entenderse.

Problemas na relación cun mesmo

“Xa non sei quen son, non me recoñezo”

Ocórrelle a algunhas parellas que un cambio vital como o traslado dun dos membros a outra cidade, o inicio dunha nova etapa laboral ou a entrada nun novo grupo de amizades, cambia a forma de ser e comportarse dalgún deles, ou simplemente un percibe que o outro cambiou. Eventos vitais como estes poden facer cambiar as prioridades da persoa, ou pode ser que a entrada en contacto con xente nova cambie a forma de pensar ou comportarse (intereses, temas de conversación, afeccións, crenzas...). O feito é que o outro ten a sensación de que algo cambiou, coma se a parella se convertera nunha persoa diferente, non é que non vexa cousas boas nela pero xa non é a mesma. E moitas veces iso trae consigo problemas na relación.

Cando a sensación de non recoñecemento, de cambio repentino, ocorre cun mesmo, a situación é moi desconcertante e pode mesmo xerar problemas que interfiren de forma significativa na vida da persoa.

Enma vive a vida normal de calquera moza de 13 anos: vive cos seus pais nun piso ben situado, pasa a tarde coas súas amigas, vai ao colexio, a pasantía, fan viaxes, comen fóra os fins de semana... pero un bo día, decátase de que a relación entre os seus pais non é tan boa como pensaba, a súa nai é consumidora habitual de cocaína e o seu pai acaba de ser arrestado por un asunto de drogas. A vida que pensaba que tiña era unha mentira, a súa familia non era quen dicía ser e Enma deixa de saber quen é. Perde o norte: deixa de estudar, pon en risco a súa saúde nas relacións cos mozos, empeza a consumir porros... perde o control da súa propia vida e é que cal é a súa vida? Xa non o sabe. Xa non se quere porque non sabe quen é, xa non se coida. Íllase e comeza unha espiral de autodestrución. A tristeza e a rabia focalizada cara ao seu pai impídenlle construír un novo eu e orienta toda a súa enerxía a terminar de destruírse, coma se non quixese ser a única sobrevivente desa vida de xoguete. O seu irmán acompaña lle en consulta, cre que necesita axuda. Pero Enma rexéitaa. Non é un cambio o que necesita, só quere que lle devolvan a vida que tiña. Pero iso xa non é posible porque xamais poderá volver confiar na súa familia, e probablemente cústelle facelo con calquera, mesmo confiar nela mesma é agora un problema.



Ilustración de H. Stratton para o libro “Songs for Little People” de Strettell, 1896

Cando é o outro o que cambiou e non hai interese en continuar a relación, abandonala é unha posibilidade sa. Cando unha persoa deixa de saber quen é ela mesma e abandónase, é un problema.

A intervención, neste caso, pasou por axudar a Enma a reencontrar aspectos do seu eu pasado que ela valoraba como positivos e a construír a partir destes unha ponte entre a súa eu do pasado e o eu futuro que quería para ela. Antes disto traballamos o furacán de emocións de rabia e ira cara aos seus pais, que bloqueaban calquera intento por construír.

“Non me dou o que necesito”

Cando nos emparellamos con alguén é porque sentímonos atraídos por esa persoa, ou porque vemos que nos pode achegar algo que nós consideramos valioso. Afecto, intereses comúns, estabilidade, aventura... cada un busca na súa parella algo diferente. Se a parella deixa de achegarnos algo significativo ás nosas vidas, poden empezar os problemas porque, para que estar con alguén do que non saco ningún beneficio? Unha das opcións, se a separación non é desexable, é a de buscar-se a outro que satisfaga as nosas expectativas respecto da relación. Pero ter unha relación paralela non axuda a que a primeira mellore. É máis, pode ata empeoralala.

Se a “parella” da que falamos é un mesmo, a situación complicase: non podemos separarnos diso que non nos gusta, polo que unha das opcións viables é a de buscar nos demais o que non podemos obter pola nosa conta.

É o caso de Berto, un home de 40 anos, casado, pai de dous fillos e cun traballo estable dende hai anos. Acode acompañado da súa muller a consulta demandando unha terapia de parella. Berto reclama que a súa muller non lle fala de maneira “xenuína” e sempre está a lle dar voltas a se ela quérelle ou non. A súa muller, Fátima, quéixase de que ten conversacións interminables acerca do seu amor que nunca levan a ningunha parte. Non sabe como demostrarlle a Berto que si lle quere de verdade.

Berto foi fillo único e a súa nai morreu cando el tiña 5 anos, momento no cal queda ao coidado da súa avoa, unha muller de carácter que nunca lle dixo que facía algo ben. O seu pai, aínda que presente, sempre se mantiña á marxe da educación de Berto e se interviña, era para darlle a razón á avoa.

Aos cinco anos, en pleno desenvolvemento do seu autoconcepto, apenas iniciando a relación consigo mesmo, deixou de sentirse querido, de sentirse seguro das súas opinións e dos seus sentimentos. Esta crise do seu propio eu fixo que desaparecese a seguridade de que el é unha persoa válida digna de ser querida.

O amor incondicional é unha das cousas básicas que todo o mundo busca ter dentro de si: “quérome, estou satisfeito co que son e, aínda que podo mellorar, isto non impide que non sexa digno do



Ilustración de H. Stratton para o libro “Songs for Little People” de Strettell, 1896

meu propio amor”. Berto nunca puido integrar dentro da súa propia personalidade a seguridade que dá ese amor incondicional.

Por tanto, igual que nunha parella que non lle dá o que necesita, inicia unha procura desa seguridade nos outros. Desgraciadamente, cando se trata de algo esencial como é a seguridade e o amor incondicional é difícil velo noutra parella se antes non o tes integrado dentro de ti. É dicir, se a relación cun mesmo non funciona porque hai algo que falta, a solución non é buscar ese algo nos demais. Igual que a solución a unha falta de agarimo non é buscarse unha amante. É máis, unha amante o único que fai ás veces é poñer de manifesto o problema e precipitar unha crise dentro da parella.

Berto necesitaba antes arranxar os problemas que tiña consigo mesmo para poder ver en Fátima unha persoa que o quere de “verdade”. Cando comezou a estar a gusto coa súa propia personalidade, cando aceptou que o seu pasado fora difícil pero que iso non era unha escusa para non ser merecedor de afecto, cando, en definitiva empezou a quererse un pouco máis, foi entón cando a relación con Fátima mellorou considerablemente, ao poder ver Berto os xestos de “amor xenuíno” que Fátima tiña con el.

“Fai tempo que non me quero”

Practicamente todas as parellas pasan por unha etapa de “lúa de mel” na que todo é bonito e fabuloso. Os defectos do outro non teñen importancia á beira das moitas virtudes que posúen. Chega un momento que esta fase termínase e comeza unha etapa máis realista.

A perda de faísca e a rutina poden poñer en perigo a relación de parella. Se se saben adaptar á nova situación, non haberá problema e a relación poderá continuar moito tempo máis, que pasa cando non é así? O desamor, os defectos do outro de súpeto cobran unhas dimensións xigantescas e o positivo queda relegado a un segundo plano.

A fase de lúa de mel na relación cun mesmo correspóndese coa primeira infancia e os inicios do auto-concepto. Na seguinte etapa, cando os nenos xa non son tan positivamente irreais, senón que cobran conciencia dos seus defectos é o momento en que tamén pode haber problemas de “desamor”.

Mónica é unha muller de 36 anos solteira, sen fillos e cun traballo estable. Acode a consulta porque non é capaz de render no seu posto de traballo como lle gustaría. Defínese a si mesma como vaga, chorona e patética. No seu tempo libre non fai nada, non goza con ningunha actividade e pasa as horas morta vendo a televisión e durmindo.

Cando tiña 7 anos comezou a angustiarse cos estudos e a chorar se non lle daba tempo a terminar as fichas. Ademais, nesa época lembra problemas con algúns dos seus compañeiros. Os seus pais



Ilustración de A. Hughes para o libro
“Sing-Song. A nursery rhyme book”
de Christina Georgina Rossetti, 1893

rifábanlle cando chegaba a casa con algún problema e dicíanlle que se tiña que defender e que non tiña sentido chorar por aquilo. Dende entón, a súa visión de si mesma estaba condicionada por eses grandes defectos que lle impedían ver aspectos positivos dela.

Desta forma, igual que nunha relación de parella na que cada un é incapaz de dicir nada bo do outro, a relación cun mesmo vaise deteriorando cada vez máis, xa non se goza e pérdese interese por coidarse.

O obxectivo con Mónica estaba claro: tiña que volver a “namorarse” dela. Como sabemos, o amor non é algo que se poida forzar así que sempre lle pedimos cambios lentos, sen présas, na liña de “cóidache” aínda que non tivese moitas ganas. Ademais, poñéndonos nós nunha liña máis pesimista que a dela, conseguimos que fose cambiando o seu discurso para rebater a nosa actitude de derrota: “tampouco estou tan mal (...)”.

Mónica comezou a coidarse aos poucos, no seu modo de vestir, apuntándose a un ximnasio, chamando a amigas, etc. Cada vez sentíase máis a gusto con ela e os cualificativos negativos que predominaban nas primeiras consultas fóronse minimizando e relativizando. Deuse conta de que era algo máis que unha chorona e que tiña outras calidades polas que a xente quería estar con ela.

“Non vallo nin para decidir o que tomo”

Un dos casos máis complicados en terapia é o que se presenta baixo a seguinte demanda: “sei que non me convén, pero non o podo deixar. Non estou ben con el, pero é que sen el tampouco”. Coma se dunha adicción tratácese, o simple coñecemento de que continuar con esa relación resulta daniño non permite á persoa deixala, volvendo unha e outra vez, seguindo case á perfección o esquema de logro-recaída. Do mesmo xeito que ocorre con outras adiccións, as relacións “aditivas” xeran malestar e resultan destrutivas para a parella e para as persoas que as compoñen.

Pero as adiccións son tamén potentes destrutores do amor propio.

Pedro ten 68 anos e traballou toda a súa vida como comercial nunha importante empresa de licores. Xubilado dende fai tres anos, consome grandes cantidades de alcol. Afeito, polo seu traballo, a un consumo diario e en grandes cantidades, tras a xubilación non só non o reduciu senón que o incrementou. Durante a súa etapa laboral todo era diferente. Coa súa muller non tiña problemas xa que pasaba longas tempadas viaxando e cando estaba na casa o consumo era reducido. Durante as viaxes de negocios, o consumo tampouco era un problema. Ao contrario, era un medio para o éxito. E Pedro facíao moi ben, estando moi ben considerado na súa empresa. Despois de tantos anos no negocio, Pedro desenvolveu unha gran tolerancia ao consumo. Tras a xubilación, o tempo libre non fixo máis que empeorar a situación xa que agora o consumo xa non é un medio, xa non está limita-

do ao contexto laboral, agora alaga toda a súa vida. Ademais de xerarlle problemas na súa relación de parella, a incapacidade para deixar de consumir mina a súa autoimaxen. Non se considera xa unha persoa competente, perdeu o control.

Do mesmo xeito que ocorre coas relacións de parella “aditivas”, o coñecemento do dano que xera esa relación (co outro ou co alcol) non permite á persoa desprenderse dela.

Neste caso, traballamos dende o modelo de Prochaska e Diclemente (1997) pero dándolle moita relevancia aos aspectos relacionados coa emerxencia dun novo eu tras a xubilación, tratando de fomentar a súa “parte boa” e propoñéndolle tarefas dirixidas a incrementar o seu sentimento de competencia. A súa muller foi unha gran aliada durante o proceso terapéutico, achegando numerosas excepcións que axudaron a Pedro a elaborar un autoconcepto máis positivo.

Quérome tanto... e á vez tan pouco

Algunhas parellas seguen un patrón disfuncional caracterizado polo continuo vaivén no que cando un dos membros reclama ao outro, este afástase, e viceversa. Son relacións onde a homeostase está na loita polo outro e o desequilibrio ocorre cando ambos conflúen na mesma dirección. Coma se non puidesen amarse á vez o un ao outro, como unha especie de amor eternamente non correspondido.

A historia de Narciso e do fracaso para amarse a si mesmo é tamén unha historia de amor non correspondido. Como ocorre no caso da parella, Narciso non consegue tocar o seu reflexo na auga, cando se achega o reflexo desvanécese. A lenda de Narciso dá nome ao trastorno narcisista de personalidade.

Luciana viviu toda a súa vida en centros de menores. Abandonada polos seus pais no hospital, abandonada polos seus acolledores, abandonada pola administración... unha vida de sufrimento caracterizada polo sentimento de rexeitamento e a falta absoluta dun vínculo seguro. Agora, aos seus 25 anos, preséntase ante os demais como unha persoa forte, con importantes capacidades, despreza a quen considera inferiores e móstrase tremendamente arrogante ante as críticas, defendéndose con duros ataques sempre que a realidade se impón. Cando a realidade desmantela esa ilusión, retráese cara a un mundo imaxinario formado por outros que recoñecen os seus supostos logros. Millon (2006) denomina a este patrón “narcisista compensador”, e establece paralelismos coas personalidades evitadora e negativista. Desde a psicanálise, os comportamentos de Luciana explicaríanse en base a mecanismos de defensa compensatorios e a súa orixe estaría nas traumáticas experiencias de vinculación temperás.

Orientamos a intervención con Luciana a tratar de equilibrar a súa autoimaxen, os seus puntos fortes e os seus puntos débiles, tratando de que asumise os límites e fóra capaz de relacionarse con eles sen vergoña nin dor. A intervención lembra moito á que se realiza no dó. E é que a peor renuncia (ou perda) é do que nunca se tivo.



Ilustración de Chas. Robinson para “Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899

Solucións

Ante un problema de parella, a solución non sempre pasa porque mellore a relación. Moitas veces, o éxito da intervención consiste en conseguir desbloquear a situación de forma que os membros da parella decidan separarse. Con todo, cando o problema está na relación cun mesmo, o divorcio non é unha posibilidade san, como fixo Narciso (suicidio).

Seguindo coa analoxía entre o amor de parella e o amor propio e sen esquecer as diversas aproximacións existentes á reconstrución do “Eu”, a nosa proposta adapta algunhas das estratexias que se usan en terapia de parella ao tratamento do amor cara a un mesmo, ou ben explica o funcionamento de técnicas coñecidas no traballo do autoconcepto dende o marco da terapia de parella.

Aumentar interaccións positivas

Como sinalan Beyebach e Ferreiro (2010), o éxito dunha terapia de parella depende en boa medida de que se recuperen os aspectos positivos da relación. Para iso, trátase de fomentar bos momentos entre ambos, ou se descentra a atención dos aspectos negativos do outro para enfocala nos positivos.

Este obxectivo resulta moi válido cando o problema é cun mesmo xa que adoita ocorrer que as persoas que non se gustan, métese nunha perigosa espiral esperando a sentirse preparadas ou capaces de facer algo para facelo. E como o paso do tempo non o cura todo, a sensación de estar preparado non só non chega senón que cada vez está máis lonxe por pasar tanto tempo evitándoo.

- Buscando excepcións, houbo algún momento bo na relación? Cando a persoa está tan bloqueada que non é capaz de facer referencia a ningunha característica positiva propia, resulta útil manter unha conversación sobre a existencia pasada de bos momentos na relación consigo mesma, tratando de que os describa e buscando a forma de repetilos no momento presente.
- Parte san, parte enferma. Se non é capaz de identificar ningún momento bo, a estratexia “parte sa, parte enferma” tamén pode obter bos resultados. Neste caso, a conversación viraría acerca da existencia dunha parte san, que non é capaz de ver porque é pequena e ademais está moi centrado na parte enferma. Neste sentido, o traballo oriéntase cara á procura de solucións para identificar e incrementar a parte san que todos temos.
- Diario de autoafirmacións. Pode resultar eficaz pedirlle que leve unha especie de rexistro (ou simplemente, que se fixe, en función da persoa) onde anotar as cousas que foi capaz de facer cada día a pesar das dificultades ou que fixo cun bo resultado.

Todas estas estratexias, a maioría ben coñecidas por terapeutas formados na Terapia Sistémica, non son máis que un intento por incrementar as interaccións positivas cun mesmo.

“Cando o problema está na relación cun mesmo, o divorcio non é unha posibilidade san”

Bloquear as interaccións negativas

Outra vía de traballo en terapia de parella, complementaria á anterior, consiste en introducir un cambio na forma estereotipada e ríxida en que se adoitan producir os intercambios negativos.

A continuación, describimos unha serie de tarefas utilizadas en terapia de parella que se poden adaptar para promover o cambio individual:

- Días pares e días impares. Esta tarefa consiste en pedir aos membros da parella que durante 3 días á semana se comporten coma se estivesen separados e outros tres coma se decidisen estar xuntos. Durante o sétimo día poderían decidir como actuar. Trasladando esta idea ao ámbito individual, pedimos ao paciente que, durante a metade da semana se comporte coma se se odiase, coma se fose un inútil e incapaz e que durante a outra parte da semana se comporte coma se non tivese complexos e fose capaz de enfrontarse a todas as dificultades. Aínda que a porcentaxe de cumprimento desta tarefa non é alto pola súa dificultade, as persoas que conseguen esquecerse por uns días das súas imposibilidades obteñen un gran reforzo que lles serve para romper o círculo e realizar cada vez máis actividades gratificantes.
- Dous eloxios por cada crítica. Esta tarefa consiste en pedirlle ao membro da parella que critica constantemente (ou a ambos) que, antes de realizar unha crítica cara á outra persoa, faga primeiro dous comentarios positivos sobre ela. Moitas persoas son extremadamente críticas consigo mesmas, xerándose un gran malestar. Eloxiarse primeiro antes de realizarse unha autocrítica funciona como estratexia distractora, elimina a carga emocional asociada á crítica e abre a porta para pensar sobre aspectos positivos nunca antes valorados.
- Zonas Vermellas. Se a distracción funciona como forma de impedir mensaxes negativas cara a un mesmo, tamén pode resultar útil a indicación utilizada en terapia de parella que consiste en pedirlle á persoa que para discutir (neste caso, autocriticarse), debe facelo dunha forma concreta ou nun lugar concreto (por exemplo, debe esperar a unha hora determinada ou a estar nun lugar determinado para poder falarse mal).
- Un euro por insulto. En terapia de parella, a tarefa consiste en meter un euro nun bote por cada insulto ao outro e, con ese diñeiro, comprarlle un agasallo ao final da semana. Resulta moi útil como unha forma de reparación do dano causado a un mesmo, se se lle pide a unha persoa que tende a insultarse ou ter frecuentes pensamentos de autodesprezo.

Tempo a soas

Algunhas veces, estímase necesario pedir aos membros da parella que reserven un espazo individual á marxe do outro, como pautar tempo a soas dun mesmo? A técnica da externalización pode interpretarse como unha forma de manterse á marxe, temporalmente, dun mesmo. Por exemplo, cando



Ilustración do libro "When Life is Young: a collection of verse for boys and girls" de Mary Elizabeth Dodge, 1894

Ile pedimos a alguén que moldee a súa autoestima con plastilina, tratando de facer un boneco para colocalo nun lugar visible da casa. Cada vez que detecte un pensamento negativo sobre algo que non fai ben, algo que lle desgusta ou xera malestar, senta fronte ao boneco, a súa autoestima, escóitalle e devólvelle argumentos en contra. Mentres realiza esta tarefa, a persoa está liberada da súa eu máis negativo, tratando de xerar argumentos nunha especie de defensa sobre a propia persoa.

Traballar a rabia, o odio e a culpa

Cando un membro da parella sente emocións negativas intensas cara ao outro, tan intensas que non lle permiten ter unha conversación coa outra persoa sen alterarse, sen focalizar no negativo, sendo incapaz de facer un traballo construtivo pero sendo tamén incapaz de tomar unha decisión acerca da permanencia ou non na relación, pódese traballar con esa persoa os sentimentos que está a impedir avanzar. Unha forma de facelo é a través da súa expresión no que denominamos “carta que non se envía”, que non é máis que unha reflexión dirixida cara ao outro sobre os reproches e as cousas que lle gustaría que fosen diferentes. Como o seu nome indica, esta carta non ten como obxectivo ao seu destinatario, de feito en moitas ocasións a eficacia mellora cando se lle pide á persoa que a queime. Esta estratexia de ventilación emocional resulta tamén útil no traballo das emocións negativas cara a un mesmo.

Cando a culpa é o sentimento predominante que está a interferir na vida da persoa, é posible avanzar coa estratexia de “paga as túas culpas”. Debater ou cuestionar se a persoa debe ou non sentirse culpable non ten ningún efecto xa que forma parte da esfera emocional, non da esfera cognitiva. Así, soamente sentindo que pagou a súa culpa restaurarase o equilibrio emocional. A forma elixida para pagar esa culpa varía en función de cada persoa xa que o importante é atopar unha acción que faga sentir a esa persoa en particular merecedora do seu propio perdón. Moitas veces é difícil atopar unha forma concreta de pagar a culpa, sobre todo, se o feito culposo ten que ver coa propia persoa. A estratexia de externalización consistente en portar unha pedra pesada no peto durante un tempo resulta tamén eficaz para aliviar este sentimento.

Terapia de dó

Ata aquí centramos a intervención nas persoas que, dalgunha forma, “quérense pouco”, propoñendo alternativas para incrementar as experiencias positivas consigo mesmas, reducir as mensaxes autodestructivas e as emocións negativas como a rabia ou a culpa pero, como axudar a alguén que se quere demasiado?

Como explicamos no caso de Luciana, o narcisismo pode ser interpretado como unha compensación dunha autoimaxe moi negativa. A dificultade no tratamento das personalidades narcisistas é a súa incapacidade para identificar as súas propias limitacións e, sobre todo, para exteriorizalas, incluso conseguindo unha boa alianza terapéutica. Por elo, expomos un modelo de intervención

“A técnica da externalización pode interpretarse como unha forma de manterse á marxe, temporalmente, dun mesmo”

moi similar ao traballo de dó. Neste caso, non é a perda do outro amado senón a perda da persoa idealizada que non son. Como nas fases do dó descritas por Kübler-Ross (2006), cando a realidade trata de impoñerse, o narcisista reacciona, en primeiro lugar, negándoa. Posteriormente, e só se hai unha boa alianza, virá a ira, a tristeza e, finalmente a aceptación dun eu máis real.

Seguindo o modelo de atención ao dó de Worden (2004), a primeira tarefa consiste en axudar á persoa para aceptar a realidade da perda. Neste caso, falaríamos da perda do “Eu” ideal. Para iso, utilízanse estratexias para equilibrar a súa imaxe a través da evocación de aspectos positivos e negativos de si mesmo e promovendo a conciencia acerca dos seus propios límites, onde non pode chegar. Nun segundo momento, e seguindo a Worden, abordamos as emocións asociadas a esa perda e a dor que esta xera. A terceira tarefa, descrita polo autor como “adaptarse a un medio no que o falecido está ausente” ten que ver, na terapia con persoas narcisistas, con axudarlles a enfrontarse ás situacións cotiás sen o disface do todopoderoso, dotándolles de estratexias que lles permitan ampliar o seu arsenal de respostas para relacionarse dende unha actitude máis espontánea e vivir o presente sen tanta necesidade de manipulación, fantasías compensatorias, intelectualizacións, etc. Aos poucos, o narcisista vai sendo capaz de flexibilizar a súa ríxida postura ante o mundo e pode contactar coas súas necesidades afectivas sen negalas e sen que lle causen dor, o que constituiría a cuarta tarefa do dó descrita por Worden: recolocar emocionalmente ao falecido.

Lonxe de tentar establecer unha clasificación dos problemas individuais relacionados coa autoestima, o noso propósito foi reflexionar acerca da similitude que teñen moitas das dificultades neste ámbito coas atopadas nun contexto de parella. Ademais, quixemos facer unha pequena achega comentando algunhas das estratexias do enfoque de terapia de parella que adaptamos en terapia individual e que resultaron eficaces na nosa práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010) 200 tareas en terapia breve. Barcelona: Herder.

Graves, R. (2004) Los mitos griegos. Barcelona: Círculo de lectores.

Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2006) Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2006) Trastornos de personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.

Ovidio (1998) Metamorfosis. Madrid: Alianza Editorial, Clásicos de Grecia y Roma.

Papalia, D. (2001) Desarrollo humano. Bogotá: McGrawHill.

Prochaska J. y Velicer W. (1997) The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Health Promot. 12 (1):38-48.

Vasta, R. Haith, M. y Miller, S (2001) Psicología infantil. Barcelona: Ariel Psicología.

Worden, J.W. (2004) El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.

3

O PAPEL DOS VÍNCULOS AFECTIVOS NO PROCESO DA ADAPTACIÓN Á ENFERMIDADE CRÓNICA

Jorge García Fernández
PSICÓLOGO CLÍNICO. XERENCIA DE
XESTIÓN INTEGRADA DE A CORUÑA

Resumo: A capacidade para desenrolar alianzas con outros seres humanos desempeña un papel imprescindible no obxectivo de mellorar as nosas condicións de saúde e polo tanto tamén as da nosa especie. Estes vínculos afectivos tanto no marco da familia coma no entorno social máis amplo, compren diversas funcións no desenrolo dos procesos de vivir e polo tanto tamén de enfermarse. Mentres os nosos vínculos se manteñen estables, mantemos a capacidade para establecer novos vínculos, de seguir avanzando, medrando, aprendendo. Tanto a inestabilidade nestes lazos como a

dirección que as súas influencias exercen ó longo dos distintos momentos da enfermidade, destacan como un dos puntos máis relevantes na consecución de unha adaptación máis ou menos exitosa de este proceso. No presente traballo, dende a fase inicial de normalidade, describen-se sete momentos polos que os pacientes van avanzando no seu proceso de cronificación. Un camiño caracterizado nunha primeira fase pola procura de solucións parcialmente ineficaces, aparición de falsas esperanzas e de esgotamento emocional, que se van sucedendo ata alcanzar un novo estado de estabilidade. Un longo proceso conxunto onde os outros, principalmente aqueles con vínculos afectivos máis estreitos non foron simples espectadores.

Palabras clave: adaptación psicolóxica; enfermidade crónica; vínculos afectivos.

Abstract: The ability to develop alliances with other human beings plays an essential role in order to improve our health conditions and thus also of our species. These emotional ties both within the family and in the wider social environment, diverse functions in the development of the processes of living and therefore also of illness. While our ties are stable, we maintain the ability to establish new relationships, to move forward, growing, learning. Both the instability in these ties as the direction exert their influence throughout the different stages of the disease, stand out as one of the highlights in achieving a more or less successful adaptation of this process. In this paper, from the initial phase of normalcy seven moments that patients are progressing in their process of chronicity are described. A path in a first phase characterized by the search for solutions partially ineffective, the appearance of false hopes and emotional exhaustion, that are going to reach a new steady state. A long set where others, mainly those with close emotional ties have not been mere spectators process.

Keywords: psychological adjustment; chronic disease; bonding.

Durante máis de unha década, acumulamos experiencia sobre como os pacientes que sofren enfermidades físicas crónicas e o seu entorno falan acerca da súa enfermidade. Tentamos ofrecerlles un espazo onde relatar as súas experiencias de xeito desordenado e caótico, ou sexa, no seu estado natural, e propuxémonos construír unha realidade manexable na que poder mover-nos, á que poder referirnos con certa concreción e coherencia. Para nós e para eles conseguimos elaborar un mapa de traballo con eses discursos. Para os profesionais, pretende servir de compás no proceso de empuxe cara un estado onde a enfermidade, ó igual que o resto das dificultades, intégrase como parte da vida.

Suxerimos como apoio na lectura deste artigo, o módulo de adaptación psicolóxica do curso online sobre dor crónica para pacientes que figura na bibliografía (García, 2014). Dun novo traballo en fase de desenrolo, extraemos algúns fragmentos onde diferentes “outros” que comparten o mesmo, ofrécennos os seus relatos acerca desta cuestión: o xeito en que ambos protagonistas se moven a través dos seguintes 7 momentos.

0. A normalidade

Os individuos humanos dispoñemos da vantaxe de poder aprender ó longo de toda a vida. A capacidade para automatizar aprendizaxes, ofrécenos a posibilidade de realizar funcións complexas da vida cotiá e á súa vez, reservar un espazo mental para poder realizar aprendizaxes novos. A isto chamámoslle rutinas, hábitos... Coñéceselle tamén como normalidade.

“Había un ano que Miguel traballaba nesta empresa co camión, cargando e descargando ferros, ás veces con axuda de máquinas, ás veces só co corpo. Levabamos xuntos 12 anos. Fóra do traballo eramos unha familia que podía considerarse feliz, moi pegote. Dende que naceu Sara hai 12 anos, faciamos todo xuntos. Decidíamos xuntos as cousas, visitabamos xuntos ás nosas familias, íamos ó supermercado xuntos, víamos a tele... Todo marchaba de corrido, sen pensar...”.

As persoas tras enfermarse referímonos frecuentemente ó noso estado previo como unha situación idílica, chea de actividade, de enerxía e rodeados do apoio dos demais. Un tempo no que as cousas simplemente marchan, van, flúen, discorren, funcionan. Parece que isto é o que as persoas tendemos a considerar como o normal.

Dentro de esta programación para a subsistencia, a capacidade para desenrolar alianzas exitosas con outros seres humanos, supón unha vantaxe importante na mellora da saúde (Florian, Mikulincer e Bucholtz, 1995; Gómez-Bobassi, Pérez e Vila, 2001). Cando os nosos vínculos afectivos son potentes e se manteñen estables funcionamos tentando abarcar novas vinculacións e polo tanto, gañando en recursos; facémonos máis fortes. En caso de debilitamento ou dúbidas sobre ditos vínculos esta capacidade dificultase enormemente, perdemos enerxía na desconfianza e a reparación, facémonos débiles coa aparición de dificultades engadidas para a adaptación máis ou menos exitosa de este proceso.

1. A aparición dos síntomas

En moitas ocasións, a normalidade vese interrompida por sinais do corpo que segundo a súa intensidade, a forma en que aparezan máis ou menos visible, a interferencia coa vida cotiá, a gravidade percibida polo individuo e a influencia do entorno, poden chegar a ser consideradas como ameazas á saúde e motivan a busca de atención médica. Deste xeito, esas sinais convértense en síntomas.

“Chegaba a casa sempre con molestias. El non lle daba demasiada importancia. Os seus compañeiros de traballo chanceaban cando chegaba curvado, parecíalles normal. A escasa experiencia, o pouco costume... dicía súa nai tamén ás veces. Ós poucos o fun conven-



Ilustración do libro “The Bab Ballads” de Gilbert, W. S., 1898

cendo de que se tomara aquilo en serio, que non era normal estar sempre con dor e na cama toda a fin de semana. Tiña medo de que se puxese enfermo.”

Os síntomas a diferenza das definicións habituais, non son meramente un asunto subxectivo individual. Os outros significativos teñen unha importante capacidade para influír e contribuír en dar significado a eses sinais coma en calquera outro fenómeno perceptivo. Resulta incuestionable a influencia da opinión dos demais acerca da relevancia de un síntoma determinado. A percepción diferente de gravidade entre unha dor de cabeza ou unha dor ó respirar, dependerá tanto dos coñecementos e a experiencia persoal de cada individuo, como dos individuos relevantes que nos rodean. A visibilidade diferente no caso dunha mancha na fronte ou unha adenopatía na axila, non é un fenómeno subxectivo individual; así como a interferencia na vida cotiá do enfermo, non resulta en ningún caso indivisible da interferencia que un determinado malestar ten na vida do outro relevante. A cantidade, calidade e presenza dos nosos acompañantes habituais xoga un papel determinante nesta fase (Brannon e Feist, 2001). A suma de todos estes factores compartidos: intensidade, gravidade percibida, visibilidade e interferencia, motivan a que un sinal ou malestar se converta en síntoma o cal funciona como interruptor que activa as condutas de busca de atención médica.

2. As primeiras solucións ineficaces

Cando os síntomas persisten dun xeito continuado, iníciase habitualmente un longo percorrido a través dos distintos profesionais da saúde. Estes realizan diferentes hipóteses e propoñen distintas alternativas terapéuticas dende o punto de vista farmacolóxico ou outras medidas de intervención física. No caso das enfermidades crónicas, estas medidas ofrecen un resultado unicamente parcial, conformando así unha ampla colección de solucións ineficaces.

“Despois das primeiras consultas médicas nas que os antiinflamatorios e relaxantes musculares non funcionaban moito, levámolo a un fisioterapeuta cada semana. Aliviáballe un pouco. Mentres, seu médico de cabeceira receitou algo para descansar mellor. Tamén lle dixo que repousara e que camiñara. Levaba seis meses de baixa cando lle fixeron a Resonancia. Deixabámolo na casa vendo a tele cando ía á praia coa nena. Cando estabamos en casa, a meirande parte do tempo estaba na cociña sentado nunha cadeira, mirando á rúa. Chegamos a poñerlle unhas pedras quentes que nos venderon para o lombo, todo o que facíamos parecía que funcionaba, pero era só a nosa ilusión”.

Unha vez consensuada a presenza dos síntomas, o xeito de resolución dos mesmos invita a un novo proceso de negociación onde as influencias persuasivas do entorno son determinantes (Fisbein e Azjen, 1980). Unha vez superada unha primeira acción de “esperar” e non facer nada confiando



Ilustración da ópera “Songs of a Savoyard” de W. S. Gilbert, 1890

nunha solución espontánea dos síntomas, soemos poñer en marcha o recurso da medicina “tradicional” en forma de consulta co médico de cabeceira. Sen lugar a dúbidas, para conseguir unha fase de espera prolongada, a ocultación do síntoma ante os demais será de gran axuda, permitindo así que se apracen as suxestións intensas para buscar solucións ou evitar o agravamento da situación. De feito, unha fonte de conflito habitual entre as parellas resulta da discrepancia nos coidados de saúde que un dos membros debe realizar de xeito “responsable” para o outro. O coñecemento dun membro da parella de un risco inicialmente oculto (unha taxa de colesterol, glucemia, etc.) dificilmente traerá consigo unha postura de neutralidade na adopción de medidas de coidado.

As rutas de peregrinación en busca de solucións inexistentes son moi diversas, dependendo do contexto e das barreiras concretas de cada marco de saúde (Hirmas, Poffald, Jasmen e cols., 2013). No noso medio o inicio en contextos da medicina tradicional resulta o máis convencional. Unha intensificación progresiva de medidas terapéuticas e de diagnóstico de maneira paralela son o procedemento habitual de cada visita médica. Deste xeito vanse sucedendo episodios onde se prescribe un novo fármaco (analxésicos, antiinflamatorios, miorrelaxantes, anticonvulsionantes, benzodíacepinas, antidepressivos...) e unha nova proba diagnóstica de complexidade ou coste sucesivo (RX, TAC, RM) incluíndo ademais derivacións e esperas a outros especialistas, conformando así unha escaleira que se tarda moitos meses en ascender.

E simultaneamente a estas rutas oficiais de peregrinación, aparecen diferentes oportunidades con invitacións suxestivas para realizar intentos de solución máis eficaces baixo o título “¿E que temos que perder?”. Dende medidas máis familiares como a acupuntura, homeopatía, medidas nutricionais, etc., ata procedementos que requiren exercicios de fe intensos baseados en fluxos de enerxías, ións, imáns e conceptos provenientes doutros medios culturais. Habitualmente os pacientes e as súas familias falan con asombro de ata onde as súas ganas de mellorar ou a súa necesidade de manter a esperanza lles levou nese sentido. As boas compañías con boas intencións axúdannos a entrar e tamén a saír na exploración destes recursos.

3. Malestar

Hai que considerar que en todo este proceso inverteuse tempo, esforzo e diferentes recursos persoais, e ante os intentos infrutuosos de volver a recuperar o estado inicial de saúde, pódese presentar todo un conxunto de pensamentos, sentimentos e emocións que podemos agrupar ou resumir baixo o termo malestar.

“Miguel xa non quería ir a mais sitios. Enfadábase cada vez que pretendíamos axudarlle invitándoo a saír. En ocasións culpábase de non ter ganas de nada. Estaba triste e non quería acumular máis desilusións”.



Ilustración do libro “The Bab Ballads” de Gilbert, W. S., 1898

Afortunadamente a busca de solucións ineficaces atópase co límite da nosa propia esperanza por obter cambios. Dificilmente os outros (que son máis e con máis enerxía) cesan nesta misión de seguir invitando a recuperar o estado de normalidade previo. A apatía, a desesperanza, o cansazo, experimentados con malestar intenso do paciente e dos seus acompañantes, poñen freo na viaxe a ningures iniciado hai xa demasiado tempo (Lerman, Rudich, Brill, 2015).

4. Diagnóstico

Despois dun momento de incerteza onde se tentan diferentes solucións para o paciente, ó final estamos en condicións de recibir un nome para o noso problema de saúde. Isto permítenos tamén obter información das causas, así como un posible plan para mellorar a enfermidade crónica. É un momento temido pero o mesmo tempo desexado e frecuentemente tranquilizador: o momento do diagnóstico.

“Os resultados da Resonancia Magnética indicaron algunhas lesións discales dexenerativas, ou sexa, de mal prognóstico. O neurocirurxián non recomendaba cirurxía por considerala un proceso sen garantías. Falaba de medidas de rehabilitación específicas e un fármaco diferente”.

A diferenza doutras formulacións onde o diagnóstico aparece como inicio do proceso de enfermidade, atopámonos aquí con que se atopa en moitas ocasións como un acontecemento na metade do camiño. Os pacientes xeralmente fan dese intre con unha sensación de alivio. A lexitimidade para desempeñar un rol de enfermo, ante os demais e principalmente ante un mesmo precisa un nome de enfermidade (Gil e Moreno, 2004). Sen dúbida, o diagnóstico e os informes médicos que o inclúen, axudan a xestionar os asuntos oficiais de xeito máis eficaz, especialmente a exención de responsabilidades laborais.

Por outra banda, a asociación entre diagnóstico e tratamento, entre o coñecemento das causas como algo necesario para dar solución, tan útil en enfermidades infecciosas, desafortunadamente non resulta válido en moitas afeccións crónicas.

5. Máis solucións ineficaces

Tras o diagnóstico e o conseguente axuste das medidas terapéuticas, é frecuente que reapareza de novo unha carga extra de enerxía para continuar traballando co obxectivo de resolver o problema. É unha etapa marcada pola inactividade e a espera, con intencións férreas de intentar a toda costa manter as responsabilidades de sempre. Isto supón un gran esforzo, sobre todo cando para iso se exclúe toda posibilidade de recibir axuda. Novamente máis solucións ineficaces.



Ilustración da ópera “Songs of a Savoyard” de W. S. Gilbert, 1890

“Axiña nos puxemos coas medidas máis específicas de rehabilitación para o problema. Esas alternativas resultaron ser menos intensas, para non danar. Os novos medicamentos resultaron ser un nome diferente de algo que xa tomara antes. Naquel intre como parecía que non había solución, empeñouse en funcionar a toda costa, pola súa conta, comezou a facer cousas... eu sabía que iso non ía rematar ben”.

Sen dúbida, o entorno aproveita calquera argumento incluído o de “sabendo o que tes poderase atopar mellor unha solución” para reiniciar o proceso detido con anterioridade. A pronta comprobación de nova ineficacia nas solucións e por extensión “a ineficacia dos demais” nesta misión, conduce os pacientes cara a decisión de non compartir as súas dificultades, non dar pena, non resultar pesados, non interferir na vida dos demais. Acostumarse a funcionar coas limitacións por un mesmo, soe ser o último dos intentos.

O sistema de atención médica, cada vez máis fatigado, ofrece novas mensaxes acerca de factores psicolóxicos asociados responsables da enfermidade e da ausencia de melloría. Isto é interpretado polos enfermos como un cuestionamento da propia existencia dos síntomas, poñendo en interdicto a súa credibilidade e chegando incluso a ofertarlle solucións de orixe psicolóxico a problemas de índole física (Mahendra e Manjula, 2013).

6. Máis malestar

Estes intentos por protexer o entorno e de xeito autosuficiente e sen molestar, acaban por desenvolver sentimentos de soidade, abandono e incomprensión. Novos motivos para máis malestar.

“Non admitía máis desilusións... encerrouse no seu mundo... non nos tiña en conta, reaccionaba mal cando intentaba axudarlle. Decía que non lle comprendíamos, que non queríamos entender o que lle pasaba... sentía que era inxusto que nos tratase dese xeito”.

Chega un momento onde os intentos por alentar, infundir ánimos, suxerir novos modos de facer as cousas, facer ver que as dificultades son máis pequenas do que parece, xeran a sensación de distanciamento e indiferenza. “Non me conta o que lle pasa e di que non lle entendemos”. “Hoxe fago unha cousa e moléstalle, mañá esa mesma cousa séntalle ben”. “Dígolle que ten boa cara e interpreta que non sei como está de mal por dentro”. Resulta extremadamente difícil protexer aos demais da “nosa” enfermidade e sentirnos comprendidos e apoiados polo entorno. Os movementos de achegamento e afastamento con respecto á rede social próxima, destacan entre os acontecementos clave neste proceso (Góngora, 2004).

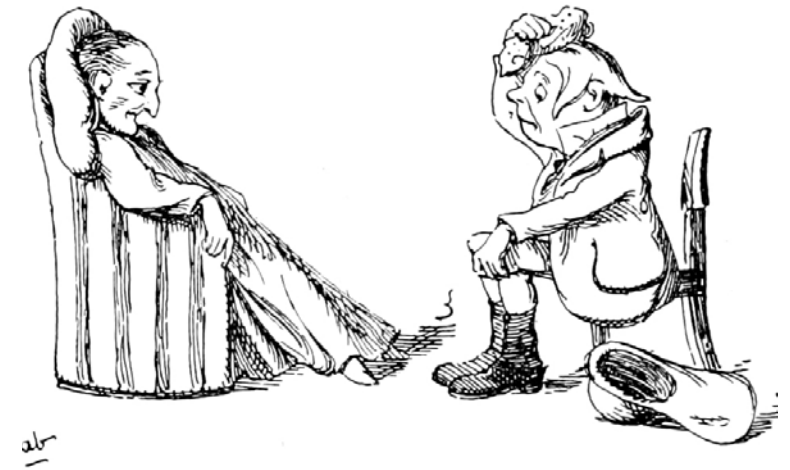


Ilustración do libro “The Bab Ballads” de Gilbert, W. S., 1898

7. Adaptación

Finalmente, vaise producindo unha renuncia gradual a ser os de antes. Trataríase entón de desenvolver, na medida do posible, as capacidades dispoñibles con axuda de outros, con novos valores, intereses e tarefas, xestionando de maneira eficaz a enerxía. En definitiva, vivindo doutro xeito. Sóese chamar a isto, adaptación.

“Ao final non tes mais remedio que aceptalo, entender que non é unha cobardía deixar de loitar para cambiar as cousas. Non sei quen o fixo primeiro. Creo que el foi sempre un paso por diante e nós seguímoslle. Dábame rabia pedirlle demasiado coas cousas da casa, sabía que para el era difícil asumir ese traballo, non tiña esa educación. Co tempo foise acostumando... ata incluso deixaba que lle viran facendo algunha desas tarefas. Coidaba a Nerea na casa e no parque. Ao principio apuntáballe eu todo, as tarefas, a lista da compra... Discutíamos, iso non funcionaba moi ben. Amplíei os meus horarios e aceptei responsabilidades novas na empresa. Podía facelo porque Miguel encargábase do resto, o seu xeito, claro. Pouco a pouco fómonos acostumando, volvíamos facer as cousas xuntos de novo, decidir as cousas xuntos, ir á compra xuntos, visitar a nosos pais xuntos. Sete anos despois, cada un de nós eramos distintos pero a nosa familia volvía ser a de sempre”.

Descoñecemos o momento concreto en que se produce ese insight. O intre no que ten lugar a aceptación do inevitable e no que se poñen en marcha de xeito activo, consciente e deliberado o traballo de deseñar un novo modo de existencia compatible coas capacidades dispoñibles. O xiro da enerxía nunha nova dirección, antes orientada en recuperar a normalidade, agora invértese en reconstruír un novo universo normal que convive cos movementos das expectativas dos outros. Como se de vectores de forza se tratasen, a suma da intensidade e dirección nun momento dado de todas esas frechas, determinan a velocidade e o punto de destino.

Son moitas as tarefas a realizar e consumen un longo período de tempo (De Ridder, Geenen, van Middendorp, 2008). Ao parecer, o primeiro traballo e se cadra o máis relevante, consiste en desligar os significados de covardía, resignación e derrota do cese de esforzos por volver a recuperar o que tiñamos e o que eramos. Resulta dificilmente compatible perseguir simultaneamente obxectivos tan diferentes como intentar manterse en pé para volver a camiñar e aprender a xogar ó baloncesto en cadeira de rodas. O menú de tarefas que se despregan tras este primeiro paso pode ser mais ou menos extenso. O repertorio ocupacional previo e a oferta que os demais poñen a disposición, entra en negociación con certas actitudes e valores preexistentes. Aventurarse a facer tarefas de *discapacitados, de mulleres, de pixos, de vagos...* require grandes cambios estruturais na escala de valores.



“Lilliput Lyrics” de R. Brimley Johnson
Ilustración de Chas. Robinson, 1899.

A xestión da enerxía implica unha coidadosa selección de asuntos importantes onde gastar as forzas limitadas. A invitación ós outros como colaboradores en certas tarefas cotiás, resolve en parte este problema. O xeito de comunicar as necesidades cambiantes, de expoñer as queixas acompañadas de unha posibilidade de acción por parte do outro, ou para ser simplemente escoitados require un axuste que leva unha gran cantidade de tempo. A consecución do mantemento da identidade da familia e colocar a enfermidade no seu lugar destacan como obxectivos primordiais que sinalan o final do camiño (González, Steinglass y Reiss, 1989).

Como en todo traballo onde se intenten alcanzar os asuntos que lles ocorren ás persoas, atoparémonos con que a situación da que se fala no papel en realidade non existe. En novos relatos de outros pacientes, so apreciaremos cachos e aspectos illados que coincidan co esquema aquí formulado e se cadra ordenados de outro xeito. Sen embargo, apostamos a que a inmensa maioría dos contidos sobre a enfermidade están aquí representados. En ocasións, haberá que forzar, en certa medida, esa realidade para darlle coherencia e dotarnos de marxe de manobra no proceso psicoterapéutico de acompañamento e avance a través do itinerario descrito.

Intentamos reflexar aquí de maneira especial o papel dos acompañantes en este camiño. Desde o propio marco cultural e social ata os que, en primeira liña, desempeñan un papel decisivo na construción da nosa historia. Aqueles que forman parte do noso núcleo de convivencia e cos que temos establecido vínculos afectivos estreitos. Os que máis nos importan, os que amamos, os que nos aman, aqueles aos cales lles importamos. Con ritmos diferentes e con estilos propios empuxan na dirección da recuperación do estado inicial e na reconstrución dunha situación diferente para todos. Conxuntamente imos deseñando e poñendo a proba os novos escenarios, elaborando os novos guións e decidindo o reparto dos novos papeis.

BIBLIOGRAFÍA

- Brannon, L y Feist, J. (2001). Psicología de la salud. La búsqueda de la atención médica. (cap 3), (pags. 67-104). Madrid: Paraninfo.
- De Ridder, D., Geenen, R., van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 19, 246-55.
- Azjen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Florian, V., Mikulincer, M. Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *The Journal of Psychology*, 129, 665-676.
- García, J. (2014). Curso online para pacientes con dolor crónico. Módulo de adaptación psicológica. Acceso 2015, Servicio Galego de Saúde Sitio web: http://sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=70519
- Gil, J. Y Moreno, E. (2004). Conducta y Enfermedad. Cap 8. En Gil, J. (Ed), *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gomez-Bobassi L., Pérez M., Vila-Castella J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicologia Conductual*, 9, 5-38.
- Góngora, N. (2004). *Enfermedad y familia, manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- González, S., Steinglass, P., Reiss, D. (1989). Poner a la enfermedad en su lugar: un grupo de discusión para familias con enfermedad médica crónica. *Fam. Proc*, 28, 69-98.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A.M., Aguilera, X., Delgado, I., Vega, J. (2013). Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review. *Rev Panam Salud Pública*, 33, 223-9.
- Lerman, S.F., Rudich, Z., Brill, S., Shalev, H., Shahrar, G. (2015). Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosomatic Med*, 77, 333-41.
- Mahendra, P. S. y Manjula. M. (2013). Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders. An overview. *International Review of Psychiatry*, 25, 116-124.

4

SOBRE A
SEXUALIDADE
FEMENINA E
AS DINÁMICAS
ACTUAIS DE
COMPROMISO
ENTRE MULLERES

Raquel Cediél Sáez

Traballa como documentalista e na actualidade, é vogal de documentación, lesbianas e reprodución asistida de Cogam, Colectivo de lesbianas, gais, transsexuais e bisexuais de Madrid. É autora do Libro de la Reproducción Asistida para Lesbianas y Solteras, Madrid, 1ª ed. xullo 2015 e da páxina web: www.reproduccionlesbiana.es

Resumo: Este artigo é unha posible introdución a un estudo máis profundo sobre a sexualidade feminina e as dinámicas actuais de compromiso entre mulleres. Mentres as cifras de unións civís heterosexuais descendieron considerablemente, os datos estatísticos mostran unha tendencia oposta no número de matrimonios homosexuais e especialmente, nos matrimonios entre mulleres.

Palabras clave: Sexualidad feminina, homoerotismo, unións civís, mulleres.

Abstract: This article is an introduction to possible further study on female sexuality and the current dynamics of compromise between women. While the numbers of heterosexual civil unions have fallen considerably, the statistics show the opposite trend in the number of homosexual marriages and especially in marriages between women.

Keywords: Female sexuality, homoeroticism, civil unions, women.

A Revolución Sexual iniciada a finais dos anos sesenta do século XX non se fundamenta na permisividade sexual concernente aos papeis de cada sexo con novas prácticas sexuais, uso de xoguetes eróticos ou pornografía para mulleres. A tamén coñecida como Liberación Sexual é, literalmente, unha fuxida sexual da reprodución que ocasionou unha evolución na autonomía feminina sen precedentes e con profundas consecuencias para a sexualidade masculina. De aí, os exemplos de violencia de xénero que vemos con demasiada frecuencia nos medios de comunicación.

Os métodos anticonceptivos eficaces implicaron moito máis que o feito de limitar os embarazos. A posibilidade de controlar a fertilidade de forma segura propiciou unha profunda transición na vida persoal da maioría das mulleres cara aos estudos superiores e o mercado laboral. Dende a comercialización e autoadministración das pímulas anticonceptivas, podemos constatar nas estatísticas demográficas de calquera país occidental como descendeu drasticamente o número de matrimonios heterosexuais, mentres aumentou o co-cuarto; como, tamén, descendeu o número de fillos,

pero aumentou o número de nenos que nacen fóra das unións civís e, especialmente como crece o número de nais solteiras, ano tras ano.

Neste contexto occidental de democracias liberais, a sexualidade feminina comezou a descubrirse flexible e aberta a unha diversidade que hoxe se coñece como unha capacidade potencial máis dos individuos de sexo feminino.

De feito, o recoñecemento do orgasmo clitoridiano e, polo tanto, do clítoris como centro de pracer na sexualidade dunha muller ameazaba, e ameaza aínda, á institución heterosexual de tal forma que tanto Freud a principios do s. XX -coa patoloxización dende a Ciencia que o considerou fóra de lugar nunha feminidade madura-, como os países africanos, onde se practican ablacións a nenos, mostran formas distintas pero cruentas de socializar as mulleres en termos do que comprace os homes antes de que poidan “elixir” por si mesmas. Todas as culturas coincidiron en identificar a sexualidade feminina co que comprace os homes e, en realidade, o pracer sexual para as mulleres é obtible e dadivoso tanto de homes coma de mulleres. O tema das relacións sexuais humanas presúmese moito máis amplo que os presentes confíns do sistema de roles masculino - feminino.

Nun dos seus experimentos, Ellen Laan (Lann, 1994), creou nun laboratorio unha situación controlada que anulase toda posible influencia do contexto para avaliar e comparar a resposta sexual, é dicir, o nivel de excitación e desexo medido polos seus síntomas fisiolóxicos: fluxo sanguíneo, palpitacións e segregación de fluxos de vinte e cinco mulleres heterosexuais, vinte e cinco mulleres homosexuais, vinte e cinco homes heterosexuais e vinte e cinco homes homosexuais expostos a escenas de películas de sexo explícito entre homes, entre homes e mulleres e entre mulleres.

Os resultados foron sorprendentes, as cincuenta mulleres que se autodefinían heterosexuais e homosexuais se manifestaban excitadas ante escenas de sexo heterosexual,lésbico e, mesmo, gay.

Estes resultados contrastaban claramente cos recompilados entre os homes: aqueles que se autodefinían homosexuais mostrábanse excitados ante escenas de sexo entre homes, pero non ante escenas de sexo entre mulleres e tampouco ante escenas de sexo heterosexual.

Os homes que se autodefinían heterosexuais mostrábanse excitados ante escenas de sexo entre mulleres e escenas de sexo heterosexual, pero non ante escenas de sexo entre homes.

As investigacións da doutora en psicoloxía Ellen Laan ratifican, dende o rigor científico, que a natureza da sexualidade feminina é moito máis ampla e fluída que a sexualidade masculina. O que fai que algunhas mulleres queiran aventurarse sexual e emocionalmente con outras mulleres depende só das oportunidades que topan e os tabús culturais aos que deban enfrontarse. E isto é algo que



© Paul Clifton

constantemente se está reinventando a medida que se suceden os cambios sociais nas democracias contemporáneas, aínda que tamén é certo, que as mulleres seguimos sendo máis selectivas á hora de elixir con quen, onde e como queremos expresarnos eróticamente.

Á fin e ao cabo, as argumentacións de Koedt (Koedt, 1968) no *“Mito del orgasmo vaginal”* baseadas na importancia do corpo e o saber-pracer das súas posibilidades que albiscaban razóns principalmente psicolóxicas para dar conta de por que a gran maioría das mulleres elixían aos homes e excluían as mulleres como parellas sexuais e a gran parte da literatura que produciu este período do feminismo da segunda onda en Estados Unidos entre 1968 e 1973 que discutía sobre a natureza da sexualidade das mulleres e o significado do orgasmo feminino, xa se fundamentaba no rexeitamento daquelas feministas a enredarse no que consideraban unha división artificial entre lesbianismo e heterosexualidade.

Historias de amor homoeróticas e de matrimonios

Ao longo da historia houbo homes e mulleres que levaron novos valores referentes ao amor e a autorrealización ata as súas últimas consecuencias, houbo parellas do mesmo sexo que construíron as súas vidas significativamente ao redor dun amor comprometido pero sempre fóra do matrimonio. Non obstante, este foi un dos trazos característicos das historias de amor homoeróticas, ter que actuar como un grupo separado construíndo unha historia puramente sentimental, sen máis implicados que aquelas dúas persoas para gozar de intimidade fóra da vista de parentes e colegas convenientes, sen obter vantaxes políticas ou económicas -que, por suposto, non serán as mesmas dependendo do xénero- e sen pretender por iso, obter ningún tipo de respecto social.

Hai tan só dez anos o Congreso dos Deputados aprobou a Lei que modificaba o Código Civil sobre o dereito a casarse engadindo un simple parágrafo: *“o matrimonio terá os mesmos requisitos e os mesmos efectos cando os contraentes sexan deste ou de diferente sexo”*. Pero ao mesmo tempo tamén realizou unha serie de matizacións sobre a igualdade dos cónxuxes nas súas promesas de matrimonio:

Art.º 66. - Os cónxuxes son iguais en dereitos e en deberes, fronte a “o marido e a muller son iguais...”

Art.º 67. - Os cónxuxes deben respectarse e axudarse mutuamente e actuar en interese da familia, fronte a “o marido e a muller deben respectarse...”

Art.º 68. - Os cónxuxes están obrigados a vivir xuntos, gardarse fidelidade e socorrerse mutuamente. Deberán ademáis, compartir as responsabilidades domésticas e o coidado e atención de ascendentes e descendentes e outras persoas dependentes ao seu cargo, fronte a “o marido e a muller están obrigados a vivir xuntos, gardarse fidelidade e socorrerse mutuamente.”

“Ao longo da historia houbo parellas do mesmo sexo que construíron as súas vidas significativamente ao redor dun amor comprometido pero sempre fóra do matrimonio”

Estas matizacións semánticas chamarán particularmente a atención dos que viven en relacións homoeróticas porque estes principios de igualdade entre os xéneros na intimidade aos que apela o Código Civil nunha forma de todo homologable coa democracia na esfera pública, son valores completamente integrados e cos que se constrúe a diario a convivencia nas dinámicas de parellas homosexuais: unha negociación de lazos persoais entre persoas que se consideran iguais. Por conseguinte, as mulleres han de batallar nas relacións heterosexuais pola asimetría dos sexos e os desequilibrios dos xéneros mentres que as mulleres nas relacións homosexuais, pola simetría dos sexos e a semellanza do xénero, dispoñen de tempo e enerxía para retroalimentarse noutras moitas cuestións, por exemplo, en praceres e voluptuosidade.

Dende a aparición da lei que modificou o Código Civil en materia de dereito a casarse, resulta bastante apropiada a ocasión para analizar por primeira vez os elementos máis propiamente psicolóxicos do noso contexto actual: os procesos de asimilación que lanza o Estado, os procesos de busca de coherencia dos individuos homosexuais e a función que cumpren os estereotipos cunha revisión das parellas do mesmo sexo con ou sen descendencia inscritas no rexistro civil.

Un balance estatístico destes poucos, aínda que suficientes, anos pasa por entrever en principio unha tendencia semellante á observada nos resultados definitivos do censo de poboación 2001, aplicado ás primeiras parellas de feito do mesmo sexo nas comunidades autónomas de Aragón e Navarra: 39% das parellas de feito foron entre mulleres e o 61% das parellas de feito foron entre homes. Dos 22.124 matrimonios civís entre persoas do mesmo sexo que se celebraron en España dende o acceso a este dereito ata decembro do 2011¹, o 65% corresponde a parellas de gais e só o 35% corresponde a parellas de lesbianas. Se ademáis cotexamos os datos dos cónxuxes do mesmo sexo pola idade en que se casaron durante os primeiros dous anos da aplicación desta lei, observaremos, nada máis e nada menos que o 80% dos matrimonios civís entre persoas do mesmo sexo de máis de cincuenta anos eran parellas de gais e só o 20% destes matrimonios civís entre persoas do mesmo sexo de máis de cincuenta anos eran lesbianas, o que subliña unha clara diferenza de xénero á hora de interpretar e exercer o dereito ao matrimonio dentro dunha minoría declarada homosexual.

Tal tendencia vindo de xeracións maduras evidencia experiencias de vida cualitativamente distintas a través dos cambios sociais e lexislativos que se veñen producindo nestas últimas tres décadas de incipiente democracia e que, sen lugar a dúbidas, están a afectar, substancialmente, máis ás mulleres a favor da súa autonomía que aos homes, por exemplo, a lei do divorcio ou a comercialización dos anticonceptivos orais.

Numerosas son as historias de mulleres maduras que estiveron casadas, tiveron fillos e separadas ou viúvas dun anterior matrimonio heterosexual, hoxe, manteñen unha relación afectiva con outra muller. Confinadas no ámbito privado á propia satisfacción sexual e no ámbito público á realización



©stockvault

¹ Censo total de la población 2011, Instituto Nacional de Estadística

persoal, o dereito a pensións de viuvez ou o recoñecemento dos fillos, posto que xa son maiores de idade, non inflúen o suficiente para formularse formalizar legalmente a súa nova situación de intimidade cun segundo matrimonio.

Inmiscidas como están nunha etapa de autocoñecemento e a sabendas do cal unha relación estable e lograda é notablemente beneficiosa precisamente porque moitos destes beneficios desaparecerían se tratasen de volver a aquela norma social de que todo o mundo debería casarse para toda a vida, seguramente, na súa nova etapa e para marcar a diferenza co pasado, elas optarían pola parella de feito.

Non obstante, para os homes maduros cuxa homosexualidade foi penalizada pola ditadura franquista coa aplicación da *Lei de Vagos e Delincuentes* ata a actual Constitución en 1978. E reprimida baixo o enunciado de “*delito contra a honra*” no Código de Xustiza Militar ata 1986 axitándose, en certo modo, ata o ano 2001, cando o servizo militar se postergaba obrigatorio en España. E, afectados, ademáis, pola SIDA dende finais dos oitenta, co prexuízo da promiscuidade ás costas, o matrimonio veu a ser indisociable de esixentes expectativas sobre a responsabilidade, como supoñen as pensións de viuvez, a posibilidade de adoptar fillos ou de regularizar amigos e amantes estranxeiros. Ademáis, o matrimonio ofrece á xente unha terminoloxía e unha imaxe pública positivas, que fixan pautas claras non só para a conduta da parella senón tamén, para o respecto que os demais deben manifestar por esta relación.

Non obstante, ao facer outro corte xeracional nos datos de matrimonios do mesmo sexo celebrados no ano 2010 entre cónxuxes de 25 a 39 anos, xa non topamos apenas ningunha diferenza cuantitativa en relación co xénero, de feito, a metade, 49,8% foron gais e a outra metade, 50,2% lesbianas. Abondou unha xeración para lograr a homoxenización entre sexos dentro do colectivo.

Este cambio de actitude cara ao matrimonio por parte das lesbianas novas en comparación ás lesbianas maduras, é, en calquera caso, ademáis do posible resultado das representacións previas que sobre elas mesmas teñen grazas a series de éxito internacional como *The L World*, *LipService*, *Sugar Rush* ou os personaxes de Maca e Esther ou Pepa e Silvia nas españolas *Hospital Central* e *Los Hombres de Paco*. É a opción de elevar a compromiso oficial, posibilidade pouco antes inexistente ou mellor dito, negada a este tipo de relacións, que se está a reinventar nun acto de activismo romántico e constitúe unha auténtica revolución nos países occidentais.

Cada vez máis mulleres elixen casar con outra muller e cando se deciden a iso, fano máis mozas que as súas coetáneas heterosexuais. Hoxe, as españolas casan aos 34 anos e son nais aos 32,3 anos. Noutras palabras, están a casar literalmente co pai dos seus fillos tras experimentar a convivencia e a repartición de responsabilidades. As mulleres que se autodefininen como homosexuais e bi-



©Jay Mantry

sexuais, en cambio, apostan pola compañía doutras mulleres a longo prazo sobre unha base puramente humana, sen fillos, sen dependencias máis alá do amor e a afinidade con esa persoa, porque o matrimonio, malia ser hoxe máis fráxil que nunca, continúa sendo a máis elevada expresión do compromiso que existe na nosa cultura.

Conclusión

A emancipación económica e a reivindicación do pracer veñen da man. A sexualidade feminina liberada, por primeira vez na Historia, do apego á reprodución, véñse desenvolvendo en paralelo aos métodos de contracepción máis modernos e as técnicas de reprodución asistida. Os ideais do amor romántico que influíron máis e durante máis tempo nas aspiracións das mulleres que nas dos homes, estanse a materializar en certo modo, nos compromisos activos e radicais que constitúen os matrimonios das lesbianas. Se ben podemos interpretar os datos estatísticos como tendencias da poboación actual e os seus valores, ao facer unha análise contextualizada dos datos cuantitativos desta primeira década en canto ao número de vodas rexistradas no ámbito nacional podemos constatar o *“in crescendo”* do número de matrimonios de mulleres. A sexualidade feminina despégase irreversiblemente do desmedido predominio da experiencia sexual masculina.

BIBLIOGRAFÍA

Giddens, A. (1998) La transformación de la intimidad. Madrid: Cátedra.

Koedt, A. (1968) El mito del orgasmo vaginal. New York: Radical Women

Gerhard, J. (2001) De vuelta al “Mito del orgasmo vaginal”: el orgasmo femenino en el pensamiento sexual estadounidense y el feminismo de la segunda ola. *Rev. Debate Feminista*, v. 23, p. 220-253.

Laan, E. et al. (1994) Women's sexual and emotional responses to male and female-produced erotica, *Archives of Sexual Behavior* 23 (2), 153-169.

NOTA:

As estadísticas son de elaboración propia a partires da base de datos do INE.

5

DO AMOR Á ARTE Catro conversas

Job Sánchez Julián
(Ares, A Coruña 1979)

Vive e traballa en Gijón. É licenciado en Belas Artes pola Universidade de Salamanca e máster en Xénero e Diversidade pola de Oviedo. Aínda que o seu traballo é practicamente pictórico, está interesado en todo o que ten que ver coa cultura visual. Ten desenrolado traballos relacionados có diseño, a docencia, a crítica de arte e a xestión cultural.

Resumo: Este artigo trata de atopar relacións que poidan existir entre o amor e a arte. Céntrase nos procesos creativos e parte dunha posición positivista, apoiándose nas correntes filosóficas postmodernas. Complementase con catro conversacións con outras tantas creadoras, que coa súa propia voz, axudan a moldeala propia do autor.

Palabras clave: Arte e amor, procesos creativos, artes plásticas, poesía.

Abstract: This essay tries to find relationships that may exist between love and art. It focuses on creative process and its starting point is a positivist position, relying on philosophical postmodernism. It comes complete with four conversations with as many creators who, with his own voice, help shape the author's own.

Keywords: Love & art, creative process, visual arts, poetry.

A experiencia de vida coma relato científico

O amor, sempre o amor. Calquera que tivese algunha vez unha inquietude artística recorreu ao amor: o poema infantil de métrica exacta e rima cansa a unha nai ou os versos adolescentes e ateigados de *miradas, labios, corazóns, brisas e tormentos*. O amor é o gran tema central, é o motor.

Nunha conversación, outra anterior á que aquí se recolle, con Olalla Hernández Ranz- mentres preparábamos uns talleres- tratámoslos principais tópicos aos que se recorre en calquera proceso creativo. De xeito sucinto podemos falar de catro: o amor, a morte, a busca e o paso do tempo; cada un co seu adxectivo modificador ou as súas metáforas (o amor platónico, a morte como perda, a procura que nos empuxa a emprendela viaxe, a vellez, ...). Aínda que, dalgunha maneira, o amor contamina a todos. Así, atopamos na historia da literatura épicos viaxes empuxados por unha paixón

desmedida ou relatos de amores prohibidos que terminan en suicidios a pares. Se o ser humano é unha máquina – como nos gusta definir ás persoas que nos deixamos seducir polas teorías poses-structuralistas- o amor é, como dicía, o motor. E será coa axuda dun grupo de autores e autoras que continúan a corrente de pensamento iniciada na década nos sesenta do século pasado, ademais de coas catro conversacións que adianto no subtítulo, como afronte este relato de vida disfrazado en ensaio.

Tiña pensado comezar con iso de “eu pinto dende pequeno”- esta expresión forma parte do meu *statement* dende fai algún tempo e por pereza nunca a cambio- pero o meu mellor crítico, que é tamén a miña parella- aí, o amor! Venos vostedes? -, sempre me recorda que todas as criaturas pintan e debuxan. ¿Será esta educación artística tan exigua e enfocada a destrezas manuais a culpable do abandono dun hábito saudábel? Será que os que nos dedicamos a algún oficio artístico crémonos posuidores dun don divino que nos acompaña dende a nenez? Para responder á primeira pregunta necesitaríamos outro estudo aparte. A segunda cuestión pódese responder cun chisco de condutismo: as nosas inquietudes explicaranse pola educación global que recibimos sumada a todo aquilo que nos produce pracer. O gusto adquirese, modifícase e moldéase como os nosos corpos e ideas co paso do tempo. Pero todo isto, profesionais da psicoloxía, déixollelo a vostedes: eu veño a falar do amor e da arte, da arte e do amor.

Aínda dende unha visión erroneamente adxectivada romántica- e isto aclaroumo outra das invitadas a esta conversación, Alba González Sanz- o amor chega a ser algo enfermizo e desigual, vou a quedarme co compoñente pracenteiro, moito máis positivo. Volvo a miña infancia. Foron moitas as horas que pasei desgastando ceras de cores e diluíndo acuarelas sobre calquera soporte. Estes dous exemplos non os describo ao azar, servíranme para explicar que pinta o pracer en todo isto.

Medrei nun pobo mariñeiro situado nunha península, unha vila que en época estival recibe algún veraneante pero que en inverno habítana persoas ás que pos nome e apelidos porque ou ben son familiares ou amigas ou veciñas. Os meus pais rexentaban un bar e as miñas dúas irmás, os meus dous irmáns e eu criámonos neste ámbito. O meu xogo preferido foi pintar sentado nalgunha mesa libre. As ceras eran un material marabilloso: desfaciáanse cun pouco de calor, mesturábanse, o seu trazo podíase modular ao meu antollo, non había soporte desagradecido. Non acontecía o mesmo coas acuarelas. Ninguén me explicara que as técnicas húmidas eran máis idóneas nun papel de algodón e non o eran tanto en reversos de sobres de facturas, folios, cadernos e algún caderno de debuxo de dubidosa calidade comprado, só en ocasións especiais, nalgunha das dúas papelerías do pobo. O pracer dese contacto coa materia dun xeito primario, case primitivo -pigmento e aglutinante sen máis-, era maior que o que me producía ver como o papel se desintegraba polo exceso de humidade... A curiosidade, o recoñecemento familiar e o goce foron máis fortes que calquera limitación técnica.

*“O gusto adquirese,
modifícase e moldéase
como os nosos corpos e
ideas co paso do tempo”*

Toda esta mini biografía non fai máis que exemplificar como o amor (por coñecer, por e cara á parentela e co seu compoñente pracenteiro) inclina a balanza das nosas decisións, fainos seguir un ou outro rumbo vital, nos define como *suxeitos en devir*:

Que é, pois, este suxeito en devir? É unha porción de materia viva, sensible, activada por unha pulsión fundamental de vida: unha *potentia* (antes que unha *potestas*) -non pola vontade de Deus nin pola clave secreta do código xenético- e, non obstante, ese suxeito está integrado na materialidade corpórea do se mesmo. Ante todo, o suxeito encarnado intenso ou nómade é unha entidade transversal que incorpora influencias externas e que, simultaneamente, despreza afectos cara a fóra. Este suxeito, que é unha unidade móbil no espazo e no tempo e, polo tanto, unha especie de memoria encarnada, non só está en proceso senón que ademais é capaz de perdurar a través de múltiples variacións descontinuas sen deixar de conservar unha extraordinaria fe en si mesmo. (Braidotti, 2009:216)

Se unhas liñas atrás mesturabamos condutismo e pracer, sumemos novos ingredientes tras esta cita da filósofa Rosi Braidotti. Ao antepoñer a pulsión á predisposición, o suxeito queda definido de xeito máis carnal. No caso dos suxeitos creadores, sirva como exemplo ese contacto coa cera do meu *eu neno*; un acto completamente físico que activa a *potentia* que impulsa a ir un paso máis aló. De aquí nace esa necesidade expresiva que, se non desistimos polo camiño, se fai verbo, música ou pintura. E falo de necesidades e non de capacidades co convencemento de que a memoria xoga tamén un papel importante.

Moitas das prácticas artísticas contemporáneas utilizan a memoria como materia prima. De xeito global ou individual, dende a igualdade ou a diferenza, a memoria percorre lugares e épocas; materializándose en biografías ou retratos, por citar dous xéneros de referencia. Talvez toda obra de arte ten algo de ámbolos dous? Se entendemos a creación como representación -volver presentar- en calquera das súas fórmulas, dende as máis abstractas ás máis icónicas, outorgamos á memoria ese papel importante. Os produtos ou procesos artísticos serven para canalizar esas ideas, figuras, historias, etc. que vivimos ou imaxinamos -obsérvese que imaxinar ten a mesma orixe que imaxe, ambas as dúas veñen do latín “imago” (retrato, copia, imitación)-.

O acto creativo aseméllase, desta forma, ao namoramento. As expresións que utilizamos coloquialmente teñen que ver con respostas físicas: sentir bolboretas no estómago ou como se acelera o corazón. O estado, chamémoslle normal, vese alterado. Un impulso que precede ao proceso. Son estes paralelismo entre arte e amor os que vertebran este traballo. Por un lado, intento explicar como o amor se relaciona coa arte e, a través de catro conversacións con outras tantas creadoras, establezo esa ponte bidireccional entre ámbolos dous conceptos.

*“O acto creativo
aseméllase, desta forma,
ao namoramento.
As expresións que
utilizamos coloquialmente
teñen que ver con
respostas físicas:
sentir bolboretas no
estómago ou como
se acelera o corazón”*

Podemos afirmar que, sobre a base de todo o dito anteriormente, o amor pasa de ser o gran tema (ou un dos máis importantes) a condición para que exista a arte. Ao asumir esta premisa estase a proporcionar unha ferramenta de grande utilidade á crítica e á historiografía da arte, permitindo o achegamento a unha definición válida e a unha análise menos formalista. Non hai entre ámbalas dúas categorías relacións xerárquicas, apenas unha dependencia simbiótica, por poñer unha metáfora. Encontrámonos pois, con dous conceptos que se moven nun espazo liso (en contraposición ao estriado):

En *Mille Plateaux*, Deleuze e Guattari presentan os conceptos de espazo liso e espazo estriado como unha extensión das ideas nietzscheanas en torno ao ser e devir.

O espazo estriado é o lugar da inmovilidade, da permanencia, constituído por suxeitos e obxectos, onde todas as cousas teñen o seu sitio, onde todo está ordenado e organizado, medido e previsto. As súas estrías son formas que estruturan a materia de xeito global e centralizado, dende unha perspectiva exclusivamente óptica.

O espazo liso, non obstante, desenvólvese por conexión local, proximidade e xustaposición de elementos, nun movemento permanente, onde a orientación e os puntos de referencia non cesan de cambiar. Máis que un espazo homoxéneo, o espazo liso é amorfo e informe; por el circulan «intensidades, ventos e ruídos, forzas e calidades táctiles e sonoras como no deserto, a estepa ou os xeos,». É un espazo sensual en lugar de mental. (Freire, 2005:160)

Por moi intelectual que sexa a práctica artística só existe como tal cando está orixinada ou atrapada nesta maraña de intensidades e forzas pracenteiras que describen Deleuze e Guattari. A arte conéctase intimamente co mundo dos afectos de tal maneira que o Amor (nótese que é a primeira vez que o escribo con maiúscula) pasa a ser a forza motora.

Conversa con Rebeca Menéndez^①

Job: Un dos traballos que vés desenvolvendo dende hai anos son un conxunto de instalacións gráficas, narrativas cuns personaxes femininos, onde só hai unha modelo que é a túa prima. Falamos pois dunha relación de afecto, aínda que despois -e isto é unha suposición miña que agora me aclararás- as historias son moi abertas. Sexa como sexa, partimos dunha forma de amor, neste caso dunha relación familiar.

Rebeca: Trátase da miña prima Gloria que agora ten quince anos. O proxecto empezou cando ela tiña catro. Ademais temos moitas cousas en común que teñen que ver co noso carácter ou a forma de enfrontarnos ás cousas; entón, claro, vendo a súa infancia recordoume moito á miña. Por suposto que hai moito afecto xa que no tempo pasado, sobre todo no relacionado coa infancia, sempre hai algo de morriña: sentirte inocente, a ilusión por aprender e descubrir,...

J: É curioso isto que me comentas porque unha das teses que sempre manteño é que calquera manifestación artística, sexa do tipo que sexa, independentemente de técnica ou estilo, ten algo de autobiográfico.

R: No caso da serie das nenas por suposto que si aínda que, claro, Gloria sempre achega algo de información extra grazas ao modo en como se desenvolve ante determinadas situacións. E aínda que, como te digo, se parece bastante a min, ela é máis extrema ca min. Cando se obsesiona por algo, sofre bastante e eu creo que nunca cheguei a eses extremos. Pero na miña outra liña de traballo, as fotografías, parto das miñas propias historias, o que pasa é que me parecería redundante ou sinalarme moito se tamén aparecese eu. Pero en realidade falo de min.

J: Claro, marcar unha certa distancia pero sen desmarcarse da historia persoal.

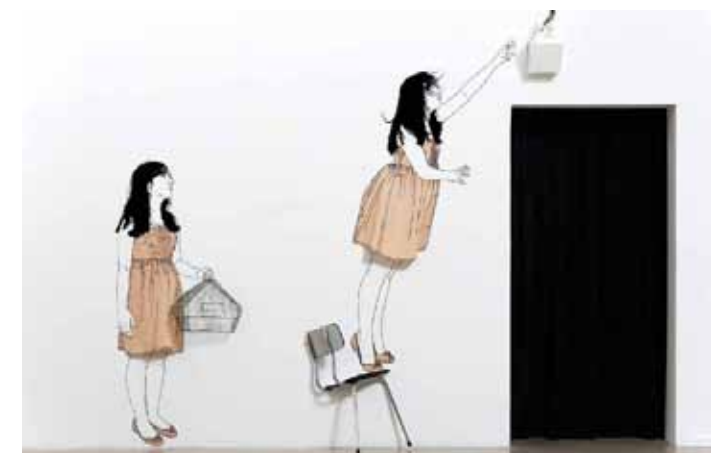
R: Si, de feito toda as modelos son amigas miñas e aínda que intento encaixar a modelo dentro da historia, non deixo de manter un vínculo con todas elas.

J: Ata agora falamos de relacións de afecto pero, cando falamos de amor ou da relación do amor coa arte, aparece ese concepto do amor romántico. Son historias ou referentes que a min, por exemplo, non me influíron no meu traballo. Parto máis de pequenos momentos cotiáns onde están presentes eses afectos, ese amor, e eses coidados que non chegan a eses graos de edulcoramento.

R: Si, sobre todo nos principios deste tipo de amor.

J: E como traballas ti ese concepto?, se é que realmente forma parte do teu traballo.

R: Pois eu creo que me interesa máis, mesmo o desamor ou as dependencias. Pero sempre que traballo sobre esta idea fágoo dende un punto de vista que non obvia que nalgunhas ocasións pode ser unha trampa.



El susurro de lo efímero de Rebeca Menéndez

^① Nada en Avilés no 1976. Licenciada en Belas Artes pola Universidade de Pontevedra. Participa en diversas exposicións individuais e colectivas de carácter nacional e internacional, recibindo tamén distintas becas e premios.

J: Ou sexa, unha mirada a este amor romántico pero coa súa correspondente crítica.

R: Si. Como parto do autobiográfico -xa te digo que todas as imaxes xorden de experiencias propias- en momentos de certa frustración persoal ou de angustia, non sei se por unha especie de compensación, pero me dá a sensación de que ese embrollo emocional, eses conflitos contigo, co que queres, co que sabes que debes facer,... a min sempre me proporcionaron ideas que funcionaron moi ben porque non caes no evidente ou en solucións doadas. Hai unha parte perigosa cando estás nunha fase de romance ou namoramento e é que o embelesces todo, positivizas o todo. Pola contra, o desasosego magnifícao todo, mesmo as anécdotas insignificantes as cargas de moito valor, un maior peso, coma se procurases canto máis drama mellor. Non sei se che respondín...

J: ...tampouco quero que se converta isto nun interrogatorio, só pretendo canalizar unha conversación que me axude a explicar como o amor pode influír na arte.

R: Tamén dígoche que todos os que nos dedicamos a calquera tarefa creativa é por unha cuestión de amor a nós mesmos... egolatría? non sei. Non ata o punto vaidoso, pero si unha cuestión que ten que ver con propoñerse un reto e saber superalo. E iso para min tamén é amor: amor propio.

J: Gústame -e chámame a atención- que saia o tema, en relación co amor, da superación de retos -sobre todo agora que mantemos esta conversación para incluír nunha publicación centrada na psicoloxía- e ese compoñente artístico que ten que ver co exorcismo de medos, a sandación ou a terapia, mesmo. Entón ábreanse varias liñas: o amor, coas súas diferentes concepcións, incítanos a crear; crear xorde tamén como necesidade de xestionar vida e emocións, con ese compoñente terapéutico. A min parécenme moi interesantes todas as prácticas que teñen que ver coa arte como terapia ou as que se inscriben dentro da corrente *outsider*. Son propostas que recibimos moi favorablemente pero logo parece que facemos moitas distincións entre alta cultura, arte con maiúsculas, artesanía... E eu creo que, realmente, ao final está moi pervertido este mundo da arte e deberíamos mirar un pouquiño máis cara a esas relacións afectivas ou de empatía entre público e suxeito creador.

R: A verdade é que estiven a pensar varias cousas mentres falabas. Por un lado, e é o meu caso persoal, eu comunícome mellor coa imaxe que coa palabra. De feito, as imaxes teñen ese carácter de universalidade. Por exemplo, o mellor xeito de achegarse aos nenos de pequenos e coñecer os seus traumas ou os seus medos, é recorrendo ao que expresan cos seus debuxos. Con respecto ao mundo da arte, creo que en canto catalogas algo xa o estás a perverter, estalo a limitar ou acoutando... e creo que é un grande erro. Moitas veces constatee que a reacción do público en exposicións ou feiras cambia despois de coñecer ao autor; notando unha diferenza moi significativa que vai dende o desprezo ao eloxio en cuestión de segundos...

J: ...en canto coñecen un nome e apelido concreto.

R: Claro, é algo completamente cultural. Repite estereotipos ante a experiencia estética apoiada en referentes anteriores. Interésame máis ese contacto coa obra cando se defende soa, sen buscar máis aló de tí. Eu móvome a ese nivel e é estimulante coñecer o traballo doutros autores pero sen ter en conta quen é o responsable desa obra porque ese non é o meu interese principal.

J: Buscas máis ese recoñecemento na obra...

R: ...esa emoción. E pódeme acontecer con calquera obra de *street art* que me encontre pola rúa, por exemplo, sen unha firma. Para min é un modo de arte moi xeneroso que só pide como recompensa esa mirada da xente ou, mesmo, denunciar algún aspecto da sociedade cunha imaxe. Espertar, dalgún xeito, un sentimento ou unha actitude ante algunha situación. Eu é que creo que o mundo da arte peca de pedante. O valor dunha peza non se pode considerar porque estea envolvida en determinada elegancia, ou o que se considera elegante. Son cuestións que eu relaciono con, por exemplo, esas inauguracións con toda a xente vestida de domingo e tomando un viño ou uns canapés...

J: ...xa. Cando, ao mellor, unha celebración da arte como nos gustaría implicaría un intercambio máis emocional. Emisores e receptores xuntos nun fluír de experiencias que constrúan a obra de xeito máis dialogante.

R: Si, porque o que se fai normalmente é como xulgar un libro pola súa cuberta. Espertan o interese por determinado currículo ou porque está representado por esta ou aquela galería. Paréceme, sobre todo, un acto de covardía. É bo ter información e ter unha predisposición para a aprendizaxe, pero hai que enfrontarse ás pezas deixándose impregnar por outro tipo de estímulos.

J: Para ir rematando, porque tampouco quero entreterte moito, gustaríame falar un pouco sobre un concepto que non saíra ata agora nas conversacións e que é a covardía. Non cunha connotación negativa como antónimo de valentía, pero si como un impedimento do público, un impedimento cultural, para abrirse ou predispoñerse a actitudes máis positivas en canto ás experiencias estéticas. E, como sempre, volvamos ao amor. Intentemos conectar ese amor canalizado na creación artística con esa covardía, entendida como venda ou xugo cultural que nos impide ir un paso máis alá... que nos converte en maniquís...

R: ...en reprodutores...

J: En reprodutores, iso! Entón, canto de valentía ten amar?

R: É imprescindible. A covardía mingua as cousas. No amor hai que ser especialmente xeneroso e valente. Todo o que sexa dubidar, unha excesiva cautela... mingua o amor; que o que necesita é absoluta entrega e dedicación. E para iso hai que ser moi valente.

J: Moitas grazas, Rebeca, paréceme un broche perfecto.

R: Grazas a ti, falar contigo é un pracer.

Conversación con Mariana Bernardo²

Job: Eu tiña moito interese en manter unha das conversacións para este artigo contigo porque, xa dende que colaborei cun texto para aquela exposición túa no CCAI, veño observando que no teu traballo hai un “ti” ao que te dirixes. En títulos, en referencias, hai unha persoa que se nomea -dalgún xeito- aínda que logo a obra se expoña a un público en xeral. Ademais, está presente unha temática que está moi relacionada co amor. Gustaríame que me contases un pouco como nacen estas historias.

Mariana: Todo nace da experiencia persoal que é o que me impulsa a desenvolver un proxecto determinado, que me formulo como unha forma de sandar e de desafogar.

J: Entendemos a arte como un modo de catarse, entón. Paréceme un punto de partida interesante, pero levándoo ao tema que nos ocupa, esa experiencia persoal ten moito, pouco ou algo que ver co amor?

M: Si, para min o amor é o nexo en común de todos os suxeitos. Un sentimento que comparten todas as identidades.

J: Afirmas que o ser humano está dotado para amar. Que é un sentimento universal.

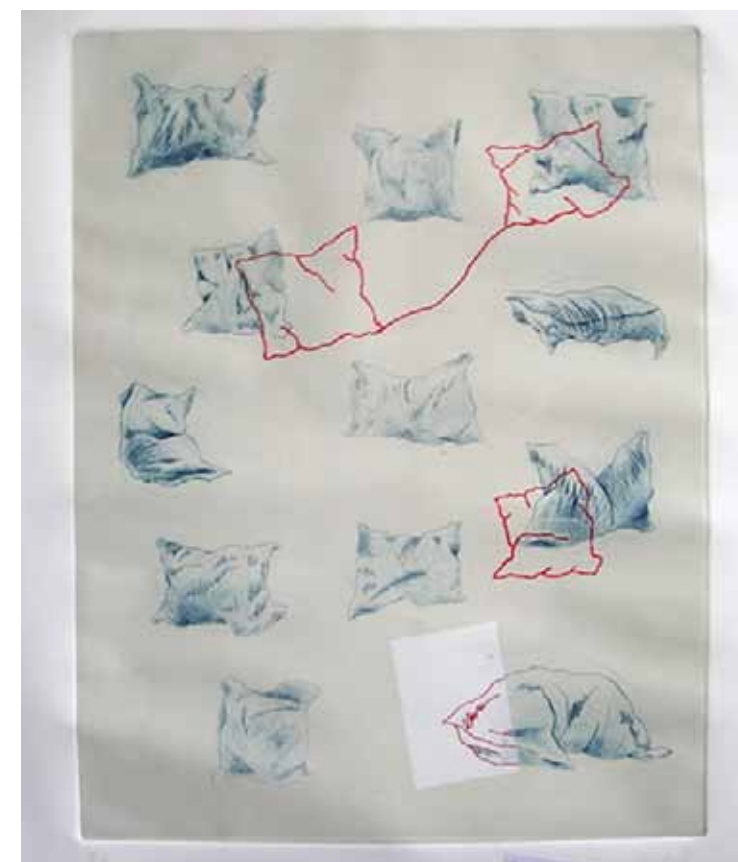
M: Si.

J: E iso de xeito irrefutable, claro.

M: Eu non coñezo a ninguén que non sentise algo parecido pero, claro, eu sempre che falo dende o que coñezo, das miñas vivencias. Descoñezo o que está oculto. O amor, ademais de servir como conector entre os individuos, é o motor das súas vidas. Interpretoo como unha linguaxe común.

J: O amor vai máis alá dun tema na arte...

M: ...eu enténdoo máis como linguaxe. A arte sería a forma de expresión: a lingua, por dicilo así.



Huellas en la almohada, bofetadas en la memoria
de María Bernardo

² Nada en Gijón en 1984. Licenciada en Belas Artes pola Universidade de Sevilla. O seu traballo céntrase no amor e nos seus desencantos coma parte universal do ser humano.

J: Hai paralelismo entre como entendemos arte e texto: coa súa gramática...

M: ...sempre que inicio calquera proxecto parto do texto. A estas anotacións súmanselle bosquejos e esquemas que van configurando cada novo proxecto.

J: O compoñente conceptual ten máis peso. No teu caso, que traballas sobre todo pintura e fotografía, non pensas primeiro nunha imaxe á que dotar de significado. A partir da recompilación de información, xérase a obra plástica e sempre en relación co amor, entendido como esa linguaxe universal que me dis.

M: Tamén me chama a atención que, de entre os outros tipos de manifestacións artísticas -literatura, música, etc. - é o tema máis común. En cambio, nas artes plásticas non o é tanto. Trátanse outros aspectos máis políticos que poéticos. Non sei a que se debe esas diferenzas entre disciplinas.

J: Pero eu, por exemplo, non concibo a política sen estar ligada á estética. Intento sempre equilibrar a balanza dos meus intereses e optar por un traballo menos intelectual, evitando unha lectura moi dirixida.

M: Ti estás a falar sobre o teu traballo...

J: ... agora si, estamos nunha conversación. Pero dígoo porque me parece que no teu caso é diferente.

M: Claro, eu aínda que fale de min mesma no traballo, deixo o espectador que se busque a si mesmo. “Eu é outro”, que dixo Rimbaud.

J: E volvendo ao “ti” inicial con que comezaba, traballas sempre co concepto de amor romántico?

M: Si. A ti gustaríache que non, pero é así.

J: Non é iso exactamente, pero é que eu teño unha tese e necesito contrastala con outras opinións. Non é que che queira levar ao meu terreo.

M: Eu falo do amor romántico que, aínda que se mesture con outros discursos, sempre está no fondo de cada traballo.

J: Insisto en darlle voltas ao tema pode haber unha mirada crítica? Porque da miña lectura das túas obras eu sempre saco unha mirada moi irónica, cunha estética próxima ao pop, nalgúns casos, ou no uso de frases feitas, noutros.

M: Si, esa ironía que sempre está presente na nosa vida, no que nos acontece. Os refráns representan a sabedoría popular, transmítense por tradición e falan de experiencias que sempre son as mesmas, na época que sexa. Igual que as cancións populares e os seus protagonistas: a noiva, o noivo, a voda... que se repiten xeración tras xeración. E rematas por asumir ese discurso, esa problemática.

J: Recompilando, temos: linguaxe, o amor romántico como linguaxe universal e, ademais, de xeito diacrónico. Se a linguaxe é unha forma de comunicación, que é o que nos empurra os artistas a comunicarnos de determinado xeito? Onde está o impulso para representar algo dun xeito ou outra?

M: No meu caso, o medio sempre é o gravado. polo menos durante o proceso, aínda que logo se materialice nunha pintura ou un debuxo. A técnica está ao servizo das ideas.

J: O punto en común é que técnica ou medio non teñen por que condicionar a lectura.

M: Para min non ten importancia. Unha frase escrita hai moitos anos pode fusionarse cunha imaxe recente e converterse nunha boa mensaxe. A técnica só debería ter importancia para os restauradores. A un espectador que máis lle dá unha técnica que outra... Ben, debería darlle igual porque logo, claro, entran esas cuestións diferenciadoras entre unha obra ou outra. A que é sobre papel é máis difícil de vender, a pintura se revaloriza,...

J: ...xa, pero non falemos do comercio da arte. Interésame, máis que o obxecto artístico, a arte como mediador de poéticas, favorecendo sinerxías entre público e creadores. Aínda que se queres, si que podemos falar do mercado artístico...

M: ...non, non, non.

J: Pois se deixamos o diñeiro á parte, falemos desa frase que sei que non che gusta nada: “por amor á arte”.

M: Nada, é unha expresión que me parece que desvaloriza o sentido da arte, coma se se obrase sen ganas. Ademais, é unha expresión tan manida! E mira que me gustan os refráns. Pero é que ademais é moi daniña porque como a xente vai valorar a arte cunha frase tan estendida e con semellante carga de significado?

J: Ti, en cambio, dálle moito valor.

M: Dáballe demasiado valor, agora xa non tanto. Tomo a arte menos en serio. Quizais tamén ten que ver con que estou desencantada co sistema da arte que me rodea.

J: Ou ben porque encontraches o xeito de sublimar ese amor por outro lado.

M: A ver, a arte sempre está aí. O meu amor á arte está moi presente. Ao que me refiro é que non me afectan tanto esas “inxustizas” do mundo artístico. É coma se estivese afeita a convivir coa parte máis perversa da arte.

J: Quizais esa mirada ao ámbito artístico xa non é tan crítica ou determinadas prácticas xa non che incomodan tanto. Estás menos pendente do que pasa arredor, pero tamén es unha artista

con moitos referentes. Non desligas o teu traballo dunha tradición, por dicilo dalgún xeito.

M: Non, non creo que sexa iso. Gústame gozar do traballo de xente afín. Non é que me basee noutros traballos para desenvolver o meu, simplemente encontro obras coas que me identifico. E encontrarme este tipo de artistas cun traballo similar axúdame a quitar medos. Descubro que hai máis xente que se formula solucións parecidas e isto implica que o público tamén se ve reflectido.

J: Buscas certa identificación?

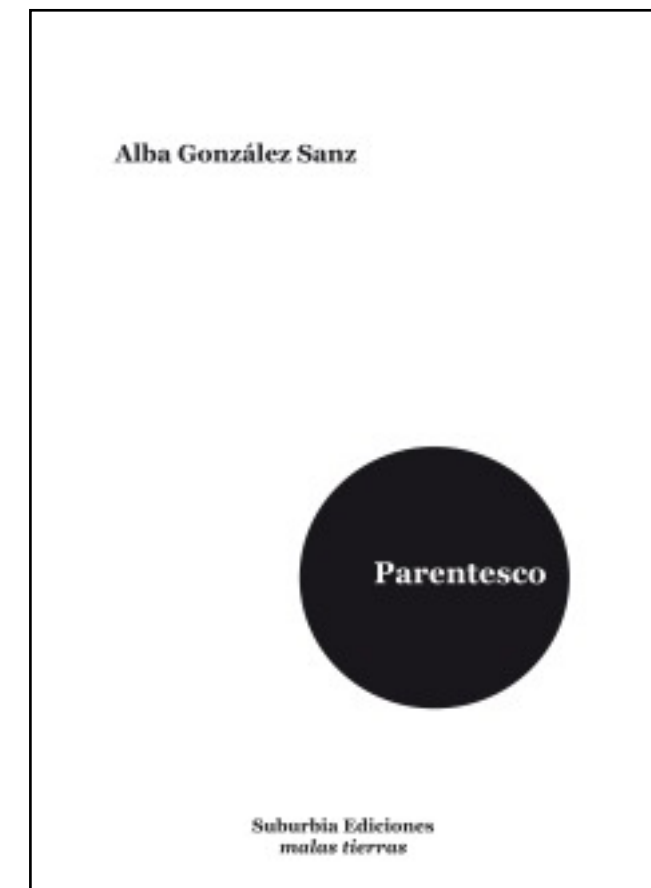
M: Tampouco é que a busque. O encontro propíciame certa seguridade. É como cando che dan un premio, non é que sirva de moito, máis alá de recoñecer un traballo, e pensas: estareino a facer ben.

J: Agora que sae a seguridade, e para rematar, cres que nos dá algún tipo de seguridade o amor ou o arte? ¿o falamos de conceptos completamente inestables? que constantemente se cambian, que se modifican, etc.

M: Eu o tema do amor vexo moi difícil que sexa estable. A arte é inestable de por si, é difícil que saia ben e ser correspondido. Pero a min reláxame ou abstráeme, axúdame a canalizar os meus monstros e os meus fantasmas.

J: E pode chegar o amor a converterse nun monstro?

M: Si, convértete, de feito. E é que o “sono do corazón produce monstros”³.



Portada de “Parentesco” de Alba González Sanz

Conversación con Alba González Sanz⁴

Job: Eu quería incluír unha conversación contigo neste traballo porque, ademais da relación de amizade que nos une e de que ámbolos dous somos creadores nas nosas correspondentes disciplinas, dáme a impresión de que no teu traballo poético sempre está presente unha temática de xeito constante que ten que ver cos afectos: amizade, sororidad, familia,... Gustaríame que me explicases un pouco como é a túa visión, se realmente te recoñeces nesta lectura.

Alba: En realidade, si. Agradézoche a apreciación e en parte compártoa. Interésanme as relacións entre persoas e, como ben dixeches, non só dende a perspectiva da parella senón tamén todo o que implica a amizade, o amor, a familia... Todas esas formas nas cales nos relacionamos cun ámbito, comunicámonos e onde entran en xogo eses sentimentos tan esaxerados algunhas veces: o amor e as súas variantes. De feito, o último libro, *Parentesco* -xa o título é eviden-

³ Xogo de palabras en relación á obra de Goya e que da título a unha das súas series de gravados e debuxos.

⁴ Nada en Oviedo no 1986, vive en Gijón. Licenciada en Filoloxía Hispánica. Máster en Igualdade de Xénero en Ciencias Humanas, Xurídicas e Sociais e Máster en Xénero e Diversidade. Tesis doctoral, fpu mediante, en curso. Ten publicados dous poemarios *Apuntes de espera* (Torremozas, 2010. XI Premio Gloria Fuertes de Poesía Joven) e *Parentesco* (Suburbia, 2012).

te- ten que ver coa familia e como xestionar isto con respecto á familia, que non eliximos, na que caemos dalgún xeito. Así, como suxeitos con desexos de trabar os nosos propios camiños, tócanos xestionar os afectos dende os que vimos e encamiñalos nun contexto: poñerte de acordo con eles, negociar, loitar,... nesa construción de ti mesma. E ademais de na familia, creo que pode suceder -e de feito sucede- noutros ámbitos, como na amizade ou nunha relación de parella. Son dous ou máis elementos que, cos seus condicionantes, nunha idea de relación, teñen que poñerse a fluír, a intentalo, e tratar de logralo do mellor xeito posible.

J: Falas de xestionar, que pode necesitar a activación de determinados mecanismos de defensa. Eu, igual é que pecho de inxenuidade, teño un concepto do amor demasiado positivo. Como grazas ao amor, á fluidez, se conseguen determinados obxectivos pero que nunca che formulas que por causa do amor, dos afectos, teñas que pararte a construír algún tipo de coiraza, negociar ou rodear o concepto por outros lados. Eu defendía unha idea de amor como motor pero non me estaba a decatando, ou non vía claro, que tamén pode ser un toque de atención ou alarma.

A: É que por unha parte, en xeral, calquera persoa pode estar de acordo nese desexo do amor como motor capaz de derruír montañas e facer a vida algo máis sinxela. Pero iso é moi doadamente contaminante polo que tecnicamente se chama amor romántico, por unha serie de ideais e imposicións que en canto á parella -e agora falo estritamente da parella- aféctanos e condiona aínda que non nos decatemos e a maior parte das ocasións fanos tremendamente infelices. Eu creo que nunha relación, de calquera tipo pero dende logo na afectiva, cada un chega dende un punto e ten que, por un lado, facer un proceso persoal para saber quen é, como é, como quere querer, como quere que o queiran e de aí a idea de ir limando aspezas e ir encontrándose, ensamblándose, ata que realmente ese fluír sexa certo. Non digo, para nada, que non exista dende o principio -ese desexo tremendo que fai que todo avance e que fai mesmo que sexamos capaces de superar esas dificultades insalvables- pero dende logo, no mundo no que vivimos, todo nos dirixe cara a un lado e, como te queiras saír dese esquema, pois lévalo claro. Ademais, en termos de parella heterosexual, que é o que na miña obra nese plano se trata, hai unha codificación do que ha de ser el, o de que ha de ser ela, un camiño marcado,... Entón, toda xestión diso que se escape minimamente -mesmo dentro dunha propia parella heterosexual- xa é unha pequena subversión do mandato e toca loitar contra todo e contra todos. Pero non como unha batalla na que te ergues da cama pola mañá e te vistes un traxe de explorador para ver que nos depara hoxe o día. Creo que si se pode conseguir fluidez. E aí acompaña a arte, acompañan as lecturas,... Hai un texto que escribín a catro mans con Laura Casielles que se titula *Abismos*, un texto que non está asinado e que é un continuo en si mesmo de preguntas, que nun momento di -ela ou eu, quen sabe- que “amor é o que facemos cando amamos”. O intento por *hiperdefinir* as cousas é o que, ás ve-

ces, vólvenos tolos porque necesitamos certezas e cumprir unha serie de obxectivos. E non, amor será o que fagamos cada quen con quen sexa, como lle saia e do xeito que flúa. Por iso digo, claro, motor positivo dende logo -o que move todas as accións e o que realmente nos mantén vivos- pero, cunha alerta inevitable que hai que ter e, na miña opinión, xa non só nesa relación de afecto, senón tamén o mundo laboral, no económico... É dicir, que esa autoconsciencia paréceme importante. E en canto ás parellas: é verdade que, no meu ámbito ou nas persoas que podo observar, teño a sensación de que falta unha honestidade cunha mesma e que son poucas as que se preguntan que queren e por que o queren... e por que, maldita sexa!, seguen a roda común, que é o máis doado pero tamén o máis opresor e conduce, demasiadas veces, á infelicidade.

J: Imos deixar de lado, entón, o que son as definicións. Quédanos claro que o amor está presente nesa observación da túa propia experiencia vital, sen excluír o ámbito que nos rodea. Agora, retomemos a arte: a arte como proceso creativo non como produto. E pregúntome, a poeta escribe polo amor, dende o amor,...

A: ...có amor, diríache. Para min si que é importante telo non como obxectivo ou punto de partida senón como estado. Ademais, non significa que necesites unha parella concreta... non. Simplemente creo que, para unha mirada cara ao mundo en xeral -non quere dicir que noutro momento poida mirar con ira, odio ou outro tipo de sentimentos- e polo menos pra min, en todo o exercicio poético, por moito que me interese indagar en cousas dolorosas ou complexas, a perspectiva do amor -aí si como especie de aire que respiramos- me parece importante sobre todo para non ferir: para que todo se dirixa cara ao construtivo nun momento determinado. Paréceme a mirada máis limpa: ser capaz de investigar ou indagar no que sexa pero con ese sentimento e non con outros, polo menos neste momento da miña vida.

J: Detrás desa mirada crítica aínda que positiva, desa análise, aparece tamén a subversión; enfrontarse cun determinado *status* ou canon. Para ir finalizando, gustaríame escoitar unha pequena reflexión túa sobre o amor subversivo.

A: Xusto agora estaba a pensar nun libro dunha boa amiga... O amor subversivo! Póñoche un exemplo concreto dunha cousa sobre a que me gusta indagar, ligándoo coa palabra canon que mencionaches. Moitas das imaxes que temos do amor -estas grandotas que nos caen enriba- teñen que ver cos mitos clásicos ou con certas herdanzas culturais que incorporamos. Sempre me pareceu interesante xogar a darlles a volta. Ademais, adoitan ser historias contadas dende unha perspectiva onde aos personaxes femininos non se lles deixa moi ben avidos, e así estamos non?, buscando príncipes e esas cousas... Pero tamén está a idea de subversión no amor entendéndoa como ser consciente de todos os condicionantes e tratar de buscar

outras maneiras, outras miradas, que garantan que todos vivamos unha vida libre de violencias e que realmente sexa feliz... vai máis alá desa propia relación de parella. En realidade ten aplicación en todos os ámbitos. Hai que subverter con amor a economía ou a política, cousa que no momento actual me parece moi interesante, e levar o discurso dos coidados á axenda política... e á relación entre políticos e cidadáns dependentes. Pois como cando Ada Colau fala de “feminizar a política” ou como cando Manuela Carmena afirma que “o concello está para coidar”. Utilizar estas palabras para min ten moito de amor subversivo e aplicado dentro dun terreo que non é o creativo, pero que vai un pouco na mesma liña: indagar, doutras maneiras, en todo aquilo que se nos deu de forma monolítica -queda comprobado que non é precisamente o que nos fai moi felices ou nos representa como persoas- e buscar as voltas para atopar un lugar e un espazo moito máis amplo que non peche a ningún.

J: Pois moitas grazas, Alba.

A: **Pois moitas de nada.**

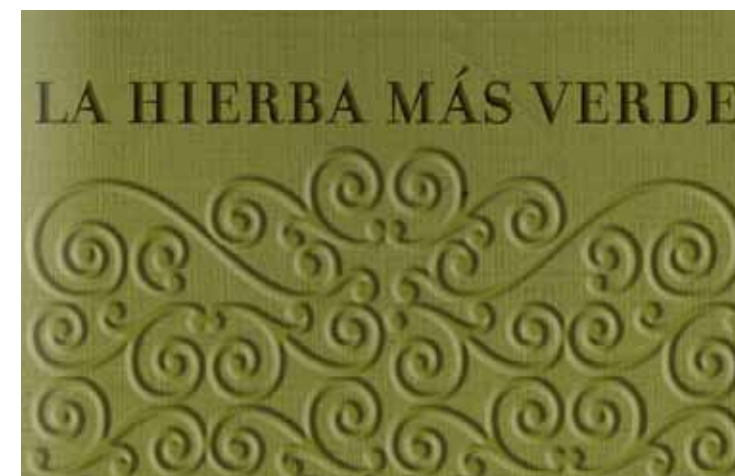
J: Xa sabes que, para min, ti es luz.

Conversación con Olalla Hernández Ranz⁵

(un correo electrónico a modo de conclusión)

Querida, Olalla

Para rematar un pequeno ensaio que estou a escribir para o Anuario da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG sobre o amor, a arte e as súas relacións; gustaríame incluír unha reflexión túa. Esta proposta non responde a un capricho ou é unha elección aleatoria pois, cando comecei a pensar en como o desenvolvería, tiven moi presentes as nosas reunións preparando os talleres de narración visual. Recordaba como me falabas dos catro grandes temas da literatura sobre os que iríamos a traballar. Pero tamén volvía ao teu libro con Alejandro Nafría, *La hierba más verde*, onde están presentes todos, creando un traballo próximo á miña idea de obra de arte total. Nas entrevistas que tiven ata o momento intentei confirmar a miña tese de que o amor chega a transgredir a categoría de tema para situarse próximo a enerxía ou motor creativo. Deste xeito, os conceptos de amor e arte sitúanse nun mesmo plano, sen que medie entre eles un vínculo de xerarquía ou dependencia. Partindo da túa experiencia, que inclúe un dos perfís máis poliédricos que coñezo dentro do ámbito



Fragmento da portada de “La hierba más verde” de Olalla Hernández Ranz

⁵ Nada en Sevilla no 1977. Licenciada en Filoloxía pola Universidad de Salamanca e Máster en literatura e libros para nenos e xóvenes e Investigación pola Autónoma de Barcelona. Traballou no ámbito da promoción da lectura e narración gráfica como docente, bibliotecaria, libreira, investigadora, editora e autora.

da creatividade, como inflúe o amor á hora de crear unha historia ou de seleccionar textos para editar? como ves ti a relación entre ámbalas dúas ideas?

Moitas grazas pola túa colaboración e un abrazo, Job

Ola, Job

Esta semana nun foro de discusión sobre o sentido da vida, dentro da formación de ioga que estou a recibir, cheguei á conclusión de que vivir amando é o que dá sentido na nosa existencia. Partindo da base de que o camiño que andamos está marcado pola busca, concatenado de momentos dentro dun espazo de tempo limitado que terá o seu fin coa nosa morte, aquilo que proporciona impulso vital e conciliación coa nosa esencia primeira é o amor. A vida como a coñecemos é amar e rematará, como a coñecemos, coa morte. Entón, calquera proceso creativo vén impulsado por ese sentir.

Un namórase de algo que quere contar e dá comezo un proceso de busca que dá forma, materia, a esa idea; e así crea, xa sexa a súa idea ou a doutra persoa.

Esta tarde, por exemplo, namoreime dun Asana que se chama *Parivritta Trikonasana* e aí estou, creando unha secuencia que me permita e permita as miñas alumnas chegar e saír do Asana sas e salvas; pero non só iso (porque iso sería só coherencia e amor aos demais, amor cara ao ioga e respecto polas miñas alumnas, para que non se danen e o seu camiño cara ao Asana sexa o máis livián posible) dentro de calquera proceso creativo cunha intención artística, penso que tamén existe amor cara á beleza e o desexo de enviar unha mensaxe poética a través da materia que creas. Esa mensaxe irá na forma: nas palabras que elixas para narrar, nas transicións entre posturas, en como estará deseñado o espazo, na música que poñerás, no olor da sala, a cor das mantas, das alfombras, dos coxíns, en min mesma. Polo que creo que hai niveis de profundidade en sentir, dependendo da túa implicación, da túa bagaxe ou da túa natureza, que conflúen para facer que algo naza; sexa o que sexa. Un saúdo, Olalla

BIBLIOGRAFÍA

Braidotti, R., *Transposiciones. Sobre la ética nómada*. Traducción de Alcira Bixio. Barcelona: Gedisa (2009).

Freire, H., «La escritura: ¿espacio liso o estriado?», *Escritura e imagen*, núm. 1 (2005), pp. 159-177.



FERRAMENTAS

"The Book of Days" de R. Chambers, 1864

FERRAMENTAS

VINCULO AFECTIVO E ALIANZA DE TRABALLO PSICOTERAPÉUTICO: CANDO AMOR E TRABALLO VAN DA MAN

Yolanda Castro Casanova
PSICÓLOGA CLÍNICA. TERAPEUTA FAMILIAR
UNIDADES HOSPITALARIAS DE
REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA
(HOSPITAL DE PIÑOR, OURENSE)
PROGRAMA DE AVALIACIÓN E
TRATAMENTO DE MENORES EN
SITUACIÓN DE RISCO OU DESAMPARO:
COORDINADORA-SUPERVISORA DO
EQUIPO DE OURENSE

M^a Gabriela Domínguez Martínez
PSICÓLOGA CLÍNICA
PROGRAMA DE AVALIACIÓN E TRATAMENTO
DE MENORES EN SITUACIÓN DE RISCO OU
DESAMPARO: EQUIPO DE OURENSE
PSICÓLOGA CLÍNICA EN PSICOEDUCACIÓN
(PONTEVEDRA)

Resumo: Este artigo trata de ilustrar o procedemento psicoterapéutico desde a perspectiva da relación, vínculo ou alianza terapéutica. O uso de elementos afectivos no establecemento e mantemento da alianza de traballo psicoterapéutico con pacientes non motivados, ilústrase coa descrición do procedemento de intervención seguido con dúas persoas usuarias do sistema de saúde mental e do sistema de protección de menores respectivamente. O ter en conta os elementos contextuais dos sistemas institucionais nos que se atopan os pacientes, permite o establecemento dun contexto de intervención terapéutica que marque unha diferenza para a confianza, colaboración e implicación persoal no proceso terapéutico.

Palabras clave: Vínculo afectivo, alianza de traballo psicoterapéutico, relación terapéutica, protección de menores, trastorno mental grave.

Abstract: This article tries to illustrate the psychotherapeutic procedure from the perspective of the relationship, attachment or therapeutic alliance. The use of affective elements in the establishment and maintenance of the psychotherapeutic alliance with patients not motivated, is illustrated with the description of the psychotherapeutic intervention with two people users of the system of mental health and child protection system respectively. If we take into account the contextual elements of the institutional system in which patients are, it allows the establishment of a framework of therapeutic intervention that influences in the trust, the collaboration, and the personal involvement in the therapeutic process.

Keywords: fear, arts, literature, music, paint, dance, sculpture, architecture, cinema.

1. Algunhas cuestións previas

A revista que portará este artigo é un monográfico sobre O Amor. Das acepcións do concepto que a “Real Academia de la Lengua Española” inclúe no seu diccionario extraemos as seguintes:

“1.- Sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser.

2.- Sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que, procurando reciproci-

dad en el deseo de unión, nos completa, alegra y da energía para convivir, comunicarnos y crear.

3.- *Tendencia a la unión sexual (Amor romántico)*

4.- *Objeto de cariño especial para alguien.*

Sinónimos: *lealtad, afecto, cariño, estima, bienquerencia, simpatía, apego, respeto, interés, aprecio, ternura, pasión, aficción, predilección, querer, mimo, cuidado.*

Antónimos: *desamor, odio, desprecio y descuido."*

O abanico de "interpretacións" do termo (e dos seus antónimos) abarca unha gran parte dos sentimentos que caracterizan a maioría das relacións humanas. O uso de elementos afectivos tan "humanos" no proceso de terapia foi obxecto de crítica e debate en ámbitos defensores da asepsia e o status profesional como posición ante os nosos pacientes.

Na nosa opinión, o amor, usado como base de establecemento dunha relación terapéutica, é unha actitude que define a posición do terapeuta; é un estilo de "vida laboral", unha maneira de entender a natureza humana e as relacións interpersoais, non ten unha intensidade alta e a súa duración non está limitada. É, ademais, un proceso activo e non pasivo, que ten efectos preventivos do "*queime profesional*" ou *burnout*.

Este artigo é froito da cooperación, colaboración e afectuoso agarimo (unha das formas do amor) entre as dúas autoras asinantes e Tamara Rego, artífice e responsable de pensar que algo poderíamos achegar ao tema deste monográfico, o amor, (tema nuclear niso do humano), desde a nosa experiencia conxunta no tratamento psicoterapéutico de persoas con diagnósticos de TMG e de Menores en Risco de Exclusión e Desamparo.

O encontro e establecemento dunha relación persoal (vínculo afectivo) e profesional (alianza de traballo) entre as autoras e a artífice deste artigo, comeza hai uns anos no marco da realización da Rotación de Rehabilitación Psicosocial do Programa PIR de Formación Especializada en Psicología Clínica na área sanitaria de Ourense e continúa desde hai outros cantos anos no marco do Programa de Tratamento Psicoterapéutico de menores en Risco de Exclusión e Desamparo (Convenio de Colaboración Xunta de Galicia-Servizos de Menores e Universidade de A Coruña, 2012.), baixo a dirección e coordinación do Dr.Valentín Escudero.

Comezaremos por aludir aos elementos "teóricos", que como "supostos" e non verdades, guían a nosa práctica clínica. Despois trataremos de aclarar os elementos contextuais que definen, en par-

te, o traballo con menores e con pacientes con TMG e que enmarcan un procedemento psicoterapéutico diferenciado nas formas e nos tempos, pero coa mesma maneira de entender o humano tanto no sufrimento emocional como na adaptación, afrontamento e superación do mesmo. Utilizaranse viñetas clínicas de dous casos, a modo de exemplo de aspectos do procedemento, nas que resaltaremos aqueles aspectos relacionados co amor na vertente que en cada momento do proceso resulta de utilidade para poder pensar no éxito da psicoterapia. As viñetas clínicas son unha invención, relato novelado, que ten coincidencias coa realidade, pero construído co fin de resaltar os elementos centrais a este artigo con fins didácticos, omitindo ou pasando de longo por outras posibles lecturas dos mesmos casos clínicos.

2. Aspectos conceptuais

- Os supostos teóricos xenerais do Modelo Sistémico, e da Terapia Estratéxica do MRI (Watzlawick e cols. 1985, 1994; Fisch e cols. 1988) en particular son a guía base da nosa maneira de entender e facer a psicoterapia. Dentro diso, a perspectiva do ciclo vital de Jay Haley (1980), tamén nos achega unha guía sistémica comprensiva do crecer dentro dunha familia.
- Dada a formación que o programa PIR proporciona en aspectos da teoría psicoanalítica e práctica “psicodinámica”, non podemos nin queremos prescindir dos coñecementos e ferramentas técnicas que podamos ver de utilidade para a comprensión e resolución do caso na práctica clínica, máis aló da idea de “contaminación” teórica que poida parecer.

Desde a psicanálise dise que “toda demanda é demanda de amor”; un aspecto común aos usuarios menores e aos pacientes con TMG é que ningún deles (con algunha excepción), pediu estar onde está; non realizan “demanda”, son pacientes ou menores pero non son “clientes”, polo menos de entrada. Como poboación comparten unha serie de eventos vitais negativos (abusos, malos tratos, negligencias, abandonos...) que predispoñen pouco á confianza que se necesita para pedir, dar e aceptar algo de amor, coidado, afecto... Por esta razón o terapeuta ha de iniciar o traballo para crear posibilidades de que o tolo ou o neno pidan axuda, ou saber ver máis aló do aparente (o pasotismo ou chulería de “@s adolescentes, a desconfianza, delirios e axitacións dun tol@) e “atopar unha boa razón para quereiros” (Venres Clínicos) como primeiro paso a unha aproximación que xere confianza e seguridade. Se de forma cálida, xenuína e honesta créase un vínculo afectivo, o traballo de psicoterapia poderá realizarse de forma natural e sinxela progresando cara á consecución dos obxectivos.

- Outra guía teórico-práctica é a Terapia Familiar baseada na Alianza e en concreto os traballos de Diamond (2004) e Escudero (2011) nos que se recompila todas aquelas teorías, procede-

“Comparten unha serie de eventos vitais negativos (abusos, malos tratos, negligencias, abandonos...) que predispoñen pouco á confianza que se necesita para pedir, dar e aceptar algo de amor, coidado, afecto...”

mentos, estratexias, intervencións, tácticas e técnicas que resultaron eficaces no tratamento de menores e as súas familias. O procedemento de intervención descrito nun dos casos segue as liñas directrices do programa que dirixe Escudero.

- A Unidade Venres Clínicos da Facultade de Psicoloxía da Universidade de Santiago de Compostela, liderada polo Dr. Emilio Gutiérrez desde hai case 30 anos, achega os elementos, as guías básicas para o exercicio humilde do oficio de psicoterapeuta da primeira das autoras. O lector atopará referencias ao longo do texto, á actitude que axuda ao terapeuta para establecer a relación terapéutica adecuada a cada caso; o “Homo sum; humani nihil a me alienum puto.” (“Humano son: nada do humano éme alleo”; Terencio, 94-159 A.d.C.), conforma o patrón básico de estilo terapéutico. O “optimismo irracional” como afecto que guía a nosa práctica diaria, iso de “¡a ver que podemos facer hoxe...!”, é o mellor dos antidotos contra a desesperanza, a indefensión, afectos que adoitan acompañar aos nosos usuarios, e contra o queime profesional frecuente en traballadores de institucións.
- No ámbito da intervención con persoas con TMG, o concepto de “recuperación” foi desenvolvido a partir da confluencia de diferentes perspectivas: os movementos asociativos de usuarios, os relatos biográficos de pacientes e os estudos de seguimento a longo prazo conclúen que unha porcentaxe significativa de pacientes recuperan unha vida plena e satisfactoria, con e sen síntomas, con e sen fármacos, con e sen profesionais de saúde mental... moitas veces moitos anos despois da ruptura biográfica (ou cambio de dirección vital) e do diagnóstico. A existencia dunha relación de confianza e apoio, dunha persoa que creu nas súas posibilidades, é unha constante nos relatos de pacientes que se recuperaron. Aos psicoterapeutas a confianza “vainos no soldo”; é a nosa responsabilidade profesional o emprender accións para establecela co paciente/usuario para aumentar a percepción de apoio social, como variable mantedora de saúde mental.

A recuperación pódese definir como “proceso persoal e profundo de cambio de actitudes, sentimentos, percepcións, crenzas, funcións desempeñadas e obxectivos vitais”. “A recuperación supoñería o desenvolvemento dun novo significado e novos obxectivos na vida persoal do suxeito máis aló do impacto da enfermidade mental” (Anthony, 1993).

É o proceso polo cal as persoas con trastorno mental severo reconstrúen e desenvolven conexións persoais, sociais, ambientais e espirituais mediante a capacitación persoal e a toma das rendas e decisións sobre a súa vida. É un proceso de reaxuste de actitudes persoais, sentimentos, percepcións, crenzas, expectativas roles e obxectivos vitais.

“A recuperación é o proceso persoal e profundo de cambio de actitudes, sentimentos, percepcións, crenzas, funcións desempeñadas e obxectivos vitais”

Dentro da recuperación un aspecto principal é o “empowerment ou empoderamento”, ou proceso por medio do cal os usuarios teñen poder para tomar decisións, dispoñen da información necesaria para facelo, son capaces de actuar asertivamente, cren nas súas capacidades e asumen posibilidades de cambio e teñen un forte sentimento de autoeficacia. Da rehabilitación á recuperación: o usuario é o “experto” na súa vida, o terapeuta é guía, apoio... adopta a posición que decide o paciente: máis ou menos próxima, máis ou menos intensa.

Existen unha serie de alicerces que sosteñen o proceso de recuperación (Farkas, 1989).

- a valoración e o desenvolvemento dos aspectos positivos e puntos fortes dos pacientes máis que a consideración única e estreita das súas carencias e dificultades;
- a implicación significativa do suxeito na planificación e aplicación dos servizos asistenciais que recibe;
- a oportunidade de elixir os propios obxectivos persoais; e, por último,
- a esperanza respecto do seu propio futuro

3. A alianza de traballo psicoterapéutico con pacientes con TMG hospitalizados

O traballo/obxectivo do psicólogo clínico, con persoas ingresadas longo tempo nunha institución, ten que ver coa re-construción dunha “nova identidade persoal” máis aló e a pesar da “ruptura” que supón sufrir unha enfermidade mental. A recuperación como a reconstrución dunha “nova” identidade satisfactoria e plena, con vínculos afectivos seguros e que recupere os elementos da vida “sans”, útiles e/ou rescatables anteriores ao trastorno e que vaia máis aló dos síntomas e tratamentos dos déficits.

A nova identidade se re-constrúe “rescatando” elementos (os posibles e que alimenten o desexo de recuperación) da identidade previa ao “trauma” ou ruptura que supón un proceso psicótico. Moitas veces o proceso de recuperación vai acompañado dun proceso rehabilitador; non son incompatibles, poden ser complementarios pero non necesariamente ir xuntos.

A estimación do tempo de recuperación, ha de ter en conta o número de anos despois do trauma e o nivel premórbido de “competencias, habilidades, recursos...”.

Como terapeuta centrado na alianza ou relación terapéutica con pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave no marco do hospital psiquiátrico, supón ter en conta varios aspectos:

*“Reconstrución dunha
“nova” identidade
satisfactoria e plena,
con vínculos afectivos
seguros e que recupere os
elementos da vida “sans”,
útiles e/ou rescatables ”*

3.1. O paciente vs a persoa

A hospitalización de persoas portadoras destas características na “estación final” da rede de Saúde Mental, adoita comezar de forma involuntaria, complexa e desesperanzada. Os usuarios caracterízanse por:

Unha **sintomatoloxía “grave”**, que poderíamos resumir co adxectivo de “psicótica” na medida que xera dificultades de captación e manexo da realidade e das relacións interpersoais. Persoas con diagnósticos de esquizofrenia, psicoses delirantes, cadros afectivos graves e trastornos de personalidade graves, son o suxeito e obxecto das nosas intervencións.

Evolución prolongada no tempo das dificultades, e fracaso de alternativas terapéuticas ambulatorias.

Unha **discapacidade** que implica a presenza de dificultades ou alteracións en varios aspectos funcionais (vivenda, traballo, comportamento social, emprego...)

Un elemento de **“carácter contextual”**: a existencia dun medio social próximo pouco tolerante e/ou esgotado; esta dimensión relacional ha de terse en conta sempre á hora de establecer un proxecto de rehabilitación ou recuperación.

Os usuarios ingresan no hospital, en xeral derivados das unidades de agudos ou do servizo de urxencias, desposuídos xa de case todos os elementos de identidade persoal “sa”. É un diagnóstico F20 ou F30 e vén para un obxectivo decidido por outros e cualificados de adxectivos que conforman unha identidade “negativa”: crónicos, agresivos, ingovernables, deteriorados, dependentes, axitados, lábiles, sen conciencia de enfermidade, sen adherencia ao tratamento, incapaces... Chega só a “parte enferma”.

Unha das responsabilidades do psicólogo clínico ha de ser a de coñecer e validar na medida do posible, a identidade persoal que o paciente defina como súa, subliñando aqueles aspectos útiles ou positivos para a supervivencia na institución e fóra dela e sinalando aqueles que poden resultar de risco de maior cronificación, incapacidade e/ou dependencia. O traballo coa “parte sa” (Emilio Gutiérrez, 1992) comeza co establecemento dun vínculo (de maior ou menor grao de intensidade emocional) que permita o establecemento dunha alianza segura e duradeira no tempo, se a demanda do paciente así o require. Nun contexto hospitalario, pero co estigma do manicomio, de “desesperanza e indefensión persoal”, o uso do Modelo Parte Boa, como forma de conexión coa “identidade sa” do paciente supón un impacto, unha diferenza que marca unha diferenza, que permite pensar na posibilidade de alianza de traballo psicoterapéutico.

“Unha das responsabilidades do psicólogo clínico ha de ser a de coñecer e validar na medida do posible, a identidade persoal que o paciente defina como súa”

VIÑETA CLÍNICA:

A paciente, a “parte enferma”:

R., muller, 47 anos. Leva desde 2008 vivindo no Hospital Psiquiátrico. Casada. Un fillo home de 23 anos e unha neta de 1 ano. Pais vivos maiores. Outra irmá con diagnóstico de Psicose sen especificar. Varios ingresos previos na Unidade de Agudos con regreso ao alta a domicilio con seguimento en USM de referencia con escasa continuidade. Derivada a Hospital Psiquiátrico de Toén para rehabilitación (vello “manicomio” deteriorado e obsoleto... “antigo”, situado nos arredores da cidade)

Sintomatoloxía grave:

Primeiro brote aos 35 anos. Diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide. Sintomatoloxía psicótica persistente activa en forma de alteracións da percepción (alucinacións auditivas, visuais, somestésicas...) e do pensamento (ideación delirante de perxuízo, de persecución, delirio de sosias ou do dobre...). Fugas e axitacións frecuentes en contexto de clínica psicótica. Non conciencia de enfermidade, non adherencia ao tratamento. Ingresos involuntarios de urxencia e moita alarma social. Ao comezo do ingreso en Hospital de Rehabilitación estado “catatoniforme” con axitacións conductuais e heterogresividade.

Evolución prolongada:

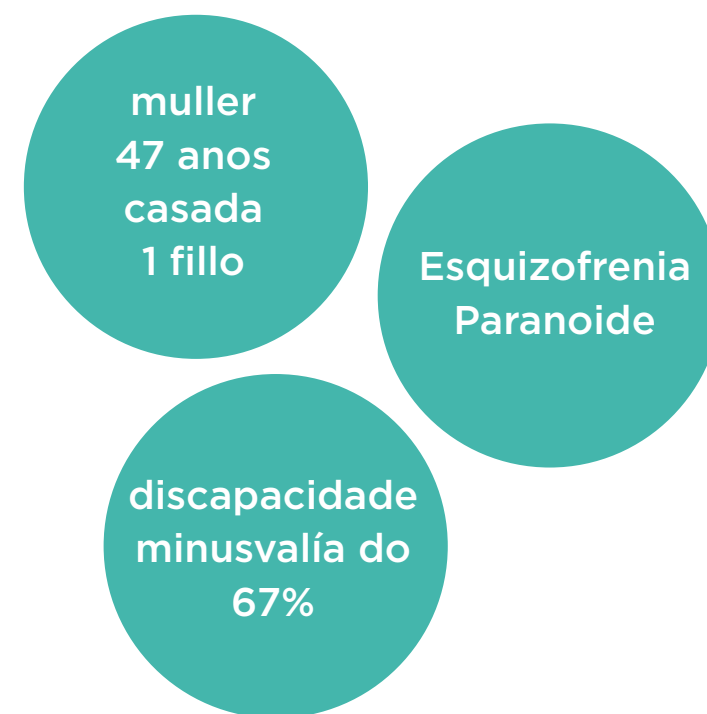
Aproximadamente 12 anos desde o “debut” da enfermidade. Fracasos de alternativas terapéuticas de hospitalización breve e ambulatorias.

Unha **discapacidade** recoñecida cun grao de “minusvalía” do 67 %. Perceptora de PNC.

Un elemento de **“carácter contextual”**: Medio familiar imposibilitado e esgotado para sostemento en ámbito familiar.

A persoa, a muller traballadora, a nai.

Ademais de todo o anterior, R. nace no ámbito rural; a maior de dúas irmás. Pais emigrantes durante a súa infancia. Ao coidado dos seus avós. Non lle gusta a aldea. Estuda EXB e FP 2º grao de Administrativo. Casa con 21 anos e é nai con 23. Ao comezo do seu matrimonio trasládanse a vivir á cidade cos sogros. Traballa en traballos pouco cualificados (limpezas, hostalería...) e condicións laborais precarias, traballaba e “ían tirando” coas cousas da vida. Os seus pais e os seus sogros axudábanlles na crianza do neno e na vida diaria, para poder “aforrar e comprar un piso”. Quería ter outro fillo, “a nena”, o seu marido non. Unha serie de estresores ambientais e cambios vitais (enfermidades, falecementos de figuras de apoio afectivo, compra de vivenda, traslado familiar a barrio periférico da cidade, incremento en consumo de alcol do



seu marido...) parecen adquirir dimensións de factores precipitantes do primeiro brote psicótico. O seu fillo ten por entón 8-10 anos. Varios ingresos en agudos con “volta á vida”; á sintomatoloxía psicótica, que nunca chega a remitir, únenselle os efectos adversos da medicación (sedación, acatisia, dificultades para pensar, para facer, aumento de peso...), están nun barrio novo e sen a proximidade da familia extensa... xa non pode soste a mesma vida que antes. Ingresa no “manicomio de Toén”: gris, deteriorado, antigo... estamos por 2010.

“O traballo inicialmente é de índole ‘institucional’, de observación a distancia, con respecto e prudencia”

O comezo do establecemento do vínculo.

Cara ao establecemento da alianza de traballo psicoterapéutico.

Aínda no marco do vello hospital psiquiátrico, ensáíase algún novo plan de volta ao ámbito familiar.

Na nosa relación “profesional-paciente” o traballo inicialmente é de índole “institucional” (grupos de pacientes, actividades de lecer...), de observación a distancia, con respecto e prudencia. O coñecemento da súa persoa, as súas circunstancias vitais e as dificultades é indirecto a través de reunións de persoal coidador (enfermería e auxiliares), dos reingresos despois de máis fracasos, o seu coidado no hospital se facía máis difícil... A medida que a ía “coñecendo” ía xerminándose en min a idea do “optimismo irracional” de que “ninguén está tan mal como di a súa historia clínica” (Venres Clínicos): ata os 35 anos tiña ido trampeando coa vida e realizado mellor ou peor as tarefas correspondentes.

Hai varios ingresos “breves” (entre 1 e 3 meses), con saídas e permisos a casa e, case sempre nunha unidade pechada e co obxectivo “terapéutico”, (para quen?), que parece máis fácil e rápido de conseguir: “Que teña conciencia de enfermidade e que se tome o tratamento”.

Nunha das súas primeiras estancias no hospital, a psiquiatra que a levaba pídeme que fale con ela para ver a posibilidade de facer algo diferente para axudala a sosterse en casa; a min apeteceíame coñecela mellor, tiña interese en valorar a posibilidade (beneficios/riscos) de intervención psicoterapéutica con ela e a súa familia. Ela non tiña o mesmo interese en que alguén máis “se metese na súa vida”. Non era o momento. Parece triste, temerosa e bloqueada.

3.2. O contexto e a intervención.

O contexto, as unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica, define que se trata e como se trata: “aquí **rehabilitanse** persoas con diagnósticos de Trastorno Mental Grave e Persistente”. A rehabilitación psiquiátrica ou psicosocial, entendida de maneira “estrita” supón un proceso en que o profesional (psiquiatra, psicólogo, enfermeira, auxiliar...) é o experto en valorar ao paciente; define as áreas funcionais danadas e necesidades de intervención que o paciente precisa en cada unha delas. En xeral o obxectivo que se persegue é que todos os pacientes teñan conciencia da súa en-

fermidade, adhíranse (cal cintas de velcro) ao tratamento psicofarmacolóxico e teñan coidado dos riscos de recaída.

Dentro deste marco hospitalario tratamos de introducir cambios na dinámica institucional habitual, cara un maior funcionamento centrado na persoa e na experiencia humana, na participación e non na obediencia, na elección e non na coerción e no compromiso coa esperanza e non coa desesperanza (Farkas, 2007); os pacientes deseñan, na medida do posible, os seus propios plans de coidados, tratamos de que elixan que, como e canto queren facer no hospital e de que fagan todo o posible “fóra” do hospital. Esta é a aspiración: que o contexto institucional resulte amable e terapéutico; a realidade é que aínda temos moita oportunidade de mellora.

As Unidades Hospitalarias de Rehabilitación Psiquiátrica do Hospital de Piñor (Ourense) constan de tres espazos diferenciados en atención á situación clínica do paciente e ás necesidades de coidados e intervención nas diferentes áreas da súa vida.

Unidade de Coidados Especiais (UCE):

Unidade pechada, con alto grao de control e supervisión externa, destinada a pacientes con sintomatoloxía aguda persistente, alteracións/axitacións conductuais, de risco de auto/heteroagresividade. A actividade diaria é unha rutina común para todos, con uniformidade no externo (roupa) e no funcional (mesmos horarios e actividades: hora de fumar, hora para comer, hora de medicación...). Imponse a rutina e a obediencia á norma.

Nesta unidade a actividade do psicólogo clínico é diaria en formato grupal e durante 20 minutos mentres se espera a chegada do almuerzo, o grupo de “Bos Días”. É a primeira unidade de ingreso da maior parte dos pacientes. A actividade grupal en xaxún, pretende ser un espazo, ao que acoden voluntariamente, no que poden participar ou non, estar ou non, no que poden permanecer ou irse, no que poden expresar as súas necesidades e queixas, no que se lles explica dunha maneira amable, positiva e respectuosa as características do hospital, do proxecto de ingreso, dos profesionais e actividades. O psicólogo clínico realiza funcións de acollida aos “novos”, de emisor e transmisor de información, de medicación en conflito, recollida de necesidades individuais e de intervención en crise se as circunstancias o requiren.

“Tratamos de introducir cambios na dinámica institucional habitual, cara un maior funcionamento centrado na persoa e na experiencia humana”

O comezo da alianza de traballo.

Co traslado do hospital de Toén a Piñor, ás novas instalacións, luminoso, novo, moderno... Tras unhas semanas de catatonía, axitacións, anorexia... R. comeza a “espertar” e participar en actividades da unidade. O novo anima a facer cousas novas; tráense revistas ás salas da unidade, R. empeza a interesarse pola roupa moderna e por coidar o seu aspecto. Tras semanas de estar no grupo de “Bos días”, en actitude de observación e pouco participativa, comeza a realizar unha serie de peticións: “Eu quero que me deades o alta, irme a casa e traballar”, que se escoitan e non se recollen por atribuílas “á tolemia”. Parece que o desexo renace, e o desexo da psicóloga clínica tamén, pero con moita prudencia e un certo temor a que intervir “dane” máis. R. coas súas dificultades de manexo e coidado converteuse nun dos “chibos expiatorios” da institución: rebélase ao coidado imposto, quere facer as cousas á súa maneira, agrede ao persoal... ninguén ten confianza nas súas posibilidades: a tenacidade, a intelixencia, o humor, o mantemento da súa intimidade...

Tras días de falar e ser oída pero non escoitada, un día, tras axitación e pasar a noite en contención mecánica, ao entrar na unidade está a gritar repetidamente o meu nome. Achégome a vela á habitación; en contención, mírame e pregunta serenamente, “teño que poñerme así para que me fagas caso?”. Fálame “coa súa parte sa”; indico que se levante e que despois do almorzo a verei no despacho. “Quero que me axudes a que me dean o alta, irme a casa e traballar”. Esa é a demanda que realiza. Pregúntolle por que a min. “Porque es muller traballadora e nai e tes estudos”. Ela tamén me estivo valorando e o vínculo afectivo parece establecerse en cada unha de nós polo mesmo, unha identificación polo xénero, a idade e o rol social. Acepto o reto. Maniféstolle o meu interese en axudala a ese obxectivo e o meu compromiso con ela para un traballo conxunto, pero necesitaremos un prazo de 5 anos: leva moito tempo ingresada, estivo moi maliña, adormentáronse moitas das súas capacidades, non ten moita axuda fóra... “Confía en min, sácame de aquí un mes e xa verás como as recupero”; dígolle que a confianza me vai no soldo, pero temos que facer as cousas dunha forma segura para ela.

Comezamos a vernos a diario, a negociar cada día algunha mellora: saídas da unidade ela soa, poder vestir coa súa roupa, ir de compras... O traballo de afianzamento da alianza de traballo, ela como experta en si mesma e eu como “profesional autorizada”, tórnase unha negociación dura: revélase como unha muller independente, teimosa, lista, loitadora e cun razoamento lóxico moitas veces irrefragable.

Comezo aceptando case todas as súas propostas e confiando incondicionalmente nas súas capacidades para levalas a cabo, tal como ela pide. Non pode; hai que variar a estratexia e prepa-

“Ela tamén me estivo valorando e o vínculo afectivo parece establecerse en cada unha de nós polo mesmo, unha identificación polo xénero, a idade e o rol social”

rarse para os inconvenientes; continuamos con pactos “quid pro quo” que ela cumpre sempre rigorosamente se o enunciado está claro e pechado, pero que sempre trata de deixar abertos ao exercicio da súa “liberdade”. Ímonos coñecendo máis e mellor, apreciámonos e querémonos. Un día pídeme un abrazo, abrazámonos cálida e afectuosamente e dáme as grazas “por confiar en min e axudarme”.

A sintomatoloxía psicótica segue activa e produce moitas confusións na súa mente que terminan en axitacións, contencións, aumento de medicación... e volta a empezar. Cada recaída obtén pola miña banda unha resposta sinceramente empática e de calor e a mesma mensaxe; cóidate, déixate coidar e cando te atopes ben continuamos traballando.

Pide varias veces cambio ás unidades “da segunda planta”. Os primeiros foron de escasa duración.

Esta fase do proceso tivo unha duración de aproximadamente 2 anos.

Unidade de Coidados de Rehabilitación ou Media Estancia (UME):

Unidade aberta onde os usuarios han de seguir un proxecto de rehabilitación marcado polas actividades institucionais (horarios e actividades da vida diaria, grupos de pacientes, obradoiros ocupacionais, consultas médicas, toma de medicación...) de forma adaptada ás necesidades e recursos do paciente e co maior grao de autonomía posible. Neste formato o paciente ocupa o seu día nas actividades que o hospital oferta e segue as normas mentres espera, paciente, a que se rehabiliten funcións perdidas. A rápida adaptación á institución facilita a saída dela, canto máis complexa e resistente se torna máis probabilidades de “institucionalización”. A maioría dos pacientes ingresados seguen o tratamento institucional rehabilitador.

A función do psicólogo clínico no tratamento rehabilitador “institucional” é a de realización de grupos de pacientes (fomento do lazo social, orientación á realidade, habilidades de comunicación, resolución de conflitos...), de actividades asistidas con animais, de actividades de mellora do clima institucional, de acompañamento terapéutico, de participación en reunións de persoal... As tarefas dirixidas ao establecemento de alianzas de traballo psicoterapéutico son de tipo motivacional e de intensidade diferencial en función do coñecemento de cada un dos pacientes e do establecemento ou non de obxectivos propios dun tratamento psicoterapéutico.

O establecemento dun *proxecto de recuperación persoal* dun paciente contando coa ruptura biográfica e as súas secuelas, coa sintomatoloxía que persista e cos efectos da medicación, pero máis aló de todo iso, implica a existencia dunha demanda, de “querer algo do outro”. Nesta perspectiva o paciente é axente e experto e é onde resulta especialmente relevante o es-

*“Un día pídeme un
abrazo, abrazámonos
cálida e afectuosamente
e dáme as grazas
‘por confiar en
min e axudarme’”*

tablecemento dunha alianza de traballo de recuperación e onde o vínculo afectivo co usuario tórnase estreito e ha de manterse no tempo. Nesta perspectiva, o paciente, ás veces despois de anos de institucionalización, tórnase cliente e realiza unha demanda propia. Isto implica a asistencia ao despacho da psicóloga clínica, a atención individual e o pacto de condicións de traballo: obxectivos, recursos, capacidades e dificultades, tempos, escollos no proceso...que se renegocian en función da evolución do proxecto.

VIÑETA CLÍNICA:

Alianza de traballo consolidada.

Con R. o vínculo afectivo era xa seguro, a demanda estaba realizada e os primeiros pasos exitosos e fracasados ensinábannos a ambas que facer e que evitar, e tamén como voltar a intentalo de forma máis segura, minimizando riscos de volta atrás.

Diversos cambios na medicación na procura de maior eficacia e menores secundarismos, co coñecemento da propia paciente, parecen ter contribuído a unha maior adaptación á toma do tratamento.

Os primeiros intentos de paso e mantemento de R. á UME duraron pouco tempo: algún conflito mal manexado, algunha desobediencia á norma, algunha reactivación psicótica, “aquí o persoal non me quere”. Para R. o sentirse querida e aceptada na súa individualidade é básico para deixarse coidar. Comézase a traballar a idea de que ela pida ser coidada por aquelas persoas traballadoras polas que se sinta querida e evite a aquelas que sinta que non a queren.

As estancias de PIRes e de prácticums de máster de psicoloxía, permiten a ampliación de vínculos afectivos positivos e o establecemento de relacións seguras; elas son “mozas novas, modernas e estudadas” nas que R. confía como guías e modelos. R. quere “recuperar a miña mente e poñela moderna”; traballan con R. a diario en diversos obxectivos; de todas esas relacións de traballo e de coidado e aprecio R. garda bo recordo mantendo a súa vinculación afectiva con elas. O traballo de estimulación cognitiva e o manexo e uso das novas tecnoloxías foron claves na rehabilitación do seu funcionamento mental e afectivo.

Na reconstrución desa nova identidade R. pasou a chamarse S., definida por ela mesma como “outra muller diferente, máis lista, nova, moderna e traballadora”.

Aos poucos comeza a adaptarse á vida institucional e a institución ás súas particularidades. Participa en talleres e grupos, vai de permisos a casa... A necesidade de vernos a diario pasa a ser cando ela necesita algo, cando hai algunha incidencia institucional ou cando eu lle expoño algunha proposta.

“Sentirse querida e aceptada na súa individualidade é básico para deixarse coidar”

Nos últimos meses o seu nivel de autonomía e seguridade persoal incrementouse notablemente, pasando as semanas entre a súa casa e o hospital. A ampliación do tempo de contacto coa súa familia, que como ela cambiou, permite un novo momento vital familiar. Os seus pais xa están maiores. O seu fillo xa ten 23 anos, é pai e ela ten unha neta. Esta poñendo a súa casa en orde despois de tanto tempo de hospital, poñéndoa “moderna”, o que lle permite rehabilitar na vida de forma natural moitas funcións danadas.

Nesta fase do procedemento levamos traballando aproximadamente ano e medio. O próximo obxectivo que nos propomos é pasar o mes de vacacións fóra do hospital e quizais ao regreso o alta e continuidade en ámbito domiciliario e comunitario. O peor non é tanto non conseguir o obxectivo senón non ter obxectivo que conseguir. Por sorte R. aínda expón obxectivos de recuperación persoal ambiciosos pero por que non, posibles.

Unidade de Coidados Residenciais:

Unidade aberta pensada para estancias longas (nalgúns casos vidas enteiras) de usuarios con sintomatoloxía crónica pero estabilizada, institucionalizados nas rutinas hospitalarias mínimas e obrigatorias. Son persoas con escasa necesidade de lazo social e pouca esixencia por parte da institución de implicación en actividades terapéuticas ou recuperadoras.

Nalgúns dos cambios de R. a unidades abertas optouse pola unidade residencial ou de longa estancia por ser de coidados máis amables e de menor esixencia emocional... Un bo número de persoal coidador apreciaba e era apreciado por R. Nalgún momento do proceso R. expuxo que se non podía vivir en casa quería vivir en “residentes”.

De momento seguimos mirando cara fóra do hospital, cara á súa casa e a procura de emprego.

“O peor non é tanto non conseguir o obxectivo senón non ter obxectivo que conseguir”

4. A alianza de traballo psicoterapéutico con menores en situación de exclusion e/ou desamparo

O Programa de Avaliación e Tratamento de Menores en Situación de Risco ou Desamparo ten o obxectivo de ofrecer atención e tratamento psicolóxico a menores, nenos ou adolescentes, que teñen un expediente aberto no Servizo de Protección de Menores e que mostran un desaxuste emocional e conductual severo relacionado con situación de desprotección e/ou malos tratos, separación da familia de orixe derivada de situación de desamparo, e/ou dificultades severas ou cronificadas na convivencia dentro do sistema familiar. Por tanto, traballamos cunha poboación de especial vulnerabilidade, con menores que sofren ou sufriron experiencias traumáticas e que pasaron

por cambios na súa contorna, intervención de múltiples profesionais que imprimen inestabilidade e incerteza.

Dirixido polo Dr. Valentín Escudero (Universidade de A Coruña, UDC), trátase dun convenio de colaboración entre a Xunta de Galicia e a UDC (2012), que permite un tratamento psicolóxico especializado e que cunhas guías comúns nos principios e nos procedementos, é posto en marcha a nivel de todas as cidades de Galicia, o que permite unha maior facilidade no acceso. Para levar a cabo ese labor contamos cunha rede de equipos de psicólogos, a maior parte especialistas en psicoloxía clínica, que desde o ámbito universitario (Santiago e Ferrol-A Coruña) ou desde o ámbito privado (Lugo, Pontevedra, Vigo e Ourense), sostemos con entusiasmo, interese e implicación, desde hai tres anos, as sesións de traballo con nenos e adolescentes. É un privilexio aprender deles e delas.

O programa inclúe 12 sesións por caso, sendo posible excepcionalmente a realización dunha nova derivación de continuidade se o caso así o require. O equipo de Ourense do que formamos parte, unha como coordinadora-supervisora e outra como terapeuta, inclúe outros dous psicólogos clínicos. Traballamos de maneira conxunta nos casos, sendo un o terapeuta principal e o resto formando equipo a través da visualización da sesión.

4.1.- O menor problemático ou “O entrañable Hulk”?

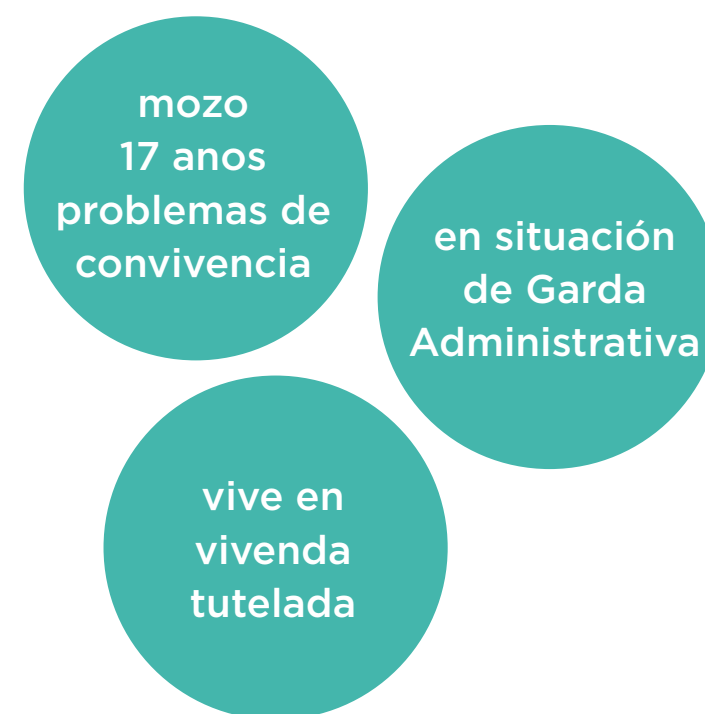
Para exemplificar a nosa forma de traballo e o procedemento de intervención baseada na alianza e o vínculo (ou relación de amor) describiremos un caso que continúa a tratamento, despois de considerarse conveniente unha segunda derivación, isto é 12 sesións máis, para realizar un acompañamento nos inicios da súa vida adulta tras o establecemento e mantemento efectivo e afectivo da alianza de traballo que fixo que a terapia fose exitosa nos seus obxectivos iniciais.

É un mozo cuxa entrada no Servizo de Menores, con xa 17 anos e nas circunstancias en que se tivo que quedar, produciu un impacto inicial positivo, en canto a “querer axudarlle” nos profesionais do Equipo Técnico de Menores (ETM), que levou á implicación de todas as partes intervenientes.

Trátase dun adolescente que por problemas de convivencia coa súa nai e a parella desta, está en situación de Garda Administrativa. Acompaña a súa nai ao Servizo de Menores e tras expoñer a situación problemática, déixao cunha maleta e non volve establecer ningún tipo de contacto nin con el, nin coa familia, nin co sistema de menores. No momento da derivación J. comeza a residir nunha vivenda tutelada, con outros menores e educadores.

4.2.- O contexto e o procedemento de intervención.

A consulta lévase a cabo nunha clínica multiprofesional privada situada nun barrio céntrico da cidade. Dispoñemos de dous despachos; un deles, a sala de terapia con mesa, varias cadeiras



de brazos para terapeuta e clientes e cámara de vídeo que permite visualizar e escoitar a sesión noutro despacho contiguo, onde hai unha TV, mesas e cadeiras. Son despachos que utilizan outros profesionais noutros momentos, o que non permite personalizalo e darlle a calor e comodidade que nos gustaría. Este contexto privado permite ao menor estar “noutro lugar” diferente e “neutro” con respecto a onde se dan as dificultades e problemas, xa sexa en centro, casa de acollida, vivenda tutelada...

Unha vez realizada a derivación por parte dos ETM e valorada na dirección do programa, planificamos a primeira consulta e iniciamos o contacto telefónico cos técnicos derivantes e educadores do centro para propoñer a data do primeiro encontro.

A derivación ao programa por parte do equipo técnico do menor realízase porque manifesta comportamentos violentos e explosións incontrolables de ira que dificultan a permanencia no piso tutelado onde reside. Móstrase proteccionista con aqueles que valora como os máis desfavorecidos en situacións inxustas con reaccións de defensa desproporcionadas. Engádese que ten grandes dificultades para expresarse a nivel emocional, facéndoo de maneira condutual e agresiva. Manifesta sufrimento ao non ter noticias da súa nai, e ten dificultades para relacionarse co resto da familia.

Como aspectos positivos do menor, na derivación recóllese que é moi educado, bo compañeiro, respectuoso, considerado, sociable e colaborador, mostrando boa relación cos educadores da vivenda.

Non quere acudir a consulta. Vén “obrigado”.

Fase de formulación do caso e planificación do tratamento.

Durante as 3-4 primeiras sesións o obxectivo primordial é emprender accións, de face ao establecemento dunha alianza de traballo psicoterapéutico. Os factores afectivos por parte do terapeuta e do equipo, son esenciais na creación do primeiro vínculo. A definición de obxectivos concretos vaise elaborando conxuntamente co menor durante esta etapa. É esencial un bo coñecemento do sistema do menor (historia de vida e sistema familiar, pero tamén do ámbito escolar e social), das súas capacidades/recursos/fortalezas e dificultades/carencias/vulnerabilidades, para decidir sobre a planificación e o desenvolvemento da intervención.

Ao cabo de 3-4 sesións, en xeral, estamos preparados para emitir o primeiro dos informes ao ETM, onde se expón o caso, establécense os obxectivos para conseguir e planifícase o desenvolvemento do proceso de terapia.

J. Acode a consulta case obrigado, sabendo que é un paso necesario para asegurar a súa permanencia no centro. É un mozo grandote, que vén acompañado dunha educadora da vivenda tutelada;

en actitude riseira admite que non quería vir, que vén “porque me obrigan”. Temos que coñecernos. Non é momento de definir obxectivos senón de crear un ambiente o máis cómodo e estable posible para que non se sinta nin cuestionado nin agredido, e poder establecer con el os obxectivos que para el sexan importantes.

O momento da acollida inicial é o primeiro paso da intervención e resulta importante coidar unha serie de aspectos, como a puntualidade, a presentación tranquila das marcas de contexto, do programa e a súa relación co Servizo de Menores e a vivenda, do equipo e a forma de traballar (nº de sesións, frecuencia das consultas...), dos procedementos de avaliación... e de aclarar calquera dúbida. O primeiro obxectivo pola nosa banda é coñecer a ese “chicarrón” que se senta en fronte, o que el considera os seus recursos e capacidades e as dificultades que experimenta como tales e lle xeraran problemas; respectar os seus ritmos, angustias e enfados que bautizamos como as “explosións de Hulk”, nas que treme a vivenda; o uso do humor é de gran axuda.

O compromiso terapéutico co paciente e o proceso de terapia faise evidente facilitando a dispoñibilidade para elixir a hora da cita dentro das posibles, interesándonos por que ocorreu se hai algunha ausencia, facilitando o contacto entre consultas se o necesita ou lle apetece porque ten “algo bo que contar”. Son aspectos que coidamos durante todo o proceso.

Ao final das tres sesións téñense máis ou menos claros os obxectivos que hai que traballar e se se estableceu unha adecuada relación terapéutica, o menor e o seu terapeuta traballarán conxuntamente e dunha maneira natural e sen friccións cara á consecución dos mesmos. Os obxectivos que se definen para traballar son:

- a xestión de emocións (en particular da ira e o enfado),
- a expresión de conflitos intra e interpersoais,
- manter o contacto coa familia extensa con maior naturalidade,
- acompañamento no seu proxecto de futuro (terminar ciclo PCPI de mecánica e atopar un traballo).
- fortalecemento da súa identidade “positiva”: traballador, cariñoso, simpático e responsable.

Fase de intervención ou tratamento.

Desde a óptica da Terapia Familiar, seguindo o principio de causalidade circular, avaliación e intervención forman parte do mesmo proceso, co que esta fase é en realidade unha continuidade de intervencións de reforzamento da alianza e das propostas técnicas para a consecución de obxectivos. O tratamento é unha axuda psicolóxica que un equipo de profesionais achega ao menor no contexto dunha relación xa voluntaria e segura entre ambos. O obxectivo principal é promover cambios no comportamento, a adaptación á contorna, a integridade da identidade e o benestar biopsicosocial do menor.

“O menor e o seu terapeuta traballarán conxuntamente e dunha maneira natural e sen friccións cara á consecución dos obxectivos”

A través da palabra ou doutros medios (debuxos, elaboración de cancións, uso de obxectos...) búscase profundar nas emocións e percepcións do menor propoñendo intervencións que reduzan o sufrimento emocional e favorezan a adaptación e benestar, á vez que se favorece a ampliación de relacións afectivas e seguras con outras figuras significativas de contorna e familia.

No percorrido cara á consecución dos obxectivos, coidar a relación implica apoiar, dar autonomía (para acertar e para equivocarse), confiar no cambio, pero tamén saber dicir non ou mostrar de forma xenuína discrepancias e dúbidas cando algo non parece adecuado, sabendo que nin a prohibición nin a imposición adoitan funcionar como motores de cambio.

Doutra banda, o respectar a preferencia do menor en canto á posición do terapeuta (ao seu lado, por diante, ou por detrás), facilita a fluidez e resta friccións ao proceso de intervención, facilitando un transcorrer máis natural e sinxelo.

J. xa acudía de boa gana a ver ao seu terapeuta. Cando J. era pequeno sufriu malos tratos e foi testemuña dos malos tratos á súa nai; para el a maneira de afrontar unha situación violenta era con violencia; ao comezo da terapia a J. custáballe moito responder as preguntas, identificar e falar das “personaxes” que lle acompañaban na súa historia. Con todo e a pesar diso, mantivo a súa capacidade de amar e de tratar con respecto, agarimo e protección a outros e de ter un proxecto de futuro.

O traballo centrouse fundamentalmente nas explosións de enfado/ira e en investigar os seus gustos e capacidades para poder ofertar alternativas ao comportamento agresivo desde a súa “parte sa”(debuxos externalizadores, ensaios de guións alternativos coa súa parte cariñosa e/ou simpática) e poñelas en práctica con persoas que lle acheguen seguridade (educadores do centro “seguros” para el, amig@s da súa confianza...)

Doutra banda iniciouse un traballo de reestablecemento de relacións con familia, sempre en tempos e formas decididos por el; a medida que recuperaba experiencias de re-vinculación (visita de fin de semana, Nadal...) coa familia extensa puido ampliar o seu relato de personaxes e relacións.

O proxecto de futuro de J. era esencialmente poder verse a si mesmo traballando para gañarse a vida e poder vivir de maneira independente. Non tiña especial paixón por un campo de formación particular; valíalle calquera que puidese significar alcanzar un traballo; pasou por un PCPI de mecánica, por un curso de albanelaría, outro de hostalería...Durante este período traballáronse aspectos como a capacidade de decidir e tamén o dereito para equivocarse, como modo de favorecer autonomía e manexar a frustración persoal nos fracasos.

“O traballo centrouse fundamentalmente nas explosións de enfado/ira e en investigar os seus gustos e capacidades para poder ofertar alternativas ao comportamento agresivo”

Durante esta fase do proceso foron necesarias intervencións en crises de maneira puntual e coincidindo con algunha explosión de ira/enfado na vivenda; a dispoñibilidade e accesibilidade por parte da terapeuta do caso tanto a J., como a educadores da vivenda como co ETM, permitiu que se establecese un sistema de colaboración na axuda ao menor coherente entre os distintos niveis, que permitiron a abordaxe das recaídas de maneira máis eficaz e eficiente.

Fase de peche e terminación da terapia.

Esta fase caracterízase por focalizar o traballo no recoñecemento de mellorías e afianzamento dos logros conseguidos e repaso do que foi útil. O repaso dos obxectivos ou metas iniciais ou de como eses mesmos foron variando nalgúns aspectos ao longo do proceso, permite reasegurar ao menor na súa autoestima e capacidade persoal (e interpersoal a través dos vínculos establecidos) para afrontar os retos do futuro.

Esta fase adoita anticiparse de forma indirecta ao longo do proceso (preguntas dirixidas ao futuro...) e de forma máis explícita nas dúas últimas sesións. Con todo, nalgúns casos, valórase como conveniente unha ampliación do número de sesións ou a solicitude dunha nova derivación que permita ampliar o proceso ata unha melloría o suficientemente estable e segura.

J. mellorara notablemente na expresión verbal e o manexo instrumental dos seus afectos, emocións, vivencias. Os enfados eran iso, enfados e non explosións. As súas relacións con outras persoas eran de maior seguridade e confianza. A relación coa súa familia de orixe (nai) de momento segue interrompida. Os contactos coa súa familia extensa aínda que de maior frecuencia son aínda esporádicos e limitados a celebracións ou días soltos. Non podía percibilos como “apoios seguros”. O seu proxecto de futuro xa estaba avanzado pero aínda non era estable...

Expresou temor a terminar a terapia; dixo que se afixo a que “estivédeses aí” e que se sentía máis seguro; quedaba pouco para ter que deixar a vivenda protexida (xa estaba en “prórroga” administrativa) e tanto o equipo, como o ETM, como os educadores do centro consideramos conveniente dispoñer doutra derivación en que o obxectivo fose a realización dun acompañamento no proceso do crecer un pouco máis aló da maioría de idade legal.

Estamos na sesión 8 da nova derivación; quedan 4 sesións para o peche do “caso”. Desde hai meses, as citas cámbianse a modo de “sesión flotante” (Venres Clínicos), por motivos de realización de cursos, prácticas laborais, traballíños ou “ter algo mellor que facer”. O contacto realízase por teléfono ou “whatsapp”, un excelente vínculo de comunicación afectiva e efectiva.

Pensamos que quizais sobren sesións de terapia “presencial”; xa formamos parte da súa rede de apoio social, que a modo de rede de tea de araña, case invisible, aparentemente fráxil pero resistente, vincúlalos recíprocamente.

“Reasegurar ao menor na súa autoestima e capacidade persoal (e interpersoal a través dos vínculos establecidos) para afrontar os retos do futuro”

5. Conclusións

Nas liñas anteriores tentouse ilustrar o proceso de intervención no tratamento terapéutico de menores e de persoas con diagnósticos de trastorno mental grave; coa mesma base teórica e práctica, a Terapia Familiar centrada na Alianza, aínda que ambos os procedementos difiren nalgunhas cuestións.

O ámbito de traballo con menores, estaría no nivel preventivo maioritariamente; o ámbito da rehabilitación psiquiátrica, traballa con “maiores” e pertencería ao nivel da rehabilitación. O tratamento de menores lévase a cabo nun contexto privado e ambulatorio (fóra do contexto vital cotián) e é 1hora/semana ou quincenal; o de persoas con TMG lévase a cabo nun contexto hospitalario público (dentro do seu contexto vital cotián) e abarca as 24 horas do día e durante moitos anos da vida laboral e persoal de paciente e terapeuta. Envellecemos xuntos.

A intervención é breve e o proceso estruturado no caso de menores, mentres que no hospital a estrutura e tempo da intervención están suxeitas a múltiples variacións por circunstancias diversas. O terapeuta no programa de menores é un traballador por conta propia, no hospital o traballador é “funcionario”, empregado da institución cuxa bondade ha de defender. A alianza, aínda tornándose segura en ambas as poboacións, no ámbito de menores resulta máis sinxelo manter unha maneira estable de estar; con todo no ámbito da rehabilitación hospitalaria, a alianza aínda que segura tamén pode ser influenciada por outras variables de difícil control nun “manicomio” (intervencións institucionais, roles diversos, intervencións con outros pacientes, rol profesional de “custodia e control social”...).

O amor “incondicional”, a calidez, a afectividade, a confianza e o optimismo irracional conforman a actitude terapéutica elixida en ambos os procedementos. Os elementos contextuais e o factor temporal inciden de forma diferente no mantemento da devandita posición terapéutica, pero a pesares destas diferenzas, o común na forma de intervención baseada na alianza, o vínculo afectivo ou apego implica aceptar á persoa na súa totalidade, coas súas cualidades positivas e negativas, estando accesibles ao longo de todo o proceso terapéutico, cando “as cousas van ben”, e tamén aceptando as dificultades e recaídas, apostando pola recuperación e a capacidade dos pacientes, sen xulgar o ocorrido, sen perder a confianza, acollendo e mostrando empatía; ofrecendo así un “amor incondicional” ao longo do proceso terapéutico, a idea de que a relación terapéutica se mantera estable, favorecendo así a adquisición dun vínculo de seguridade, importante para posibilitar o cambio. “Querer” aos nosos pacientes facilita a colaboración dos pacientes non motivados, recupera e mantén a esperanza no futuro, e permítenos a psicoterapeutas exercer o día a día laboral, neste privilexio de oficio, con satisfacción e entusiasmo.

“O amor “incondicional”, a calidez, a afectividade, a confianza e o optimismo irracional conforman a actitude terapéutica elixida en ambos os procedementos”

BIBLIOGRAFÍA

Anthony, W. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23, 1993.

Bowlby, J. (1978): El vínculo afectivo. Buenos Aires. Paidós.

Bowlby, J. (1980): La separación afectiva. Buenos Aires. Paidós

Bowlby, J. (1983): La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Buenos Aires. Paidós

Diamond, G.S. (2004): Attachment Based Family Therapy for Depressed and Anxious Adolescents. PDF.

Escudero C., V. (2011): Evaluación y Tratamiento Terapéutico de Menores en situación de Riesgo o Desamparo. Fundación Universidad de A Coruña. PDF.

Escudero C., V. (2011): Adolescentes y familias en conflicto: Terapia Familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de tratamiento. Fundación Meninos. PDF.

Farkas, M.(2007) La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *World Psychiatry*, 2007.Vol15,nº2, 68-75

Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1988); La táctica del cambio. Barcelona. Herder

Gutierrez, E. (1998). La Alternativa de la Parte Sana en el Modelo Psicoeducativo. *Sistemas Familiares* , 14, pp. 49-60.

Gutiérrez Garcia, E. (2004): El Optimismo Irracional en Psicoterapia. ¡Vade Retro Pesimismo Profesional! *Cuadernos de Terapia Familiar*, 2004, 58: 109-118.

Gutiérrez, E. (2009): La Unidad Venres Clínicos en la Universidad de Santiago de Compostela. *Acción Psicológica*, vol. 6, nº1, 63-71

Haley, J. (1980): Terapia para resolver problemas. Buenos Aires. Amorrortu

Haley, J. (1985): Trastornos de la emancipación juvenil y Terapia familiar. Buenos Aires. Amorrortu

Publio Terencio Africano, 94 a. C. - 159 a. C. *El atormentador de sí mismo*, 77.

Watzlawick, P., Beavin, H.J. y Jackson, D.D (1985): Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona. Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1994): Cambio. Barcelona. Herder.

Xunta de Galicia- Universidad de A Coruña. Valentín Escudero Carranza(Dir):Convenio de Colaboración Xunta de Galicia-Servicios de Menores y Universidad de La Coruña, 2012.

ANUARIO ABERTO

CASOS CLÍNICOS
COMUNICACIONES LIBRES



Ilustración do libro "When Life is Young: a collection of
verse for boys and girls" de Mary Elizabeth Dodge, 1894



CASOS CLÍNICOS

Ilustración do libro "The Bab Ballads"
de W. S. Gilbert, 1898

CASO CLÍNICO 1

APEGO, CONTRATRANSFERENCIA E RESISTENCIA AO CAMBIO NA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Inmaculada Sangiao Novio
PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resumo: No presente traballo analízase o caso dun paciente que acode durante os últimos anos a distintos terapeutas, con sintomatoloxía ansioso-depresiva e problemas nas relacións sociais. Presenta un estilo relacional que xera contratrtransferencia nos terapeutas, sendo considerado un paciente resistente ao cambio dado o historial de fracasos psicoterapéuticos acumulados durante aproximadamente os últimos 5 anos.

Este tipo de pacientes presentan un estilo de apego inseguro de tipo ansioso/evitativo, polo que se adhíren á terapia para conseguir realizar cambios, á vez que loítan para que o cambio desexado, e temido á vez, non sucedan. Este patrón de relacións é coincidente cun trastorno de personalidade.

Búscase en terapia construír unha alianza de traballo con el e unha base segura desde onde explorar os

seus modelos operativos internos (Juri, 2011) á vez que se busca o cambio nos devanditos esquemas relacionais.

Palabras clave: Apego, contratrtransferencia, alianza terapéutica, estilo relacional, eficacia terapéutica.

Abstract: In this paper the case of a patient who comes in recent years to other therapists, with anxious-depressive symptoms and problems in social relations is analyzed. It presents a relational style that generates countertransference in therapists, being considered a patient resistant to change given the history of psychotherapeutic failures accumulated for about the last five years.

These patients have an insecure attachment style of anxious / avoidant type, so that they adhere to therapy for changes, while fighting for the desired change, and feared at the same time not happen. This pattern of relationships is coincident with a personality disorder.

Therapy seeks to build a working alliance with him and form a secure base from which to explore its internal as well as the change is sought in these relational schemas operating models.

Keywords: Attachment, countertransference, therapeutic alliance, relational style, therapeutic efficacy.

1 Introducción

Respecto da relación entre a teoría do apego adulto e o proceso terapéutico, a investigación mostrou que os patróns de apego adulto poden cambiar mediante a terapia ou a través de relacións secundarias de apego que permitan á persoa reformular os seus esquemas ou modelos operantes internos.

Bowlby (1993) postulaba que era probable que en consulta se induciran patróns comportamentais relacionados coas experiencias temperás de apego, porque esta involucra interaccións similares entre buscar e dar coidado. Desde a teoría do apego, tanto o cliente como o terapeuta, poden influír o proceso terapéutico.

A investigación suxire que os suxeitos con apego seguro tenden a obter mellores resultados e prodúcese un maior cambio con tratamentos máis breves, o contrario ao que sucede con suxeitos con apego inseguro (sobre todo evitativo/ansioso), á vez que conseguen crear alianzas de traballo sólidas (Lossa, Corbella & Botella, 2012).

Desde a psicoterapia, englobaríanse dentro do concepto de “pacientes relacionais”, son casos difíciles para o cambio, cuxo tratamento se prolonga no tempo e requiren o manexo por parte do terapeuta da contratransferencia que producen.

O paciente ideal en terapia é aquel que se atopa motivado, que fai unha petición de axuda lexítima, que adopta unha posición no marco da definición da relación terapéutica como asimétrica con respecto ao profesional. Con todo en ocasións, atopámonos con persoas que definen o marco da terapia ou adoptan unha postura simétrica con respecto ao terapeuta, que serían os “pacientes relacionais”, que rompen dalgunha forma as regras da relación terapéutica: chegan tarde ás citas, faltan a elas, acumulan un longo historial de fracasos psicoterapéuticos, continuas alusións a outros profesionais, ... (Ruíz, 2013) sendo en xeral, o paciente que bota un pulso ao terapeuta para demostrar que non se pode facer nada e que vai fracasar.

2 Datos sociodemográficos:

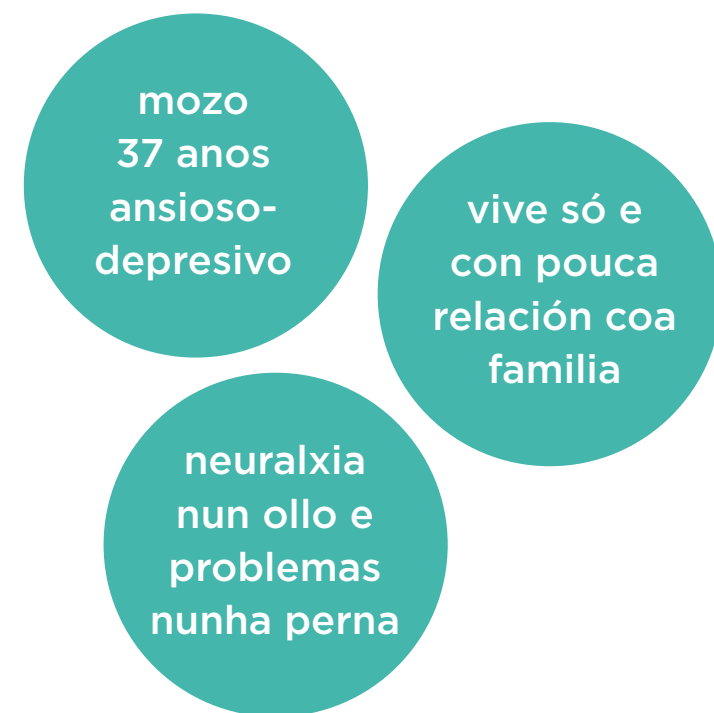
Trátase dun suxeito de 37 anos, derivado polo médico de atención primaria, a petición propia, por presentar sintomatoloxía ansioso-depresiva.

Infórmanos de que vive só e ten unhas pobres relacións sociais. A súa familia vive noutra provincia e refire non ter demasiada relación con eles. Desde pequeno ingrésano nun internado onde pasa a maior parte da súa infancia. É o maior de dous irmáns. Refire que as relacións familiares sempre foron conflitivas. Ten traballo e afirma que lle gusta, aínda que ten un contrato temporal, o que lle leva a ter preocupacións sobre o seu futuro.

Neses momentos interrompera un máster e as clases de inglés porque segundo el, non se atopaba ben. Ten unha neuralxia nun ollo e problemas nunha perna que lle impiden realizar actividades que antes facía, como o deporte.

En anteriores ocasións estivera a tratamento tanto psiquiátrico como psicoterapéutico privado (durante anos) por sintomatoloxía ansioso-depresiva. Segundo informa, no seu traballo realiza comentarios e intentos de achegarse a unha das súas compañeiras dunha forma inadecuada, o cal provoca rexeitamento social por parte dela e os demais. Este patrón de relacións non está circunscrito exclusivamente ás relacións sociais dentro do seu traballo, senón que abarca máis ámbitos.

Cando chega a consulta atópase a tratamento farmacolóxico prescrito polo seu médico de atención primaria.



3 Motivo de consulta:

O motivo de consulta é tanto o estado de ánimo baixo como a ansiedade que presenta, que actualmente dispárase no traballo, o que fai que en ocasións teña que abandonar a situación e irse a casa.

4 Obxectivos:

A continuación enuméranse os principais obxectivos consensuais a conseguir co paciente:

- Diminuír sintomatoloxía ansioso-depresiva.
- Activación condutual e ampliación de actividades sociais.
- Diminuír a ansiedade e condutas de abandono do seu posto de traballo.
- Eliminar as condutas de presión, control, celos, cara ás súas compañeiras/os de traballo.
- Adestramento en habilidades sociais.

Á súa vez, perséguese construír unha base segura mediante a relación terapéutica desde a cal o suxeito se dea a oportunidade de explorar e comprobar que os seus esquemas sobre relacións sociais non se cumpren.

5 Intervención:

A continuación imos describir o proceso terapéutico, a través das sesións, destacando o máis significativo para o tema que nos ocupa:

1ª Sesión:

Na primeira sesión avalíase mediante unha escala de saúde xeral onde nos informa de que o problema que lle trae a consulta empeorou as súas relacións con outras persoas, faille estar irritable, manteno preocupado todo o día, obrígalle a estar en casa máis tempo do que debese, non lle permite realizar as súas actividades normais, non lle deixa durmir e pensa que se trata dunha enfermidade grave.

En canto á avaliación da relación terapéutica pediúselles que avaliasen nunha escala de 0-10 o nivel de satisfacción en relación con catro apartados: relación co terapeuta, metas e temas tratados en consulta, enfoque e método seguido polo terapeuta, e en sentido xeral; obténdose puntuacións moi baixas nestas escalas.

Infórmase da posibilidade de que convidemos a asistir a algún membro da familia, ante o cal se nega.

“O problema que lle trae a consulta empeorou as súas relacións con outras persoas”

Tanto para avaliar o estado de saúde xeral como para avaliar a relación terapéutica empregáronse os cuestionarios de avaliación de resultados de psicoterapia (Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Cior-dia & Vázquez, 2004). Na primeira sesión o suxeito cumprimenta a escala de saúde xeral e a de relación terapéutica, e nas sucesivas sesións cobre a escala de relación terapéutica. Isto vainos a permitir observar tanto o cambio que se produce no suxeito como na relación terapéutica a medida que transcorren as sesións.

2ª Sesión:

Na segunda sesión comeza a mostrarse ansioso con respecto ao tema das citas, de como se atopan espazados temporalmente os seguimentos, a duración das sesións,... e comenta a posibilidade de deixar de asistir ás citas e pedir a próxima cita no ámbito privado, polo que informamos de que é a súa decisión e deixamos a porta aberta para que volva pedir cita por se cambiase de opinión ou o considerase por calquera motivo necesario.

Doutra banda comenta que vir a consulta non lle vai a servir de nada e dúbida de que vir aquí ou a outro sitio sírvalle. Nestes momentos adóptase unha actitude que non nos leve á confrontación co suxeito, incluso adoptando unha postura por baixo deste para evitar entrar con el nunha escalada de conflito. Este estilo relacional do suxeito vaise a manter durante as sesións seguintes, así como a contratransferencia xerada por el.

3ª e seguintes sesións:

Asiste á terceira sesión e seguintes de forma continuada. A partir deste momento empezan a subir as valoracións por parte do suxeito da alianza terapéutica. Séguese avaliando tras cada sesión a relación terapéutica, atopando que é a partir da quinta sesión onde se obteñen puntuacións máis elevadas nas catro dimensións analizadas. Este aumento na valoración da relación terapéutica se obxectiva a través do cuestionario de relación terapéutica.

Con este suxeito empezamos propoñendo a recuperación de actividades que lle facían sentirse mellor e que foi abandonando, dentro do modelo parte sa/enferma (Gutiérrez, 1998), propoñendo que a súa vida non vire ao redor das súas limitacións físicas. Propoñemos tarefas de desvío atencional dentro do contexto de traballo para os momentos de ansiedade (“distancia de seguridade”). Segue na mesma actitude: “vir aquí non me serve”, pero si se van observando cambios, sobre todo no referente a retomar actividades como inglés, traballo, relacións sociais,... polo que se subliñan devanditos cambios e refórzase que continúe nesta liña.

Ao longo das sesións insistimos na idea de que o que está a manter o problema é o aspecto social e non aceptamos a definición do problema que nos expón como un tema de ansiedade no traballo, polo que redefinimos ese marco como un problema relacional cos outros. Expomos a idea de some-

“Comenta que vir a consulta non lle vai a servir de nada e dúbida de que vir aquí ou a outro sitio sírvalle”

ter a proba a hipótese de que parte da súa ansiedade débese a atoparse só e non realizar interaccións sociais (que por outra banda necesita pero non se ve capaz de realizar). Segue nesta mesma liña, retomando relacións sociais e nas seguintes sesións refire atoparse mellor, xa non abandona o seu traballo polos niveis de ansiedade e expón a idea de que a súa ansiedade é algo cíclico.

Reencadramos este patrón de ansiedade cíclico como períodos nos que se atopa ben debido a que realiza esas saídas con outras persoas, e os momentos peores cando non se dá esta posibilidade.

Nestes momentos solicita espazar máis as citas. Mesmo pensa en deixar progresivamente a medicación porque se atopa mellor, buscando un equilibrio que lle permita seguir atopándose ben, pero sen chegar a dar un paso máis ou realizar un verdadeiro cambio no referente a incrementar as súas relacións sociais (Cambio 2) (Fisch, Weakland & Watzlawick, 1982).

Empezamos a meternos máis no ámbito das relacións sociais e nas ideas ou esquemas que ten ao redor delas e que foi construíndo co paso dos anos: o temor para ser rexeitado polos demais, empeza a ver como ás veces se comporta de tal forma que os demais terminan rexeitándolle. Non reformulamos o que lle sucede neste sentido como unha falta de habilidades sociais (dado o estilo relacional e desafiante do suxeito), senón como un problema á hora de “modular” (mediante un patrón de aproximación/distanciamento) as relacións cos demais. Parece aceptar a idea, e tentamos transmitir a idea de comprobar que os seus temores ou esquemas construídos sobre as relacións sociais non se confirman (por exemplo involucrándose nalgunha actividade cos outros), que a diferenza é que agora non está só e que podemos axudalo máis (dando pautas de comportamento, modificando esas interpretacións sobre as relacións sociais) unha vez que inicie un pequeno cambio nese sentido.

Actualmente, e despois de asistir aproximadamente a 10 sesións, as citas son máis espazadas temporalmente, retomou actividades como clases de inglés, retoma actividade física adecuada ás súas patoloxías físicas e expónse a posibilidade de introducir algo novo na súa vida como algunha actividade que lle permita ampliar o seu círculo social. Empeza a ver como as súas condutas a nivel social fan que os demais o rexeiten, confirmando así os seus esquemas sobre as relacións. As condutas inadecuadas referentes ás relacións sociais dentro do contexto laboral desapareceron, tanto as chamadas de atención, celos,... como o abandono do seu posto de traballo debido á súa ansiedade. A maior dificultade que segue presentando é no ámbito das relacións sociais polos seus medos, sobre todo en relación co feito de sentirse rexeitado.

“As condutas inadecuadas referentes ás relacións sociais dentro do contexto laboral desapareceron”

6 Conclusións:

Desde a psicoterapia os pacientes relacionais, son casos difíciles. Requiren o manexo por parte do terapeuta da contratransferencia que producen, neste caso concreto manexada a través da supervisión do caso ou con ferramentas como o humor, que permite modificar o clima afectivo nun determinado contexto social como é a terapia e ao cambiar este marco permite ao terapeuta recuperar o control desa situación. Cando o terapeuta ponse ansioso, o paciente toma o control do tratamento e cando isto sucede, o tratamento posponse. O cambio xera ansiedade neste suxeito e unha forma de reducir precisamente esa ansiedade é facer algo que aumente a ansiedade do terapeuta, para que precisamente ese cambio pospóñase (Bergman, 1987).

Pola súa banda as condutas desafiante deste suxeito hai que entendelas no contexto de que cumpriron unha función no pasado, talvez como protección, talvez como mecanismo de defensa.

O terapeuta debe de ser consciente das reaccións emocionais que se xeran tanto nel como no paciente, facendo unha análise dos ciclos interpersoais entre ambos. É de esperar neste tipo de “pacientes relacionais” que sometan ao terapeuta a continuas probas para valorar a fiabilidade e grao de seguridade interpersoal (base segura) que é capaz de garantir.

En canto a elementos que poden axudar a manexar a contratransferencia, estarían o ser consciente das reaccións emocionais, a supervisión do caso (que trate tamén os esquemas do terapeuta que inflúen na relación co paciente e consigo mesmo), o uso de metáforas que reflictan a relación paciente-terapeuta, dedicar un tempo para avaliar aspectos como: que pacientes provocan pracer polo reencontro, cales malestar, quen son considerados pacientes fáciles ou difíciles, cales consideramos que están a lograr cambios, cales teñen procesos lentos pero bos, cales están estables e avalíase que estarían peor sen terapia, cales xeran preocupación excesiva, ansiedade, rexeitamento, sobreimplicación, rifa, dificultade para poñer límites, confusión,... así como cales son os esquemas ou crenzas do terapeuta que se activan fronte a determinados pacientes (Baringoltz, 2005).

En canto á investigación, conclúese que o estilo de apego inseguro está asociado a avaliacións máis baixas da alianza terapéutica (Lossa, Corbella & Botella, 2012), observado neste caso ata a quinta sesión. O que se atopa é que a partir da sexta sesión, aínda que o vínculo co terapeuta é bo, o cambio é máis inminente, polo que o paciente retráese sen posibilidades de conseguir un verdadeiro cambio.

Por outra banda o estilo de apego ansioso ten dificultades para establecer obxectivos de forma conxunta co terapeuta a medida que avanza a terapia, dado que o feito de crear un cambio na súa vida, sobre todo se se trata dun cambio de tipo 2, activa precisamente este patrón ansioso, dando

lugar a que aparezan dificultades non só no establecemento do vínculo, senón tamén nos obxectivos de cambio.

Á súa vez queren obter resultados inmediatos, pero a medida que anticipan os cambios durante o proceso terapéutico, empezan a realizar manobras para que ese cambio desexado e á vez temido non suceda, polo que se a medida que avanza as sesións estes cambios non se producen ou o suxeito non os percibe, a alianza terapéutica vese ameazada (Lossa, Corbella & Botella, 2012).

BIBLIOGRAFÍA

Lossa, L., Corbella, S., Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, (105), 91-103.

Ruíz, J. J. (2013). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 52-58.

Bergman, J. (1987). *Pescando Barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona. Editorial: Paidós.

Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Editorial: Paidós Ibérica.

Juri, L. (2011). *Teoría del apego para psicoterapeutas*. Madrid: Editorial Psimática.

Gutiérrez, E. (1998). El trabajo con la parte sana dentro del modelo psicoeducativo. *Sistemas Familiares*, 14 (1), 49-60.

Fisch, R., Weakland, J. H., Watzlawick, P. (1982). *Cambio*. Barcelona. Editorial: Herder.

Rodríguez-Arias, J. L., Otero, M., Venero, M., Ciordia, N., Vázquez, P. (2004). Estudio de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. *Papeles del Psicólogo*, 87 (25), 20-28.

Baringoltz, S. (2005). La importancia del estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas. *International Congress of Cognitive Psychotherapy*, Suecia, Junio.

CASO CLÍNICO 2

EMDR E PSICODRAMA NARRATIVO TRANSXERACIONAL NUN DISPOSITIVO PÚBLICO

Marisol Filgueira Bouza
PSICÓLOGA CLÍNICA

Belén M^a Horcajo Marrupe (PIR)
HOSPITAL MARÍTIMO DE OZA
(PROGRAMA DE TRAUMA E DISOCIACIÓN).
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
A CORUÑA (CHUAC)

Resumo: presentamos o caso dunha muller de 47 anos que chega ao Programa de Trauma e Disociación do Hospital de Día derivada dende a súa Unidade de Saúde Mental. Refería sintomatoloxía ansioso-depresiva a consecuencia do acoso laboral que sufriu durante 3 anos. Inicialmente, o tratamento dirixiuse ás imaxes intrusivas relacionadas co mobbing procedendo con EMDR. Mediante a exploración minuciosa da súa historia biográfica, obsérvase a repetición de acontecementos e pautas de interacción significativas ao longo da súa vida. Para a súa abordaxe, realizamos unha aproxima-

ción progresiva mediante un modelo integrador: técnicas derivadas do enfoque sistémico narrativo construcionista, terapia transxeracional, psicodrama bipersoal e traballo estruturado do sentimento de culpa. Deste xeito, chegamos á posible orixe da súa sintomatoloxía actual: un dó non elaborado, uns repetidos patróns de interacción baseados na loita de poder entre mulleres, un rol de coidadora frustrado e un sentimento de culpa transxeracional.

Palabras clave: acoso, EMDR, psicodrama narrativo transxeracional.

Abstract: a case report of a 47 year-old woman, referred from the Mental Health Center and admitted to the Trauma and Dissociation Unit in the Day Hospital is presented. She suffered from an anxious-depressive syndrome secondary to mobbing along three years. We initially address treatment to the mobbing-related intrusive images with EMDR. Then, and having thoroughly explored her biography, we observe the repetition of significant events and interactive patterns along her life. We make a progressive approximation of these, through an integrative model, with techniques derived from the systemic narrative constructionist approach, transgenerational therapy, bipersonal psychodrama and structured work of the blame feeling. We therefore reach the possible origin of the present symptomatology: a non-elaborated bereavement, repeated interactive patterns based on power fights among women, a frustrated caring role and a transgenerational blame feeling.

Keywords: mobbing, EMDR, transgenerational narrative psychodrama.

1 Introducción

A palabra mobbing deriva do verbo inglés “To mob” e significa “atacar con violencia”. Foi Heinz Leymann (1986) o primeiro que o estudou coma violencia psicolóxica no lugar de traballo causante de patoloxía. Pódese definir coma un tipo de hostilidade psicolóxica, realizada por compañeiros ou xefes, cara unha persoa á que búscase eliminar do seu posto de traballo mediante unha destrución da súa resistencia psicolóxica ou da súa saúde física. Algunhas consecuencias do acoso son os síntomas depresivos, ansiosos e de stres post-traumático.

O EMDR, Desensibilización e Reprocesamento mediante Movementos Oculares, é un enfoque de tratamento psicoterapéutico demostrado eficaz para o tratamento do Trastorno por Estres Postraumático. Consta dun protocolo estándar composto por 8 fases: historia do paciente, preparación, establecemento do protocolo e medición, desensibilización e reprocesamento do trauma, finalización da sesión e reavaliación do estado do trauma.

Dende o enfoque narrativo construcionista, unha narrativa supón unha trama, personaxes e un escenario, e pode ser reescrita seguindo esas articulacións, un novo método terapéutico para problemas mente-corpo, onde o propio paciente é o autor da súa historia (J.L. y M.E. Griffith, 1996, 1997). Desenvolvimos esta idea de re-creación e re-construción do relato no noso enfoque de Psicodrama Narrativo (Filgueira Bouza, 2012).

Traumas e segredos familiares constitúen patróns interativos que se repiten e transmítense a través das xeracións. O seu desvelamento contribúe á liberación de elos na cadea que xeran sufrimento, permitindo deste modo unha toma de conciencia transxeracional (Schützenberger, 2008; Maciel).

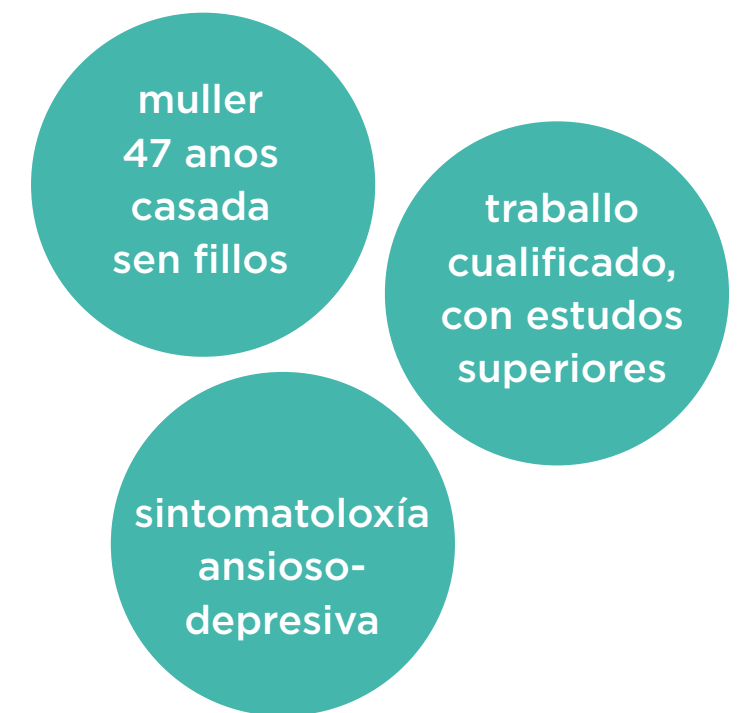
As técnicas activas psicodramáticas básicas pódense adaptar para a súa aplicación en formato individual, psicodrama bipersoal, mediante o uso de obxectos intermediarios coma as fotografías, os fantoches, a escritura... buscando a recreación de diálogos terapéuticos entre a protagonista e os personaxes do relato.

2 Datos sociodemográficos: muller, 47 anos, medio rural, casada, sen fillos. Estudos superiores (Formación Profesional: auxiliar administrativo). Traballo cualificado.

3 Motivo de consulta: acode por primeira vez á Unidade de Saúde Mental en novembro de 2014, referindo intensa sintomatoloxía ansioso-depresiva relacionada cunha situación de acoso laboral mantida durante tres anos. Dende aquel momento, atópase de baixa laboral. Iníciase tratamento psicofarmacolóxico e psicoterapéutico.

4 Obxectivo: debido á presenza de imaxes intrusivas relacionadas co acoso, é derivada ao Programa de Trauma e Disociación do Hospital Marítimo de Oza. O obxectivo principal era a abordaxe de ditas imaxes, e polo tanto, o tratamento indirecto da sintomatoloxía ansioso-depresiva relacionada. A medida que fomos progresando na terapia, fíxose preciso repensar obxectivos e técnicas.

5 Intervención: Inicialmente, establécese un plan de traballo dirixido ás imaxes intrusivas relacionadas co mobbing, procedendo con EMDR. Previamente, realízase a exploración de posibles eventos traumáticos anteriores á situación de acoso.



Realizamos a instalación do *Lugar Seguro* mediante a estimulación bilateral a través de movementos oculares. Posteriormente, abórdase o primeiro evento traumático recollido na súa historia (abuso sexual por parte dun profesor á idade de 10 anos). Tras o reprocesamento deste recordo sen incidencias, e ante a sensación de falta de información significativa para a realización dunha adecuada conceptualización do caso, decídese construír xunto á paciente o seu xenosociograma, apelando ao enfoque transxeracional, na procura da posible repetición de acontecementos ou pautas das que a clarificación poida aportar algún sentido revelador: lealdades, guións, segredos, tarefas inconclusas... (Schützenberger, 2008; Maciel).

A paciente é a máis vella de cinco irmáns (3 varóns e unha muller). A súa nai, filla única, dedicábase ás tarefas domésticas e ao coidado dos fillos. O seu pai, militar, pasaba longas tempadas fóra da casa. Tivo unha relación máis estreita cos seus avós maternos.

Realizamos unha exploración profunda das dinámicas relacionais cos seus pais. Tanto na personalidade coma na aparencia física, parecíase á súa nai (identificación), e o desexo de semellanza é tamén cara a mesma figura (lealdade). Ambas, ademais, chamábanse igual. Destaca na súa nai un forte e definido rol de coidadora, similar ao que presenta a propia paciente.

O pai era o executor de normas e castigos. Defíneo coma unha persoa fría que non mostraba afecto. A relación con el caracterizábase por un dobre vínculo: era a filla predilecta (dende a perspectiva dos demais, non tanto dende a súa propia), pero ao mesmo tempo era a principal destinataria dos seus castigos (consecuencia de non satisfacer as expectativas que proxectaba nela). Isto daba lugar a unha relación “pai-filla” confusa.

Cando a paciente conta coa idade de 18 anos, a súa nai falece, de forma inesperada, a causa dunha enfermidade non diagnosticada. Deste xeito, a familia perde á que definen coma “o seu alicerce fundamental”.

Unha consigna familiar importante era o “mostrarse forte”, e polo tanto, non vulnerable baixo ningunha circunstancia. Dita consigna alcanzou a súa máxima expresión no dó pola figura materna. A paciente refire no ter tido “tempo nin espazo” para a súa elaboración. A isto engádeselle unha sensación apremante de “urxencia”, posto que, ante dito falecemento, debe facerse cargo dos seus irmáns, das tarefas domésticas, dos seus estudos de formación profesional e o seu traballo nun hipermercado. Deste xeito, identificamos un dó non elaborado.

Polo tanto, as próximas sesións enfocaranse a esta tarefa pendente, dende o enfoque de Psicodrama Focal en formato bipersoal (Filgueira Bouza, 1995, 1999). Propomos a escritura dunha carta

“Decídese construír xunto á paciente o seu xenosociograma, apelando ao enfoque transxeracional”

de despedida. Nela, expresa a súa nai moita rabia por “tela deixado con todo”, pídelle perdón por conflitos pasados e relata acontecementos familiares (vodas, nacementos...).

Ao cabo de 5 anos de falecer a súa nai, o seu pai casa con outra muller, coa que comezan pronto os conflitos polo coidado dos irmáns pequenos. Ditos conflitos terminan coa expulsión da paciente da casa por parte de seu pai. Estará os próximos 10 anos sen ter contacto con seus irmáns. Neste tempo, contrae matrimonio co que segue sendo na actualidade o seu marido, termina os seus estudos e comeza a traballar.

Co paso dos anos, os irmáns son tamén expulsados da casa familiar polo pai. Nese momento, prodúcese o reencontro con eles. A nosa paciente ten coñecemento da situación de neglixencia que viviron baixo o amparo de seu pai e a súa nova muller. Deste xeito, empeza a xestarse un intenso sentimento de culpa “por terlles abandonado e non ter sido quen de protexelos”.

Nunha análise máis polo miúdo do xenosociograma observamos como, ao longo da súa historia repítense, en dúas ocasións máis, determinados patróns presentes xa neste primeiro enfrontamento coa nova parella de seu pai: intentos frustrados de levar a cabo o seu rol de coidadora; loitas de poder entre mulleres a causa de dito rol, nas que a paciente termina sendo “desprazada e vencida”; non intercesión dos homes presentes en ditas loitas de poder en favor dela; e un intenso sentimento de culpa descuberto máis tarde como transxeracional e que a orixe, xéstase na “traizón” a unha sentenza materna, e polo tanto, nunha falta de lealdade cara esta figura.

Primeiro, esta repetición de patróns ten lugar cando o irmán inmediatamente máis pequeno, ten un fillo que nace con problemas cardíacos. A paciente e o seu marido exercen ferventemente o rol de coidadores co seu sobriño, co motivo de mostrar o seu apoio e afecto aos pais do neno. Co tempo, a muller do seu irmán, a súa cuñada, empeza a non recibir ben estas axudas o que desemboca nun conflito aberto con ela, no cal non intercede o seu irmán. Finalmente prodúcese a ruptura da relación con ambos (que se mantén ata hoxe).

Nun segundo lugar, a situación de acoso laboral exemplifica tamén ditos patróns: a paciente, hai 5 anos, é contratada nunha empresa tras realizar unha substitución dunha compañeira. Ao incorporarse esta, ambas as dúas ocupan postos similares. Cando comeza o acoso, o xefe, aínda tendo coñecemento disto, non intercede en favor da paciente. Dita situación de mobbing prolóngase durante 3 anos. En diversos momentos dánse loitas de poder entre ambas as dúas traballadoras, as que terminan coa baixa laboral da nosa paciente. A isto séguelle un intenso sentimento de culpa polo reparto do seu traballo entre os compañeiros da empresa (“ela facía o traballo de tres”).

Desde una perspectiva transxeracional podemos falar dunha inxustiza histórica: despois dos reiterados desprazamentos que sufriu nos sucesivos conflitos biográficos, a vida compénsaa cun posto

“Ao longo da súa historia repítense, en dúas ocasións máis, determinados patróns”

de traballo para o que está cualificada, no que se sentía autorrealizada e onde os compañeiros a valoraban. No momento actual, a paciente non o vivencia deste xeito: sente culpa pola carga de traballo que deben asumir os seus compañeiros na súa ausencia, e séntese incapaz de enfrontar á compañeira que a substituíu (¿desprazou?). Será uno dos obxectivos aos que vaia encamiñada a terapia nas próximas sesións.

Na análise do xenosociograma observamos tamén unha excepción importante: o seu marido é a única figura masculina “que non a abandona”. Polo tanto, un dos nosos obxectivos é o reforzo desta relación como punto de apoio importante na súa melloría.

Coa finalidade de alentar a construción dunha narrativa biográfica alternativa, en procura dun sentido vital, posteriormente, propomos a tarefa de contar un conto con fotografías significativas da súa vida.

Unha narrativa supón unha trama, personaxes e un escenario, e pode ser reescrita seguindo esas articulacións, un novo método terapéutico para problemas mente-corpo, onde o paciente mesmo é o autor da súa historia (J.L. y M.E. Griffith, 1996, 1997). Desenrolamos esta idea de re-creación e re-construción do relato no noso enfoque de Psicodrama Narrativo (Filgueira Bouza, 2012). As fotografías suplen a técnica da escultura en consulta bipersoal. Sobre elas, podemos articular verbalmente (diálogo virtual) o resto das técnicas psicodramáticas básicas: soliloquio, dobre, cambio de roles e espello. Pódese buscar o mesmo efecto con fantoches en lugar de fotografías ou a través da escritura.

No conto, fai un percorrido ao longo dos acontecementos vitais máis significativos (comuñóns, vodas, nacementos, vacacións...). E é no relato do mesmo onde expresa a fantasía de “matar” ao seu pai, ou que fose este quen falecera en lugar da súa nai, o que produce unha gran e significativa descarga emocional. Neste momento, non pode contar un final para esta historia polo que queda pendente para o futuro.

Como sinalouse máis arriba, un sentimento relevante e constante nesta paciente é o sentimento de culpa (hai algo malo nela que a fai merecedora de todo o que lle ocorreu). Consideramos que o mesmo poida ter a súa orixe transxeracional, baseándonos na narración “dun segredo familiar”: a súa bisavoa paterna “matou” ao seu fillo, avó da paciente, ao darlle un vaso de viño, cando estaba rehabilitándose dun problema de alcoholismo. Nese momento sofre un infarto e morre. Creemos que a culpa que puido sentir a bisavoa, ten relación coa que sentiu a nosa paciente nun dos eventos traumáticos que rexistramos ao inicio da terapia: o avó materno sufría cancro. Horas antes de falecer, a dor era tan intensa que a nosa paciente administrou a dose de morfina prescrita polo médico para estas situacións extremas. Inmediatamente despois, e camiño do hospital, falece. A súa avoa culpaa directamente da morte debido á administración de morfina.

“Observamos tamén unha excepción importante: o seu marido é a única figura masculina ‘que non a abandona’”

O papel de ambos os dous eventos no intenso sentimento de culpa aínda non é consciente para a paciente.

As seguintes sesións dedicáranse á abordaxe deste sentimento mediante o traballo estruturado desenvolvido por Pau Pérez Sales (2006). Na realización do mesmo, e partindo da situación que xera o sentimento de culpa máis intenso para a paciente (abandono da casa familiar e, como consecuencia, deixar aos seus irmáns co seu pai e a súa nova esposa), desvélese un feito relevante: a traizón á sentencia que, en repetidas ocasións, a súa nai lle dicía a seu pai (se ela falecía antes que el, e refacía a súa vida, viría “dende o ceo” para evitalo). A paciente sente que ao abandonar a casa familiar (a pesar de non ter outra opción, “botárona” dela) levaba implícito o non cumprimento co desexo da súa nai de impedir que o seu marido refixera a súa vida. Polo tanto, aquí evidénciase a falta de lealdade cara a figura materna. Ao mesmo tempo, faise patente a ambivalencia sentida cara a súa nai e cara o “seu desexo”. Esta ambivalencia está moi presente en aqueles dós onde o sentimento de culpa é moi intenso. A nosa paciente afirma que desexaba que o seu pai iniciara unha nova relación posto que, iso lle permitiría sentirse máis libre ao estar el centrado noutra persoa.

A paciente sente que a súa nai, se fose testemuño diso, a tería perdoado. É ela a que non se perdoa a falta de lealdade.

6 Conclusións: o procedemento descrito facilita a toma de conciencia sobre as dinámicas interactivas que se repiten a través das xeracións, amparadas no silencio, e determinando un guión de vida. A posibilidade de liberación de ditos patróns pasa por dita toma de conciencia, para o que as técnicas activas exercen un efecto particularmente potenciador.

“O que non se fai consciente maniféstase nas nosas vidas coma destino” (Jung, 1991).

BIBLIOGRAFÍA

Filgueira Bouza, M.S. (1995 2º Trim.). Psicodrama Focal del Duelo Patológico. XI Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama: “Teoría, Clínica y Formación en Psicodrama en España”. Vitoria, 1995. Informaciones Psiquiátricas, 140, 239-251. SISO SAUDE, 1995, 25, 17-32.

Filgueira Bouza, M.S. (1999 Oct.). O Psicodrama Focal na práctica clínica. Cadernos de Psicología, 26, 28-41.

Filgueira Bouza, M.S. (2012 Dic). Narradrama transgeneracional: volver a vivir. Una propuesta de psicoterapia integrativa. Speculum, Revista del Aula de Psicodrama.- Psicodrama y Grupos, 3, 109-124.

Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1996). El cuerpo habla: diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu.

Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas. En: Marcelo Pakman (comp.). Construcciones de la Experiencia Humana (Volumen II). Barcelona: Gedisa.

Hensley, B.J. (2009). Manual básico de EMDR. Bilbao, Desclée De Brouwer, S.A.

Jung, C.G. et al. (1991). Encuentro con la sombra. El poder del lado oscuro de la naturaleza humana. Barcelona: Kairós, Biblioteca Nueva Conciencia.

Maciel, M. Invisible Loyalties within the Family Transgenerational Psycodrama [en línea] Fecha de consulta: 30 de Junio de 2012. Disponible en: <http://www.manuelamaciel.com/loyal.html>

Pérez Sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao, Desclée De Brouwer, S.A.

Schützenberger, A.A. (2008). Ay mis ancestros! Buenos Aires. Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara. <http://www.psychogenealogie.name>



COMUNICACIONES LIBRES

"Songs for Little People" de Norman Gale
Ilustración de H. Stratton, 1896.

COMUNICACIÓN LIBRE 1

O FÚTBOL SON EU: TRABALLO CUN PROCESO PSICÓTICO

Manuel Lopo Lago e
José Antonio Muñiz Torrado,
PSICÓLOGOS EN GABINETE DE
PSICOLOXÍA KARMA (VIGO)

Resumo: Comezamos expoñendo algunhas ideas que nos resultaban interesantes nese momento e que influíron na nosa forma de traballar. A parte central dedicámola a relatar o tratamento terapéutico realizado cunha familia onde un dos seus membros estaba a atravesar un proceso psicótico. Finalmente facemos unha reflexión sobre como a visión do terapeuta inflúe na súa participación na conversación e, consecuentemente, un convite a actuar con responsabilidade.

Palabras clave: terapia familiar, procesos psicóticos, responsabilidade, Constructivismo, coñecemento en acción.

Abstract: We started exposing some ideas that we were interesting at that time and which influenced our way of working. The central part dedicated to recounting the therapeutic treatment performed with a family where one of its members was going through a psychotic process. Finally we make a reflection on the vision of the therapist influence his participation in the conversation and, consequently, an invitation to act responsibly.

Keywords: family therapy, psychotic processes, accountability, Constructivism, therapist's world view, action theories.

Cando a un clínico se lle pregunta como é que fixo o que fixo, a súa reacción natural será re-examinar o caso dende a teoría que sustenta a súa praxe, en maior medida se se dedica á docencia e se adscribe a unha determinada escola. A non ser que dito clínico tomase contacto, dun ou doutro xeito¹, cos estudos de D. Schön (1992). Cando se tivo este contacto a reacción podería ser re-examinar o caso dende os postulados de Schön:

1.- O que un fai é máis complexo que o que un é capaz de explicar a partir das súas teorías.

2.- Sabemos montóns de cousas só no momento da práctica e cando estamos fóra dela non somos capaces de explicalas (a isto o chama “*coñecemento en acción*”).

¹ Un dos asinantes do artigo toma contacto con Schön a través de Marcelo Pakman, docente no curso de Prácticas construtivistas organizado por Carlos Sluzki en Sta. Bárbara en 1996, posteriormente coa presenza de Pakman en distintas ocasións en Galicia. A nosa visión de Schön ten que ver co que nós entendemos do transmitido por Pakman e por lecturas asistemáticas e máis ben fragmentadas dalgúns escritos de Schön.

A práctica profesional sería para Schön unha combinación do “*coñecemento en acción*” e o que chama “*teorías en uso*” que teñen que ver coa nosa cultura, raza, idade, condición social, familia, bagaxe de técnicas... e son altamente idiosincrásicas, están sometidas a constante evolución e teñen que ver coas emocións que os clientes espertan nos terapeutas.

Cando dous clínicos que traballan en equipo, filman as súas sesións e se teñen por iso que chaman “terapeutas familiares” reflexionan (a soas, co seu equipo e cos seus alumnos/ás) sobre un caso para presentárllelo aos seus colegas, revisan as video-gravacións, len as notas que o equipo tomou e tratan de encontrarlle un sentido ao que fixeron e están a facer con este e outros casos. Buscan congruencia entre estes datos e os seus recordos do último ano no que respecta ás sesións do caso que decidiron presentar. A estas alturas do proceso pensan o sinxelo que sería explicalo todo dende a teoría (sexo esta cal sexo), pero xa non poden facelo así.

Aprehenderamos² do traballo en vivo ou gravado de prestixiosos terapeutas: Minuchin e o seu traballo estrutural, Sluzki e os seus relatos alternativos, Cecchin e a súa curiosidade, Canevaro e a súa inmensa capacidade de acollida, Pakman e as súas conversacións construtivistas, Gutiérrez e o seu traballo coa parte sa. Tamén apreenderamos dos nosos colegas máis próximos, menos prestixiosos pero igualmente respectables.

Comezamos había tempo a traballar dunha forma menos restritiva en canto a axuste aos modelos de Terapia Breve do MRI e o Centrado en Solucións que caracterizara o traballo do equipo nos últimos anos. Considerabamos que a “tradición” nos terapeutas familiares dunha ou outra escola era precisamente ir contra o establecido. E os enfoques narrativo-construtivistas parecían seguir esta tradición. Moitas das actitudes propias³ deses enfoques comezaron a calar en nós da mesma forma que calaran os postulados de Schön.

Pensabamos que debíamos “intervir” máis na sesión coa perda conseguinte de importancia dada á tarefa final. Parecíanos interesante a polémica xurdida os últimos anos entre S. Minuchin e algúns terapeutas “narrativos” e “orientados a solucións”, representada na revista *Sistemas Familiares*⁴, e pensabamos que todos, polo menos en parte, tiñan razón. Ademais, coa “verdade parcial” de cada un deles foran axudadas moitas persoas con problemas. Non descartabamos pois, utilizar técnicas e modos terapéuticos de minimalistas, non-interventivos e complexos. As actitudes narrativo-construtivistas tinguían e daban consistencia a todas estas técnicas.

Deixamos de planificar a priori o desenvolvemento das sesións, permitiámonos traballar “no facendo” como nos empezara a gustar chamalo, confiabamos máis na nosa capacidade para coñecer e reflexionar na acción, e na dos nosos clientes para influír sobre o noso “facer”, recoñecéndolles (en ocasións explicitamente, implicitamente sempre, ou iso pretendíamos) o papel de expertos nas súas vidas.

2 Sen a achega dos nosos compañeiros Celia Cameselle Taboada e Juan Manuel Daponte Codina (este último formando equipo terapéutico con Manuel Lopo no traballo con esta familia), habituais compañeiros de traballo as ideas expresadas aquí non serían as mesmas.

3 Transparencia, curiosidade, irreverencia, pouco apego ás hipóteses, co-responsabilidade, colaboración... serían algunhas. As linguaxes organizadoras da nosa práctica de Pakman poden ser un bo resumo destas actitudes.

4 Pódense consultar os números 3 do ano 14 (novembro de 1998) e 1 do ano 15 (marzo de 1999).

Polas informacións que nos transmitiu telefonicamente a nai de E (o paciente identificado), a finais de 2002, “sabíamos” que o asunto que lles traía a consulta era grave (podería ser un proceso psicótico) e que xa se fixeran ao longo do último ano consultas con outros profesionais, pouco satisfactorias para os pais, e ás que E acudira en moi contadas ocasións. Tamén “sabíamos” que (“*eu estou ben, non me pasa nada pero se hai que ir, vaise*”) viría a definir a súa relación connosco como visitante (de Shazer 1992), e teríamos que construír ao longo da conversación con el algún tema no que estivese o suficientemente interesado como para seguir asistindo regularmente.

Tiñamos coñecemento pola nosa formación máis ben autodidacta e algo ecléctica, que o traballo cos membros da familia era conveniente, mesmo imprescindible. Que Harding (1996) dicía que a terapia persoal daba mellores resultados que a terapia familiar cando o paciente identificado vive na casa dos seus pais. Que a homeostase familiar ás veces pesa como unha lousa e hai que manexala. Que a psicoeducación diminúe as tensións familiares e, na mesma medida, diminúe o estrés que o ambiente familiar pode xerar no paciente. Que as familias chegaron a acusar a Terapia de Familia de culpabilizadora e que unha actitude “colaboradora” e de “transparencia” podería devolver á familia o protagonismo no tratamento (a culpabilización en caso de que se producise perdería forza ante o traballo de equipo que o terapeuta lles formula). Que os neurolépticos non sempre son necesarios e que de momento seguen producindo efectos secundarios físicos e sociais graves.⁵

“Sabíamos” pola nosa experiencia neste tipo de procesos que a presión do equipo ou do terapeuta asusta ao paciente. Que as confrontacións fortes con membros da familia eran máis prexudiciais que beneficiosas. Que sería necesario un exquisito coidado en que todos e cada un dos membros da familia se sentisen entendidos, validados e confiasen no traballo conxunto (confiabamos en que isto paliaría os rebotes homeostáticos da familia). Que teríamos que encontrar un sentido aos síntomas que o paciente presentara. Que ambientes moi estruturados axudan nun momento do proceso pero poden ser contraproducentes noutros. Que xa algunha vez nos atrancamos cando lles pediamos que fixesen tarefas que favorecesen o seu desenvolvemento cognitivo, que noutras ocasións nos atrancamos tratando de solucionar problemas “de sempre” entre a parella de pais, e nalgunha outra tratando de que un pai rompese un “segredo familiar” cuxa existencia coñecía pero cuxo contido non quería coñecer.

“Sabíamos” que todos os nosos “saberes” foran, eran e seguirían sendo (polo menos como desexo) provisionais e permanentemente cuestionados. Buscábamos modos de acción que rompesen o restritivo dos distintos modelos.⁶

Tiñamos ganas de aprehendelo todo sobre esta familia que nos podía ensinar moito sobre este tipo de procesos. De feito conseguiran manexar a situación sen necesidade de internamento, nin sequera de medicación para E (non así para a súa nai) e a situación mellorara.

Queríamos, sobre todo, serlles útiles.

⁵ Seikkula, Alakare e Aaltonen (1995) sinalan que “ao iniciarse o novo proxecto con pacientes psicóticos agudos pensabamos que en todos os casos sería indispensable sequera un novo ingreso, que como mínimo a unha terceira parte dos casos serían enfermos crónicos e que a metade ou máis esixiría administrar neurolépticos. Nada diso aconteceu. Tivemos que renovar de forma continuada nosa labor (...). A resistencia fronte ao cambio non proveu tanto dos pacientes ou as súas familias senón máis ben do noso propio xeito de pensar.

⁶ Lopo (1999). “As técnicas deben ser elementos que axuden aos nosos clientes no seu intento de cambio, que amplíen as súas alternativas posibles; non caíamos no mecanicismo de utilizar as técnicas que mellor coñecemos (pola nosa seguridade) ou de facer encaixar as persoas e as familias nos nosos supostos (para autoconfirmarnos na nosa forma de traballar), a custa de limitalos nas posibilidades de cambio.

O caso

A psicose debe ser considerada como un xeito especial de reaccionar ante circunstancias especiais, como un xeito de expresarse con relación a determinados comportamentos dos demais, un xeito de sentir unha situación de relación interpersoal difícil, ambigua, confusa, cuxas características están moitas veces determinadas por outras persoas.

G. JERVIS

As reaccións psicóticas deberían verse como intentos de atribuír sentido á propia experiencia e de facer fronte a circunstancias tan pesadas/anguriosas que impediron construír unha narrativa racional verbalizable. En posteriores situacións de stres estas experiencias do pasado poden actualizarse e a persoa referirse a elas mediante metáforas.

SEIKKULA, ALAKARE e AALTONEN

E. e os seus pais veñen a consulta en 2002. Traballa dende hai 2 anos nunha empresa, apenas sae de casa e as súas relacións sociais son escasas. Xa dende o primeiro momento deixa ver a súa falta de “conexión” coa “realidade”, manifestando en distintos momentos ideas delirantes do tipo “o fútbol son eu”, “o balón vén a min, métolles presión, os maquinizo, é unha especie de hipnose que eu fago”, “teño 22 anos e estou a estudar o fútbol na realidade, teño un sistema polo que o balón vén a min”, “son un altofalante, eu escoito e reparto a música”.

A nai, ama de casa e empregada do fogar por horas (“a eles non lles fai graza pero a min saír de casa reláxame moito”) está moi preocupada pola situación de E. e atribúe o seu estado a “algo que lle deron”, así diagnosticou a bruxa á que consultaron, que segundo conta foi a única que axudou a E. Estao a pasar moi mal e tomou e aínda toma medicación antidepresiva e ansiolíticos.

O pai é parco en palabras, pero agudo cando fala. Traballa na mesma empresa que o fillo, na mesma quenda. Ten responsabilidades sindicais. Acompaña o seu fillo ao traballo todos os días, mesmo os sábados en que E. traballa. De non o facer, E. non iría e perdería o traballo. En ocasións pasou que o pai non puido ir e E. (aínda despois de ser avisado de antemán) quedouse sentado na cociña de casa esperando que alguén o levase.

O terapeuta conduce a conversación cara á preocupación que os seus pais e, segundo nos imos decatando, tamén o seu irmán, os seus tíos, os seus primos, os amigos, os veciños e os compañeiros de traballo de E. e do seu pai, senten pola súa situación. Tratando de establecer un espazo

de reflexión no que E. deixe, polo menos por un momento, de ser o “enfermo” que o último ano e medio todos sinalan con palabras e/ou accións ou omisións, para pasar a ser a persoa á que todos aprecian e que ultimamente a todos preocupa:

- ¿Que pasará para que as xentes que o aprecian estean tan preocupadas por el?
- ¿Preguntouse que cousas das que fai e/ou di fai que as demais persoas se preocupen?
- ¿Interésalle ter a todas esas persoas preocupadas por el?
- ¿Emprega moito tempo en demostrar a todos que está normal e non lle pasa nada?

Esta conversa parece ter o dobre efecto de adherir a E. ao terapeuta e tranquilizar aos seus pais, que por primeira vez se senten entendidos por uns profesionais que conseguen que o seu fillo manifeste a súa vontade de seguir conversando en posteriores sesións.

Pedímoslle a E. que pregunte á xente do seu ámbito que fai que se preocupen por el.

Na segunda sesión (asisten os mesmos), en determinado momento E. relata que estaba namorado e que os amigos crían que estaba “toucado da á”: *“eles están noutra película e eu no ano 2.500”*. O terapeuta chama a isto Amor Tolo e pregunta como conseguiu solucionalo. E. contesta que desafogándose na pista para desnamorarse. Parece un tema interesante e o terapeuta interésase por como baila e continúa:

- ¿Como fas cando bailas para desafogarte? E a súa contestación leva a máis preguntas:
- ¿Pensas que esa forma de bailar pode preocupar aos teus amigos?
- ¿Que cres que pensan de ti os que apenas te coñecen?
- ¿É unha imaxe de ti que che interesa dar?

Retomando a metáfora do cine o terapeuta empeza a chamarlle saídas de guión ás “ideas delirantes” que aparecen ao longo da sesión e introduce a idea de que son indicadores para que a xente do seu ámbito se preocupe, o cal remata sendo aceptado por E. Confronta algunhas destas “saídas de guión” en sesión dicindo que cando se sinta molesto por algo podería dicilo en lugar de dicir cousas que só el entende e que, sen máis, deixaríamos de falar diso.

- Deféndeste do dano saíndo do guión, ¿poderías facelo doutro xeito?
- ¿Que cres que pensan de ti os que che rodean cando te sales de guión?
- ¿Interésache que teñan esa imaxe de ti?

E. empeza a encaixar a idea de que algo debe fallar nel cando todos se preocupan. O terapeuta fálalle do san da dúbida e de que quizais podería facer cousas para que os outros non se preocupasen.

“Tratando de establecer un espazo de reflexión no que E. deixe, polo menos por un momento, de ser o “enfermo”, para pasar a ser a persoa á que todos aprecian e que ultimamente a todos preocupa”

Na terceira sesión, o pai (a nai desculpa a súa asistencia por cuestións de traballo) infórmanos de que a situación mellorou. Pídeselle ao pai que agarde na sala de espera e o terapeuta comeza a conversa preguntando e atribuíndo control a E.

¿Como o conseguiches? Ao que contesta: *“colaboro máis na casa e falo máis con eles sen irme da pota, eu fixen o estúpido cando o namoramento e a xente puido pensar que estaba tolo, quero volver ser como antes, todos me din que sexa como era antes. O tema da rapaza afectoume moito, estaba tan deprimido, todo me inducía a estar con ela, pero é imposible aínda que eu non descarto nada na vida”*. Pon fin ao seu discurso dicindo ao terapeuta que non quere falar dese tema.

Continúa a conversa dicindo que tamén axudou á tranquilidade dos seus pais que fale máis cos compañeiros de traballo. *“Eu sempre era o que falaba na casa. Nas comidas ningún falaba e eu pensaba: a ver se vai haber algo entre os meus pais e eu non me decato. O meu irmán pasa de min, di que só digo parvadas.”*

Pídeselle, xa en presenza do pai, que cando teña unha ida de pota o faga evidente e que reflexione sobre que lle sentou mal. Ao pai, que lle pida ao irmán que mostre respecto por E.

Na cuarta sesión, á que asiste un amigo de E., o pai relata unha pequena crise, pero que en xeral ben (a nai non asistiu por considerar que sobra e que E. ódiaa). E. comezou a saír algunhas noites. Pídese ao pai que espere na sala e pregúntase ao amigo:

- ¿Preocúpalle E.?
- ¿Aos demais amigos: preocúpalles?
- ¿Que fai que se preocupen?
- ¿Que cren que lle puido pasar?

Estas preguntas xeran unha conversa sobre o Amor Tolo de E. e a persecución a que someteu a rapaza. Considera que E. debería pedirlle desculpas.

Ao final da sesión pídesese ao pai que diga á nai que consideramos a súa presenza imprescindible nalgúns ocasións, sobre todo ao principio do tratamento, e que lle pregamos que asista á sesión seguinte.

Á 5ª sesión asisten E. e os seus pais. Comeza a sesión a nai queixándose e lamentándose de que E. ódiaa. O terapeuta comprende e valida a súa preocupación. O pai dinos que na presente semana as cousas foron ben, pero a anterior foi lamentable. Tomou a decisión de non o volver levalo a traballar os sábados. Pensa que E. debe responsabilizarse do seu traballo. A nai reaccionou ante



Ilustración de A. Hughes para o libro “Sing-Song. A nursery rhyme book” de Christina Georgina Rossetti., 1893

esta decisión acusándoo de non querer o seu fillo, que perderá o traballo. A tensión entre os pais (da que E. faláranos e que xa aparecera en sesións anteriores con menor intensidade) é soportada por E. bastante mal. O terapeuta decide intervir con manobras de corte estruturalista e propón efectuar cambios de disposición espacial na sala de terapia (coa intención de sinalar diferenzas entre o subsistema parenteral e E.). Como as descualificacións entre os pais seguen producíndose e as “saídas de ton” -que non de guión- de E. coa súa nai tamén, o terapeuta decide falar a soas cos pais. Continúase a conversa comentando o terapeuta que non lle parece axeitado que E. interveña en conversacións sobre tensións entre os pais, aínda cando a súa ausencia traia como consecuencia o aumento das tensións entre eles, estas han de ser resoltas sen a intervención de E.

Na pausa o equipo hipotetiza que o pai apoiará as propostas do terapeuta de forma que podería ser entendida pola nai como descualificacións cara a ela, pero confía en que o bo *joining* conseguido entre nai e terapeuta permitirá que este poida pedirlle que:

- rebaixe as críticas cara a E., propoñéndolle que trate de diferenciar aquelas condutas que, realizadas polo seu outro fillo, son cualificadas por ela como faltas de respecto das que cualificaría de tolas, de forma que cando as de E. sexan faltas de respecto, non as achaque á súa “enfermidade”.
- valore a utilidade de dar a E. a posibilidade de mostrarse responsable. Ás veces hai que tomar certos riscos (por suposto con rede).

Díselle tamén que o equipo cre que ter distintas opcións educativas non implica falta de amor ou de preocupación polos fillos, é habitual que homes e mulleres demostren amor de forma diferente.

O pai apoia o terapeuta descualificando a nai. O terapeuta mostra gran respecto por esta achacando as súas reaccións ao mal que o está a pasar, á intensidade da súa preocupación e ao seu propio estilo: non lle cabe nada dentro. Gaba o gran sacrificio que está a facer e vai ter que facer para conseguir axudar a E. e trata de aliviala de culpa dicíndolle o difícil (case imposible) que pode resultar para ela actuar na liña que lle está a pedir. Pide ao pai que axude á nai neste proceso.

Despois dunha breve pausa co equipo, o terapeuta reúnese con E. e pregúntalle: ¿Entendes que os teus pais se preocupen cando fas algunhas das cousas que nos dixeron? E. saca o asunto da tensión entre os pais. O terapeuta dille *“xa non podes facer nada máis, eles mesmos deben resolver as súas tensións, neste momento debes ser un pouco egoísta. Dedicar o teu tempo a poñerte ben. Os teus pais, especialmente a túa nai, van tardar en aceptar mellorías en ti, en determinados momentos condutas normais pero que aos pais non gustan van ser cualificadas como síntomas da enfermidade e vano facer por pura preocupación por ti. Isto forma parte do proceso habitual. Non lle entres ao*



Ilustración do libro “The Bab Ballads” de Gilbert, W. S., 1898

trapo a túa nai. Terás un espazo aquí para botar fóra todo o que te preocupa, tampouco queremos que o tragues e teñas “idas de pota”.

Ao comezo da sexta sesión cóntannos entre E. e a nai os contratempos del para ir ao traballo un sábado. Custoulle pero finalmente conseguiu facelo. O pai fala do que pasou ese mesmo día cando E. volveu do traballo, conta que desvariaba e tivo que ameazalo cunhas “hostias” para que reaccionase. E. interrómpeo dicindo que *“tiña cantidade de cousas dentro”* e que se desafogou *“falando co can, as árbores e a natureza toda”*. A nai interrompe a E. para dicir que tamén falou a berros cos veciños e con amigos que non estaban por alí. O pai dille que a conversa que tivo co can podería tela tido con el. E. quéixase de que nada do que fai é valorado polos pais. O pai pregúntalle por que perde o norte, será por fumar porros, por durmir pouco (E. chegou tarde á casa ultimamente, algunha vez durmiu 3 ou 4 horas antes de ir ao traballo). E. deféndese e o terapeuta apóiao dicindo que é *“unha pota a presión que acumula ata que estala”*. Un xefe da empresa falou co pai preocupándose polo cambiado que parece E. neste último ano. As queixas teñen máis que ver coas relacións cos compañeiros (ou máis ben a ausencia de relacións) que co traballo en si. O terapeuta pide aos pais que abandonen a sala de terapia e continúa a conversación con E. lle parece un bo momento, a tensión calmouse e non ten claro que E. puidera manterse coherente en caso de volver producirse.

E. fala de independendizarse dos seus pais, de alugar un piso ou compartir piso con alguén, di que está farto de estar na casa. Cóntanos *“todo o que ten dentro”*. Todas as cousas o inducen a estar con aquela rapaza, non consegue sacala da cabeza. Os amigos non o chaman polo que pasou con ela, só un acéptao (del falamos bastante, é o que o seu modo de vida non agrada aos seus pais, aínda que recoñecen que sempre lle axudou). ¿Que podería facer para desafogarse e pensar menos? pregunta o terapeuta.

Saen diversas opcións na conversa: fútbol, ximnasio, autoescola, facer unha vida normal. *“Eu antes vía cousas raras, cando ía andando pola rúa sentíame raro, a xente facíame cortes de mangas, dicíanme cousas”*. O terapeuta dille que ás veces a mente nos xoga malas pasadas, frase que repetirá ante comentarios deste tipo.

Nun momento da sesión a nai pregúntanos como se chama o que ten E. lle explicamos que na nosa forma de traballar non facemos diagnóstico, o que si facemos é avaliar as dificultades dende distintas perspectivas e tratar de buscar solucións aos problemas que xeran. Non obstante, indicámoslle, o que moi probablemente lle dixesen outros profesionais que si diagnostican é que E. tivo un brote psicótico, que hai bastantes estudos que din que, sendo unha enfermidade grave, ten un 50% ou máis de probabilidades dunha melloría significativa e quizais de recuperación e que recentes estudos en Finlandia parecen tendentes a indicar que as recaídas poden estar máis relacionadas coa medicación antipsicótica que coa enfermidade en si.

Nas sesións 7 a 11 E. mellora, asiste ao seu traballo os sábados pola súa conta. Os seus amigos distáncianse, pero busca novos amigos. Os enfrontamentos coa nai diminúen e tanto esta coma o pai informan de mellorías. Familia, veciños e compañeiros de traballo coméntanlles que atopan mellor a E.

A nai fala da posibilidade de acudir a ter unha consulta cun psiquiatra de prestixio doutra cidade. Pregunta o parecer do equipo. O terapeuta dilles que é unha decisión que teñen que tomar eles. O pai non se mostra moi conforme coas medicacións e os percorridos de profesional en profesional. A nai insiste e o terapeuta propón manter na recámara a consulta, por se fose necesario máis adiante, *“o peor xa pasou grazas ao esforzo de toda a familia e conseguístelo sen necesidade de que E. tome medicación”*.

Nas sesións vaise repartindo o tempo entre eles. As conversacións con E. veñen xeradas por preguntas do terapeuta do tipo:

¿Como chegou á situación de hai ano e medio?

¿Como pode facer para seguir gañando autonomía, “axencia”, e aumentar a súa rede social?

Fálaselle á súa parte “san” (Gutiérrez 1998b), que progresivamente vai aumentando. Trabállase cos seus propios recursos para solucionar as dificultades, especialmente os que lle poden servir para evitar os enfrontamentos coa nai. Apóiase o sacrificio que a nai fai para non chocar con E. e pídeselle que diminúa as críticas e que se fixe en como crece a súa parte sa. Pídeselle ao pai que a axude. O pai conta como ás poucas “saídas de guión” de E. pódese encontrar un sentido se se segue conversando con el con acougo.

Entre as sesións 12 e 16 éntrese nunha fase na que o avance parece deterse. O terapeuta normaliza a situación como un momento do proceso e pide aos pais que non se desanimen. O terapeuta di á familia que o seu formato habitual de traballo é de poucas sesións e que a el tamén lle custa este ritmo pero o proceso ten estes momentos⁷. E. di non estar suficientemente centrado para poñerse a sacar o carné de conducir (ten un coche parado dende que o comprou hai dous anos, o terapeuta falara coa familia do interesante que sería que E. obtivese o permiso de conducir)⁸.

A nai ao ver o interese do terapeuta no tema non paraba de insistirlle sendo fonte de conflito entre eles. O terapeuta rectifica a súa postura respecto ao carné de conducir. Considera que se E. non se sinte con forzas para emprender esta tarefa, débese respectar o seu ritmo. Convérsase coa familia da importancia nos próximos meses da recuperación da rede social de E.

Na décimo sétima sesión infórmanos que se lle remata o contrato. Isto pode ser unha fonte de problemas ao coincidir máis tempo na casa E. e a nai, que aínda mantén un alto nivel de críticas. Ao mesmo tempo E. podería empezar a darlle máis voltas á cabeza do que sería adecuado.

⁷ Pensamos que a transparencia do terapeuta ante a familia sobre o contido das conversacións do equipo tivo como efecto unha maior confianza da familia no terapeuta e o equipo, co conseguinte aumento da alianza terapéutica.

⁸ Consideramos de especial importancia identificar estes momentos do proceso, o traballo dende atrás de Juan Daponte foi especialmente relevante neste período de sesións axudando ao terapeuta a desacelerar o seu ritmo habitual para axustarse ao de E.. Teñamos en conta que os efectos iatroxénicos producidos por esta falta de axuste con E. por parte do terapeuta poderían ter a súa importancia.

A décimo oitava sesión aprázase ao comunicarnos E. telefonicamente que se vai uns días de vacacións cuns amigos (entre os que están a rapaza do Amor Tolo e o seu actual noivo), dicímoslle que adiante e falamos un momento co pai no sentido de que pode ser moi positivo para E. esta experiencia, aínda que naturalmente ten os seus riscos. Cando finalmente ten lugar a sesión soubemos que todo foi perfectamente e E. está asimilando correctamente estar no paro. Cóntanos que lle dá un pouco de medo abrirse á xente e séntese incómodo en bastantes situacións sociais.

Na décimo novena sesión soubemos que E. foi ao INEM por propia iniciativa e apuntouse a un curso de carpintaría mentres está no paro. A nai cóntanos que lle preguntou ao longo desta semana para que veñen eles. Preguntamos a E. se o que quere dicir con isto é que quere máis tempo nas sesións para el e nos contesta que “*a/go así*”. Acordamos entre todos que veña só, polo menos, á seguinte sesión. Os pais informan de como familiares, amigos e veciños lles comentaron o ben que viron a E. ultimamente.

E. tópase cada vez mellor, está a establecer novas relacións sociais e mantendo/mellorando as de sempre. Na sesión 26 cóntannos que está a asistir regularmente á autoescola e síntese máis adaptado no curso de carpintaría. Decidimos de forma consensual suspender as sesións, deixando claro que se nalgún momento necesitasen chamarnos, estaríamos dispostos a seguir traballando con toda a familia.

Meses despois o pai infórmanos nunha breve visita de cortesía que a cousa marcha e que as conversacións con E. son xa sempre coherentes.

Pasaron os anos e a finais de 2013 vén toda a familia porque E. convenceu ao irmán para ter unhas sesións para intentar solucionar o problema de ansiedade que presenta.

E. que neste momento está no paro, está a facer unha vida normal, moi activo e cunha boa rede social, vive cos seus pais e fai un relato crítico das ideas delirantes que manifestaba cando empezou o seu traballo connosco.

*“Tópase cada vez mellor,
está a establecer novas
relacións sociais e
mantendo/mellorando
as de sempre”*

A carro pasado: unha visión dende a responsabilidade do terapeuta e o respecto ao cliente

*“Sodes como exipcios: vedes a realidade de perfil”
(Gonzalo Martínez Sande, aos autores)*

Podemos pensar na realidade que nos atinxe coma unha visión arbitraria construída por cada cal a partir dos seus propios moldes, máis que nunha entidade obxectiva maioritariamente compartida por todas as persoas e con existencia independente do observador: Von Glasserfeld (1988) e Watzlawick, entre outros, invitáronnos a pensar que estas construcións falan máis do ollo que mira que dunha suposta realidade externa fundamentadora. Este asunto ten o seu aquel, posto que as devanditas visións están implicadas nas accións que emprendemos, como persoas e como profesionais; aínda que á primeira vista podería parecer que son moitos os elementos consensuais obxectivos, o terreo en que se move o oficio de facer psicoterapia pertence ás extensas chairas da realidade de segundo orde (Watzlawick, 1979).

Segundo unha reportaxe de *El País* (2010), se paseásemos por certo barrio periférico de San Petersburgo quizais encontrásemonos cun home que vive coa súa nai nun apartamento decrepito, que camiña coa aparencia dun vagabundo, a mirada perdida, introvertido e con dificultades para comunicarse cos demais... Por outros datos achegados na reportaxe saberemos tamén que se chama Grigori Perelman e está considerado como o maior matemático dos últimos tempos; o seu traballo tivo grande influencia nos seus colegas de profesión, desenvolveu ferramentas que abriron novas vías á investigación, e resolveu a conxectura de Poincaré (sexa isto o que sexa), entre outros méritos.

Se alguén toma a primeira parte da información, e ademais se fixa nalgúns outros datos curiosos, como deixar o seu traballo na universidade non se sabe moi ben a razón, ou non aceptar outros en universidades occidentais porque lle parecía sorprendente que lle pedisen o currículo, ou rexeitar premios importantes e recoñecementos, incluído o millón de dólares outorgado polo Instituto Clay de matemáticas... este observador podería acabar acusando ao personaxe -como de feito aconteceu- de padecer (ou ter, ou portar, ou comportarse como, ou ser...) unha Síndrome de Asperger.

Outro observador pode argumentar a comisión dunha imprudencia por información insuficiente, ao non ter en conta o segundo grupo de datos, e acabar concluíndo que realmente estamos a falar dun xenio coas rarezas propias da xenialidade... ao cal o primeiro observador respondería que este interese enfermizo polas matemáticas xustamente confirma o seu diagnóstico.



Ilustración do libro “The Mummy’s Dream, an Egyptian story of the Exodus” de H. B. Proctor, 1898

A propósito da cantidade de información, podería defenderse a necesidade de xuntar toda a posible antes de iniciar un curso de acción. Non obstante tamén hai quen mantén que o coñecemento adicional pode ser inútil ou mesmo tóxico; Oskamp (1965, citado en Taleb, 2008, páx. 216 e seguintes) proporcionou a psicólogos clínicos unha serie de arquivos sucesivos que contiñan cada vez máis información sobre os pacientes, e concluíu que a habilidade para diagnosticar non aumentaba coa información engadida: os diagnosticadores simplemente reafirmábanse máis no seu xuízo inicial.

Múltiples Visións

De todos os xeitos, e máis afortunada que desgraciadamente, a limitación dos nosos sentidos nos impide recoller toda a información; solucionamos o asunto da cantidade fixándonos en determinado corte de datos, e sobre eles fundamentamos as nosas accións. Para os clínicos, os modelos de referencia -máis ou menos ortodoxos, máis ou menos explícitos- funcionan como chatolas cravadas nun mapa, marcando a información relevante (Rodríguez-Arias e Venero, 2006), e nos permiten realizar unha xestión económica da información. Dinnois onde temos que mirar, e cando temos información abondo.

Por exemplo, se pensásemos que a enfermidade mental é unha posesión demoníaca fariamos un exorcismo, e se houberse que levar alguén á cacharela, procederíamos. Se o noso modelo nos dixese que a base da enfermidade se encontra nos aspectos bioquímicos do cerebro utilizaríamos psicofármacos; consideraríamos os efectos perniciosos deses produtos farmacéuticos como un mal necesario, e ignoraríamos sistematicamente as chatolas que indicaran outros accidentes xeográficos. Se o noso modelo axustase a lente para analizar os problemas revelando o contexto relacional dunha organización social, serían outros os datos que quedarían fóra do encadre: quizais nola pasásemos estudando a xeometría das organizacións xerárquicas en busca de triangulacións, e se houberse que acusar unha nai de esquizofrenóxena, acusariámola, que tampouco aquí quedamos libres de responsabilidades. Dende unha visión actual téntanos pensar que algo temos avanzado dende os tempos da cacharela -aquilo era puro delirio-; non obstante non deixan de ser realidades de segundo orde, mapeos dun territorio inaprensible (Korcybski, 1951).

Non só fanse diferentes mapeos en diferentes momentos históricos. Actualmente conviven máis dun estilo de mapear: a quen interesa o subsolo mapea o substrato xeolóxico, a outros interesa máis a superficie e rexistra o chan, hai tamén quen se interesa polas densidades do aire e outras conxunturas máis etéreas. Por suposto, non podemos ignorar a tendencia a elaborar teorías integradoras a base de superpoñer distintos elementos de mapas diferentes; lamentablemente, o eloxiable desexo de crear mapas máis representativos (integradores) do territorio queda nun mero borrón na xanela que impide ver a paisaxe, como no seu día expuxo Gutiérrez (2003).

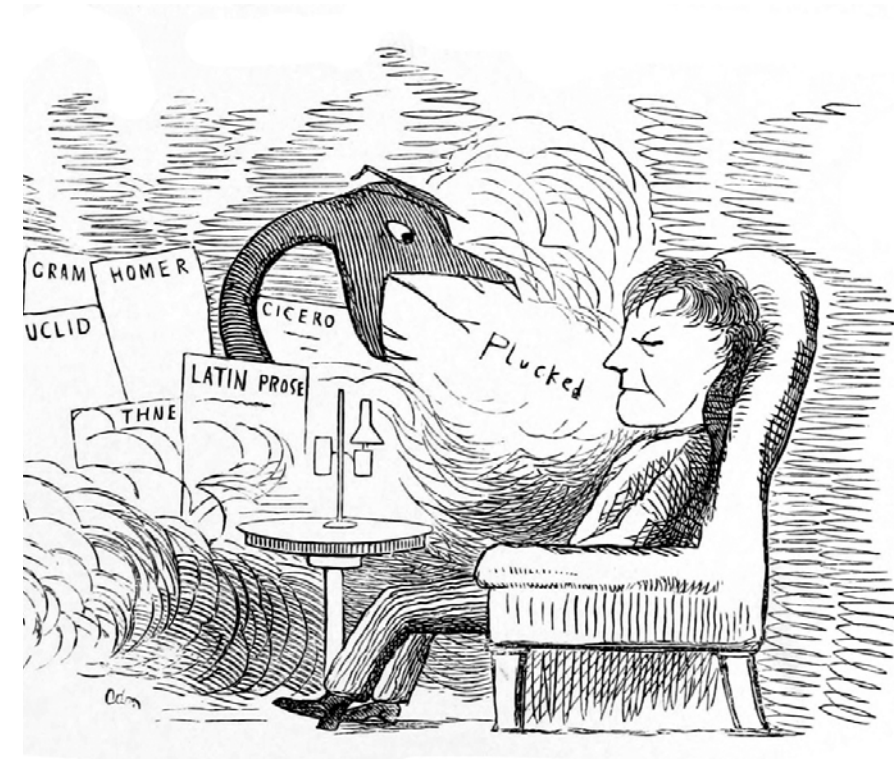


Ilustración de M. E. Edwards do libro "Lays of Modern Oxford", de Adon, 1874

As Nosas Visións

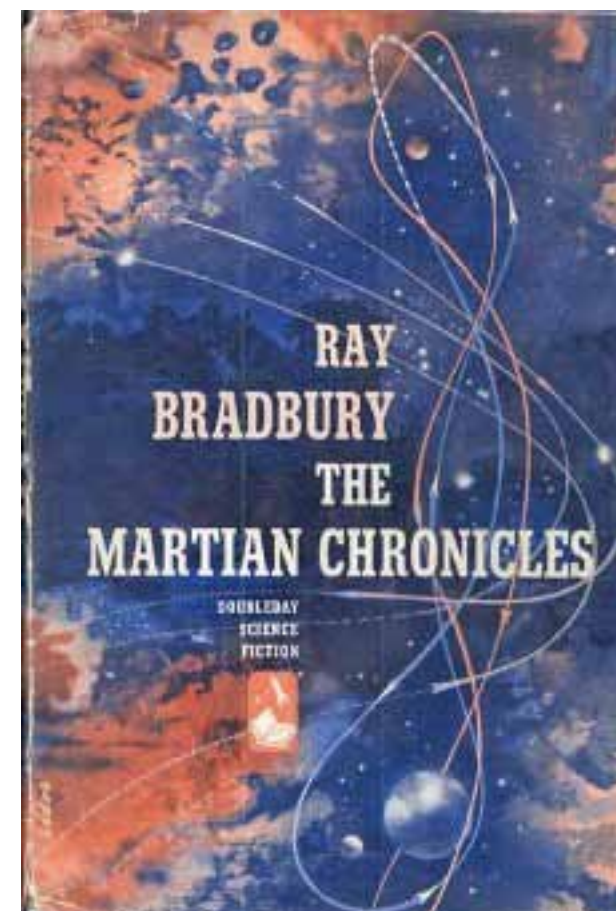
Nós estamos máis preto da consideración dos aspectos comunicacionais dunha conduta e o seu valor pragmático en contextos relacionais (Watzlawick, Bavelas e Jackson, 1981), ás veces de modo quizais excesivamente minimalista na súa tradución clínica, como nos acusaron na cita que encabeza este apartado. Que consideremos esta visión máis útil, mesmo máis axustada a como funcionan as cousas, e que simpaticemos cos procedementos clínicos de determinados autores (a lista sería longa) débese unicamente a que é nosa visión, o noso delirio, e lle temos cariño. Procuramos, iso si, recordar de cando en vez que non son máis que supostos (Gutiérrez, 1998). Ou delirios. Pero ás veces esquecémolo, e aínda que nos gusta pensar que somos flexibles, a verdade é que o noso delirio está ben estruturado.

A pesar de compartir elementos teóricos, con frecuencia estamos en desacordo, e ante a mesma entrevista nos topamos vendo e propoñendo cousas diferentes: despois de todo, somos máquinas non triviais (Von Foerster, 1991). Cando estamos a adestrar un grupo en formación gústanos manter a desavinza, expoñemos os aspectos que tomamos en conta e a liña de acción derivada. Gústanos pensar que a dramatización destas diferenzas alentan o espírito crítico e a irreverencia cara aos propios modelos (Cecchin, 1993). E se a propia visión non fose suficiente aínda quedáanos tomar prestadas outras pensando: “¿Que faría o terapeuta X nesta situación?” como propoñía Keeney (1992).

Non obstante, a pesar de ter visións distintas no nivel máis inmediato, utilizamos a mesma linguaxe, o mesmo nivel de mapa, e isto permítenos entendernos. Keeney chama “*Efecto de Moare*” ao producido cando se superpoñen dúas visións (tramas) e emerxe unha nova que non é exactamente ningunha das utilizadas, e que non podería lograrse sen esta superposición; Bateson, Watzlawick e de Shazer refírense con outros termos ao mesmo fenómeno (Ceberio e Wainstein, 1993). Aínda que os devanditos autores utilizan esta metáfora cun obxectivo diferente, nós a contamos para expresar a convicción de que as persoas expostas a estas diverxencias corren menor risco de equivocar a mensaxe e o mensaxeiro, e poden obter unha sorte de meta-aprendizaxe que supera a posta en escena persoal que facemos cada un de nós.

A Nosa visión de E (e do seu entorno)

Quen lese as Crónicas Marcianas de Ray Bradbury quizais lembre o relato de “Os homes da Terra”: aqueles homes da Terra que chegan a Marte son tratados dunha forma que non lles cadra, ata que pouco a pouco se dan conta que os toman por tolos: a forma de tolear en Marte é delirando con que se é doutro planeta. O tratamento, a eutanasia, é unha boa metáfora do mal que tomamos que os demais vexan as cousas de forma diferente (aínda que en xeral elixamos reaccións menos radicais). Cando intentan convencer da equivocación o especialista atópanse cunha gran dificultade:



Portada do libro “As crónicas marcianas” de Bradbury ©Doubleday

cada detalle que mencionan como mostra da súa cordura é reinterpretado para confirmar cada vez máis o seu diagnóstico (¿acordádesvos do experimento de Oskamp?).

Aínda que volvamos á Terra, tampouco E. se libra do asunto das visións: el ten a súa propia visión do mundo, e actúa dunha forma determinada; esta actuación restrinxe, á súa vez, as posibles actuacións dos demais cara a el, que restrinxen as súas propias actuacións... e así sucesivamente. Cando di que maquiniza aos xogadores para que a pelota vaia a el, restrinxe as posibles accións dos demais dunha forma diferente que se contase un chiste; e os demais actúan de forma que á súa vez implica restricións na súa propia conduta... Dito doutro modo, as súas condutas (comunicacións) teñen un efecto pragmático sobre os demais e, de rebote, sobre si mesmo.

Unha forma de encarar unha conversación terapéutica con E. consiste en responder dunha forma diferente a como adoitan facelo os demais. Podemos falar a un tolo de atar sen conciencia de enfermidade e posiblemente percorramos camiños xa trillados. Pero tamén podemos velo como un fillo correcto e atento que vén acompañando aos seus pais, quizais só de visita. Consideralo deste xeito (en vez dunha calidade esencial de E.) permítenos facer algo ao respecto; o terapeuta elixe formular unha conversación diferente que finalmente dá lugar a resultados diferentes (despois de todo, a loucura tamén pode definirse como facer o mesmo de sempre e esperar que aconteza algo diferente): se queremos que E. responda de modo diferente, falemos con el de forma diferente. En vez de velo como unha entidade clínica individual a quen o terapeuta lle bota as súas intervencións, podemos considerar o profesional como xogando un papel na definición do devandito problema. Como El Padrino, fagámoslle unha proposición que non poida rexeitar: ¿que poden ver as persoas que o rodean e o queren ben, para preocuparse tanto por el? Esta pregunta permite a E. volver a unha seguinte sesión, sen confrontar a súa mestría á hora de maquinizar aos xogadores.

Os pais, un elemento moi importante na definición do problema (son eles que demandan unha consulta), tamén se poden ir tranquilos escoitando unha resposta diferente á dada por outros profesionais anteriormente. Na súa visión, hai que tratar a E.: se E. volve, eles virán a acompañalo.

Explorar a perspectiva comunicacional da situación implica tomar en consideración a conduta de E. na armazón de relacións en que está inmerso como participante. Vendo a relación entre o pai e a nai é tentador pensar en termos de triángulo na xerarquía (Haley, 1980): o conflito marital é desviado a través da existencia dun fillo problemático, e canto máis grave sexa o problema presentado máis grave será o conflito que desvía. Están ben as hipóteses, mentres non nos comprometamos demasiado con elas (Pakman, 1993), nos proporcionen elementos viables de acción, e non sexan unha desculpa para desviar a nosa responsabilidade sobre o proceso.

O malo dalgunhas hipóteses é que se confunden doadamente co establecemento de relacións causais que acaban culpabilizando aos familiares, como se entenderon algunhas formulacións teóricas na historia da Terapia Familiar. Ás veces poden describirse algunhas observacións como exemplo do concurso de mecanismos homeostáticos, aínda que tamén poden describirse dende outras perspectivas, como por exemplo dende a expresión de emocións (poden consultarse as fontes citadas por Carlos Álvarez, 2002). Á marxe da súa xustificación teórica, ás veces unha melloría do paciente vai seguida dunha reacción negativa por parte dun familiar. Neste caso a melloría de E. informada polo pai coincide coa ausencia da nai nesa consulta; máis adiante a nai reinterpreta condutas de E. típicas da súa idade que poderían tomar como indicios de normalización, como sinais de empeoramento ou, cando menos, motivo de novas queixas. Como antes, podemos pensar na nai en todos os termos pexorativos que se nos ocorran; tamén podemos elixir vela, como aos demais, nunha armazón interaccional en que as súas actuacións restrinxen e á súa vez son restrinxidas polas persoas coas que interactúa: se vela dende este punto de vista nos permite conversar con ela cortesmente sobre o difícil que debe ser sufrir a diario os choques con E., igual a continuación ela está disposta a facer algunha cousa que lle pidamos. Unha vez máis, a opción elixida será dirixirnos á interlocutora armados de respecto e aceptación. Como no caso do pai, ao que tamén se lle podería acusar de periférico, decídese valorar a potencial utilidade das súas reaccións máis frías e desapegadas respecto a E.; non así con respecto á nai, á que acusa de non pasar unha. Pedir cambios aos pais non significa culpálos pola conduta de E., senón presentalos como unha petición para axudalo: igual que nós traballamos en equipo, eles tamén poden traballar xuntos para lograr cambios entre todos. Para non entrar no enfrontamento entre eles, respéctanse ambas as dúas posturas como lexítimas e habituais entre proxenitores.

Non fundamentamos a nosa práctica en termos diagnósticos; no caso da esquizofrenia este non ten valor predictivo respecto ao seu curso nin nos axuda na toma de decisións clínicas dunha forma diferenciada a outras casuísticas, mentres que na súa contra está o estigma social que supón. Pero tamén entendemos como respecto contestar a unha pregunta directa sobre o que lle acontece a E.; o terapeuta decide contestar, e centra a súa tarefa en como facelo: á palabra brote psicótico engade unha serie de matizacións (pode ser o único, as estatísticas falan de diversos cursos posibles, hai elementos que permiten pensar nunha boa evolución...) que permiten encaixar a noticia de forma proveitosa para o proceso terapéutico, e encontrar sentido ao que está a pasar sen afundir as súas perspectivas de futuro.

Se a nosa relación cos pais está cargada de respecto, con E. esta postura é maior se cabe. De entrada, o mínimo que merece é ser tratado polo terapeuta como un interlocutor válido, responsable dos seus actos: se queremos un paciente actor, non podemos tratalo como parte do decorado. Podemos elixir velo como unha persoa con virtudes e bondades, que pasan desapercibidas se un

“A nosa relación cos pais está cargada de respecto, con E. esta postura é maior se cabe”

non está disposto a valorar os recursos (ou o positivo, ou a parte sanda, como queira dicirse) como informacións relevantes. Unha persoa que consegue manter a situación sen tomar medicación, mérito atribuíble aos seus pais tamén en boa medida. Unha persoa abondo atenta como para intentar alegrar as comidas cando comía en presenza dos seus pais e estes calaban, que se preocupa pola relación entre eles. Unha persoa capaz de manter o seu traballo, a pesar das dificultades. Unha persoa que paga a pena o suficiente para que unha parte da súa rede de iguais manteña contacto con el, capaz de conseguir que parentes e veciños se interesen polo seu estado. Unha persoa que ten saídas de guión e á que un Amor Tolo (e seguramente outros feitos desgraciados) lle inflixiron un gran dano...

Este respecto inclúe tamén o ritmo da terapia; aínda que os primeiros cambios significativos son informados na terceira sesión o proceso esténdese máis alá do que habitualmente identificamos con terapias breves. Entendida como filosofía podemos manter que segue sendo terapia breve; pero tampouco teríamos forzado un menor número de sesións porque “o noso modelo non nos deixase”. Con frecuencia presentáronse altibaixos, vaivéns, que poñen a proba o aguante dun terapeuta impaciente. Eles tiñan o seu propio ritmo, e E. en particular ocupouse de transmitir o terapeuta cando non podía tolerar os seus intentos de avanzar.

Nota Final

Por se quedase calquera xénero de dúbida, insistimos na arbitrariedade das nosas opinións. As referencias bibliográficas mencionadas queren ser unha homenaxe aos nosos mestres e o recoñecemento da nosa falta de inventiva, non unha forma de desviar responsabilidades. Mesmo, e sobre todo, cando falamos de E., é de nós de quen falamos.

*“Mesmo, e sobre todo,
cando falamos de
E., é de nós de quen
falamos”*

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, C. (2002): 25 años de expresión de emociones: notas para una reflexión. Mosaico 24, 10-14.

Bradbury, R. (2008) Crónicas Marcianas. Barcelona: Minotauro.

Ceberio, M y Wainstein, M. (1993) Conversaciones en Palo Alto con Steve de Shazer. Perspectivas Sistémicas 28 (6).

Cecchin, G. et al. (1993) De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. Sistemas Familiares 9 (3).

Fernández, R. (2010, 3 de Octubre): La conjetura Perelman El País, 2- y sigtes.

Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1984): La táctica del cambio. Barcelona: Herder.

Gutiérrez, E (1998): La familia: ¿quejas o problemas?. En Ríos, JA La familia: realidad y mito (pp 13-36). Madrid: Ed Universitaria Ramón Areces.

Gutiérrez, E.(1998) La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo. Sistemas familiares 1(14).

Gutiérrez, E. (2003): Psicoterapia sistémica y psicoterapia cognitiva. En I Caro (coord): Psicoterapias cognitivas: evolución y comparaciones. Barcelona: Paidós

Haley, J. (1980): Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.

Harding C.M. (1996): La interacción entre los factores biopsicosociales, el tiempo y la evolución

en la esquizofrenia. En Shriqui, C.L. y Nasrallah, H.A. "Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia" (pp. 745-775). Madrid: EDIMSA.

Jervis, G. (1997): Manual crítico de Psiquiatría. Barcelona: Anagrama.

Keeney, BP (1992): La improvisación en psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Korzybski, A. (1951): The Role of Language in the Perceptual Process En Blake, RR y Ramsey, GV (eds): Perception: An approach to personality. Nueva York: The Ronald Press Company.

Lopo, M. (1999) Restricción de alternativas y prácticas sistémicas. Sistemas Familiares 1(15).

Pakman, M. (1993) Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. En Delgado J.M. y Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis.

Rodríguez-Arias J.L. y Venero M. (2006): Terapia Familiar Breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico. Madrid: CCS.

Schön, Donald A. (1992): La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones. Barcelona: Paidós.

Seikkula, J. et al (1998): Tratamiento de la psicosis mediante el diálogo abierto. Sistemas Familiares 2(14).

Shazer, S. de (1987): Pautas de terapia familiar breve. Buenos Aires: Paidós.

Shazer, S. de (1992): Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa.

Taleb, NN (2008): El cisne negro. El impacto de lo altamente improbable. Barcelona: Paidós.

Von Glasersfeld E. (1988) Introducción al Constructivismo Radical. En Watzlawick P y otros: La realidad inventada: ¿Cómo sabemos lo que creemos saber? pp 20-37 Barcelona: Gedisa.

Von Foerster, H. (1991): Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick P. (1979): ¿Es real la realidad? Barcelona: Herder.

Watzlawick P, Bavelas JB, y Jackson DD (1981): Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.

COMUNICACIÓN LIBRE 2

UNHA REVISIÓN DOS FACTORES DE RISCO IMPLICADOS NA ADICCIÓN A INTERNET EN MOZOS

Cristina Alonso Vilar

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Estrella Romero Triñanes

FACULDADE DE PSICOLOXÍA,
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resumo: O uso abusivo da Internet emerxeu nos últimos tempos como un problema que merece atención por parte de investigadores e clínicos. O termo “adicción a Internet (AI)” acapara cada vez máis atención no mundo sociosanitario, especialmente en poboacións novas. A medida que a AI adquiriu relevancia, cobrou interese tamén o estudo de factores de risco implicados no seu desenvolvemento. Neste traballo revísase a investigación sobre estes factores. A revisión permite identificar varios núcleos de risco: trazos de personalidade (neuroticismo e apertura á experiencia); síntomas psicopatolóxicos (ansiedade, depresión e problemas de con-

duta); factores sociodemográficos (ser home, ter maiores ingresos); factores psicosociais (ambiente familiar e social empobrecido). Aínda que algunhas limitacións deben ser superadas na investigación futura (con máis estudos prospectivos e en contextos socioculturais máis diversos), os estudos revisados permiten identificar factores de risco que deberán ser contemplados polas estratexias de prevención.

Palabras clave: Adicción a Internet, Uso problemático de Internet, Factores de risco, Predictores.

Abstract: Problematic Internet use has emerged in recent times as a problem that deserves attention from researchers and clinicians. In fact, the term “Internet addiction (IA)” captures increasing attention in the fields of health and social sciences, especially in adolescents. As the IA has become important, the study of risk factors involved in its development has also gained interest. At this regards, in this paper the body of research on such factors is reviewed. The review identifies several sources of risk: personality traits (neuroticism and openness to experience); psychopathological symptoms (anxiety, depression, behavioral problems); sociodemographic factors (being male, having higher incomes); psychosocial factors (impoverished family and social environment). Although some limitations must be overcome in future research (more prospective studies in diverse cultural contexts are needed), the reviewed studies allow identification of risk factors that should be addressed by prevention strategies.

Keywords: Internet Addiction, Problematic Internet Use, Risk Factors, Predictors.

Introdución

Internet estase convertendo cada vez máis nunha parte esencial da nosa vida e o número de usuarios está aumentando de forma exponencial. A xeneralización do uso de Internet trae consigo beneficios, como ser fonte de información, almacenamento ilimitado, acceso instantáneo, contacto en tempo real con persoas de calquera parte do mundo e o desenvolvemento de actividades profesionais ou da vida diaria. É evidente que Internet malia as súas vantaxes está ocasionando un cambio brusco nos modos de vida e os costumes dos seres humanos, modificando a forma de interrelacionarse entre eles. Paralelamente ao rápido crecemento do acceso a internet aumenta a adicción á mesma, especialmente entre os adolescentes, sendo o principal foco de atención entre os investigadores. De feito, os adolescentes constitúen un grupo de risco porque tenden a buscar sensacións novas e son os que máis se conectan a Internet, ademais de estar máis familiarizados coas novas tecnoloxías.

Desde a Psicoloxía desenvolveuse un forte interese por estudar as condicións de comportamento relacionadas co uso de Internet, entre elas o posible xurdimento da adicción a Internet (AI). Este termo foi utilizado por primeira vez no 1996 na Reunión Anual da Asociación Psicolóxica Americana. Algúns autores prefiren denominar a adicción a Internet como uso problemático de Internet (PIU). Caracterízase por un patrón desadaptativo de consumo de Internet que leva un deterioro ou malestar clínicamente significativo. A AI pode interferir na vida cotiá das persoas e ter efectos a curto e longo prazo no seu desenvolvemento psicolóxico, social e físico. Con todo, actualmente non hai definición normalizada ou criterios de diagnóstico para a AI. Chama a atención a non inclusión no DSM 5 da AI, dada a ampla experiencia clínica, investigacións e comprobacións acerca da súa existencia como entidade ao longo de case tres décadas. Baseándose nas entrevistas de diagnósticos e en estudos epidemiolóxicos, Young (1998) e Ko et al. (2010) propuxeron os seus criterios diagnósticos para a AI no que o illamento social, a pobre capacidade de planificación, a tolerancia, a preocupación, a falta de control e excesivo tempo online defínense como síntomas centrais da AI. Datos recentes sitúan a prevalencia do uso problemático da Internet entre adolescentes nun 13,3% en España, mentres que un 4,3% presentaría uso patolóxico (Durkee et al., 2012).

“Datos recentes sitúan a prevalencia do uso problemático da Internet entre adolescentes nun 13,3% en España, mentres que un 4,3% presentaría uso patolóxico”

A medida que o problema do uso abusivo da Internet adquiriu relevancia, cobrou interese tamén o estudo de factores de risco implicados no seu desenvolvemento. Hoxe sabemos que hai persoas máis vulnerables que outras ás adiccións. De feito, a dispoñibilidade ambiental das novas tecnoloxías nas sociedades desenvolvidas é moi ampla e, con todo, só un reducido número de persoas mostran problemas de adicción. Neste traballo realízase unha revisión sistemática da literatura científica previa co fin de coñecer que nos di a investigación neste campo sobre un problema que aínda é pouco coñecido.

Revisando os factores de risco da AI: Principais resultados

Para revisar o estado actual do coñecemento sobre os factores de risco para a AI efectuouse unha procura de todos os artigos recollidos na base de datos PsycInfo ata a actualidade, en español e inglés, utilizando os descritores “RiskFactors”, “Predictors”, “Internet Addiction” e “Problematic Internet Use”. Desta primeira procura atopáronse 348 artigos dos cales 318 foron descartados porque trataban sobre consecuencias de ter AI, factores de risco biolóxicos, prevalencias, propiedades psicométricas das escalas de AI e/ou avaliación e tratamento. De aí que 30 foran o número de artigos tidos en conta nesta revisión.

A revisión sobre os factores de risco da AI permite identificar dous núcleos de risco: trazos de personalidade/psicopatoloxía e factores familiares, psicosociais e académicos.

Personalidade/psicopatoloxía

Comezando co primeiro núcleo de risco, trazos de personalidade/psicopatoloxía, podemos afirmar que nalgúns casos hai certas características persoais que aumentan a vulnerabilidade psicolóxica á adicción.

Entre os factores temperamentais que se atopan na literatura como predictores da AI están a ira, a timidez, a busca de sensacións e a busca de novidade.

Así, sábese que a forma de expresar a ira interactúa coas relacións interpersoais. O sentimento de ira en reacción a un ataque, crítica ou percepción específica de intercepción pode causar problemas interpersoais (Andersson et al. 2008). Cando a xente experimenta o sentimento de ira intensa, teñen dificultades ao expresarse. Debido a que a ira ten un impacto negativo nas relacións interpersoais, evítase expresala. A ira non expresada contribúe a un estilo de vida pouco saudable, causando o consumo de alcohol e tabaco. Do mesmo xeito, a ira non expresada pode causar o consumo nocivo e pouco saudable da Internet. Seguindo esta liña, Senormanci, Korkan, Glüçü e Senormanci (2014) atoparon que a ira é un predictor da AI.

Chak e Leung (2004) atoparon que un maior nivel de timidez predí un aumento moderado pero estadísticamente significativo da AI. Os adolescentes atópanse nun período de cambios tanto físicos como emocionais. A non aceptación da propia imaxe corporal, a baixa autoestima e a inseguridade, poden facer das novas tecnoloxías un refuxio ideal para que os adolescentes proxecten ante os outros unha imaxe máis ideal ou ás veces irreal deles mesmos para facela máis atractiva segundo os canons sociais vixentes. Un mozo tímido pode atopar na “privacidade” da Internet un medio para liberarse da ansiedade que lle producen as relacións sociais diarias en contacto directo. A persoa reduce progresivamente o seu eido de intereses e as súas obrigacións, de xeito que a conduta aditiva termina por acaparar a súa vida e non existen outras actividades gratificantes fora da conduta motivo de adicción. É, en definitiva, a adicción, a que lles impide desenvolver as súas habilidades sociais na vida real, failles hipersensibles aos xuízos dos demais e acrecenta a súa inseguridade. A partir de aquí desenvólvese unha tendencia ao illamento, rómpense as relacións sociais, prodúcese o fracaso escolar e aparece a agresividade en ocasións dirixida contra os propios membros da familia.

A busca de sensacións aparece como unha das características de personalidade que máis predí a AI. Os individuos con maiores niveis de busca de sensacións teñen máis intolerancia ao aburrimiento e polo tanto, buscan máis a estimulación externa e, como consecuencia son máis susceptibles a condutas aditivas. Shi, Chen e Tian (2011) atoparon que, do mesmo xeito que o resto de condutas aditivas, os individuos con maior nivel de busca de sensacións eran máis vulnerables á AI. Ademais a busca de novidade que é unha parte da apertura á experiencia predí a AI. Parece que as características de

“A non aceptación da propia imaxe corporal, a baixa autoestima e a inseguridade, poden facer das novas tecnoloxías un refuxio ideal”

enxeño e apertura á experiencia, tales como a creatividade, a imaxinación e a innovación poden levar aos adolescentes a participar en actividades prazenteiras, como o uso da Internet, en exceso.

Por outra banda, a importante relación da impulsividade coa busca de sensacións ten un valor explicativo excepcional. Isto é especialmente importante no eido da adolescencia na medida en que os adolescentes son grandes buscadores de novas sensacións e de reforzos inmediatos. Polo tanto existe un patrón na AI onde xogan un relevante papel a impulsividade e a necesidade de sensacións. Dalbudak et al. (2013) atoparon que a impulsividade é un factor de risco da AI.

A falta de perseveranza, un aspecto da impulsividade, que se caracteriza pola incapacidade de resistir os estímulos que distraen e para completar as tarefas, predixo AI (Mottran e Fleming, 2009). Isto non é sorprendente dado que Internet proporciona unha contorna con constantes estímulos gratificantes. Isto tamén é coherente coa opinión de que a AI é unha alteración asociada a dificultades no control de impulsos.

Por outra banda, unha menor dependencia á recompensa relaciónase con risco de AI. A dependencia de recompensa é unha tendencia hereditaria para responder intensamente aos sinais de recompensa (en particular aos sinais verbais de aprobación social), e para resistirse á extinción da conduta recompensada. As condutas en Internet poderían ser persistentemente recompensadas por sensacións de control, a calidade sincrónica interactiva, o logro inmediato, e a liberdade de auto-representación. Doutra banda, estes prazeres son a miúdo impredecibles e difíciles de satisfacer no mundo real, por iso é polo que os mozos con AI recorran ao mundo tecnolóxico para iso.

En canto ás dimensións do carácter e seguindo o modelo de personalidade de Cloninger, Estévez, Bayón, da Cruz e Fernández-Líria (2009), atoparon que os suxeitos en situación de risco presentan baixas puntuacións en autodirección e cooperación; o ter puntuacións baixas en autodirección descríbelle como suxeitos con baixa autoestima, con poucos recursos, fráxiles, con tendencia a proxectar a culpa aos demais ou ás circunstancias, e con escasa autoeficacia e dominio das situacións. As puntuacións baixas en cooperación caracterizan a estes suxeitos como escasamente cooperadores, pouco compasivos, con tendencia a ser vingativos e hostís. O ter puntuacións baixas en ambas dimensións de carácter descríbeos como suxeitos inmaturos e infantís, que poden atopar na rede unha forma de satisfacer as necesidades máis instintivas. Os suxeitos con AI teñen unha tendencia á abstracción e ao pensamento máxico fantasioso e pouco convencional (Puntuacións altas na dimensión de transcendencia). A súa individualidade pode levar a un rexeitamento de actividades de grupo e predispoñelos a unha busca de satisfacción en actividades solitarias en Internet antes que en actividades ou amizades sociais máis convencionais.



©Andrew Martin

Tendo en conta os trazos de personalidade e seguindo o modelo dos cinco grandes, Kuss et al. (2013) atoparon que os trazos que predín AI son a baixa estabilidade emocional (neuroticismo), a baixa amabilidade e a baixa responsabilidade. As persoas con puntuacións altas en neuroticismo tenden a experimentar emocións negativas e Internet é un medio para sentir alivio dos problemas cotiáns ou as emocións dispraceiteiras. A relación entre a AI e a baixa responsabilidade débese posiblemente a dificultades na organización, autodisciplina, cumprimento de normas e compromisos. Desde un punto de vista explicativo, os adolescentes que teñen menor responsabilidade elixen outras actividades p.e. a través da Internet, antes que outras actividades menos praceiteiras, tales como facer os deberes, e polo tanto poden estar en maior risco de uso da Internet en exceso.

A súa vez, os problemas psicopatolóxicos previos aumentan o risco de AI. Dentro dos trastornos psicopatolóxicos, a hiperactividade, a ansiedade e a depresión son os máis citados na predición da AI.

Comezando pola hiperactividade, Yoo et al (2004) demostraron que é un predictor significativo para o desenvolvemento da AI. Os nenos e adolescentes con hiperactividade vólvense adictos a Internet porque satisfai a súa necesidade de gratificación inmediata, abúrense doadamente e teñen unha aversión pola recompensa demorada. Pola súa banda, Internet proporciona estímulos multimodais e recompensa inmediata.

Os resultados atopados por Cho, Sung, Shin, Lim e Shin (2013) suxiren que o illamento e a ansiedade/depresión durante a infancia deben ser considerados na etiología da AI. A soidade ou a depresión predispón aos individuos a desenvolver cognicións e condutas desadaptativas sobre Internet que finalmente tradúcense en resultados negativos.

Estévez, Bayón, da Cruz e Fernández-Liria (2009) observaron puntuacións máis elevadas nas catro subescalas do Cuestionario de Saúde Xeral de Goldberg (GHQ) (Síntomas somáticos, Ansiedade e insomnio, Disfunción sexual e Depresión grave). Ceyham (2008) atopou que os trastornos de control de impulsos e a depresión predispón a AI. Unha interpretación deste resultado pode ser que as persoas que experimentan angustia, dificultades, problemas e/ou pobre benestar psicolóxico poden utilizar Internet en exceso para a distracción, para facer fronte ou evitar os seus problemas, e para o alivio social ou de rescate.

En canto ás características de personalidade de corte cognitivo, os constructos de autoeficacia e autorregulación tamén foron estudados como factores de risco da AI.

A autoeficacia defínese como os xuízos das persoas sobre as súas capacidades para alcanzar niveis determinados de rendemento. A autoeficacia sobre Internet pode exercer un efecto sobre o uso de Internet dos individuos, de aí que a investigación (Shi, Chen e Tian, 2011) conclúa que as



©stockvault

persoas con baixa autoeficacia en Internet a miúdo senten que estas tarefas son demasiado difíciles para eles e, polo tanto, evitan o uso deste tipo de aplicacións de Internet. No outro lado, as persoas con alta autoeficacia en Internet están libres de tales problemas, pero son máis vulnerables a facer un uso adictivo de Internet.

A autorregulación definiuse como a capacidade para planificar, orientar e supervisar o comportamento dun con flexibilidade ante a evolución das circunstancias. Carver e Scheier (1982) definen a autorregulación como unha habilidade con esforzo para facer plans e utilizar o comportamento dirixido a un obxectivo para lograr os resultados desexados. Isto inclúe atrasar a gratificación e consiste no seguimento da propia situación actual, que logo se compara co estado ou meta desexada. Unha fonte de comportamento potencialmente pouco saudable conectado a Internet podería atribuírse ao feito de que proporciona unha gratificación inmediata e o reforzo positivo inmediato de comportamento. As dificultades nas habilidades de autorregulación predín AI (Sebena, Orosova e Benka, 2013). As persoas deprimidas son menos capaces de participar na autorregulación efectiva, o que significa que polo xeral son menos eficaces na regulación dos seus pensamentos, no cambio de comportamento e polo tanto, evitando os resultados negativos. Os estudos demostraron que os suxeitos con niveis máis altos de síntomas depresivos tamén eran menos eficaces no control e a regulación dun patrón de pensamento obsesivo que implica o uso da Internet como por exemplo: “Non podo deixar de pensar en estar conectado”. Isto tamén se mostra no uso compulsivo de Internet: “Teño dificultade para controlar a cantidade de tempo que paso conectado” ou “Resúltame difícil controlar o meu uso da Internet”.

En relación cos sistemas motivacionais, investigouse como factor de risco da AI o concepto “Necesidade de cognición” que se refire á motivación e preferencia que mostran as persoas cara á actividade de pensar. Os resultados indican que a necesidade de cognición é un predictor negativo da AI (Shi, Chen e Tian, 2011); os individuos con maior niveis de necesidade de cognición utilizan Internet nun ambiente máis “san” e controlado sobre todo para fins profesionais ou académicos, e están polo tanto máis afastados de facer un uso problemático da Internet. Internet require que os usuarios adquiran certas habilidades para manexalo.

A investigación indica que a baixa autoestima é un factor de risco na AI (Jiménez e Pantoja, 2007). Os adolescentes poden atopar excitación, intimidade, amizade e respecto na Internet, compensando así a baixa autoestima. Ademais, si as persoas teñen unha mala opinión de si mesmas e atopan dificultades para socializar pola súa timidez ou falta de autoestima, poden usar a Internet como unha alternativa de socialización, pois nela pódense abrir e gañar confianza sen ter que interactuar cara a cara.



©@estrattonbailey e @wearesculpt

Frangos, Frangos e Sotiropoulos (2011) atoparon que as crenzas psicolóxicas negativas, en concreto, sentimento de soidade, profunda decepción coa vida, sentirse abandonados, sensación de que todo na vida é trivial, ausencia de obxectivos na vida, gozar como único propósito vital, tendencia a non solucionar problemas e a baixa vontade para traballar, predicían a AI. O modelo cognitivo-condutual suxire que estas crenzas negativas preexisten á AI como causa distal e a aparición da AI lévalles a ser máis intensas.

En canto a outras características cognitivas, Chak e Leung (2004) atoparon que o locus de control estaba relacionado coa AI; en concreto, o locus de control interno, a medida na que unha persoa cre ter control sobre a súa propia vida, predicía negativamente coa AI. Ao contrario, as persoas con locus de control externo, persoas que creen que o control das súas vidas depende do azar, sorte, poder ou decisión doutros, son menos exitosas no control do seu uso de Internet.

O illamento social ou as relacións cun grupo de persoas que abusan das novas tecnoloxías poden incitar ao adolescente a engancharse a Internet, interferindo no desenvolvemento normal das habilidades sociais. Esta tendencia a compensar no mundo virtual as carencias do mundo real intensifica a probabilidade de ter AI (Cho, Sung, Shin, Lim e Shin, 2013).

A soidade defínese como a falta de relacións sociais necesarias ou como a falta de intimidade nas relacións sociais existentes. Os estudos sobre a soidade como factor de risco da AI presentan resultados contraditorios. Internet é un medio adecuado onde as persoas solitarias poden manter relacións sociais. O anonimato, ser fisicamente invisible para os outros, a falta de sinais non verbais como xestos e linguaxe corporal e a sensación de liberdade na selección das persoas en calquera momento e/ou o rexeitar doadamente crean sensación de control nas persoas solitarias. Ademais, as persoas solitarias utilizan Internet co fin de evitar os problemas do mundo exterior e como unha alternativa de lecer para o mundo exterior. Con todo, atopouse un efecto paradoxal entre o uso de Internet e a soidade. Aínda que Internet fomenta a comunicación e facilita as relacións sociais, co tempo fai que o individuo vólvese máis solitario, facendo unha substitución das actividades sociais reais por actividades sociais virtuais. Entón, os individuos vólvense dependentes das actividades sociais virtuais, mentres constrúen relacións sociais débiles por Internet, converténdose en solitarios dado que descoidan as relacións con amigos e familiares. Nesta liña, Senormanci, Korkan, Glüçü e Senormanci (2014) atoparon como un factor de risco da AI, a soidade.

Tabla 1. Factores persoais/psicopatoloxía

Factores persoais/psicopatoloxía	
Factores Temperamentais	Ira Timidez Impulsividade Busca de sensacións Busca de novidade Menor dependencia á recompensa
Dimensións do carácter	Baixa autodirección Baixa cooperación Alta transcendencia
Rasgos de personalidade	Baixa estabilidade emocional Baixa amabilidade Baixa responsabilidade
Psicopatoloxía previa	Ansiedade Depresión Hiperactividade Síntomas somáticos Insomnio Disfuncións sexuais
Factores cognitivos	Baixa autoeficacia Baixa autorregulación Baixa necesidade de cognición Baixa autoestima Crenzas psicolóxicas negativas Locus de control externo
Factores conductuais	Illamento social Soidade

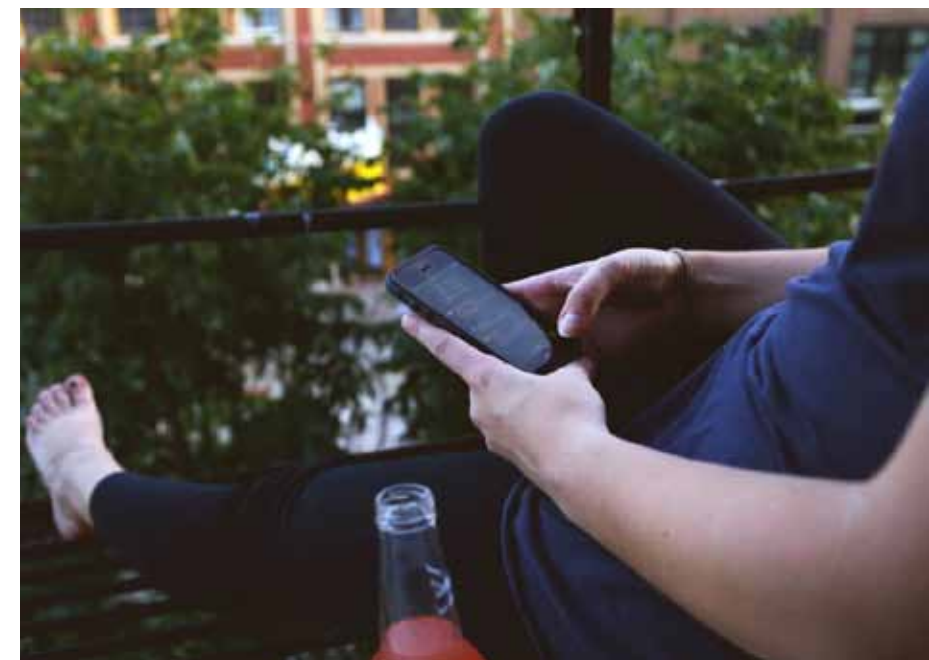
Factores familiares e psicosociais

Entre os factores de risco familiares, atópase que o ambiente familiar empobrecido, a carencia de vínculo afectivo entre os pais, as familias menos organizadas, cohesionadas e adaptables, a maior insatisfacción global coas súas familias, maior conflito entre os pais e entre pais e fillos, a percepción dos pais como máis punitivos, que ofrecen menos apoio, cálidos e involucrados favorecen o desenvolvemento de AI. A tipoloxía de familia tamén parece ser un factor de risco da AI: ter pais divorciados, vivir cun só pai e/ou ser fillo único predín AI (Huang et al, 2009; Ak, Koruklu e Yilmaz, 2013; Li, Garland e Howard, 2014).

Segundo a literatura previa, considérase o estilo de apego inseguro como un factor de risco da AI. O desenvolvemento da autonomía da familia e a dependencia dos compañeiros e amigos próximos para o apoio emocional é un gran desafío para os adolescentes. A diferenza dos adolescentes cun estilo de apego seguro, os adolescentes con apego inseguro teñen interaccións negativas con compañeiros. Debido á falta de retroalimentación visual, auditiva e emocional, Internet ofrece unha certa distancia psicolóxica das persoas coas que os adolescentes con apego inseguro interactúan. Ademais, cando están conectados, atopan que con pouco esforzo poden facer novos amigos e converterse en populares, ocultando as súas dificultades de contacto interpersoal da vida real. En consecuencia, os adolescentes con apego inseguro son máis propensos a usar Internet para buscar apoio emocional e con máis probabilidade chegan a unha AI (Lin, Ko e Wu, 2011).

Entre os factores de risco psicosociais están o xénero, o acceso a Internet no fogar e o nivel de ingresos da familia. En todos os estudos revisados coinciden en que ser home é un factor de risco da AI. Isto pode deberse a que os homes son máis propensos a xogar online, participar en cibersexo e ver ciberpornografía, todo iso relacionado con AI. Ademais, ter acceso a Internet en casa e maiores ingresos tamén aumenta o risco de AI. Tamén o uso que se faga de Internet sendo un uso frecuente o que propicia AI; Ko et al. (2007) atoparon que usar Internet 20 horas ou máis por semana aumentaba significativamente a probabilidade de ter AI, do mesmo xeito que o uso de Internet pola noite. Outro dato a ter en conta é a idade de inicio de uso de Internet, segundo os resultados do estudo de Nin, Yan, Chen e Liu (2009), a menor idade do inicio de uso de Internet, é máis probable que ter AI. O uso de Internet para conseguir información sexual, xogo interactivo e socialización, incluíndo o uso da sala de chat e o correo electrónico predín AI. En concreto, Ceyham (2008) atopou que o uso de Internet para comunicarse con familiares ou amigos e pasar un bo intre predí a AI. Os usuarios con AI utilizan Internet sobre todo para divertirse, sentirse aliviado, e pasar o tempo e, os usuarios de Internet saudables utilizan Internet principalmente para buscar información.

Tsai et al. (2009) atoparon que o apoio social deficiente era un predictor de AI. Un resultado interesante atopado por estes mesmos autores foi que o hábito de saltarse o almorzo é un dos factores



©@estrattonbailey e @wearesculpt

de risco da AI. Os patróns de soño interrompido debido a conectarse ata altas horas da noite en Internet poden conducir a fatiga excesiva e polo tanto poñer en perigo o funcionamento dos ritmos académicos e ocupacionais. Este achado parece razoable xa que os adictos a Internet quédanse ata tarde pola noite e pode levantarse demasiado tarde para o almorzar.

Por outra banda, tamén se comprobou que estar desempregado é un factor de risco da AI (Frangos, Frangos e Sotiropoulos, 2011). Estes autores tamén atoparon unha relación significativa entre AI e consumo excesivo de alcohol, e este podería ser o vínculo entre AI e estar desempregado xa que o consumo excesivo de alcohol asociouse cos homes desempregados.

Entre os factores de risco académicos, o rendemento académico e a autoeficacia académica son predictores da AI; en concreto, o pobre rendemento académico e a baixa autoeficacia académica. Outro aspecto que predí a AI é a baixa satisfacción co rendemento académico.

En relación coa contorna académica, Nin, Yan, Chen e Liu, (2009) atoparon que os estudantes universitarios de primeiro ano procedentes de zonas distintas de onde se atopa a universidade tiñan máis probabilidades de ter AI. Isto explícase en parte pola nostalxia e a soidade debido á falta de familiaridade coa nova contorna.

Taboa 2. Factores familiares/psicosociais/ académicos

Factores familiares/psicosociais/ académicos	
Factores familiares	Ambiente familiar empobrecido Carencia de vínculo afectivo entre os pais Familias pouco organizadas Maior conflictividade entre pais e entre pais e fillos Percepción dos pais como punitivos Insatisfacción coa familia Estilo de apego inseguro
Factores psicosociais	Pais divorciados Vivir cun só pai Ser fillo único Ser home Ter acceso a Internet no fogar Alto nivel de ingresos económicos Uso frecuente (20 h ou máis) (Pola noite) Estar desempregado Comezo a usar Internet a menor idade Saltarse el almorzo Apoio social deficiente
Factores académicos	Pobre rendemento académico Baixa autoeficacia académica Baixa satisfacción académica

Conclusións e perspectivas de futuro

A revisión sobre o estado actual do coñecemento sobre os factores de risco da AI permite identificar dous núcleos de risco: trazos de personalidade/psicopatoloxía e factores familiares, psicosociais e académicos.

No primeiro núcleo (Trazos de personalidade/psicopatoloxía), varios estudos coinciden en sinalar como factores de risco os factores temperamentais de busca de sensacións e de novidades; os trazos de personalidade: baixa estabilidade emocional, amabilidade e responsabilidade, e a psicopatoloxía ansiosa, depresiva e a hiperactividade. Outros aspectos a destacar como risco son os factores cognitivos como a baixa autoestima, o locus de control externo e os problemas de autorregulación, e os factores condutuais como o illamento e a soidade.

Respecto ao segundo núcleo (factores familiares, psicosociais e académicos), os diferentes estudos coinciden en que ser home, ter un baixo rendemento académico, un ambiente familiar empobrecido, familias monoparentais, inadaptación social e un uso frecuente de internet (especialmente pola noite) son considerados factores de risco da AI.

A modo de conclusión, a AI é un problema de clara relevancia social e sanitaria, con implicacións sobre a saúde mental e sobre a convivencia nos mozos.

Ata o momento, realizáronse traballos sobre a AI en relación co axuste psicosocial do adolescente; con todo, necesitaríanse máis estudos en contextos socioculturais máis diversos xa que gran parte dos estudos revisados realizáronse en países orientais (Shi, Chen e Tian, 2011; Cho, Sung, Shin, Lim e Shin, 2013) e a xeneralizabilidade deses resultados a outras culturas necesita ser comprobada. Particularmente, en Galicia, malia que se realizaron estudos epidemiolóxicos sobre o uso de Internet (Rial, Gómez, Braña e Varela, 2014), falta coñecer con claridade cales son os determinantes e as consecuencias do uso problemático da Internet. En concreto, a personalidade emerxe en estudos previos, como un núcleo importante de determinantes.

Por outra banda, malia que a necesidade de estudos lonxitudinais é apuntada na investigación sobre este tema, son escasos os traballos que analizaron, desde unha perspectiva lonxitudinal, como a personalidade permite predicir a traxectoria de uso da Internet durante a adolescencia. Así mesmo, é necesario achegarse sistematicamente a cales son as consecuencias da AI en distintos planos: emocional, condutual, social. En definitiva, a investigación sobre factores de risco de AI experimentou un auxe considerable nos últimos anos. Aínda que estas limitacións deben ser superadas na investigación futura, os estudos revisados permiten identificar factores de risco que deberán ser contemplados polas estratexias de prevención.



©@estrattonbailey e @wearesculpt

BIBLIOGRAFÍA

Ak, S., Koruklu, N., y Yilmaz, Y. (2013). A study on Turkish adolescent's Internet use: Possible predictors of Internet addiction. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 16, 205-209.

Andersson, G., Carlbring, P., & Grönlund, A. (2008). Predicting treatment outcome in Internet versus face to face treatment of panic disorder. *Computers in Human Behavior*, 24, 1790-1801.

Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality—social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.

Ceyhan, A.A. (2008). Predictors of Problematic Internet Use on Turkish University Students. *CyberPsychology&Behavior*, 11(3), 363-366.

Chak, K. y Leung, L. (2004). Shyness and Locus of Control as Predictors of Internet Addiction and Internet Use. *CyberPsychology&Behavior*, 7(5), 559-570.

Cho, S.M., Sung, M.J., Shin, K.M., Lim, K.Y. y Shin, Y.M. (2013) Does psychopathology in childhood predict Internet Addiction in male adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 549-555.

Dalbudak, E., Evren, C., Topcu, M., Aldemir, S., Coskun, K.S., Bozkurt, M., Evren, B. y Canbal, M. (2013). Relationship of Internet addiction with impulsivity and severity of psychopathology among Turkish university students. *Psychiatry Research* 210(3), 1086-1091.

Durkee, T., Kaess, M., Carli, V. et al (2012). Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction* 107: 2210-2222.

Estévez, L., Bayón, C., de la Cruz, J. y Fernández-

Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (eds.). *Adicción a las nuevas tecnologías* (pp. 101-130). Madrid: Pirámide.

Frangos, C.C., Frangos, C.C. y Sotiropoulos, L. (2011). Problematic Internet Use Among Greek University Students: An Ordinal Logistic Regression with Risk Factors of Negative Psychological Beliefs, Pornographic Sites, and Online Games. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(1-2), 51-58.

Huang, R.L., Lu, Z., Liu, J.J., You, Y.M., Pan, Z.Q., Wei, Z., He, Q. y Wang, Z.Z. (2009). Features and predictors of problematic internet use in Chinese college students. *Behaviour&Information Technology*, 28(5), 485-490.

Jimenez, L. y Pantoja, A. V. (2007). Autoestima y relaciones Interpersonais en sujetos adictos a Internet. *Psicologia-Segunda Epoca*, 26, 78- 89

Ko, C.H., Yen, J.Y., Yen, C.F., Lin, H.C. y Yang, M.J. (2007). Factors Predictive for Incidence and Remission of Internet Addiction in Young Adolescents: A Prospective Study. *CyberPsychology&Behavior*, 10(4), 545-51.

Ko, C.H., Hsiao, S., Liu, G.C., Yen, J.Y., Yang, M.J. y Yen, C.F. (2010). The characteristics of decision making, potential to take risks, and personality of college students with Internet addiction. *Psychiatry Research* 175(1-2), 121-125.

Kuss, D.J., Griffiths, M.D. y Binder, J.F. (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 959-966.

Li, W., Garland, E.L. y Howard, M.O. (2014). Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior*, 31, 393-411.

Lin, M.P., Ko, H.C. y Wu, J.Y. (2011). Prevalence and Psychosocial Risk Factors Associated with Internet

Addiction in a Nationally Representative Sample of College Students in Taiwan. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(12), 741-746.

Mottram, A.J. y Fleming, M.J. (2009). Extraversion, Impulsivity, and Online Group Membership as Predictors of Problematic Internet Use. *CyberPsychology&Behavior*, 12(3), 319-321.

Ni, X., Yan, H., Chen, S. y Liu, Z. (2009). Factors Influencing Internet Addiction in a Sample of Freshmen University Students in China. *CyberPsychology&Behavior*, 12(3), 327-330.

Seben, R., Orosova, O., & Benka J. (2013). Are self-regulation and depressive symptoms predictors of problematic Internet use among first year university students? *PsychNology Journal*, 11(3), 235-249.

Senormancı, O., Konkan, R., Glücü, O. y Senormancı, G. (2014). Depression, loneliness, anger behaviours and interpersonal relationship styles in male patients admitted to internet addiction outpatient clinic in Turkey. *Psychiatry Danubina*, 26(1), 39-45.

Shi, J., Chen, Z. y Tian, M. (2011). Internet Self-Efficacy, the Need for Cognition, and Sensation Seeking as Predictors of Problematic Use of the Internet. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(4), 231-234.

Tsai, H.F., Cheng, S.H., Yeh, T.L., Shih, C.C., Chen, K.C., Yang, Y.C. y Yang, Y.K. (2009). The risk factors of Internet addiction—A survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, 167, 294-299.

Yoo H.J., Cho S.C., Ha J., Yune S.K., Kim S.J., Hwang J., Chung A., Sung Y.H. y Lyoo, I.K. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;58(5):487-494

Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology&Behaviour*, 1, 237-244.

**Nº8 Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e Saúde
do COPG**

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es



EL AMOR

Elección de pareja
Chus Vázquez Carreira

El amor hacia uno mismo: una relación para toda la vida
Cristina Veira Ramos y Sabela Maceda García

El papel de los vínculos afectivos en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica
Jorge García Fernández

Sobre la sexualidad femenina y las dinámicas actuales de compromiso entre mujeres
Raquel Cediel Sáez

Del amor al arte. Cuatro conversaciones
Job Sánchez Julián

HERRAMIENTAS

Vínculo afectivo y alianza de trabajo psicoterapéutico: cuando amor y trabajo van de la mano
Yolanda Castro Casanova y M^a Gabriela Domínguez Martínez

ANUARIO ABIERTO

CASOS CLÍNICOS

Apego, contratransferencia y resistencia al cambio en la relación terapéutica
Inmaculada Sangiao Novio

EMDR y psicodrama narrativo transgeneracional en un dispositivo público
Marisol Filgueira Bouza y Belén M^a Horcajo Marrupe

COMUNICACIONES LIBRES

El fútbol soy yo: trabajo con un proceso psicótico
Manuel Lopo Lago y José Antonio Muñiz Torrado

Una revisión de los factores de riesgo implicados en la adicción a internet en jóvenes
Cristina Alonso Vilar y Estrella Romero Triñanes

Nº8 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

Consejo Editorial

Francisco Javier Sardiña Agra, Presidente
Delia Guitián Rodríguez, Vicepresidenta
José Eduardo Rodríguez Otero, Secretario
Luis Carlos Álvarez García, Tesorero
Alicia Carballal Fernández, Vocal
Rosa Cerqueiro Landín, Vocal
Mercedes Fernández Cabana, Vocal
Ignacio Dopico González, Vocal
Dolores Mosquera Barral, Vocal

Consejo de Redacción

Marta González Rodríguez (Directora)
Adalberto Iglesias Doval
Noelia Pita Fernández
Patricia María Tamara Rego Ribeiro
Xacobe Abel Fernández García
Delia Guitián Rodríguez
Sabela Bermúdez Míguez

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción
no se harán responsables de las opiniones
vertidas en los artículos publicados.
Las opiniones expresadas en la Presentación
son responsabilidad do Consejo Editorial.

Edita

Colegio Oficial de Psicología de Galicia
Espiñeira, 10 bajo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Diseño y maquetación

ekinocio comunicación

Ilustración de portada

"Love's Provocations"

Extractos do diario de Miss Polly C.
de Cuthbert Bede, 1855, Londres

ISSN: 2444-6653.

Noviembre, 2015

- 4 Presentación
- 6 Elección de pareja
CHUS VÁZQUEZ CARREIRA
- 25 El amor hacia uno mismo: una relación para toda la vida
CRISTINA VEIRA RAMOS Y SABELA MACEDA GARCÍA
- 37 El papel de los vínculos afectivos en el proceso de adaptación
a la enfermedad crónica
JORGE GARCÍA FERNÁNDEZ
- 45 Sobre la sexualidad femenina y las dinámicas actuales de
compromiso entre mujeres
RAQUEL CEDIEL SÁEZ
- 51 Del amor al arte. Cuatro conversaciones
JOB SÁNCHEZ JULIÁN

HERRAMIENTAS

- 67 Vínculo afectivo y alianza de trabajo psicoterapéutico:
cuando amor y trabajo van de la mano
YOLANDA CASTRO CASANOVA Y M^a GABRIELA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ

ANUARIO ABIERTO CASOS CLÍNICOS

- 89 Apego, contratransferencia y resistencia al cambio en la
relación terapéutica
INMACULADA SANGIAO NOVIO
- 96 EMDR y psicodrama narrativo transgeneracional en un
dispositivo público
MARISOL FILGUEIRA BOUZA Y BELÉN M^a HORCAJO MARRUPE

COMUNICACIONES LIBRES

- 103 El fútbol soy yo: trabajo con un proceso psicótico
MANUEL LOPO LAGO Y JOSÉ ANTONIO MUÑIZ TORRADO
- 120 Una revisión de los factores de riesgo implicados en la adicción
a internet en jóvenes
CRISTINA ALONSO VILAR Y ESTRELLA ROMERO TRIÑANES

EL AMOR

“Love’s Provocations”

Extractos do diario de Miss Polly C.
de Cuthbert Bede, 1855, Londres





**“Huye del triste amor, amor pacato,
sin peligro, sin venda ni aventura,
que espera del amor prenda segura,
porque en amor locura es lo sensato.”**
ANTONIO MACHADO

PRESENTACIÓN

Como nos escribe Chus Vázquez en la introducción a su artículo hay páginas y páginas escritas sobre este tema. ¿Qué nos impulsa entonces a seguir escribiendo sobre ello? Job Sánchez nos da una idea en su artículo: *“el amor es el tema central, es el motor”*. Pero no sólo en el arte, (en cualquiera de sus acepciones), sino también en la terapia. El amor por presencia, por ausencia, por insuficiencia o malforma, está imbuyendo muchas de las demandas que recibimos. El amor nos pone, nos descompone, pero también nos repone y, por ello, forma parte de la cura, como veremos en *Herramientas*.

Chus Vázquez inicia este número ayudándonos a dilucidar por qué nos enamoramos de quién nos enamoramos. Realiza una interesante y completísima visión histórica y cultural sobre la *“Elección de pareja”*, nos habla de los mitos que mantenemos sobre el amor romántico y de las aportaciones que la Psicología hace a la cuestión de la elección (o no) de pareja.

Cristina Veira y Sabela Maceda nos hablan del *“Amor hacia uno mismo”*. Como dicen en su texto es la única relación segura para toda la vida... Pero muchas veces esta relación se complica y uno mismo es la peor compañía. En su artículo nos aportan claves muy interesantes y originales para la intervención, partiendo de la terapia de pareja.

En el tercer artículo buscamos reflexionar sobre cómo un estresor tan importante como la aparición de una enfermedad crónica afecta a la pareja. Jorge García nos cuenta en *“El papel de los vínculos afectivos en el proceso de la adaptación a la enfermedad crónica”*, las diferentes fases que ha observado que pueden atravesar los pacientes en el intento de asimilar la nueva situación y cómo varía el rol de los otros significativos durante las mismas.

Pretendiendo aportar una visión amplia que incluya toda la diversidad sexual y no se miopice con una mirada predominantemente heterosexual, contactamos con COGAM (Colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales de Madrid). Una de sus vocales, Raquel Cediél, ha querido colaborar con nosotros con su artículo *“Sobre la sexualidad femenina y las dinámicas actuales de compromiso entre mujeres”*, en el que realiza una rica pincelada sobre las relaciones entre mujeres y cómo ha ido variando el formato de expresión del compromiso con la pareja desde una perspectiva sociopolítica. Mil veces gracias Raquel por meterte en este lío de psicólogos. Agradecer también a Mario Campano Vega y a Miguel González Rodríguez el habernos puesto en contacto.

Con la intención de seguir manteniendo una mirada transdisciplinaria, pedimos las gafas prestadas de nuevo al arte. Job Sánchez (a quien también agradecemos enormemente dejarse liar por psicólogos), se sirve de *“Cuatro conversaciones”* con otras tantas compañeras artistas (agradecemos también que haya liado a más gente, eso siempre suma), para reflexionar sobre las relaciones entre el amor y el arte, la presencia del amor en cada una de sus obras y la función que puede cumplir como fuerza motriz. ¿Es el tema central? ¿Es la condición para que el arte exista?

Encargamos la sección *Herramientas*, que pretende ser la más práctica dentro de los artículos monográficos del Anuario, a Yolanda Castro y a Gabriela Domínguez. Y ellas, con gran maestría, partiendo de dos casos aparentemente muy diferentes (una mujer diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide y un adolescente con comportamientos violentos), nos hablan en *“Vínculo Afectivo y Alianza de Trabajo Psicoterapéutico: Cuando amor y trabajo van de la mano”*, del vínculo y su papel como instrumento terapéutico para facilitar la implicación.

En este número seguimos tratando de abrir la participación en el Anuario a todos los compañeros de la sección que tengan interés en aportar y compartir. En ese sentido, este año decidimos ampliar el formato de participación y, además de recoger dos casos clínicos, recogemos dos comunicaciones libres.

En el apartado de Casos Clínicos contamos con la colaboración de Inmaculada Sangiao quien nos ilustra en *“Apego, contratransferencia y resistencia al cambio en la relación terapéutica”* cómo trabajar con un paciente considerado “relacional” manejando la contratransferencia y evitando las resistencias. Marisol Filgueira y Belén M^a Horcajo en *“EMDR y Psicodrama Narrativo Transgeneracional en dispositivo público”* nos van desvelando las complejidades subyacentes a un caso que se había iniciado tras un episodio de acoso laboral y cómo ellas lo fueron resolviendo de forma exitosa.

Dentro de las comunicaciones libres, contamos con la colaboración de José Antonio Muñiz y Manolo Lopo quienes presentan en *“El fútbol soy yo”* una intervención realizada con un paciente que sufre un brote psicótico, que enferma (¿cómo no?) de amor. Dicha intervención sirve de base para reflexionar sobre cómo estructuramos nuestro trabajo y las influencias que nuestras visiones del mundo y de la terapias tienen en aquel. Por último, Cristina Alonso y Estrella Romero en *“Una revisión de factores de riesgo implicados en la adicción a Internet en jóvenes”*, nos hablan en profundidad de esta nueva problemática y de los rasgos que la literatura ha hallado asociados en cuanto a diversos factores como personalidad o psicopatología.

Agradecemos a todos los autores su colaboración, sin ellos este Anuario no sería posible.

Deseamos que disfrutéis tanto de la lectura como nosotros hemos disfrutado del trabajo de redacción.

Un amoroso saludo:

Marta González Rodríguez
Directora Consello de Redacción

1

“Y de la costilla que el Señor había tomado del hombre, formó una mujer y la trajo al hombre. Y el hombre dijo: Esta es ahora hueso de mis huesos, y carne de mi carne; ella será llamada mujer, porque del hombre fue tomada. Por tanto, dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y serán una sola carne”.

GÉNESIS

ELECCIÓN DE PAREJA

Chus Vázquez Carreira
PSICÓLOGA CLÍNICA HOSPITAL
DE DÍA, EOXI LUGO-CERVO

Resumen: En este artículo intentaré dar una visión sobre los criterios que rigen en la elección de pareja heterosexual en el mundo occidental, haciendo un breve repaso histórico, desde Grecia a la actualidad. Pasando a mostrar los mitos que mediatizan dicha elección, (que parece no ser tan libre como pueda parecernos). Y finalizar mostrando la amalgama de teorías que pretenden explicar qué factores influyen en que se elija a una u otra persona como pareja, teorías que partiendo cada una de su visión del mundo solo muestran piezas inconexas de un complejo puzzle, que es el de la relación amorosa.

Palabras clave: elección de pareja, amor romántico, mitos románticos, teorías psicosociales.

Abstract: In this article I will try to give a view on the criteria governing the choice of heterosexual couple in the Western world, making a brief historic overview, from Greece to the present day. To show the myths that influence this choice, which seems to not be as free as it might seem to us and end showing the amalgam of theories that purport to explain which factors influence you to choose one or another person as a couple, theories that starting each of his vision of the world only show parts unconnected a complex puzzle, which is the loving relationship.

Key words: choice of partner, romantic love, romantic myths, psycho-social theories

Introducción

La música, el cine y la literatura han escrito páginas y páginas sobre el amor. El amor siempre tiene algo de enigmático, ¿por qué elegimos amar a quien amamos? ¿Elegimos a quien amar o a la pareja? ¿Ambos conceptos han ido siempre unidos? ¿Ha estado el matrimonio ligado siempre al amor? Parecieran evidentes las respuestas a estos interrogantes, ya que en nuestro imaginario colectivo contemporáneo y en nuestra ideología es obvio. Pero no siempre fue así, de hecho, no ha sido la norma en nuestra historia.

El amor romántico es una construcción de Occidente. En Oriente y a lo largo de buena parte de nuestro pasado es concebido como placer, como voluptuosidad física, y la pasión, en su sentido trágico y doloroso, no solo es escasa, sino que además es despreciada por la moral imperante como una enfermedad frenética. El matrimonio separado de la pasión iba unido a la consolidación económica, política o social de la familia.

En Occidente la elección concertada es característica de las sociedades pre-industriales, mientras que la libre elección se da en la sociedad industrial y postindustrial, en las cuales el individuo es considerado como alguien capaz de decidir los asuntos importantes de su vida entre los que se encuentra la elección de pareja; esto se ve favorecido, como veremos más adelante, por el acceso de la mujer al trabajo, la mayor libertad y el valor dado al amor romántico.

En cada sociedad existen modelos específicos de elección de pareja que hacen que criterios válidos para una cultura sean totalmente rechazados en otra. Por la amplitud del tema me centraré en la cultura occidental haciendo un breve repaso histórico, desde Grecia a la actualidad. Para mostrar cómo la “libre elección de pareja” está mediatizada culturalmente por muchos mitos fraguados a lo largo de la historia. Para finalizar con algunas de las teorías que intentan explicar el por qué se elige a una persona como pareja.

La elección de pareja a través de la historia

GRECIA

“Hecha esta división, cada mitad hacía esfuerzos para encontrar la otra mitad de que había sido separada; y cuando se encontraban ambas, se abrazaban y se unían, llevadas del deseo de entrar en su antigua unidad, con ardor tal que, abrazadas, perecían de hambre e inacción, no queriendo hacer nada la una sin la otra”.

EL BANQUETE, PLATÓN

En la Grecia clásica, los griegos contraían matrimonio para cumplir un rol social. Cuando la niña tenía alrededor de los 13-15 años los padres concertaban el matrimonio, la chica iba con una dote, destinada a protegerla en caso de que el matrimonio fracasara por algún motivo, tras la boda permanecía encerrada en el gineceo y criaba hijos. Cuanta más alta era la clase social de los esposos más rígido era ese régimen; las mujeres de clase baja aun podían salir a la calle sin ir acompañadas por un hombre, o regentar algún negocio.

Aristóteles en La Política describe la familia (oikia) en la polis griega, la cual estaba constituida por tres relaciones básicas: la relación amo-esclavo; la asociación marido-esposa y el lazo padre-hijo; esta estaba organizada alrededor del hombre que era a la vez amo, marido y padre y además parte integrante del funcionamiento político de las polis.

Como alternativa, Platón describe un tipo de amor, así como sus implicaciones en El Banquete. Se trata de un amor fundado sobre la tensión entre deseo sexual y amor idealista, sin plasmación



Ilustración E. M. Davies para “Love Lyrics and Valentine Verses, for young and old”, 1875

sexual. El amor al conocimiento, a la sabiduría y a la belleza es lo que Platón dice que está en el origen del amor, fuera de toda realidad pasional.

En la mentalidad griega dentro del matrimonio podía existir “philia”, cariño. Pero el arrebató sexual, la pasión desatada o eros, se daba fuera de la institución familiar.

En este contexto la imagen de la mujer estuvo sustentada por una triple realidad: las esposas, que deberían dar hijos; las hetairas o damas, que deberían acompañar al hombre; y las amantes cuya función era proporcionar placer. De esta idea, lo que ha llegado a nuestra sociedad actual es creer que los hijos, la compañía y el placer deben provenir de la misma persona, la pareja.

ROMA

“Primeramente has de abrigar la certeza de que todas pueden ser conquistadas, y las conquistarás preparando astuto las redes. Antes cesarán de cantar los pájaros en primavera, en estío las cigarras y el perro del Ménalo huirá asustado de la liebre, antes que una joven rechace las solícitas pretensiones de su amador: hasta aquella que juzgues más difícil se rendirá a la postre”.

OVIDIO, EL ARTE DE AMAR.

En Roma la mentalidad y las costumbres helenas serán reinterpretadas y adaptadas. En lo que al matrimonio y el establecimiento de un núcleo familiar se refiere, la mecánica era similar a la que ya hemos visto. La boda era concertada, generalmente un poco más tarde que los griegos, alrededor de los 18 años, por el jefe del clan familiar, el “*pater familias*”, que entregaba una dote a la muchacha. Formalmente, el padre o tutor cedía sus derechos sobre la novia al marido, y la dote cumplía la función de garantía económica por la chica. Igual que en Grecia, el papel que se esperaba que cumpliera la mujer romana es el de matrona; concebir hijos preferiblemente varones y ejercer de abnegada esposa supeditada a su marido. Sin embargo, las romanas sí tenían derechos políticos, ya que poseían la ciudadanía que se les negaba a las griegas. Una vez casadas, podían incluso salir a la calle sin necesidad de ser acompañadas por un hombre, acudir acompañadas al teatro o a algún banquete y ocasionalmente visitar a las amigas. En el plano sentimental, los romanos compartían la distinción griega entre el afecto por la esposa por una parte y las bajas pasiones por otro. El matrimonio tenía como objetivo perpetuar el linaje, y en las clases altas, forjar alianzas políticas y sociales. Por otra parte, la proliferación de esclavos domésticos tuvo un efecto multiplicador en las posibilidades de tener encuentros sexuales al alcance de los ciudadanos romanos, sobre todo los acomodados. Las mujeres casadas podían recibir visitas libremente, siempre y cuando mantuvieran



Ilustración del libro “Poems on Several Occasions. The second edition”, PRIOR Matthew, 1709

una serie de códigos morales y sociales determinados. Todo esto no fue óbice para que floreciese la prostitución, costumbre habitual que practicaban los romanos de clases bajas que no podían costearse esclavos, la mayoría de burdeles se concentraban en los barrios populares.

En todo el imperio romano coexistían por un lado las bien documentadas orgías y bacanales, que solían ser prácticas habituales en las clases altas, en las cuales se desataban las pasiones y, por otro, la “*pater familias*” romana, fuerte y jerárquica, cuyo ideal era tener hijos, en especial varones, a quien cederles la herencia y que continuaran el linaje. De esta manera, era necesario frenar los “ímpetus de las mujeres” a través de publicaciones como las *Leyes Julianas*, que dictaban las reglas a ser cumplidas por la pareja frenando sus impulsos, especialmente los sexuales, dado que el adulterio podía tener consecuencias nefastas sobre todo para las mujeres.

La función de la familia era mantener y proteger la propiedad y las costumbres romanas.

En los siglos II y III, con la decadencia del Imperio Romano, surge un “nuevo imperio”, el cristianismo, que afecta e impacta el mundo occidental con su mensaje de “amor no sexual”. En estos momentos, su doctrina parecía centrarse en algunos ejes: hostilidad hacia la sexualidad humana, menosprecio por la vida terrenal augurando la “vida eterna”, amor altruista y no sexual, el sometimiento de la mujer por ser un “animal doméstico”, y por último la doble cara de la mujer (Del Priore, 1993): la Santa (personificada en la figura de la Virgen Madre de Dios y representada por todas las esposas y sus hijos) y la prostituta (encarnada por Eva, la tentadora sexual del hombre, que podría ser cualquier mujer que no estuviera casada y/o fuera madre). Así dictadas las costumbres y reglas amorosas por la Iglesia Católica, tendremos que esperar hasta el siglo XII, con el surgimiento del amor cortés, para encontrar las primeras semillas de lo que hoy conocemos como amor romántico.

“La función de la familia era mantener y proteger la propiedad y las costumbres romanas”

EDAD MEDIA

*“Si quieres amar dueñas o a cualquier mujer
muchas cosas tendrás primero que aprender
para que ella te quiera en amor acoger.
Primeramente, mira qué mujer escoger.*

*Busca mujer hermosa, atractiva y lozana,
que no sea muy alta pero tampoco enana;
si pudieras, no quieras amar mujer villana,
pues de amor nada sabe, palurda y chabacana.”*

ARCIPRESTE DE HITA. LIBRO DEL BUEN AMOR.

Durante la Edad Media, la Iglesia Católica contribuyó con sus propias representaciones del tema amoroso, especialmente entre los siglos VI y XI, anunciando una ideología unificadora de la institución matrimonial, descritas en el libro del Génesis y sistematizadas en las enseñanzas de San Pablo y San Agustín, quienes plantean cuestiones como las del carácter indisoluble del matrimonio cristiano, al tiempo que introducen el concepto de la sexualidad como pecado. La doctrina impartida por San Pablo inculcaba en la población que lo único que debía buscar el “buen cristiano” era la purificación de la carne, la abstinencia sexual y las relaciones sexuales restringidas al matrimonio y dirigidas a la procreación. A este respecto apunta Castells (1997:41) que *“la castidad matrimonial queda objetivamente plasmada en la instauración de un curioso rito: la bendición del lecho nupcial”*.

Los matrimonios siguen la línea patriarcal que ya hemos visto en la Antigüedad. La boda la pactan los padres de la muchacha, que fijan la dote y reciben una cantidad estipulada por parte del novio en concepto de “compra” del poder paterno sobre la novia. Si la boda es sin consentimiento paterno, se paga el triple. Si no se casa con la novia pactada, se paga una multa “cuantiosa” a la familia afectada. Si se finge un secuestro, curiosamente sólo el doble, pero es que la muchacha pasa a ser oficialmente adúltera. El concepto de amor matrimonial tampoco cambia en exceso, dentro del mismo, sólo había lugar a un sentimiento de “caritas” y las relaciones sexuales se limitaban a la “honesta copulatio” con vistas a engendrar. Según Otis Cour, lo más característico de estos romances es que representan un concepto «canónicamente correcto» del amor y del matrimonio en la sociedad. Son verdaderos himnos a la monogamia, sin adulterio, sin sexo prematrimonial, sin divorcio.

Durante la Edad Media la pasión era considerada como una enfermedad que deja al hombre embobado: *«tan alterado está el juicio de su razón, que continuamente imagina la forma de la mujer y abandona todas sus actividades, tanto que, si alguno le habla, apenas logra entender, y puesto que se sumerge en una incesante meditación, se define como angustia melancólica»* (Lilium Medicinale de Bernardo Gordonio, 1285).

En cierta medida, el esfuerzo de la Iglesia Católica por controlar la sexualidad, en el ámbito conyugal y fuera de él, generó las condiciones de emergencia del *amor cortés* a través de los trovadores. A mediados del siglo XII y principios del XIII se difunde una representación *adúltera* del amor, raramente consumado y sin plasmación sexual, que al mismo tiempo implicaba distanciamiento y ambivalencia, gozo y sufrimiento. Resultados históricos de esta concepción se encuentran en la literatura posterior, a través de parejas/personajes como Calixto y Melibea, Don Quijote y Dulcinea, o, posteriormente, Romeo y Julieta.

En la región francesa de Provenza, y a principios del siglo XII, podemos rastrear los primeros elementos que luego cristalizarán en el amor romántico, codificados en los términos que conocemos hoy en día. Allí surgió el concepto de “dama” y, paralelo a él, el de “amor cortesano”. A Leonor de

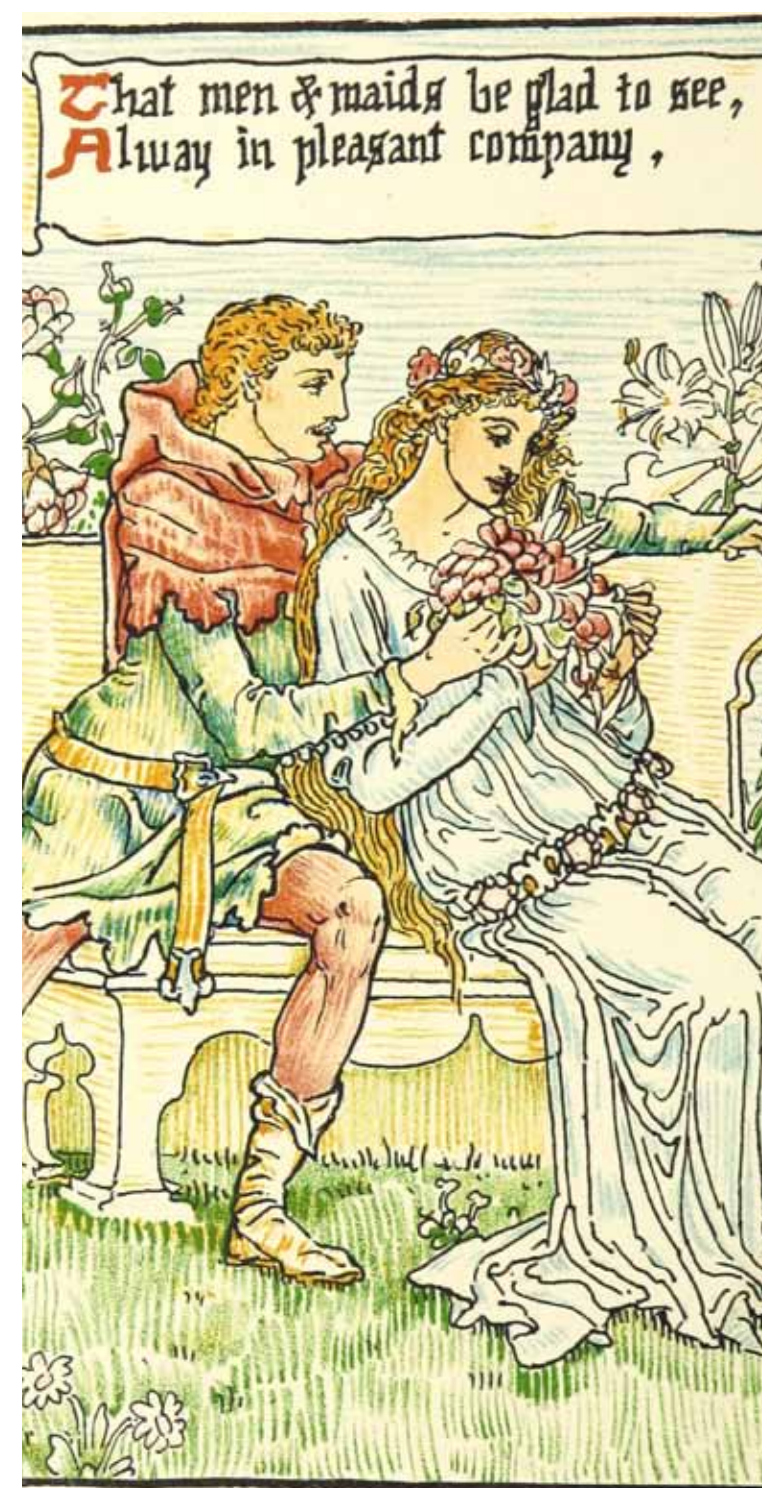


Ilustración del libro “Queen Summer; or, the Tourney of the lily & the rose” de Walter Crane, 1891

Aquitana, nieta del considerado primer trovador, Guillermo de Poitiers, se debe la concepción del amor cortesano, que con escasas variables ha permanecido durante siglos. Leonor de Aquitana, partía de la premisa de que el amor debería ser un arte y, por lo tanto, debería aprenderse y ejercitarse, tal como se hacía con el oficio de guerrero, trovador o caballero andante. A fin de cumplir con el objetivo de “aprender a amar”, María, hija de Leonor, contrata la “asesoría” de un clérigo parisino llamado Andreas Capellanus, quien escribe un libro sobre el arte del amor cortés: *“De Amore”*. En dicho texto se organizan 31 reglas de amor que regulan o, más bien, estimulan los sentimientos eróticos de los cortesanos, dirigido específicamente a la corte y no al pueblo. Quien transgrediera alguna de las 31 reglas debía comparecer ante las llamadas “cortes de amor”.

Capellanus, de manera general, describe dos tipos de amor. Por un lado, el *amor puro*, en el que la separación de los enamorados aumenta el sentimiento amoroso, aunque introduce un elemento nuevo que es el encuentro de los dos amantes, cuyo punto álgido sería el beso. El encuentro o la espera por ver al amado aviva la llama del recuerdo de los enamorados ante la separación, no debe existir la consumación pero sí el deseo que mantiene este amor. Y por otra parte, el *amor mixto*, ya no se trata del “amor” propiamente dicho, sino de la pasión física, pues los amantes consuman el acto sexual. Este tipo de amor, según el autor, tenía la desventaja de que después del gozo disminuye el interés del amante, de ahí que los campesinos y las clases bajas, que se dejaban llevar por la pasión de sus instintos, nunca podrían sentir el “amor cortés” porque no podían controlar ni su mente ni su cuerpo.

Lo cierto es que el amor cortés (y la literatura posterior que la ejemplifica) introdujo por primera vez los elementos emocionales ideológicos constitutivos de la relación amorosa hombre /mujer, que podríamos resumir en: la fatalidad de su existencia (literatura trágica, en general), la exclusividad o amor individual hacía una mujer (Beatriz, Laura, entre otras), la unión indisoluble de cuerpo y alma cuando se ama, junto con el obstáculo y la dificultad (Romeo y Julieta; etc.) y el dominio de la amada ante la sumisión del amante con “cierta ayuda divina o diabólica” (La Celestina, las brujas, etc.) que parecen coincidir con algunas ideas de la doctrina cristiana relacionadas con el amor de pareja.

Joachim Bunke por su parte ha calificado el amor cortesano como “utopía social”, es decir, supone la creación de un sueño en torno a una sociedad idealizada que contrastaba con la ruda realidad de la época.

En la Edad Media se creó el núcleo del repertorio sentimental de Occidente: gran parte de sus ritos y mitos han perdurado hasta nuestros días. Clara Coria (2005) es de las autoras que defiende la idea de que en pleno inicio del siglo XXI es posible encontrar infinidad de vestigios de las épocas medievales *«que solo aparentemente quedaron enterrados en las sombras de la historia pasada. Vestigios que muy pocos/as reconocen porque han sido meticulosamente “aggiornados” con una cosmética de dudosa calidad»*.

“Gran parte de los ritos de la Edad Media perduraron hasta nuestros días”

Un ejemplo de ello lo encontramos en el mito de *la princesa rosa*, que sin duda comenzó a gestarse en la época de los trovadores, un estereotipo de mujer débil y bella, apta para esperar y ser contemplada; y ritos como la boda católica, en el que aún persisten (incluso en la ceremonia civil), ritos como hincar la rodilla para pedir matrimonio, la pedida de mano al “*pater familias*”, el vestuario de princesa-virgen, los símbolos, las imágenes, las declaraciones, el protocolo, etc.

ÉPOCA DE LAS REVOLUCIONES: RENACIMIENTO, ILUSTRACIÓN, ROMANTICISMO Y REVOLUCIÓN INDUSTRIAL

“Amor y deseo son dos cosas diferentes: que no todo lo que se ama se desea, ni todo lo que se desea se ama”.

MIGUEL DE CERVANTES. LA GALATEA.

*El mundo tiene sed de amor: tú la apaciguarás,
¡oh esplendor de la carne! , ¡oh esplendor ideal
¡Oh renuevo de amor, triunfal aurora
en la que doblegando a sus pies los dioses y los héroes,
la blanca Calpigia y el pequeño Eros cubiertos con
nieve de las rosas
las mujeres y las flores su bellos pies cerrados!*

ARTHUR RIMBAUD. SOL Y CARNE

Durante el Renacimiento, tuvo lugar una decisiva transformación en la cultura europea. Hay una explosión de vida, el progreso de las ciudades y sus habitantes se hace notable, lo que produce un cambio sobre la visión del amor y de la pareja respecto a otras épocas.

En lo que se refiere al amor trajo como novedad, entre otros cambios, la admisión del uso de los afectos en la elección del cónyuge y la aceptación del placer sexual, forjando una visión “moderna” del amor, con una concepción de la amada como ser humano y no divino. El matrimonio empieza a estar unido a la decisión de la pareja no a un acuerdo comercial.

La Iglesia comienza a desdibujarse en las decisiones amorosas. La reforma luterana desacraliza el matrimonio y lo convierte en un contrato voluntario entre dos personas. Sobre todo entre las de clase media. En las clases más altas siguen concertándose matrimonios.



“You must allow me to tell you how ardently I admire and love you.”

Ilustración del libro “Pride and prejudice”
de Jane Austen, 1895

A finales del siglo XVII y durante el XVIII, con la relativa disminución del poder de la Iglesia y la consolidación del protestantismo, en las “clases educadas” surge una profunda reacción a los conservadores cristianos, desafiando la religión dominante, e inaugurando la *Edad de la Razón*.

Durante la Ilustración, en el siglo XVIII, se comienza a admitir la relevancia de los afectos en la elección del cónyuge y la aceptación del placer sexual. Hasta el surgimiento de este ‘nuevo sentimiento’ se podría decir que nadie se había casado exclusivamente por amor, como nos cuenta la historia. Aunque el amor ya se hubiera hecho presente de forma permitida y autorizada en la vida de las personas. Sobre este aspecto nos comenta Yela: *“en la edad moderna (siglos XVI, XVII y XVIII) sigue existiendo un matrimonio tradicional por conveniencia, (donde en el mejor de los casos podía surgir un amor amistoso), un amor romántico (extra conyugal, no sexual, y aún minoritario), y una satisfacción del deseo sexual (permitido exclusivamente a los hombres, como en las otras épocas históricas) mediante prostitutas o ‘mujeres de vida licenciosa’ (no hace falta decir que en este sentido la Iglesia [Católica] era mucho más permisiva con los varones)”*.

En la Ilustración, el amor se contempla como una experiencia racional y ordenada que podía ser controlada por quienes la experimentasen, ya que en esta época se creía que la pasión y la intimidad pertenecían a la esfera cognitiva y no a la de los sentimientos y motivaciones. La racionalidad es la única forma aceptada de conocimiento, y el amor compartía, junto con los demás temas, una base puramente racional dado que los humanos (léase hombres, en esta época) eran considerados criaturas racionales, libres, iguales y fraternos. Influidos por los principios deterministas-mecanicistas, intentan reducir la complejidad del deseo y propósitos humanos a leyes físicas rígidas y resurge con más fuerza que nunca la dicotomía entre razón-pasión y todo lo que conlleva este tipo de raciocinio reduccionista. En los siglos XVII y XVIII, según comenta García (2003), también ocurrieron cambios en la vida social de la pareja, pues surgió y se consolidó la familia nuclear según cinco aspectos: el arraigo de los principios individuales de libertad; el estrechamiento de los lazos afectivos entre hombres y mujeres; la “libre” elección de pareja; la educación conjunta de los hijos, y por último, la vivienda pasó a tener sus fronteras bien delimitadas, lo que no ocurrió en las sociedades tribales, originándose, la noción de “hogar”, y la de espacio público y privado, aunque todavía no se pueda hablar de amor normativo de pareja.

En Europa, a finales del siglo XVIII e inicios del XIX, persiste el modelo tradicional de familia con su división de roles; la mujer como una especie de menor de edad histérica incapaz de controlar sus emociones, dedicada únicamente a procrear y criar hijos. Oficialmente, por tanto, el sexo se circunscribe al ámbito del matrimonio. Pero a pesar del machismo imperante, incluso entre los ilustrados, las cosas empiezan a moverse en otra dirección. La sociedad se transforma, y el modelo clásico de matrimonio ya no sirve.

*“En la Ilustración,
el amor se consideraba
como una experiencia
racional y ordenada que
podía ser controlada”*

En el Romanticismo (principios del XIX), se creía que el amor era incontrolable y que los hombres y las mujeres se enamoraban sin razón alguna. Los elementos expresivos y de pensamiento que configuran sus rasgos distintivos son: por una parte el *páthos*, lo emocional, sustituye al *éthos*, lo moral. Por otra parte, se enaltece la imaginación como fuente de inspiración, en un plano de igualdad con la razón. Algunos ejemplos literarios que ilustran esta concepción son algunas novelas románticas y sus autores: Byron, W. Scott, Larra, Espronceda, Bécquer, el Duque de Rivas, entre otros.

Por primera vez en la historia se reconoce que los seres humanos deben ser libres para elegir su pareja, buscar la felicidad, y la igualdad entre los sexos que hasta entonces no había sido planteada tan abiertamente. Las condiciones necesarias para la cristalización de los antecedentes del amor romántico están dadas, y se ven fortalecidas por el impacto de la literatura romántica.

“La retórica del amor cortés, la mística católica y el pensamiento político- filosófico, contribuyen decisivamente para la “invención” del amor romántico. Y es durante el siglo XIX cuando se retoma y exagera la exaltación de la pasión romántica y trágica, razón por la que el siglo es conocido como época del Romanticismo” (Hendrick & Hendrick, 1992).

Este también es el siglo de las revoluciones industriales, tecnológicas, sociales y por qué no decirlo, de las transformaciones amorosas y sexuales. Estos y otros cambios sociales, producirían lo que Ortega (1983) llamó de la *“segunda gran revolución del comportamiento amoroso: la vinculación de los conceptos de amor romántico, matrimonio y sexualidad”*, surgiendo así el matrimonio por libre elección, fundamentado en los principios del amor romántico, y a partir de ahí deja de ser un fenómeno vivenciado por pocas personas, especialmente en las culturas occidentales.

El amor romántico existía antes de la Edad Moderna, pero era menos frecuente. Había historias románticas en la Edad Media, pero la gente no pensaba en casarse por amor. Lo fundamental en la familia no era el amor. Lo principal era crear una unidad económica que protegiera al individuo. No es que el amor romántico apareciese de repente, sino que pasó de ser algo marginal a ser algo fundamental.

El concepto de amor romántico como valor cultural ampliamente aceptado, y como base ideal del matrimonio, fue un producto del siglo XIX. Nació dentro del contexto de una cultura que era predominantemente secular e individualista, una cultura que valoraba de forma explícita la vida sobre esta tierra, y que reconocía la importancia de la felicidad individual. Esta cultura apareció en el mundo Occidental junto al nacimiento de la revolución industrial y el capitalismo.

El amor romántico incide más en las mujeres, muchas ven en esta institución la posibilidad de alcanzar una autonomía, de lograr la libertad a través del amor, de sumergirse en la armonía y la felicidad



Ilustración de J. Grego para el libro *“The Reminiscences and Recollections of Captain Gronow”*, 1892

conyugal. Ello propició lo que algunos denominan la “primera revolución sexual”, que se acompaña de una mayor atención hacia los propios sentimientos, un compromiso femenino más completo con la relación amorosa, una “sexualidad afectiva” que privilegia la libre elección de la pareja en detrimento de las consideraciones materiales y de la sumisión a las reglas tradicionales.

Ya entrados en el siglo XX tiene lugar la “revolución sexual”, esta se refiere a una serie de profundos cambios sociales que implicaron a las actitudes, expectativas, relaciones entre los sexos y costumbres realizadas en la mayor parte del mundo occidental en la década de 1960-1970, y que se superpone a ciertos movimientos conocidos como contracultura así como a movimientos políticos relacionados con la revolución del Mayo de 1968. La guerra de Vietnam, el consumo de drogas, la aparición del feminismo y el amor libre ocupan el trasfondo de este movimiento.

El movimiento que conocemos como revolución sexual tuvo una causa y dos efectos que pueden estudiarse juntos como movilizadores de la sociedad, son estos tres: la contracepción, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y la fragmentación de la familia extensa y emancipación de la nuclear.

La mentalidad cambia, el hombre moderno, demanda libertad y derechos universales, racionalidad científica y fe en el progreso. En esta búsqueda de libertades arrastrarán también, aunque de un modo tangencial, a la mujer. Es el caldo de cultivo idóneo para ideas tan novedosas como la del matrimonio por amor. Favorecido también por el desarraigo que provoca la emigración a la ciudad, las personas ya no tienen la imperiosa necesidad de ligarse a una comunidad mediante la vía matrimonial, así que casarse toma otro sentido, más personal e íntimo.

Es cuanto menos curioso que mientras esta situación se daba en las clases medias y bajas, en las familias aristocráticas y en la realeza se seguía y sigue manteniendo el matrimonio de conveniencia, con fines políticos y económicos, dándose una situación a la inversa de etapas anteriores.

LA ERA VIRTUAL

“- ¿Estás saliendo con una computadora?

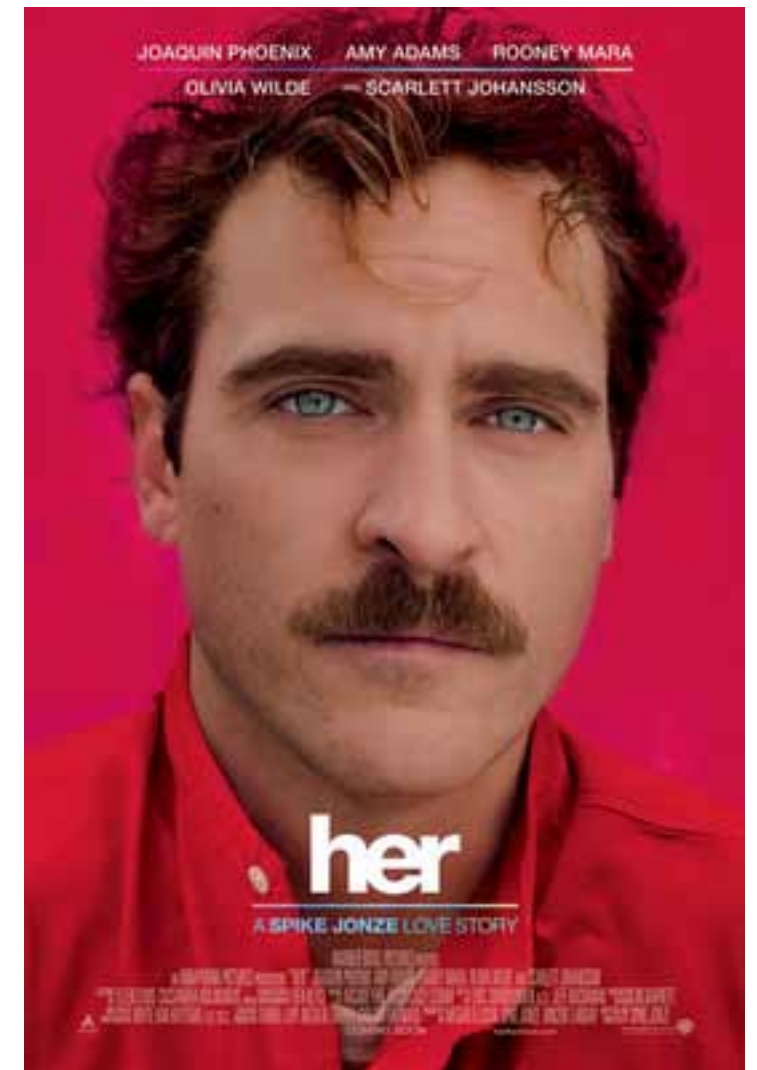
- No es solo una computadora. Es su propia persona. No hace solo todo lo que le digo

- Yo no dije eso..... pero me pone triste que no puedas manejar emociones reales.

- ¡Son emociones reales!”

HER, PELÍCULA SPIKE JONZE

Desde finales del siglo XX encontramos Internet y los chats de “busco pareja” que ya se pueden contar por miles. Son creados obedeciendo a la demanda de un público cada vez más exigente y a la vez anónimo, que forma el creciente grupo de parejas de la “Era Internet”.



Cartel de la película HER, 2013. ©Warner Bros

Según palabras de Galvin (2004): *“estos nuevos solteros han generado un inédito mercado sentimental: webs de contactos, clubes de gente libre, de speed-dating (citas rápidas). Son las Celestinas del siglo XXI y se dedican profesionalmente a emparejar a seres afines con las ideas muy claras, que han sustituido el anticuado término ‘flechazo’ por el de ‘química’, más en el aire de los tiempos”*.

De acuerdo con el sociólogo Gil Calvo el éxito de estas formas de elegir pareja puede explicarse por la “teoría de las relaciones de nexo fuerte y débil” dado que, como sugiere el autor, la sociedad sufre un serio declive de las relaciones de nexo fuerte (el matrimonio, el sindicalismo, etc.) frente a la emergencia de las de tipo débil, como pueden ser las fluidas y cambiantes relaciones vía Internet. Todo ello asociado al hecho de que estar sola o solo, hoy, ya no supone un estigma social como en otros tiempos, y que las circunstancias de la vida cambian rápidamente.

Estos usuarios pertenecen a un grupo de personas sociables y corrientes, que disfrutan de sus relaciones de amistad, trabajan y tienen sus momentos de ocio como cualquiera, y no pertenecen al grupo de solitarios y tímidos que no pueden establecer una relación cara a cara (como se sospechaba hace unos años), sino que prefieren disfrutar de otros medios.

Si antes el proceso de enamoramiento tenía un factor impredecible y azaroso, basado en el contacto real entre personas y en el desconocimiento casi total del otro, “Internet nos hace ver todo el mercado de posibles opciones disponibles”. Es uno mismo el que se pone a sí en la red gracias a la utilización de técnicas, el uso de las cuales nos ayudará sin duda a obtener o no la pareja que estamos buscando.

Estamos ante un sistema de relaciones interpersonales práctico, productivo, instantáneo, cómodo, barato, y que preserva la identidad si así se desea. Este tipo de comunicación interpersonal ofrece un modelo de relación que encaja con un sistema de vida que consume tecnología y que tiene curiosidad de conocer nuevas personas fuera del estrecho círculo de relaciones familiares, educativas o laborales. Las relaciones sociales por Internet no constituyen una transformación social por sí mismas, sino que amplifican las posibilidades de organizar las relaciones sociales a partir de modelos de mercado.

El uso de Internet supone un alejamiento de la tradición del amor romántico por varias razones: 1) prima un modelo racional de elección de pareja, frente al encuentro espontáneo; 2) mientras el amor romántico estaba íntimamente relacionado con la intimidad sexual, Internet se basa en la interacción textual descorporeizada; 3) el amor romántico presupone desinterés instrumental, prevaleciendo sentimientos y emociones; la tecnología de Internet aumenta la instrumentalización al dar relevancia al “valor” que la gente se atribuye a sí misma y a los demás, el conocimiento cognitivo del otro precede en el tiempo y en importancia a los propios sentimientos.

A pesar de que las relaciones virtuales y los emparejamientos a través de Internet ocupan ya un

lugar importante como forma de elección de pareja en la sociedad occidental actual, el encuentro real sigue ocupando el lugar primordial a la hora de elegir pareja.

MITOS ROMÁNTICOS

*“El amor, más que un poder elemental, parece un género literario.
Porque el amor, más que un instinto, es una creación”.*

JOSÉ ORTEGA Y GASSET, FILÓSOFO.

El amor como institución social ha evolucionado como hemos visto a lo largo de la historia. Originalmente amor y sexo no se asociaban al matrimonio, es con la Revolución Francesa y el reconocimiento del sujeto como dueño de sus elecciones, que surge el concepto del amor romántico y su amalgama con la pasión y la sexualidad.

El amor romántico llega junto con los cambios de fines del s.XVIII para unir lo que antes se encontraba totalmente separado. Y a lo largo de las últimas décadas en la cultura occidental esta relación se ha ido estrechando cada vez más, llegando a considerarse que el amor romántico es la razón fundamental para mantener relaciones matrimoniales y que “estar enamorado/a” es la base fundamental para formar una pareja y para permanecer en ella, de modo que el amor romántico se hace popular y el matrimonio aparece como elección personal.

Por ello se hace imprescindible hablar de mitos, puesto que el ideal romántico de nuestra cultura ofrece un modelo de conducta amorosa que estipula lo que “de verdad” significa enamorarse y qué sentimientos han de sentirse, cómo, cuándo, y con quién sí y con quién no.

Los mitos románticos son un conjunto de creencias socialmente compartidas sobre la “supuesta verdadera naturaleza del amor”, y por lo tanto determinantes en la elección de pareja (que no es tan “libre como pueda parecer). Y, al igual que sucede en otros ámbitos, también los mitos románticos suelen ser ficticios, absurdos, engañosos, irracionales e imposibles de cumplir (Yela, 2003):

- **Mito de la “media naranja”**, o creencia de que elegimos a la pareja que teníamos predestinada de algún modo, lo que hace que haya sido la única elección posible. Este mito tiene su origen en la Grecia Clásica (con el relato de Aristófanes sobre las almas gemelas) y se intensifica con el Amor cortés y el Romanticismo.
- **Mito del emparejamiento**, creencia de que la pareja (heterosexual), es algo natural y universal y que la monogamia amorosa está presente en todas las épocas y todas las culturas. Este mito fue introducido por la Cristiandad.



Cartel para obra teatral, Londres, 1892

- **Mito de la exclusividad**, o creencia en que es imposible estar enamorado/a de dos personas a la vez.
- **Mito de la fidelidad**, o creencia de que todos los deseos pasionales, románticos y eróticos deben satisfacerse exclusivamente con una única persona, la propia pareja, si es que se la ama de verdad.

Estos tres mitos (exclusividad, fidelidad y emparejamiento) fueron introducidos por el cristianismo con objeto de instaurar un nuevo modelo relacional (amar a una sola persona, tener relaciones sexuales solo con ella, y que se trate de una relación heterosexual) diferenciándose de los modelos relacionales de épocas y culturas anteriores. Los mitos sobre la castidad o la sexualidad como algo pecaminoso, también introducidos por el Cristianismo, tienen el mismo objetivo.

- **Mito de los celos**, o creencia de que los celos son un signo de amor, e incluso requisito indispensable de un verdadero amor. Este mito es también introducido por el cristianismo, constituye un garante de la exclusividad y la fidelidad, anteriormente comentadas.
- **Mito de la equivalencia**, o creencia de que el “amor” (sentimiento) y el “enamoramiento” (estado más o menos duradero) son equivalentes y, por tanto, si una persona deja de estar apasionadamente enamorada es que ya no ama a su pareja.
- **Mito de la omnipotencia** o creencia de que “el amor lo puede todo” y por tanto si hay verdadero amor no deben influir los obstáculos externos e internos sobre la pareja, y es suficiente con el amor para solucionar todos los problemas.

Estos mitos (equivalencia y omnipotencia) fueron introducidos por el Amor Cortés y potenciados posteriormente por el Romanticismo.

- **Mito del libre albedrío**, o creencia de que nuestros sentimientos amorosos son absolutamente íntimos y no están influidos por factores socio-biológicos-culturales ajenos a nuestra voluntad y conciencia. Este mito se expande durante el Renacimiento, Barroco y Romanticismo.
- **Mito del matrimonio** o de la convivencia, creencia de que el amor romántico pasional debe conducir a una unión estable de la pareja y constituirse en la única base de la convivencia de la pareja. Tal y como se ha comentado anteriormente, a finales del s.XIX se inicia una corriente que vincula por primera vez en la historia los conceptos de amor romántico, matrimonio y sexualidad.
- **Mito de la pasión eterna** o de la perdurabilidad, esto es, creencia de que el amor romántico y pasional de los primeros meses de una relación puede y debe perdurar tras años de convivencia.



Ilustración del libro “Rose Somerville, or, a Husband’s Mystery and a Wife’s Devotion” de Ellen T, 1847

TEORÍAS SOBRE LA ELECCIÓN DE PAREJA

“Lo que mucha gente llama amar consiste en elegir a una mujer y casarse con ella. La eligen, te lo juro, los he visto. Como si se pudiese elegir en el amor, como si no fuera un rayo que te parte los huesos y te deja estaqueado en la mitad del patio. Vos dirás que la eligen porque-la-aman, yo creo que es al revés. A Beatriz no se la elige, a Julieta no se la elige. Vos no elegís la lluvia que te va a calar hasta los huesos cuando salís de un concierto.”

JULIO CORTAZAR

En la actualidad es frecuente encontrar la opinión popular de que la gente se casa con quien desea, no obstante, las posibilidades de las personas a elegir está circunscrita, por ejemplo a un espacio delimitado, por el ambiente donde han crecido y se desenvuelve, así como a la educación, la familia, el ambiente sociocultural, y las condiciones económicas, geográficas y políticas.

El cómo y por qué surge la elección de pareja sigue siendo motivo de estudio de la ciencia contemporánea.

Desde una posición netamente biológica, en el s.XIX Schopenhauer ya comentaba que se elegía pareja, única y exclusivamente para reproducirse, razón por la cual tal elección dependía de manera importante del aspecto o atractivo de la persona elegida, de la simetría del cuerpo en general y especialmente de la cara, así como de las feromonas que despiden el cuerpo y que provocan la excitación sexual de la posible pareja. Según estas teorías nuestros cerebros han sido diseñados a lo largo de nuestra evolución para maximizar nuestro éxito reproductivo, de forma totalmente inconsciente. Llegándose a hablar en la actualidad de la bioquímica del amor.

Desde la Sociología y la Antropología consideran que uno de los factores que influye en la elección de pareja es la atracción mutua por similitud genética, a la cual se suma una herencia evolutiva que determina dicha elección y que, además, hay procesos hormonales y bioquímicos que son cómplices en el enamorarse.

El psicólogo evolutivo David Buss constató la existencia de determinadas estrategias de elección de la pareja, típicas tanto para hombres como para mujeres. La mujer, según esto, busca una pareja fiable con posición social, que no la abandone cuando se trate de criar a los hijos. El hombre, por el contrario, tiende a la búsqueda de una mujer que le parezca capaz de traer hijos sanos al mundo. El hombre de hoy, en pleno umbral del s.XXI, lleva todavía consigo los deseos de los cazadores y recolectores de la Edad de Piedra, según constata Buss sobre la base de su investigación.

En la *Anatomía del amor*, Fisher (1992) sugiere que a la hora de enamorar nos guiamos por el “mapa del amor”, que sería una especie de modelo mental que nos informa sobre las características de las personas que nos atraerán y nos enamorarán y, además, apunta que hombres y mujeres tienen distintas formas de amar, lo que corrobora el papel fundamental de los *roles de género* y a la vez los biológicos.

Biólogos, antropólogos y sociólogos reconocen, sin embargo, que la ciencia no es capaz de responder definitivamente el proceso de elección de la pareja. De acuerdo a esto los modelos señalan que el deseo de tener hijos sanos y las similitudes en muchos rasgos no basta como explicación.

ENAMORAMIENTO Y ELECCIÓN DE PAREJA

Algunas de las más conocidas teorizaciones psicosociales sobre el amor muestran un mayor énfasis bien en el sujeto, en el objeto, o en la situación, a la hora de explicar la génesis y finalización del fenómeno amoroso. Resulta enormemente difícil encontrar alguna que logre incorporarlos todos de un modo integrador.

Resulta igualmente paradójico comparar el término “elegir pareja” (que sugiere un acto racional, como elegir carrera o marca de coche) con el término “enamorarse”, que sugiere más bien algo que sobreviene, que nos sucede sin mayor control por nuestra parte. En todo caso, al tratarse de un fenómeno diádico, y aun admitiendo que se dé de hecho una elección, tal elección tendrá lugar más bien por uno de los dos (sujeto), siendo el otro más elegido que elector (objeto). Pero al tratarse de una relación dialéctica, el objeto puede actuar asimismo como sujeto, o creer que es él el elector.

Pues bien, aceptando esa posible localización en alguno de los tres elementos citados, expondré algunos ejemplos de teorías psicosociales que ilustran esa posibilidad.

Dentro de las teorías centradas en la SITUACIÓN se encuentran entre otras:

La teoría bifactorial del amor apasionado Berscheid y Walster (1982), defienden una concepción del mismo absolutamente desmitificadora por una parte y escasamente racional por otra, en la que dan importancia decisiva a la *situación*. Para estas autoras la experiencia amorosa requiere dos componentes: una fuerte activación emocional, y un etiquetamiento de la misma como “amor” o “enamoramiento”.

Teoría de la Incertidumbre (Livingston, 1980): el amor como producto de una situación de continua reducción de incertidumbre (agotada ésta se agotaría aquél).



GROA BREWS A LOVE-POTION.

Ilustración de Lancelot Speed para el libro “Single Works” de Haggard, H. Rider, 1893

Teoría de la Interrupción (Berscheid, 1983): el amor como fruto de la interrupción positiva (o inocua) de nuestras “secuencias de acción organizadas” (es decir, como fruto de las sorpresas), interrupciones que activan el SNA y son interpretadas positivamente.

Teoría de la Construcción Social (Averill, 1985): el amor como un rol social (y por tanto, una expectativa) formado por un conjunto de síntomas (“el ideal romántico”) construido en función de los paradigmas socio-culturales vigentes (o normas implícitas).

El conjunto de trabajos centrados en el papel de la *Proximidad Física* en la génesis de la relación amorosa caben asimismo ser interpretados en apoyo del papel de la situación. Sin embargo, debe recordarse que la situación de proximidad sólo facilita la interacción, la proximidad genera un primer filtro de elegibles, es pues más un requisito que un determinante.

Otras teorizaciones parecen otorgar una mayor relevancia al papel desempeñado por las variables del propio *SUJETO* que se enamora:

Teorías Clínicas o del Déficit (Reik, 1944): el amor se considera el resultado de la insatisfacción con uno mismo. Un individuo busca una pareja o el amor cuando necesita a alguien para llenar su vacío interior.

Teoría de la Sublimación (Freud, 1921): el amor como forma de sublimar los deseos sexuales, convirtiendo el impulso instintivo en una práctica/comportamiento socialmente legítimo y aceptable.

Teoría del Vacío Existencial (Freud, 1944): el amor como la ilusión de cubrir el vacío existencial del hombre frente al mundo.

Teoría de las necesidades (Maslow, 1954): el amor-d (de déficit) como la búsqueda de la cobertura de las necesidades propias, frente al amor-b (del ser) como ofrecimiento para cubrir las necesidades del otro, una vez alcanzada la autorrealización. El amor-d es el resultado de algún tipo de carencia personal o de sentimiento de nostalgia por algo que no tenemos.

Teoría Existencial (Fromm, 1956): el amor como la búsqueda de la respuesta al problema de la existencia humana, y la búsqueda de trascendencia. Es fruto del cuidado, la responsabilidad, el respeto y el conocimiento de y para con la pareja.

Teoría del Embeleso (Tennov, 1979): el amor como caída en un estado obsesivo, irracional, de “embelesamiento” e idealización de otra persona.

Teoría de la Adicción (Peele, 1975): el “amor corriente” sería una especie de adicción al otro (ce-

los, dependencia, enclaustramiento en la pareja) frente al “amor maduro” en el que se mantiene la independencia y libertad de ambos miembros.

Teorías Cognitivas de la atracción: pueden ayudar también a comprender el origen y desarrollo del fenómeno amoroso (Simetría, Disonancia, Equilibrio, Lo Difícil de Conseguir, Autopercepción, de la Reafirmación, Atribución,...).

Las teorías del intercambio de Thibaut y Kelley (1959), defienden que esa disponibilidad para enamorarse se da cuando lo que ellos llaman el “Nivel de Comparación” (N.C.) del individuo desciende. El citado constructo se refiere al nivel de resultados (recompensas menos costos) que un individuo necesita recibir en sus relaciones para sentirse satisfecho. El citado N.C. se elabora tanto a partir de las propias experiencias como las de los conocidos y de las expectativas que nos generan los medios de comunicación.

Como último punto queda por responder a los factores relativos al *OBJETO* amoroso: por qué elegimos, o nos enamoramos, de una persona y no de otra. Es una cuestión que probablemente no tiene respuesta clara, pero sobre la que se pueden adelantar unas cuantas hipótesis basadas en los estudios sobre la atracción interpersonal, en los que en definitiva se estudia qué requisitos o criterios debe cumplir una persona para devenir objeto amoroso.

Quizá el caso más claro de focalización en el objeto lo constituyen las perspectivas que hacen hincapié, directamente, en cómo *ciertas características de un individuo* hacen más probable que sea elegido como objeto amoroso. Este tema ha generado, investigaciones que son meros divertimentos sobre cuáles son esas características en base a las cuales pretendidamente se elige pareja. El análisis de tales listados no conduce a nada, primero porque varían mucho de unas encuestas a otras, segundo porque en definitiva no reflejan sino pura deseabilidad social, y tercero porque en todo caso reproducen los rasgos en que el sujeto “cree fijarse” al elegir, sin garantía alguna de que sean precisamente tales los cruciales en la elección.

De todos esos rasgos hay uno que no se reconoce como fundamental en dicha elección pero resulta crucial: el *Atractivo físico*. Existe una constatación obvia: hombres y mujeres dedicamos buena parte de nuestro tiempo, esfuerzo, y dinero a tratar de ser más atractivos. Desde poco después de nacer, comenzamos ese duro aprendizaje respecto al valor de cambio del atractivo físico. Nuestros niños escuchan cuentos y ven películas que, además de fomentar el aprendizaje de los roles de género dominantes, les van convenciendo de la ineluctable asociación bello-bueno, se va así interiorizando sutilmente tal asociación. De modo no consciente, se tiende enseguida a rechazar a los menos atractivos físicamente. La iconografía que nos rodea está al servicio del mismo dogma: desde la religiosa: santos, vírgenes y dioses, hasta la profana: personajes cinematográficos, series televisivas, revistas.

El efecto perverso de tal asociación es la contaminación de la percepción a través del denominado “*Efecto de Halo*”: el atractivo físico de una persona nos lleva a percibirla más positivamente en todo un conjunto de variables que, en principio, nada tienen que ver con él. Así las cosas, el efecto del atractivo físico se magnifica por una sencilla razón: este factor opera especialmente en los inicios de la relación, o incluso antes de ella impulsando su inicio: es un factor que opera “a distancia”, a modo de filtro primario en la elección de pareja, siendo decisivo bien como determinante o requisito “sine qua non” para la interacción.

Otras hipótesis claramente centradas en el objeto son las que hacen referencia al amor que surge como *resultado de la atracción percibida*: experimentar que alguien nos aprecia puede generar un afecto recíproco, tanto mayor cuanto mayor sea la necesidad afectiva. Estrategias usadas por los grandes “amantes” de la historia como Don Juan, o puestas en práctica por las celestinas de todos los tiempos.

En cualquier caso, e independientemente de las características del objeto amoroso y las necesidades del sujeto, existen líneas teóricas que tratan de poner en relación ambos elementos, sujeto y objeto, postulando una suerte de necesaria *adecuación entre necesidades del SUJETO y características del OBJETO*.

Así, existe una línea de pensamiento que defiende la existencia previa en el sujeto de un modelo interior o forma apriorística del objeto amoroso, una construcción intelectual que sirve de guía, no consciente, en la búsqueda de pareja. Con lo que no serían las características del otro en sí, sino su adecuación a ese modelo interior del sujeto, lo realmente decisivo. Hipótesis en esta línea son más frecuentes en *orientaciones psicodinámicas*, para las que todo amor es, en definitiva, un retorno al amor prototípico. Según Freud, la atracción amorosa que el niño siente por el progenitor del sexo opuesto se transferirá más tarde a un objeto socialmente aceptable, que frecuentemente es la posible pareja.

Dicks (1967), plantea que en la elección de pareja hay que tener en cuenta tres aspectos: el individuo, los factores socioculturales y los factores inconscientes. Plantea tres niveles en la relación de pareja que darían lugar a tres tipos de elección de pareja: 1) áreas de cooperación realista (buscar en la pareja una reproducción de la pareja de los padres o elegir en base a las características del padre amado); 2) área de las imágenes internas compartidas (elegir lo opuesto al modelo de los padres o a las características del padre amado; 3) área de las polarizaciones (búsqueda en el otro de los aspectos propios reprimidos).

Una de las aportaciones más importantes del psicoanálisis a la elección de pareja es el concepto de colusión, introducido por Laing, que la describe “*como un juego de autoengaño mutuo*”, en el que “*la persona no utiliza aquí a la otra como una nueva percha donde colgar sus proyecciones, sino que pugna por encontrar en la otra la corporeización de su proyección (...) la colusión del otro es nece-*



A pretty Bar-maid.

Ilustración “Old Times: a picture of social life at the end of the eighteenth century”, de L.P., 1885

saria para completar la identidad que el yo se siente impelido a mantener". En todas las relaciones colusivas juegan un papel fundamental los mecanismos de defensa de la identificación proyectiva e introyectiva desarrollados por Klein. La colusión es un conflicto neurótico de pareja en el que la relación se constituye como una defensa frente a temores inconscientes (Willi, 1975). Es de destacar la circularidad de la relación y el mutuo refuerzo de la conducta del otro para poder mantener el equilibrio entre ambos.

Aunque el psicoanálisis haga hincapié en el papel de las figuras parentales en la elaboración de ese modelo interior, es claro que este no se reduce a tal génesis. Así, por ejemplo, ocurre con los amores infantiles o adolescentes que, aunque suelen perderse en el olvido, dejan a menudo una cierta fijación en algunas características bien físicas (color de los ojos, del pelo, contextura) como comportamentales.

Las conocidas *teorías del Apego* (Shaver, Hazan y Bradshaw, 1988) pueden asimismo entenderse en este sentido. A su juicio las personas tienden a adoptar determinados estilos en sus relaciones amorosas a partir del tipo de apego que experimentaron en su infancia hacia su madre: seguro, esquivo o ansioso-ambivalente.

Finalmente, las conocidas hipótesis de la **Similaridad de actitudes (Walster, 1978) y la Complementaridad de necesidades** (Winch, 1958) defienden asimismo esa adecuación entre ambos miembros de la pareja. Poca duda cabe que el intercambio con quien comparte creencias, actitudes e intereses resulta más gratificante, o menos costoso si se quiere, sobre todo al comienzo de la interacción.

En definitiva podríamos decir que cada una de estas Teorías, según su enfoque, colabora en el entendimiento de la experiencia del sentimiento amoroso en la actualidad, no llegando ninguna de ellas en particular, a lograr darnos una explicación plena de un fenómeno tan complejo como es la elección de pareja, en el cual influyen factores personales, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y emocionales.

BIBLIOGRAFÍA

- BAUZA, H.F. (2005) Que es un mito; una aproximación a la mitología clásica. Buenos Aires: Fondo de Cultura económica
- BRANDEN, N. (2000) La psicología del amor romántico. Barcelona: Paidós
- CORIA, C. (2001) El amor no es como nos contaron....ni como lo inventamos. Buenos aires: Paidós
- ESPINA, ALBERTO (1996) La constitución de la pareja. Psicología de la familia: un enfoque evolutivo y sistémico. Valencia: Promolibro
- FREUD, S. (1921) El porvenir de las masas y análisis del Yo. En Obras completas, vol.IX. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FROMM, E. (2005) El arte de amar. Barcelona: Paidós
- GALVIN V. (2 de Agosto de 2004) Las nuevas Celestinas, El País recuperado de <http://elpais.com/>
- GONZALEZ GARCIA, J. (2010) Atrapados en la red, las nuevas redes románticas, Kai-rós. Revista de temas sociales, nº 25, 2010
- DE FRANCISCO, M. (2012) Un nuevo amor. Buenos Aires: Grama Ediciones
- HERRERA, C. (2010) La construcción sociocultural del amor romántico. Madrid: Fundamentos.
- ILLOUZ, E. (2009) El consumo de la utopía romántica: el amor y las contradicciones culturales del capitalismo. Madrid: Paidós
- MATURANA, H & VARELA, F (1996) El árbol del conocimiento. Madrid: Debate
- MORA MONTES, J.M. (2007) Comprensión del enamoramiento. Cauriensia, vol II, pp 363-388
- OTIS-COUR, L (2000) Historia de la pareja en la Edad Media, placer y amor. Madrid: Siglo XXI
- SANGRADOR, J.L. (1993) Consideraciones psicosociales del amor romántico. Psico-thema (5), pp 207-218
- SHOPENHAUER, A. (1991) El amor, las mujeres y la muerte. Valencia: Prometeo
- YELA, C. (2000) El amor desde la psicología social. Ni tan libres ni tan racionales. Madrid: Pirámide
- YELA, C. (2003) La otra cara del amor. Mitos, paradojas y problemas. Revista de encuentros en la psicología social, vol 1(2), pp 263-267

2

EL AMOR HACIA UNO MISMO: UNA RELACIÓN PARA TODA LA VIDA

Cristina Veira Ramos
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA Y TERAPEUTA FAMILIAR

Sabela Maceda García
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA Y TERAPEUTA FAMILIAR

CENTRO "ANDAINAS, PSICOLOGÍA
CLÍNICA E TERAPIA FAMILIAR"
(A CORUÑA)

Resumen: En este artículo comparamos el amor hacia uno mismo con una relación de pareja. Describimos los principales problemas que pueden surgir y adaptamos algunas de las estrategias propuestas en terapia de pareja para que la parte sana aprenda a convivir con la enferma.

Palabras clave: amor, autoestima, autoconcepto, narcisismo, terapia

Abstract: The purpose of this paper is to analogize self-love and couple relationships. The article explains the main problems that could appear and suggests some strategies used in couple therapy that could be also helpful to let the healthy part learn how to live with the sick one.

Keywords: Love, self-love, self-concept, narcissism, therapy

Prólogo

Narciso era hijo de la Ninfa azul Liríope, a la que el dios fluvial Cefiso había envuelto una vez con los remolinos de sus corrientes y luego violado. El vidente Tiresias le dijo a Liríope: "Narciso podrá vivir muchos años a condición de que nunca se conozca a sí mismo". Cualquiera podía haberse enamorado de Narciso, incluso cuando era niño. Con dieciséis años su camino estaba sembrado de amantes de ambos sexos cruelmente rechazados; tan dura soberbia había en aquella tierna belleza (...)

Entonces uno de los despreciados, levantando las manos al cielo dijo: "así ame él, ojalá; así no consiga al objeto de sus deseos" Artemisa escuchó la súplica e hizo que Narciso se enamorara, aunque le negó que pudiera consumir el amor.

En Donación, Tespia, llegó a un arroyo claro como la plata y nunca perturbado por ganado, pájaros o fieras; ni siquiera por las ramas dobladas de los árboles que le daban sombra. Cuando, agotado, se inclinó sobre la herbosa

orilla para saciar su sed, se enamoró de su propio reflejo. Al principio intentó abrazar y besar al hermoso joven que tenía enfrente, pero al poco se dio cuenta de que era él mismo, y permaneció tumbado y embelesado hora tras hora:

“¡Ése soy yo! Me he dado cuenta; mi reflejo no me engaña más; ardo en amores de mí mismo; yo provoqué las llamas que sufro. ¿Qué hago? ¿De cortejado o de cortejador? ¿Y cómo voy a cortejar? Lo que ansío está en mí; la riqueza me ha hecho pobre. ¡Ojalá pudiera separarme de mi cuerpo! Deseo inaudito en un enamorado, quisiera que lo que amo estuviera lejos. Pero ya el dolor me quita fuerzas, no me queda largo tiempo de vida, y en mi primavera muero. Y no es dura la muerte para mí, pues la muerte aliviará mis penas; éste al que adoro es quien quisiera que viviera más. Pero ahora los dos, unidos de corazón, moriremos en un solo aliento.”

Narciso se consumía de dolor, pero se regocijaba en su tormento, sabiendo al menos que su otro yo siempre le sería fiel, pasara lo que pasara...

Introducción

La relación más difícil es la relación con uno mismo. Para corroborar esta afirmación basta con darse un paseo por una librería y contar la cantidad de libros de autoayuda que hay frente a los libros dirigidos a tener una mejor relación de pareja. Aceptar (y amar) nuestras propias limitaciones es mucho más complicado que aceptar las carencias de los demás. Porque el hecho de aceptar que tenemos un defecto conlleva además que no somos capaces de modificarlo, o que no queremos hacerlo. Este hecho de imposibilidad de cambio es mucho más sencillo de comprender en el otro que en nuestras propias carnes, donde “víctima” y “verdugo” son la misma persona: el mismo que comete la falta es el mismo que se queja de ella ¿cómo no va a ser complicada esta relación?

Ya desde la Grecia Clásica se sabía que la relación más difícil de una persona es la de ella consigo misma: “Conócete a ti mismo” rezaba la inscripción en las puertas del templo de Apolo, en Delfos. Este aforismo no sólo es una invitación a una mirada introspectiva, para detectar nuestras carencias, defectos y virtudes. También se refiere al ideal de comprender la conducta humana, su moral y su pensamiento porque conocerse implica conocer a los demás ya que, al fin y al cabo, todos somos humanos.

Sin embargo, se olvidaron del componente afectivo que implica el conocimiento ya sea de uno mismo, de otra persona o de un objeto. Todo conocimiento lleva implícito una huella emocional. Conócete pero no ámate, como si el amor se diera por supuesto o como si el conocer implicase automáticamente amar. Un error de cálculo.



Óleo en lienzo atribuido en 1913 a Caravaggio, pero de autoría incierta: Narciso en la fuente (Narciso al fonte, 1595 - 1600).
Galería Nacional de Arte Antiguo. Palacio Barberini.
© DIRECTMEDIA

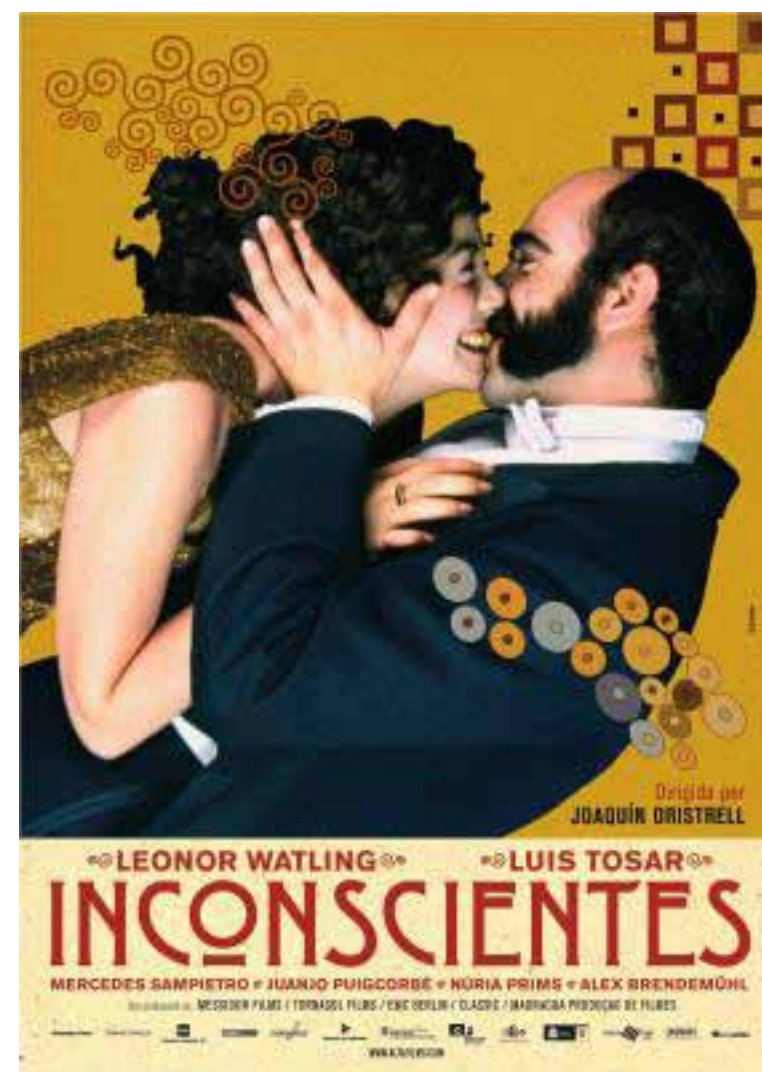
Conocerse a uno mismo no significa que automáticamente nos amemos. Es más, incluso puede llegar a tener el efecto contrario e, igual que le ocurre al protagonista de la película *Inconscientes*, cuanto más indagamos dentro de las profundidades de nuestro propio yo, más nos despreciamos, más odio tenemos hacia nosotros. Porque conocer nuestros defectos no implica en ningún momento que podamos aceptarlos. La aceptación implica conocimiento pero el conocimiento no tiene que conducirnos siempre hacia una aceptación, ni mucho menos hacia el amor.

Al fin y al cabo, el amor hacia uno mismo no es diferente del amor hacia la persona amada. Igual que las relaciones de pareja, la relación con uno mismo tiene un comienzo, un desarrollo y un desenlace. La diferencia es que no se puede saber de antemano cuánto va a durar un matrimonio o un noviazgo mientras que la relación con nuestro propio ser, sin excepciones, siempre es “para toda la vida.” Así que más nos vale llevarnos bien. Además, esta relación comienza desde el momento mismo del nacimiento y viene determinada por la mirada de los otros. Desde bien pequeños, la imagen que tenemos de nosotros, de lo que hacemos bien y de nuestras torpezas, está influida de forma muy importante por lo que los otros nos dicen, como una especie de espejo.

En consulta, vemos a menudo a padres que nos dicen que sus hijos tienen problemas de autoestima y que cuando hablan de ellos nos dicen que son vagos, mentirosos, tontos... cayendo en la denominada “profecía autocumplida”: si mis padres, mi pareja o mis amigos me devuelven una imagen positiva, me sentiré bien y pensaré que sé hacer muchas cosas bien, por lo que me atreveré a hacerlas, sintiéndome confiada y, por tanto, es probable que el resultado sea bueno, lo cual me reafirmará en mi idea de que puedo hacerlo. Valgo. Si, por el contrario, los demás me devuelven una imagen de mí misma como incapaz, perezosa o torpe, evitaré hacer cualquier cosa que deje en evidencia mis incapacidades o bien, si opto por hacerlas (y si además es porque me obligan) la idea del más que probable fracaso se adueñará de mí y será muy difícil que lo haga bien, reafirmandome en mi torpeza. No valgo. De acuerdo con lo expuesto hasta ahora, la autoestima es un concepto paradójico, siendo quizás más ajustado denominarlo “heteroestima”.

De todas formas, ¿por qué es tan importante conocernos, aceptarnos y querernos? Porque al fin y al cabo, el círculo acaba por cerrarse y lo que comenzó determinado por la mirada de los otros, determinará a su vez la relación que tengamos con los demás. Un círculo sin fin difícil de romper, por lo que lo ideal es que las cosas fluyan con normalidad desde un principio.

¿Pero qué ocurre cuando hay problemas en el autoconcepto durante alguna etapa del desarrollo? Igual que en las parejas, cuanto antes haya habido problemas, más complicado es el pronóstico porque menos tiempo ha pasado estando la persona a gusto con ella misma.



Cartel de la película *INCONSCIENTES*, 2004,
©Regent Releasing

Continuando con la analogía de la terapia de pareja, los conflictos con uno mismo pueden surgir en cualquier nivel, y cuanto más profundo sea éste, más difícil será de solucionar el problema. En este artículo, hemos querido describir los principales problemas de relación que tienen las personas consigo mismas. Además, como no queremos quedarnos en una mera exposición del problema porque daría un tono catastrófico al texto, hemos recogido algunas de las técnicas que utilizamos en terapia para conseguir que la persona que acude a consulta se reconcilie con su otro “yo”, ya que sea como fuere, están condenados a entenderse.

Problemas en la relación con uno mismo

“Ya no sé quién soy, no me reconozco”

Le ocurre a algunas parejas que un cambio vital como el traslado de uno de los miembros a otra ciudad, el inicio de una nueva etapa laboral o la entrada en un nuevo grupo de amistades, cambia la forma de ser y comportarse de alguno de ellos, o simplemente uno percibe que el otro ha cambiado. Eventos vitales como estos pueden hacer cambiar las prioridades de la persona, o puede ser que la entrada en contacto con gente nueva cambie la forma de pensar o comportarse (intereses, temas de conversación, aficiones, creencias...). El hecho es que el otro tiene la sensación de que algo ha cambiado, como si la pareja se hubiera convertido en una persona diferente, no es que no vea cosas buenas en ella pero ya no es la misma. Y muchas veces eso trae consigo problemas en la relación.

Cuando la sensación de no reconocimiento, de cambio repentino, ocurre con uno mismo, la situación es muy desconcertante y puede incluso generar problemas que interfieren de forma significativa en la vida de la persona.

Enma vive la vida normal de cualquier chica de 13 años: vive con sus padres en un piso bien ubicado, pasa la tarde con sus amigas, va al colegio, a pasantía, hacen viajes, comen fuera los fines de semana... pero un buen día, se entera de que la relación entre sus padres no es tan buena como pensaba, su madre es consumidora habitual de cocaína y su padre acaba de ser arrestado por un asunto de drogas. La vida que pensaba que tenía era una mentira, su familia no era quien decía ser y Enma deja de saber quién es. Pierde el norte: deja de estudiar, pone en riesgo su salud en las relaciones con los chicos, empieza a consumir porros... pierde el control de su propia vida y es que ¿cuál es su vida? Ya no lo sabe. Ya no se quiere porque no sabe quién es, ya no se cuida. Se aísla y comienza una espiral de autodestrucción. La tristeza y la rabia focalizada hacia su padre le impiden construir un nuevo yo y orienta toda su energía a terminar de destruirse, como si no quisiera ser la única superviviente de esa vida de juguete. Su hermano le acompaña en consulta, cree que necesita ayuda. Pero Enma la rechaza. No es un cambio lo que necesita, solo quiere que le devuelvan la



Ilustración de H. Stratton para el libro “Songs for Little People” de Strettell, 1896

vida que tenía. Pero eso ya no es posible porque jamás podrá volver a confiar en su familia, y probablemente le cueste hacerlo con cualquiera, incluso confiar en ella misma es ahora un problema.

Cuando es el otro el que ha cambiado y no hay interés en continuar la relación, abandonarla es una posibilidad sana. Cuando una persona deja de saber quién es ella misma y se abandona, es un problema.

La intervención, en este caso, pasó por ayudar a Enma a reencontrar aspectos de su yo pasado que ella valoraba como positivos y a construir a partir de éstos un puente entre su yo pasado y el yo futuro que quería para ella. Antes de esto trabajamos el huracán de emociones de rabia e ira hacia sus padres, que bloqueaban cualquier intento por construir.

“No me doy lo que necesito”

Cuando nos emparejamos con alguien es porque nos sentimos atraídos por esa persona, o porque vemos que nos puede aportar algo que nosotros consideramos valioso. Afecto, intereses comunes, estabilidad, aventura... cada uno busca en su pareja algo diferente. Si la pareja deja de aportarnos algo significativo a nuestras vidas, pueden empezar los problemas porque ¿para qué estar con alguien del que no saco ningún beneficio? Una de las opciones, si la separación no es deseable, es la de buscarse a otro que satisfaga nuestras expectativas respecto a la relación. Pero tener una relación paralela no ayuda a que la primera mejore. Es más, puede hasta empeorarla.

Si la “pareja” de la que hablamos es uno mismo, la situación se complica: no podemos separarnos de eso que no nos gusta, por lo que una de las opciones viables es la de buscar en los demás lo que no podemos obtener por nuestra cuenta.

Es el caso de Berto, un hombre de 40 años, casado, padre de dos hijos y con un trabajo estable desde hace años. Acude acompañado de su mujer a consulta demandando una terapia de pareja. Berto reclama que su mujer no le habla de manera “genuina” y siempre está dándole vueltas a si ella le quiere o no. Su mujer, Fátima, se queja de que tiene conversaciones interminables acerca de su amor que nunca llevan a ninguna parte. No sabe cómo demostrarle a Berto que sí le quiere de verdad.

Berto fue hijo único y su madre murió cuando él tenía 5 años, momento en el cual queda al cuidado de su abuela, una mujer de carácter que nunca le dijo que hacía algo bien. Su padre, aunque presente, siempre se mantenía al margen de la educación de Berto y si intervenía, era para darle la razón a la abuela.

A los cinco años, en pleno desarrollo de su autoconcepto, apenas iniciando la relación consigo mismo, dejó de sentirse querido, de sentirse seguro de sus opiniones y de sus sentimientos. Esta crisis de su propio yo hizo que desapareciera la seguridad de que él es una persona válida digna de ser querida.



Ilustración de H. Stratton para el libro
“Songs for Little People” de Strettell, 1896

El amor incondicional es una de las cosas básicas que todo el mundo busca tener dentro de sí: “me quiero, estoy satisfecho con lo que soy y, aunque puedo mejorar, esto no impide que no sea digno de mi propio amor”. Berto nunca pudo integrar dentro de su propia personalidad la seguridad que da ese amor incondicional.

Por lo tanto, igual que en una pareja que no le da lo que necesita, inicia una búsqueda de esa seguridad en los otros. Desgraciadamente, cuando se trata de algo esencial como es la seguridad y el amor incondicional es difícil verlo en otra pareja si antes no lo tienes integrado dentro de ti. Es decir, si la relación con uno mismo no funciona porque hay algo que falta, la solución no es buscar ese algo en los demás. Igual que la solución a una falta de cariño no es buscarse una amante. Es más, una amante lo único que hace a veces es poner de manifiesto el problema y precipitar una crisis dentro de la pareja.

Berto necesitaba antes arreglar los problemas que tenía consigo mismo para poder ver en Fátima una persona que lo quiere de “verdad.” Cuando comenzó a estar a gusto con su propia personalidad, cuando aceptó que su pasado había sido difícil pero que eso no era una excusa para no ser merecedor de afecto, cuando, en definitiva empezó a quererse un poco más, fue entonces cuando la relación con Fátima mejoró considerablemente, al poder ver Berto los gestos de “amor genuino” que Fátima tenía con él.

“Hace tiempo que no me quiero”

Prácticamente todas las parejas pasan por una etapa de “luna de miel” en la que todo es bonito y fabuloso. Los defectos del otro no tienen importancia al lado de las muchas virtudes que poseen. Llega un momento que esta fase se termina y comienza una etapa más realista.

La pérdida de chispa y la rutina pueden poner en peligro la relación de pareja. Si se saben adaptar a la nueva situación, no habrá problema y la relación podrá continuar mucho tiempo más, ¿qué pasa cuando no es así? El desamor, los defectos del otro de pronto cobran unas dimensiones gigantescas y lo positivo queda relegado a un segundo plano.

La fase de luna de miel en la relación con uno mismo se corresponde con la primera infancia y los inicios del autoconcepto. En la siguiente etapa, cuando los niños ya no son tan positivamente irreales, sino que cobran conciencia de sus defectos es el momento en que también puede haber problemas de “desamor.”

Mónica es una mujer de 36 años soltera, sin hijos y con un trabajo estable. Acude a consulta porque no es capaz de rendir en su puesto de trabajo como le gustaría. Se define a sí misma como vaga,



Ilustración de A. Hughes para el libro
“Sing-Song. A nursery rhyme book”
de Christina Georgina Rossetti, 1893

llorona y patética. En su tiempo libre no hace nada, no disfruta con ninguna actividad y pasa las horas muerta viendo la televisión y durmiendo.

Cuando tenía 7 años comenzó a agobiarse con los estudios y a llorar si no le daba tiempo a terminar las fichas. Además, en esa época recuerda problemas con algunos de sus compañeros. Sus padres le reñían cuando llegaba a casa con algún problema y le decían que se tenía que defender y que no tenía sentido llorar por aquello. Desde entonces, su visión de sí misma estaba condicionada por esos grandes defectos que le impedían ver aspectos positivos de ella.

De esta forma, igual que en una relación de pareja en la que cada uno es incapaz de decir nada bueno del otro, la relación con uno mismo se va deteriorando cada vez más, ya no se disfruta y se pierde interés por cuidarse.

El objetivo con Mónica estaba claro: tenía que volver a “enamorarse” de ella. Como sabemos, el amor no es algo que se pueda forzar así que siempre le pedimos cambios lentos, sin prisas, en la línea de “cuídate” aunque no tuviese muchas ganas. Además, poniéndonos nosotros en una línea más pesimista que la de ella, conseguimos que fuese cambiando su discurso para rebatir nuestra actitud de derrota: “tampoco estoy tan mal (...).”

Mónica comenzó a cuidarse poco a poco, en su modo de vestir, apuntándose a un gimnasio, llamando a amigas, etc. Cada vez se sentía más a gusto con ella y los calificativos negativos que predominaban en las primeras consultas se fueron minimizando y relativizando. Se dio cuenta de que era algo más que una llorona y que tenía otras cualidades por las que la gente quería estar con ella.

“No valgo ni para decidir lo que tomo”

Uno de los casos más complicados en terapia es el que se presenta bajo la siguiente demanda: “sé que no me conviene, pero no lo puedo dejar. No estoy bien con él, pero es que sin él tampoco”. Como si de una adicción se tratase, el simple conocimiento de que continuar con esa relación resulta dañino no permite a la persona dejarla, volviendo una y otra vez, siguiendo casi a la perfección el esquema de logro-recaída. Al igual que ocurre con otras adicciones, las relaciones “adictivas” generan malestar y resultan destructivas para la pareja y para las personas que las componen.

Pero las adicciones son también potentes destructores del amor propio.

Pedro tiene 68 años y ha trabajado toda su vida como comercial en una importante empresa de licores. Jubilado desde hace tres años, consume grandes cantidades de alcohol. Acostumbrado, por su trabajo, a un consumo diario y en grandes cantidades, tras la jubilación no solo no lo ha reducido sino que lo ha incrementado. Durante su etapa laboral todo era diferente. Con su mujer no tenía

problemas ya que pasaba largas temporadas viajando y cuando estaba en casa el consumo era reducido. Durante los viajes de negocios, el consumo tampoco era un problema. Al contrario, era un medio para el éxito. Y Pedro lo hacía muy bien, estando muy bien considerado en su empresa. Después de tantos años en el negocio, Pedro desarrolló una gran tolerancia al consumo. Tras la jubilación, el tiempo libre no ha hecho más que empeorar la situación ya que ahora el consumo ya no es un medio, ya no está limitado al contexto laboral, ahora inunda toda su vida. Además de generarle problemas en su relación de pareja, la incapacidad para dejar de consumir mina su autoimagen. No se considera ya una persona competente, ha perdido el control.

Al igual que ocurre con las relaciones de pareja “adictivas”, el conocimiento del daño que genera esa relación (con el otro o con el alcohol) no permite a la persona desprenderse de ella.

En este caso, trabajamos desde el modelo de Prochaska y Diclemente (1997) pero dándole mucha relevancia a los aspectos relacionados con la emergencia de un nuevo yo tras la jubilación, tratando de fomentar su “parte buena” y proponiéndole tareas dirigidas a incrementar su sentimiento de competencia. Su mujer fue una gran aliada durante el proceso terapéutico, aportando numerosas excepciones que ayudaron a Pedro a elaborar un autoconcepto más positivo.

“Me quiero tanto... y a la vez tan poco”

Algunas parejas siguen un patrón disfuncional caracterizado por el continuo vaivén en el que cuando uno de los miembros reclama al otro, éste se aleja, y viceversa. Son relaciones donde la homeostasis está en la lucha por el otro y el desequilibrio ocurre cuando ambos confluyen en la misma dirección. Como si no pudieran amarse a la vez el uno al otro, como una especie de amor eternamente no correspondido.

La historia de Narciso y del fracaso para amarse a sí mismo es también una historia de amor no correspondido. Como ocurre en el caso de la pareja, Narciso no consigue tocar su reflejo en el agua, cuando se acerca el reflejo se desvanece. La leyenda de Narciso da nombre al trastorno narcisista de personalidad.

Luciana ha vivido toda su vida en centros de menores. Abandonada por sus padres en el hospital, abandonada por sus acogedores, abandonada por la administración... una vida de sufrimiento caracterizada por el sentimiento de rechazo y la falta absoluta de un vínculo seguro. Ahora, a sus 25 años, se presenta ante los demás como una persona fuerte, con importantes capacidades, desprecia a quienes considera inferiores y se muestra tremendamente arrogante ante las críticas, defendiéndose con duros ataques siempre que la realidad se impone. Cuando la realidad dismantela esa ilusión, se retrae hacia un mundo imaginario formado por otros que reconocen sus supuestos logros. Millon (2006) denomina a este patrón “narcisista compensador”, y establece paralelismos



Ilustración de Chas. Robinson para
“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899

con las personalidades evitadora y negativista. Desde el psicoanálisis, los comportamientos de Luciana se explicarían en base a mecanismos de defensa compensatorios y su origen estaría en las traumáticas experiencias de vinculación tempranas.

Orientamos la intervención con Luciana a tratar de equilibrar su autoimagen, sus puntos fuertes y sus puntos débiles, tratando de que asumiera los límites y fuera capaz de relacionarse con ellos sin vergüenza ni dolor. La intervención recuerda mucho a la que se realiza en duelo. Y es que la peor renuncia (o pérdida) es de lo que nunca se tuvo.

Soluciones

Ante un problema de pareja, la solución no siempre pasa porque mejore la relación. Muchas veces, el éxito de la intervención consiste en conseguir desbloquear la situación de forma que los miembros de la pareja decidan separarse. Sin embargo, cuando el problema está en la relación con uno mismo, el divorcio no es una posibilidad sana, como hizo Narciso (suicidio).

Siguiendo con la analogía entre el amor de pareja y el amor propio y sin olvidar las diversas aproximaciones existentes a la reconstrucción del “Yo”, nuestra propuesta adapta algunas de las estrategias que se usan en terapia de pareja al tratamiento del amor hacia uno mismo, o bien explica el funcionamiento de técnicas conocidas en el trabajo del autoconcepto desde el marco de la terapia de pareja.

Aumentar interacciones positivas

Como señalan Beyebach y Herrero (2010), el éxito de una terapia de pareja depende en buena medida de que se recuperen los aspectos positivos de la relación. Para ello, se trata de fomentar buenos momentos entre ambos, o se descentra la atención de los aspectos negativos del otro para enfocarla en los positivos.

Este objetivo resulta muy válido cuando el problema es con uno mismo ya que suele ocurrir que las personas que no se gustan, se meten en una peligrosa espiral esperando a sentirse preparadas o capaces de hacer algo para hacerlo. Y como el paso del tiempo no lo cura todo, la sensación de estar preparado no solo no llega sino que cada vez está más lejos por haber pasado tanto tiempo evitándolo.

- Buscando excepciones, ¿hubo algún momento bueno en la relación? Cuando la persona está tan bloqueada que no es capaz de hacer referencia a ninguna característica positiva propia, resulta útil mantener una conversación sobre la existencia pasada de buenos momentos en la relación consigo misma, tratando de que los describa y buscando la forma de repetirlos en el momento presente.

“Cuando el problema está en la relación con uno mismo, el divorcio no es una posibilidad sana”

- Parte sana, parte enferma. Si no es capaz de identificar ningún momento bueno, la estrategia “parte sana, parte enferma” también puede obtener buenos resultados. En este caso, la conversación giraría acerca de la existencia de una parte sana, que no es capaz de ver porque es pequeña y además está muy centrado en la parte enferma. En este sentido, el trabajo se orienta hacia la búsqueda de soluciones para identificar e incrementar la parte sana que todos tenemos.
- Diario de autoafirmaciones. Puede resultar eficaz pedirle que lleve una especie de registro (o simplemente, que se fije, en función de la persona) donde anotar las cosas que ha sido capaz de hacer cada día a pesar de las dificultades o que ha hecho con un buen resultado.

Todas estas estrategias, la mayoría bien conocidas por terapeutas formados en la Terapia Sistémica, no son más que un intento por incrementar las interacciones positivas con uno mismo.

Bloquear las interacciones negativas

Otra vía de trabajo en terapia de pareja, complementaria a la anterior, consiste en introducir un cambio en la forma estereotipada y rígida en que se suelen producir los intercambios negativos.

A continuación, describimos una serie de tareas utilizadas en terapia de pareja que se pueden adaptar para promover el cambio individual:

- Días pares y días impares. Esta tarea consiste en pedir a los miembros de la pareja que durante 3 días a la semana se comporten como si estuvieran separados y otros tres como si hubieran decidido estar juntos. Durante el séptimo día podrían decidir cómo actuar. Trasladando esta idea al ámbito individual, pedimos al paciente que, durante la mitad de la semana se comporte como si se odiase, como si fuera un inútil e incapaz y que durante la otra parte de la semana se comporte como si no tuviera complejos y fuese capaz de enfrentarse a todas las dificultades. Aunque el porcentaje de cumplimiento de esta tarea no es alto por su dificultad, las personas que consiguen olvidarse por unos días de sus imposibilidades obtienen un gran refuerzo que les sirve para romper el círculo y realizar cada vez más actividades gratificantes.
- Dos elogios por cada crítica. Esta tarea consiste en pedirle al miembro de la pareja que critica constantemente (o a ambos) que, antes de realizar una crítica hacia la otra persona, haga primero dos comentarios positivos sobre ella. Muchas personas son extremadamente críticas consigo mismas, generándose un gran malestar. Elogiarse primero antes de realizarse una autocrítica funciona como estrategia distractora, elimina la carga emocional asociada a la crítica y abre la puerta a pensar sobre aspectos positivos nunca antes valorados.
- Zonas Rojas. Si la distracción funciona como forma de impedir mensajes negativos hacia uno mismo, también puede resultar útil la indicación utilizada en terapia de pareja que consiste en



Ilustración del libro “When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894

pedirle a la persona que para discutir (en este caso, autocriticarse), debe hacerlo de una forma concreta o en un lugar concreto (por ejemplo, debe esperar a una hora determinada o a estar en un lugar determinado para poder hablarse mal).

- Un euro por insulto. En terapia de pareja, la tarea consiste en meter un euro en un bote por cada insulto al otro y, con ese dinero, comprarle un regalo al final de la semana. Resulta muy útil como una forma de reparación del daño causado a uno mismo, si se le pide a una persona que tiende a insultarse o tener frecuentes pensamientos de autodesprecio.

Tiempo a solas

Algunas veces, se estima necesario pedir a los miembros de la pareja que reserven un espacio individual al margen del otro, ¿cómo pautar tiempo a solas de uno mismo? La técnica de la externalización puede interpretarse como una forma de mantenerse al margen, temporalmente, de uno mismo. Por ejemplo, cuando le pedimos a alguien que moldee su autoestima con plastilina, tratando de hacer un muñeco para colocarlo en un lugar visible de la casa. Cada vez que detecte un pensamiento negativo sobre algo que no hace bien, algo que le disgusta o genera malestar, se sienta frente al muñeco, su autoestima, le escucha y le devuelve argumentos en contra. Mientras realiza esta tarea, la persona está liberada de su yo más negativo, tratando de generar argumentos en una especie de defensa sobre la propia persona.

Trabajar la rabia, el odio y la culpa

Cuando un miembro de la pareja siente emociones negativas intensas hacia el otro, tan intensas que no le permiten tener una conversación con la otra persona sin alterarse, sin focalizar en lo negativo, siendo incapaz de hacer un trabajo constructivo pero siendo también incapaz de tomar una decisión acerca de la permanencia o no en la relación, se puede trabajar con esa persona los sentimientos que está impidiendo avanzar. Una forma de hacerlo es a través de su expresión en lo que denominamos “carta que no se envía”, que no es más que una reflexión dirigida hacia el otro sobre los reproches y las cosas que le hubiera gustado que fuesen diferentes. Como su nombre indica, esta carta no tiene como objetivo a su destinatario, de hecho en muchas ocasiones la eficacia mejora cuando se le pide a la persona que la queme. Esta estrategia de ventilación emocional resulta también útil en el trabajo de las emociones negativas hacia uno mismo.

Cuando la culpa es el sentimiento predominante que está interfiriendo en la vida de la persona, es posible avanzar con la estrategia de “paga tus culpas”. Debatir o cuestionar si la persona debe o no sentirse culpable no tiene ningún efecto ya que forma parte de la esfera emocional, no de la esfera cognitiva. Así, solamente sintiendo que ha pagado su culpa se restaurará el equilibrio emocional. La forma elegida para pagar esa culpa varía en función de cada persona ya que lo importante es encontrar una acción que haga sentir a esa persona en particular merecedora de su propio perdón.

“La técnica de la externalización puede interpretarse como una forma de mantenerse al margen, temporalmente, de uno mismo”

Muchas veces es difícil encontrar una forma concreta de pagar la culpa, sobre todo, si el hecho culpososo tiene que ver con la propia persona. La estrategia de externalización consistente en portar una piedra pesada en el bolsillo durante un tiempo resulta también eficaz para aliviar este sentimiento.

Terapia de duelo

Hasta aquí hemos centrado la intervención en las personas que, de alguna forma, “se quieren poco”, proponiendo alternativas para incrementar las experiencias positivas consigo mismas, reducir los mensajes autodestructivos y las emociones negativas como la rabia o la culpa pero, ¿cómo ayudar a alguien que se quiere demasiado?

Como explicamos en el caso de Luciana, el narcisismo puede ser interpretado como una compensación de una autoimagen muy negativa. La dificultad en el tratamiento de las personalidades narcisistas es su incapacidad para identificar sus propias limitaciones y, sobre todo, para exteriorizarlas, incluso habiendo conseguido una buena alianza terapéutica. Por ello, planteamos un modelo de intervención muy similar al trabajo de duelo. En este caso, no es la pérdida del otro amado sino la pérdida de la persona idealizada que no soy. Como en las fases del duelo descritas por Kübler-Ross (2006), cuando la realidad trata de imponerse, el narcisista reacciona, en primer lugar, negándola. Posteriormente, y solo si hay una buena alianza, vendrá la ira, la tristeza y, finalmente la aceptación de un yo más real.

Siguiendo el modelo de atención al duelo de Worden (2004), la primera tarea consiste en ayudar a la persona a aceptar la realidad de la pérdida. En este caso, hablaríamos de la pérdida del “Yo” ideal. Para ello, se utilizan estrategias para equilibrar su imagen a través de la evocación de aspectos positivos y negativos de sí mismo y promoviendo la conciencia acerca de sus propios límites, a dónde no puede llegar. En un segundo momento, y siguiendo a Worden, abordamos las emociones asociadas a esa pérdida y el dolor que ésta genera. La tercera tarea, descrita por el autor como “adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente” tiene que ver, en la terapia con personas narcisistas, con ayudarles a enfrentarse a las situaciones cotidianas sin el disfraz del todopoderoso, dotándoles de estrategias que les permitan ampliar su arsenal de respuestas para relacionarse desde una actitud más espontánea y vivir el presente sin tanta necesidad de manipulación, fantasías compensatorias, intelectualizaciones, etc. Poco a poco, el narcisista va siendo capaz de flexibilizar su rígida postura ante el mundo y puede contactar con sus necesidades afectivas sin negarlas y sin que le causen dolor, lo que constituiría la cuarta tarea del duelo descrita por Worden: recolocar emocionalmente al fallecido.

Lejos de intentar establecer una clasificación de los problemas individuales relacionados con la autoestima, nuestro propósito ha sido reflexionar acerca de la similitud que tienen muchas de las dificultades en este ámbito con las encontradas en un contexto de pareja. Además, hemos querido hacer una pequeña aportación comentando algunas de las estrategias del enfoque de terapia de pareja que adaptamos en terapia individual y que han resultado eficaces en nuestra práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010) 200 tareas en terapia breve. Barcelona: Herder.

Graves, R. (2004) Los mitos griegos. Barcelona: Círculo de lectores.

Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2006) Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2006) Trastornos de personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.

Ovidio (1998) Metamorfosis. Madrid: Alianza Editorial, Clásicos de Grecia y Roma.

Papalia, D. (2001) Desarrollo humano. Bogotá: McGrawHill.

Prochaska J. y Velicer W. (1997) The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Health Promot. 12 (1):38-48.

Vasta, R. Haith, M. y Miller, S (2001) Psicología infantil. Barcelona: Ariel Psicología.

Worden, J.W. (2004) El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.

3

EL PAPEL DE LOS VÍNCULOS AFECTIVOS EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Jorge García Fernández
PSICÓLOGO CLÍNICO. GERENCIA DE
GESTIÓN INTEGRADA DE A CORUÑA

Resumen: La capacidad para desarrollar alianzas con otros seres humanos desempeña un papel imprescindible en el objetivo de mejorar nuestras condiciones de salud y por lo tanto también las de nuestra especie. Estos vínculos afectivos tanto en el marco de la familia como en el entorno social más amplio, cumplen diversas funciones en el desarrollo de los procesos de vivir y por lo tanto también de enfermar. Mientras nuestros vínculos se mantienen estables, mantenemos la capacidad para establecer nuevos vínculos, de seguir avanzando, creciendo, aprendiendo. Tanto la inestabi-

lidad en estos lazos como la dirección que sus influencias ejercen a lo largo de los distintos momentos de la enfermedad, destacan como uno de los puntos más relevantes en la consecución de una adaptación más o menos exitosa de este proceso. En el presente trabajo, desde la fase inicial de normalidad, se describen siete momentos por los que los pacientes van avanzando en su proceso de cronicidad. Un camino caracterizado en una primera fase por la búsqueda de soluciones parcialmente ineficaces, aparición de falsas esperanzas y de agotamiento emocional, que se van sucediendo hasta alcanzar un nuevo estado de estabilidad. Un largo proceso conjunto en donde los otros, principalmente aquellos con vínculos afectivos más estrechos, no han sido simples espectadores.

Palabras clave: adaptación psicológica; enfermedad crónica; vínculos afectivos.

Abstract: The ability to develop alliances with other human beings plays an essential role in order to improve our health conditions and thus also of our species. These emotional ties both within the family and in the wider social environment, diverse functions in the development of the processes of living and therefore also of illness. While our ties are stable, we maintain the ability to establish new relationships, to move forward, growing, learning. Both the instability in these ties as the direction exert their influence throughout the different stages of the disease, stand out as one of the highlights in achieving a more or less successful adaptation of this process. In this paper, from the initial phase of normalcy seven moments that patients are progressing in their process of chronicity are described. A path in a first phase characterized by the search for solutions partially ineffective, the appearance of false hopes and emotional exhaustion, that are going to reach a new steady state. A long set where others, mainly those with close emotional ties have not been mere spectators process.

Keywords: psychological adjustment; chronic disease; bonding.

Durante más de una década, hemos acumulado experiencia sobre cómo los pacientes y su entorno que sufren enfermedades físicas crónicas hablan acerca de su enfermedad. Hemos intentado ofrecerles un espacio donde relatar sus experiencias de manera desordenada y caótica, o sea, en su estado natural, y nos hemos propuesto construir una realidad manejable en la que poder movernos, a la que poder referirnos con cierta concreción y coherencia. Para nosotros y para ellos hemos conseguido elaborar un mapa de trabajo con esos discursos. Para los profesionales, pretende servir de brújula en el proceso de empuje hacia un estado donde la enfermedad, al igual que el resto de las dificultades, se integra como parte de la vida.

Sugerimos como apoyo en la lectura de este artículo, el módulo de adaptación psicológica del curso *online* sobre dolor crónico para pacientes que figura en la bibliografía (García, 2014). De un nuevo trabajo en fase de desarrollo, hemos extraído algunos fragmentos donde diferentes "otros" que comparten "lo mismo", nos ofrecen sus relatos acerca de esta cuestión: la manera en que ambos protagonistas se emplean a través de los siguientes 7 momentos.

0. La normalidad

Los individuos humanos disponemos de la ventaja de poder aprender a lo largo de toda la vida. La capacidad para automatizar aprendizajes, nos ofrece la posibilidad de realizar funciones complejas de la vida cotidiana y a su vez, reservar un espacio mental para poder realizar aprendizajes nuevos. A esto le llamamos rutinas, hábitos... Se le conoce también como normalidad.

“Hacía 1 año que Miguel trabajaba en esta empresa con el camión, cargando y descargando hierros, a veces con ayuda de máquinas, a veces sólo con el cuerpo. Llevábamos juntos 12 años. Fuera del trabajo éramos una familia que podía considerarse feliz, muy pegote. Desde que nació Sara hace 12 años, hacíamos todo juntos. Decidíamos juntos las cosas, visitábamos juntos a nuestras familias, íbamos al supermercado juntos, veíamos la tele... Todo marchaba de corrido, sin pensar...”

Las personas tras enfermar nos referimos frecuentemente a nuestro estado previo como una situación idílica, repleta de actividad, de energía y rodeados del apoyo de los demás. Un tiempo en el que las cosas simplemente marchan, van, fluyen, discurren, funcionan. Parece que esto es lo que las personas tendemos a considerar como lo normal.

Dentro de esta programación para la subsistencia, la capacidad para desarrollar alianzas exitosas con otros seres humanos, supone una ventaja importante en la mejora de salud (Florian, Mikulincer y Bucholtz, 1995; Gomez-Bobassi, Pérez y Vila, 2001). Cuando nuestros vínculos afectivos son potentes y se mantienen estables funcionamos intentando abarcar nuevas vinculaciones y por tanto, ganando en recursos; nos hacemos más fuertes. En caso de debilitamiento o dudas sobre dichos vínculos esta capacidad se dificulta enormemente, perdemos energía en la desconfianza y la reparación, nos hacemos débiles con la aparición de dificultades añadidas para la adaptación más o menos exitosa en este proceso.

1. La aparición de los síntomas

En muchas ocasiones, la normalidad se ve interrumpida por señales del cuerpo que según su intensidad, la forma en la que aparezcan más o menos visibles, la interferencia con la vida cotidiana, la gravedad percibida por el individuo y la influencia del entorno, pueden llegar a ser consideradas como amenazas a la salud y motivan la búsqueda de atención médica. De esta manera, esas señales se convierten en síntomas

“Llegaba a casa siempre con molestias. Él no le daba demasiada importancia. Sus compañeros de trabajo bromeaban cuando llegaba encorvado, les parecía normal. La escasa



Ilustración del libro “The Bab Ballads”
de Gilbert, W. S., 1898

experiencia, la poca costumbre... decía su madre también a veces. Poco a poco fui convenciéndole de que se tomara aquello en serio, que no era normal estar siempre con dolor y en la cama todo el fin de semana. Tenía miedo de que se pusiera enfermo.”

Los síntomas a diferencia de las definiciones habituales, no son meramente un asunto subjetivo individual. Los otros significativos tienen una importante capacidad para influir y contribuir en dar significado a esas señales como en cualquier otro fenómeno perceptivo. Resulta incuestionable la influencia de la opinión de los demás acerca de la relevancia de un síntoma determinado. La percepción diferente de gravedad entre un dolor de cabeza o un dolor al respirar, dependerá tanto de los conocimientos y la experiencia personal de cada individuo, como de los individuos relevantes que nos rodean. La visibilidad diferente en el caso de una mancha en la frente o una adenopatía en la axila, no es asimismo un fenómeno subjetivo individual; así como la interferencia en la vida cotidiana del enfermo, no resulta en ningún caso indivisible de la interferencia que un determinado malestar tiene en la vida del otro relevante. La cantidad, calidad y presencia de nuestros acompañantes habituales juega un papel determinante en esta fase (Brannon y Feist, 2001). La suma de todos estos factores compartidos: intensidad, gravedad percibida, visibilidad e interferencia, motivan a que una señal o malestar se convierta en síntoma el cual funciona como interruptor que activa las conductas de búsqueda de atención médica.

2. Las primeras soluciones ineficaces

Cuando los síntomas persisten de una manera continuada, se inicia habitualmente un largo recorrido a través de los distintos profesionales de la salud. Estos realizan diferentes hipótesis y proponen distintas alternativas terapéuticas desde el punto de vista farmacológico u otras medidas de intervención física. En el caso de las enfermedades crónicas, estas medidas ofrecen un resultado únicamente parcial, conformando así una amplia colección de soluciones ineficaces.

“Después de las primeras consulta médicas en las que los antiinflamatorios y relajantes musculares no funcionaban mucho, le llevamos a un fisioterapeuta cada semana. Le aliviaba un poco. Mientras su médico de cabecera le recetó algo para descansar mejor. También le dijo que reposara y que caminara. Llevaba seis meses de baja cuando le hicieron la Resonancia. Le dejábamos en casa viendo la tele cuando iba a la playa con la niña. Cuando estábamos en casa, la mayor parte del tiempo estaba en la cocina sentado en una silla, mirando a la calle. Llegamos a ponerle unas piedras calientes que nos vendieron para la espalda, todo lo que hacíamos parecía que funcionaba, pero era sólo nuestra ilusión”.

Una vez consensuada la presencia de los síntomas, la manera de resolución de los mismos invita a un nuevo proceso de negociación donde las influencias persuasivas del entorno son determinantes (Fis-



Ilustración de la ópera “Songs of a Savoyard”
de W. S. Gilbert, 1890

bein y Azjen, 1980). Una vez superada una primera acción de “esperar” y no hacer nada confiando en una resolución espontánea de los síntomas, solemos poner en marcha el recurso de la medicina “tradicional” en forma de consulta con el médico de cabecera. Sin lugar a dudas, para conseguir una fase de espera prolongada, la ocultación del síntoma ante los demás será de gran ayuda, permitiendo así que se aplacen las sugerencias intensas para buscar soluciones o evitar el agravamiento de la situación. De hecho, una fuente de conflicto habitual entre las parejas resulta de la discrepancia en los cuidados de salud que uno de los miembros debe realizar de manera “responsable” para el otro. El conocimiento de un miembro de la pareja de un riesgo inicialmente oculto (una tasa de colesterol, glucemia, etc.) difícilmente traerá consigo una postura de neutralidad en la adopción de medidas de cuidado.

Las rutas de peregrinaje en busca de soluciones inexistentes son muy diversas, dependiendo del contexto y de las barreras concretas de cada marco de salud (Hirmas, Poffald, Jasmen y cols., 2013). En nuestro medio el inicio en contextos de la medicina tradicional resulta lo más convencional. Una intensificación progresiva de medidas terapéuticas y de diagnóstico de manera paralela son el procedimiento habitual de cada visita médica. De este modo se van sucediendo episodios donde se prescribe un nuevo fármaco (analgésicos, antiinflamatorios, miorrelajantes, anticonvulsivos, benzodiacepinas, antidepresivos...) y una nueva prueba diagnóstica de complejidad o coste sucesivo (RX, TAC, RM) incluyendo además derivaciones y esperas a otros especialistas, conformando así un escalera que se tarda muchos meses en ascender.

Y simultáneamente a estas rutas oficiales de peregrinaje, aparecen diferentes oportunidades con invitaciones sugerentes para realizar intentos de solución más eficaces bajo el título “¿Y qué tenemos que perder?”. Desde medidas más familiares como la acupuntura, homeopatía, medidas nutricionales, etc., hasta procedimientos que requieren ejercicios de fe intensos basados en flujos de energías, iones, imanes y conceptos provenientes de otros medios culturales. Habitualmente los pacientes y sus familias hablan con asombro de hasta donde sus ganas de mejorar o su necesidad de mantener la esperanza les ha llevado en este sentido. Las buenas compañías con buenas intenciones nos ayudan a entrar y también a salir en la exploración de estos recursos.

3. Malestar

Hay que considerar que en todo este proceso se ha invertido tiempo, esfuerzo y diferentes recursos personales y, ante los intentos infructuosos de volver a recuperar el estado inicial de salud, se puede presentar todo un conjunto de pensamientos, sentimientos y emociones que podemos agrupar o resumir bajo el término malestar.

“Miguel ya no quería ir a más sitios. Se enfadaba cada vez que pretendíamos ayudarlo invitándole a salir. En ocasiones se culpaba de no tener ganas de nada. Estaba triste y no quería acumular más desilusiones”.



Ilustración del libro “The Bab Ballads”
de Gilbert, W. S., 1898

Afortunadamente la búsqueda de soluciones ineficaces se encuentra con el límite de nuestra propia esperanza por obtener cambios. Difícilmente los otros (que son más y con más energía) cesan en esta misión de seguir invitando a recuperar el estado de normalidad previo. La apatía, la desesperanza, el cansancio, experimentados con malestar intenso del paciente y de sus acompañantes, ponen freno en el viaje a ninguna parte iniciado hace ya demasiado tiempo (Lerman, Rudich, Brill, 2015).

4. Diagnóstico

Después de un momento de incertidumbre donde se intentan diferentes soluciones para el paciente, al final estamos en condiciones de recibir un nombre para nuestro problema de salud. Esto nos permite también obtener información de las causas, así como un posible plan para mejorar la enfermedad crónica. Es un momento temido pero al mismo tiempo deseado y frecuentemente tranquilizador: el momento del diagnóstico.

“Los resultados de la Resonancia Magnética indicaron algunas lesiones discales degenerativas, o sea, de mal pronóstico. El neurocirujano no recomendaba cirugía por considerarla un proceso sin garantías. Hablaba de medidas de rehabilitación específicas y un fármaco diferente”.

A diferencia de otros planteamientos en donde el diagnóstico aparece como inicio del proceso de enfermedad, nos encontramos aquí con que se encuentra en muchas ocasiones como un acontecimiento en la mitad del camino. Los pacientes generalmente hablan de ese momento con una sensación de alivio. La legitimidad para desempeñar un rol de enfermo, ante los demás y principalmente ante uno mismo necesita un nombre de enfermedad (Gil y Moreno, 2004). Sin duda, el diagnóstico y los informes médicos que lo incluyen, ayuda a gestionar los asuntos oficiales de manera más eficaz, especialmente la exención de responsabilidades laborales.

Por otro lado, la asociación entre diagnóstico y tratamiento, entre el conocimiento de las causas como algo necesario para dar solución, tan útil en enfermedades infecciosas, desafortunadamente no resulta válido en muchas afecciones crónicas.

5. Más soluciones ineficaces

Tras el diagnóstico y el consiguiente ajuste de las medidas terapéuticas, es frecuente que reaparezca de nuevo una carga extra de energía para continuar trabajando con el objetivo de resolver el problema. Es una etapa marcada por la inactividad y la espera, con intenciones férreas de intentar a toda costa mantener las responsabilidades de siempre. Esto supone un gran esfuerzo, sobre todo cuando para ello se excluye toda posibilidad de recibir ayuda. Nuevamente más soluciones ineficaces.



Ilustración de la ópera “Songs of a Savoyard” de W. S. Gilbert, 1890

“En seguida nos pusimos con las medidas más específicas de rehabilitación para el problema. Esas alternativas resultaron ser menos intensas, para no dañar. Los nuevos medicamentos resultaron ser un nombre diferente de algo que ya había tomado antes. En aquel momento como parecía que no había solución, se empeñó en funcionar a toda costa, por su cuenta, comenzó a hacer cosas... yo sabía que eso no iba a acabar bien”.

Sin duda, el entorno aprovecha cualquier argumento incluido el de “sabiendo lo que tienes se podrá encontrar mejor una solución” para reiniciar el proceso detenido con anterioridad. La pronta comprobación de nueva ineficacia en las soluciones y por extensión “la ineficacia de los demás” en esta misión, conduce a los pacientes hacia la decisión de no compartir sus dificultades, no dar pena, no resultar pesados, no interferir en la vida de los demás. Acostumbrarse a funcionar con las limitaciones por uno mismo, suele ser el último de los intentos.

El sistema de atención médica, cada vez más fatigado, ofrece nuevos mensajes acerca de factores psicológicos asociados responsables de la enfermedad y de la ausencia de mejoría. Esto es interpretado por los enfermos como un cuestionamiento de la propia existencia de los síntomas, poniendo en entredicho su credibilidad y llegando incluso a ofertarle soluciones de origen psicológico a problemas de índole física (Mahendra y Manjula, 2013).

6. Más malestar

Estos intentos por proteger al entorno y de manera autosuficiente y sin molestar, acaban por desarrollar sentimientos de soledad, abandono e incomprensión. Nuevos motivos para más malestar.

“No admitía más desilusiones... se encerró en su mundo... no nos tenía en cuenta, reaccionaba mal cuando le intentaba ayudar. Decía que no le comprendíamos, que no queríamos entender lo que le pasaba... sentía que era injusto que nos tratase de esa manera”.

Llega un momento en donde los intentos por alentar, infundir ánimos, sugerir nuevos modos de hacer las cosas, hacer ver que las dificultades son más pequeñas de lo que parece, generan la sensación de distanciamiento e indiferencia. “No me cuenta lo que le pasa y dice que no le entendemos”. “Hoy hago una cosa y le molesta, mañana esa misma cosa y le sienta bien”. “Le digo que tiene buena cara e interpreta que no sé cómo está de mal por dentro”. Resulta extremadamente difícil proteger a los demás de “nuestra” enfermedad y sentirnos comprendidos y apoyados por el entorno. Los movimientos de acercamiento y alejamiento con respecto a la red social próxima, destacan entre los acontecimiento clave en este proceso (Góngora, 2004).

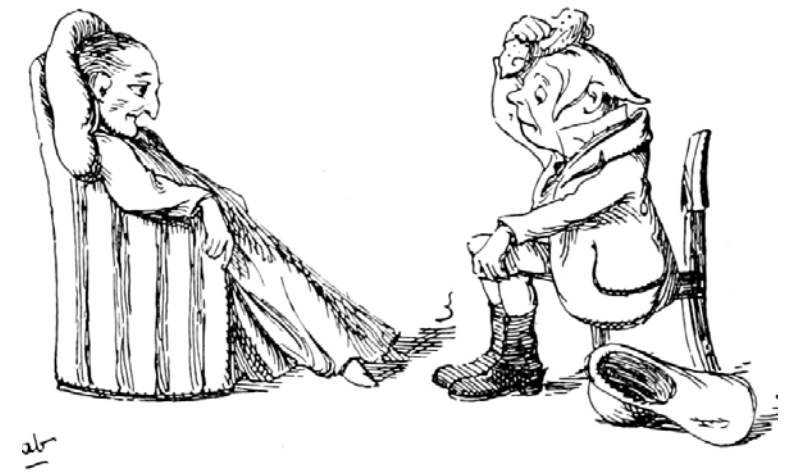


Ilustración del libro “The Bab Ballads”
de Gilbert, W. S., 1898

7. Adaptación

Finalmente, se va produciendo una renuncia gradual a ser los de antes. Se trataría entonces de desarrollar, en la medida de lo posible, las capacidades disponibles con ayuda de otros, con nuevos valores, intereses y tareas, gestionando de manera eficaz la energía. En definitiva, viviendo de otra manera. Se le suele llamar a esto, adaptación.

“Al final no tienes más remedio que aceptarlo, entender que no es una cobardía dejar de luchar para cambiar las cosas. No sé quién lo hizo primero. Creo que él ha ido siempre un paso por delante y nosotros le seguimos. Me daba rabia pedirle demasiado con las cosas de casa, sabía que para él era difícil asumir ese trabajo, no tenía esa educación. Con el tiempo fue acostumbrándose... hasta incluso dejaba que le vieran haciendo alguna de esas tareas. Cuidaba a Nerea en casa y en el parque. Al principio se lo apuntaba yo todo, las tareas, la lista de la compra... Discutíamos, eso no funcionaba muy bien. Amplié mis horarios y acepté responsabilidades nuevas en la empresa. Podía hacerlo porque Miguel se ocupaba del resto, a su manera, claro. Poco a poco nos fuimos acostumbrando, volvíamos a hacer las cosas juntos de nuevo, decidir las cosas juntos, ir a la compra juntos, visitar a nuestros padres juntos. Siete años después, cada uno de nosotros éramos distintos pero nuestra familia volvía a ser la de siempre”.

Desconocemos el momento concreto en que se produce ese *insight*. El instante en que tiene lugar la aceptación de lo inevitable y en el que se pone en marcha de forma activa, consciente y deliberada el trabajo de diseñar un nuevo modo de existencia compatible con las capacidades disponibles. El giro de la energía en una nueva dirección, antes orientada en recuperar la normalidad, ahora se invierte en reconstruir un nuevo universo normal que convive con los movimientos de las expectativas de los otros. Como si de vectores de fuerza se trataran, la suma de la intensidad y dirección en un momento dado de todas esas flechas, determinan la velocidad y el punto de destino.

Son muchas las tareas a realizar y consumen un largo período de tiempo (De Ridder, Geenen, van Middendorp, 2008). Al parecer, el primer trabajo y quizá el más relevante, consiste en desligar los significados de cobardía, resignación y derrota del cese de esfuerzos por volver a recuperar lo que teníamos y lo que éramos. Resulta difícilmente compatible perseguir simultáneamente objetivos tan diferentes como intentar mantenerse de pie para volver a caminar y aprender a jugar al baloncesto en silla de ruedas. El menú de tareas que se despliega tras este primer paso puede ser más o menos extenso. El repertorio ocupacional previo y la oferta que los demás ponen a disposición, entra en negociación con ciertas actitudes y valores preexistentes. Aventurarse a hacer *tareas de discapacitados, de mujeres, de pijos, de vagos...* requiere grandes cambios estructurales en la escala de valores.



“Lilliput Lyrics” de R. Brimley Johnson
Ilustración de Chas. Robinson, 1899.

La gestión de la energía implica una cuidadosa selección de asuntos importantes en donde gastar las fuerzas limitadas. La invitación a los otros como colaboradores en ciertas tareas cotidianas, resuelve en parte este problema. La manera de comunicar las necesidades cambiantes, de exponer las quejas acompañadas de una posibilidad de acción por parte del otro, o para ser simplemente escuchados requiere un ajuste que lleva una gran cantidad de tiempo. La consecución del mantenimiento de la identidad de la familia y colocar la enfermedad en su lugar destacan como objetivos primordiales que señalan el final del camino (González, Steinglass y Reiss, 1989).

Como en todo trabajo donde se intentan promediar los asuntos que les ocurren a las personas, nos encontraremos con que la situación de la que se habla en el papel en realidad no existe. En nuevos relatos de otros pacientes, sólo apreciaremos trozos y aspectos aislados que coincidan con el esquema aquí planteado y quizá ordenados de otra manera. Sin embargo, apostamos a que la inmensa mayoría de los contenidos sobre la enfermedad están aquí representados. En ocasiones, habrá que forzar, en cierta medida, esa realidad para darle coherencia y dotarnos de margen de maniobra en el proceso psicoterapéutico de acompañamiento y avance a través del itinerario descrito.

Hemos intentado reflejar aquí de manera especial el papel de los acompañantes en este camino. Desde el propio marco cultural y social hasta los que, en primera línea, desempeñan un papel decisivo en la construcción de nuestra historia. Aquellos que forman parte de nuestro núcleo de convivencia y con los que tenemos establecido vínculos afectivos estrechos. Los que más nos importan, los que amamos, los que nos aman, aquellos a quienes les importamos. Con ritmos diferentes y con estilos propios empujan en la dirección de la recuperación del estado inicial y en la reconstrucción de una situación diferente para todos. Conjuntamente vamos diseñando y poniendo a prueba los nuevos escenarios, elaborando los nuevos guiones y decidiendo el reparto de los nuevos papeles.

BIBLIOGRAFÍA

- Brannon, L y Feist, J. (2001). Psicología de la salud. La búsqueda de la atención médica. (cap 3), (pags. 67-104). Madrid: Paraninfo.
- De Ridder, D., Geenen, R., van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 19, 246-55.
- Azjen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Florian, V., Mikulincer, M. Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *The Journal of Psychology*, 129, 665-676.
- García, J. (2014). Curso online para pacientes con dolor crónico. Módulo de adaptación psicológica. Acceso 2015, Servicio Galego de Saúde Sitio web: http://sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=70519
- Gil, J. Y Moreno, E. (2004). Conducta y Enfermedad. Cap 8. En Gil, J. (Ed), *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gomez-Bobassi L., Pérez M., Vila-Castella J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- Góngora, N. (2004). *Enfermedad y familia, manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- González, S., Steinglass, P., Reiss, D. (1989). Poner a la enfermedad en su lugar: un grupo de discusión para familias con enfermedad médica crónica. *Fam. Proc*, 28, 69-98.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A.M., Aguilera, X., Delgado, I., Vega, J. (2013). Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review. *Rev Panam Salud Pública*, 33, 223-9.
- Lerman, S.F., Rudich, Z., Brill, S., Shalev, H., Shahrar, G. (2015). Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosomatic Med*, 77, 333-41.
- Mahendra, P. S. y Manjula. M. (2013). Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders. An overview. *International Review of Psychiatry*, 25, 116-124.

4

SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA Y LAS DINÁMICAS ACTUALES DE COMPROMISO ENTRE MUJERES

Raquel Cediél Sáez

Trabaja como documentalista y actualmente, es vocal de documentación, lesbianas y reproducción asistida de Co-gam, Colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales de Madrid. Es autora del Libro de la Reproducción Asistida para Lesbianas y Solteras, Madrid, 1ª ed. julio 2015 y de la página web: www.reproduccionlesbiana.es

Resumen: Este artículo es una posible introducción a un estudio más profundo sobre la sexualidad femenina y las dinámicas actuales de compromiso entre mujeres. Mientras las cifras de uniones civiles heterosexuales han descendido considerablemente, los datos estadísticos muestran una tendencia opuesta en el número de matrimonios homosexuales y especialmente, en los matrimonios entre mujeres.

Palabras clave: Sexualidad femenina, homoerotismo, uniones civiles, mujeres.

Abstract: This article is an introduction to possible further study on female sexuality and the current dynamics of compromise between women. While the numbers of heterosexual civil unions have fallen considerably, the statistics show the opposite trend in the number of homosexual marriages and especially in marriages between women.

Keywords: Female sexuality, homoeroticism, civil unions, women.

La Revolución Sexual iniciada a finales de los años sesenta del siglo XX no se fundamenta en la permisividad sexual concerniente a los papeles de cada sexo con nuevas prácticas sexuales, uso de juguetes eróticos o pornografía para mujeres. La también conocida como Liberación Sexual es, literalmente, una huida sexual de la reproducción que ha ocasionado una evolución en la autonomía femenina sin precedentes y con profundas consecuencias para la sexualidad masculina. De ahí, los ejemplos de violencia de género que vemos con demasiada frecuencia en los medios de comunicación.

Los métodos anticonceptivos eficaces han implicado mucho más que el hecho de limitar los embarazos. La posibilidad de controlar la fertilidad de forma segura ha propiciado una profunda transición en la vida personal de la mayoría de las mujeres hacia los estudios superiores y el mercado laboral. Desde la comercialización y autoadministración de las píldoras anticonceptivas, podemos constatar en las estadísticas demográficas de cualquier país occidental cómo ha descendido drásticamente el número de matrimonios heterosexuales, mientras ha aumentado la co-habitación;

como, también, ha descendido el número de hijos, pero ha aumentado el número de niños que nacen fuera de las uniones civiles y, especialmente, cómo crece el número de madres solteras, año tras año.

En este contexto occidental de democracias liberales, la sexualidad femenina ha comenzado a descubrirse flexible y abierta a una diversidad que hoy se conoce como una capacidad potencial más de los individuos de sexo femenino.

De hecho, el reconocimiento del orgasmo clitoridiano y, por tanto, del clítoris como centro del placer en la sexualidad de una mujer amenazaba y amenaza todavía a la institución heterosexual de tal forma que tanto Freud a principios del s. XX -con la patologización desde la Ciencia que lo consideró fuera de lugar en una feminidad madura-, como los países africanos, donde se practican ablaciones a niñas, muestran formas distintas pero cruentas de socializar a las mujeres en términos de lo que complace a los hombres antes de que puedan “elegir” por sí mismas. Todas las culturas han coincidido en identificar la sexualidad femenina con lo que complace a los hombres y, en realidad, el placer sexual para las mujeres es obtenible y dadivoso tanto de hombres como de mujeres. El tema de las relaciones sexuales humanas se presume mucho más amplio que los presentes confines del sistema de roles masculino – femenino.

En uno de sus experimentos, Ellen Laan (Lann, 1994), creó en un laboratorio una situación controlada que anulase toda posible influencia del contexto para evaluar y comparar la respuesta sexual, es decir, el nivel de excitación y deseo medido por sus síntomas fisiológicos: flujo sanguíneo, palpitaciones y segregación de flujos de veinticinco mujeres heterosexuales, veinticinco mujeres homosexuales, veinticinco hombres heterosexuales y veinticinco hombres homosexuales expuestos a escenas de películas de sexo explícito entre hombres, entre hombres y mujeres y entre mujeres.

Los resultados fueron sorprendentes, las cincuenta mujeres que se autodefinían heterosexuales y homosexuales se manifestaban excitadas ante escenas de sexo heterosexual, lésbico e, incluso, gay.

Estos resultados contrastaban claramente con los recopilados entre los hombres: aquellos que se autodefinían homosexuales se mostraban excitados ante escenas de sexo entre hombres, pero no ante escenas de sexo entre mujeres y tampoco ante escenas de sexo heterosexual.

Los hombres que se autodefinían heterosexuales se mostraban excitados ante escenas de sexo entre mujeres y escenas de sexo heterosexual, pero no ante escenas de sexo entre hombres.

Las investigaciones de la doctora en psicología Ellen Laan ratifican, desde el rigor científico, que la naturaleza de la sexualidad femenina es mucho más amplia y fluida que la sexualidad masculina.



© Paul Clifton

Lo que hace que algunas mujeres quieran aventurarse sexual y emocionalmente con otras mujeres depende sólo de las oportunidades que encuentran y los tabúes culturales a los que deban enfrentarse. Y esto es algo que constantemente se está reinventando a medida que se suceden los cambios sociales en las democracias contemporáneas, aunque también es cierto, que las mujeres seguimos siendo más selectivas a la hora de elegir con quién, dónde y cómo queremos expresarnos eróticamente.

Al fin y al cabo, las argumentaciones de Koedt (Koedt, 1968) en *El Mito del Orgasmo Vaginal* basadas en la importancia del cuerpo y el saber-placer de sus posibilidades que atisbaban razones principalmente psicológicas para dar cuenta de por qué la gran mayoría de las mujeres elegían a los hombres y excluían a las mujeres como parejas sexuales y la gran parte de la literatura que produjo este periodo del feminismo de la segunda ola en Estados Unidos entre 1968 y 1973 que discutía sobre la naturaleza de la sexualidad de las mujeres y el significado del orgasmo femenino, ya se fundamentaba en el rechazo de aquellas feministas a enredarse en lo que consideraban una división artificial entre lesbianismo y heterosexualidad.

“A lo largo de la historia hubo parejas del mismo sexo que construyeron sus vidas significativamente alrededor de un amor comprometido pero siempre fuera del matrimonio”

Historias de amor homoeróticas y de matrimonios

A lo largo de la historia ha habido hombres y mujeres que han llevado nuevos valores referentes al amor y la autorrealización hasta sus últimas consecuencias, ha habido parejas del mismo sexo que han construido sus vidas significativamente alrededor de un amor comprometido pero siempre fuera del matrimonio. No obstante, este ha sido uno de los rasgos característicos de las historias de amor homoeróticas, el tener que actuar como un grupo separado construyendo una historia puramente sentimental, sin más implicados que aquellas dos personas para gozar de intimidad fuera de la vista de parientes y colegas convenientes, sin obtener ventajas políticas o económicas -que, por supuesto, no serán las mismas dependiendo del género- y sin pretender por ello, obtener ningún tipo de respeto social.

Hace tan sólo diez años el Congreso de los Diputados aprobó la Ley que modificaba el Código Civil sobre el derecho a contraer matrimonio añadiendo un simple párrafo: “el matrimonio tendrá los mismos requisitos y los mismos efectos cuando los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo”. Pero al mismo tiempo también realizó una serie de matizaciones sobre la igualdad de los cónyuges en sus promesas de matrimonio:

Art. 66.- Los cónyuges son iguales en derechos y en deberes frente a “el marido y la mujer son iguales...”

Art. 67.- Los cónyuges deben respetarse y ayudarse mutuamente y actuar en interés de la familia frente a “el marido y la mujer deben respetarse...”

Art. 68.- Los cónyuges están obligados a vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente. Deberán además, compartir las responsabilidades domésticas y el cuidado y atención de ascendientes y descendientes y otras personas dependientes a su cargo frente a “el marido y la mujer están obligados a vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente.”

Estas matizaciones semánticas llamarán particularmente la atención de quienes viven en relaciones homoeróticas porque estos principios de igualdad entre los géneros en la intimidad a los que apela el Código Civil en una forma del todo homologable con la democracia en la esfera pública, son valores completamente integrados y con los que se construye a diario la convivencia en las dinámicas de parejas homosexuales: una negociación de lazos personales entre personas que se consideran iguales. Por consiguiente, las mujeres han de batallar en las relaciones heterosexuales por la asimetría de los sexos y los desequilibrios de los géneros mientras que las mujeres en las relaciones homosexuales, por la simetría de los sexos y la semejanza del género, disponen de tiempo y energía para retroalimentarse en otras muchas cuestiones, por ejemplo, en placeres y voluptuosidad.

Desde la aparición de la ley que modificó el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio, resulta bastante apropiada la ocasión para analizar por primera vez los elementos más propiamente psicosociológicos de nuestro contexto actual: los procesos de asimilación que lanza el Estado, los procesos de búsqueda de coherencia de los individuos homosexuales y la función que cumplen los estereotipos con una revisión de las parejas del mismo sexo con o sin descendencia inscritas en el registro civil.

Un balance estadístico de estos pocos, aunque suficientes, años pasa por entrever en principio una tendencia semejante a la observada en los resultados definitivos del censo de población 2001, aplicado a las primeras parejas de hecho del mismo sexo en las comunidades autónomas de Aragón y Navarra: 39% de las parejas de hecho fueron entre mujeres y el 61% de las parejas de hecho fueron entre hombres. De los 22.124 matrimonios civiles entre personas del mismo sexo que se han celebrado en España desde el acceso a este derecho hasta diciembre del 2011¹, el 65% corresponde a parejas de gays y sólo el 35% corresponde a parejas de lesbianas. Si además cotejamos los datos de los cónyuges del mismo sexo por la edad en que contrajeron matrimonio durante los primeros dos años de la aplicación de esta ley, observaremos, nada más y nada menos que el 80% de los matrimonios civiles entre personas del mismo sexo de más de cincuenta años eran parejas de gays y sólo el 20% de estos matrimonios civiles entre personas del mismo sexo de más de cincuenta años eran



©stockvault

¹ Censo total de la población 2011, Instituto Nacional de Estadística

lesbianas, lo que subraya una clara diferencia de género a la hora de interpretar y ejercer el derecho al matrimonio dentro de una minoría declarada homosexual.

Tal tendencia viniendo de generaciones maduras evidencia experiencias de vida cualitativamente distintas a través de los cambios sociales y legislativos que se vienen produciendo en estas últimas tres décadas de incipiente democracia y que, sin lugar a dudas, están afectando, sustancialmente, más a las mujeres a favor de su autonomía que a los hombres, por ejemplo, la ley del divorcio o la comercialización de los anticonceptivos orales.

Numerosas son las historias de mujeres maduras que estuvieron casadas, tuvieron hijos y separadas o viudas de un anterior matrimonio heterosexual, hoy, mantienen una relación afectiva con otra mujer. Confinadas en el ámbito privado a la propia satisfacción sexual y en el ámbito público a la realización personal, el derecho a pensiones de viudedad o el reconocimiento de los hijos, puesto que ya son mayores de edad, no influyen lo suficiente para plantearse formalizar legalmente su nueva situación de intimidad con un segundo matrimonio.

Inmiscuidas como están en una etapa de autoconocimiento y a sabiendas de que una relación estable y lograda es notablemente beneficiosa precisamente porque muchos de estos beneficios desaparecerían si trataran de volver a aquella norma social de que todo el mundo debería casarse para toda la vida, seguramente, en su nueva etapa y para marcar la diferencia con el pasado, ellas optarían por la pareja de hecho.

Sin embargo, para los hombres maduros cuya homosexualidad fue penalizada por la dictadura franquista con la aplicación de la Ley de Vagos y Maleantes hasta la actual Constitución en 1978. Y reprimida bajo el enunciado de “delito contra el honor” en el Código de Justicia Militar hasta 1986 aleteando, en cierto modo, hasta el año 2001, cuando el servicio militar se postergaba obligatorio en España. Y, afectados, además, por el SIDA desde finales de los ochenta, con el prejuicio de la promiscuidad a las espaldas, el matrimonio vino a ser indisociable de exigentes expectativas sobre la responsabilidad, como suponen las pensiones de viudedad, la posibilidad de adoptar hijos o de regularizar a amigos y amantes extranjeros. Además, el matrimonio ofrece a la gente una terminología y una imagen pública positivas, que fijan pautas claras no solo para la conducta de la pareja sino también, para el respeto que los demás deben manifestar por esta relación.

No obstante, al hacer otro corte generacional en los datos de matrimonios del mismo sexo celebrados en el año 2010 entre cónyuges de 25 a 39 años, ya no encontramos apenas ninguna diferencia cuantitativa en relación con el género, de hecho, la mitad, 49,8% fueron gais y la otra mitad, 50,2% lesbianas. Ha bastado una generación para lograr la homogenización entre sexos dentro del colectivo.



©Jay Mantry

Este cambio de actitud hacia el matrimonio por parte de las lesbianas jóvenes en comparación a las lesbianas maduras, es, en cualquier caso, además del posible resultado de las representaciones previas que sobre ellas mismas tienen gracias a series de éxito internacional como *The L World*, *LipService*, *Sugar Rush* o los personajes de Maca y Esther o Pepa y Silvia en las españolas *Hospital Central* y *Los Hombres de Paco*. Es la opción de elevar a compromiso oficial, posibilidad poco antes inexistente o mejor dicho, negada a este tipo de relaciones, que se está reinventando en un acto de activismo romántico y constituye una auténtica revolución en los países occidentales.

Cada vez más mujeres eligen casarse con otra mujer y cuando se deciden a ello, lo hacen más jóvenes que sus coetáneas heterosexuales. Hoy, las españolas se casan a los 34 años y son madres a los 32,3 años. En otras palabras, se están casando literalmente con el padre de sus hijos tras haber experimentado la convivencia y el reparto de responsabilidades. Las mujeres que se autodefinen como homosexuales y bisexuales, en cambio, apuestan por la compañía de otras mujeres a largo plazo sobre una base puramente humana, sin hijos, sin dependencias más allá del amor y la afinidad con esa persona, porque el matrimonio, pese a ser hoy más frágil que nunca, continúa siendo la más elevada expresión del compromiso que existe en nuestra cultura.

Conclusión

La emancipación económica y la reivindicación del placer vienen de la mano. La sexualidad femenina liberada, por primera vez en la Historia, del apego a la reproducción, se viene desarrollando en paralelo a los métodos de contracepción más modernos y las técnicas de reproducción asistida. Los ideales del amor romántico que han influido más y durante más tiempo en las aspiraciones de las mujeres que en las de los hombres, se están materializando en cierto modo, en los compromisos activos y radicales que constituyen los matrimonios de las lesbianas. Si bien podemos interpretar los datos estadísticos como tendencias de la población actual y sus valores, al hacer un análisis contextualizado de los datos cuantitativos de esta primera década en cuanto al número de bodas registradas en el ámbito nacional podemos constatar in crescendo el número de matrimonios de mujeres. La sexualidad femenina se despegue irreversiblemente del desmedido predominio de la experiencia sexual masculina.

BIBLIOGRAFÍA

Giddens, A. (1998) *La transformación de la intimidad*. Madrid: Cátedra.

Koedt, A. (1968) *El mito del orgasmo vaginal*. New York: Radical Women

Gerhard, J. (2001) De vuelta al "Mito del orgasmo vaginal": el orgasmo femenino en el pensamiento sexual estadounidense y el feminismo de la segunda ola. *Rev. Debate Feminista*, v. 23, p. 220-253.

Laan, E. et al. (1994) Women's sexual and emotional responses to male and female-produced erotica, *Archives of Sexual Behavior* 23 (2), 153-169.

NOTA:

Las estadísticas son de elaboración propia a partir de la base de datos del INE.

5

DEL AMOR AL ARTE

Cuatro conversaciones

Job Sánchez Julián
(Ares, A Coruña 1979)

Vive y trabaja en Gijón. Es licenciado en Bellas Artes por la Universidad de Salamanca y máster en Género y Diversidad por la de Oviedo. Aunque su trabajo es prácticamente pictórico, está interesado en todo lo que tiene que ver con la cultura visual. Ha desarrollado trabajos relacionados con el diseño, la docencia, la crítica de arte y la gestión cultural.

Resumen: Este artículo trata de encontrar las relaciones que pueden existir entre el amor y el arte. Se centra en los procesos creativos y parte de una posición positivista, apoyándose en corrientes filosóficas postmodernas. Se completa con cuatro conversaciones con otras tantas creadoras que, con su propia voz, ayudan a modelar la propia del autor.

Palabras clave: Arte y amor, procesos creativos, artes plásticas, poesía

Abstract: This essay tries to find relationships that may exist between love and art. It focuses on creative process and its starting point is a positivist position, relying on philosophical postmodernism. It comes complete with four conversations with as many creators who, with his own voice, help shape the author's own.

Keywords: Love & art, creative process, visual arts, poetry

La experiencia de vida como relato científico

El amor, siempre el amor. Cualquiera que haya tenido alguna vez una inquietud artística ha recurrido al amor: el poema infantil de métrica exacta y rima cansina a una madre o los versos adolescentes y rebosantes de *miradas*, *labios*, *corazones*, *brisas* y *tormentos*. El amor es el gran tema, es el motor.

En una conversación, otra anterior a la que aquí se recoge, con Olalla Hernández Ranz -mientras preparábamos unos talleres- tratamos los principales tópicos a los que se recurre en cualquier proceso creativo. De manera sucinta podemos hablar de cuatro: el amor, la muerte, la búsqueda y el paso del tiempo; cada uno con su adjetivo modificador o sus metáforas (el amor platónico, la muerte como pérdida, la búsqueda que nos empuja a emprender el viaje, la vejez,...). Aunque, de alguna manera, el amor contamina a todos. Así, encontramos en la historia de la literatura épicos viajes empuja-

dos por una pasión desmedida o relatos de amores prohibidos que terminan en suicidios a pares. Si el ser humano es una máquina -como nos gusta definir a las personas que nos dejamos seducir por las teorías posestructuralistas- el amor es, como decía, el motor. Y será con la ayuda de un grupo de autores y autoras que continúan la corriente de pensamiento iniciada en la década de los sesenta del siglo pasado, además de con las cuatro conversaciones que adelanto en el subtítulo, cómo me enfrente a este relato de vida disfrazado de ensayo.

Tenía pensado comenzar con eso de “yo pinto desde pequeño” -esta expresión forma parte de mi *statement* desde hace algún tiempo y por pereza nunca la cambio- pero mi mejor crítico, que es también mi pareja -¡ay, el amor! ¿lo ven ustedes?-, siempre me recuerda que todas las criaturas pintan y dibujan. ¿Será esta educación artística tan exigua y enfocada a destrezas manuales la culpable del abandono de un hábito tan saludable? ¿Será que los que nos dedicamos a algún oficio artístico nos creemos poseedores de un don divino que nos acompaña desde nuestra niñez? Para responder la primera pregunta necesitaríamos otro estudio aparte. La segunda cuestión se puede responder con una pizca de conductismo: nuestras inquietudes se explicarán por la educación global que recibimos sumada a todo aquello que nos produce placer. El gusto se adquiere, se modifica y moldea como nuestros cuerpos e ideas con el paso del tiempo. Pero todo esto, profesionales de la psicología, se lo dejo a ustedes: yo he venido aquí a hablar de amor y de arte, del amor al arte y del arte por amor.

Aunque desde una visión erróneamente adjetivada romántica -y esto me lo aclaró otra de las invitadas a esta conversación, Alba González Sanz- el amor llega a ser algo enfermizo y desigual, voy a quedarme con el componente placentero, mucho más positivo. Vuelvo a mi infancia. Fueron muchas las horas que pasé desgastando ceras de colores y diluyendo acuarelas sobre cualquier soporte. Estos dos ejemplos no los escribo al azar, me servirán para explicar qué pinta el placer en todo esto.

Crecí en un pueblo marineramente ubicado en una península, una villa que en época estival recibe algún veraneante pero que en invierno la habitan personas a las que pones nombre y apellidos porque o bien son familiares o amigas o vecinas. Mis padres regentaban un bar y mis dos hermanas, mis dos hermanos y yo nos criamos en este entorno. Mi juego preferido fue pintar sentado en alguna mesa libre. Las ceras eran un material maravilloso: se deshacían con un poco de calor, se mezclaban, su trazo se podía modular a mi antojo, no había soporte desagradecido. No ocurría lo mismo con las acuarelas. Nadie me había explicado que las técnicas húmedas eran más idóneas en un papel de algodón y no lo eran tanto en reversos de sobres de facturas, folios, libretas y algún bloc de dibujo de dudosa calidad comprado, sólo en ocasiones especiales, en alguna de las dos papelerías del pueblo. El placer de ese contacto con la materia de una manera primaria, casi primitiva -pigmento

*“El gusto se adquiere,
se modifica y se moldea
como nuestros cuerpos
e ideas con el paso
del tiempo”*

y aglutinante sin más-, era mayor que el que me producía ver cómo el papel se desintegraba por el exceso de humedad... La curiosidad, el reconocimiento familiar y el disfrute fueron más fuertes que cualquier limitación técnica.

Toda esta mini biografía no hace más que ejemplificar cómo el amor (por conocer, por y hacia la parentela y con su componente placentero) inclina la balanza de nuestras decisiones, nos hace seguir uno u otro rumbo vital, nos define como *sujetos en devenir*:

¿Qué es, pues, este sujeto en devenir? Es una porción de materia viva, sensible, activada por una pulsión fundamental de vida: una *potentia* (antes que una *potestas*) -no por la voluntad de Dios ni por la clave secreta del código genético- y, sin embargo, ese sujeto está integrado en la materialidad corpórea del sí mismo. Ante todo, el sujeto encarnado intenso o nómada es una entidad transversal que incorpora influencias externas y que, simultáneamente, despliega afectos hacia afuera. Este sujeto, que es una unidad móvil en el espacio y en el tiempo y, por lo tanto, una especie de memoria encarnada, no sólo está en proceso sino que además es capaz de perdurar a través de múltiples variaciones discontinuas sin dejar de conservar una extraordinaria fe en sí mismo. (Braidotti, 2009:216)

Si unas líneas atrás mezclábamos conductismo y placer, sumemos nuevos ingredientes tras esta cita de la filósofa Rosi Braidotti. Al anteponer la pulsión a la predisposición, el sujeto queda definido de manera más carnal. En el caso de los sujetos creadores, sirva como ejemplo ese contacto con la cera de mi *yo niño*; un acto completamente físico que activa la *potentia* que impulsa a ir un paso más allá. De aquí nace esa necesidad expresiva que, si no hemos desistido por el camino, se hace verbo, música o pintura. Y hablo de necesidades y no de capacidades con el convencimiento de que la memoria juega también un papel importante.

Muchas de las prácticas artísticas contemporáneas utilizan la memoria como materia prima. De manera global o individual, desde la igualdad o la diferencia, la memoria recorre lugares y épocas; materializándose en biografías o retratos, por citar dos géneros de referencia. ¿Tal vez toda obra de arte tiene algo de ambos? Si entendemos la creación como representación -volver a presentar- en cualquiera de sus fórmulas, desde las más abstractas a las más icónicas, otorgamos a la memoria ese papel importante. Los productos o procesos artísticos sirven para canalizar esas ideas, figuras, historias, etc. que hemos vivido o imaginado -obsérvese que imaginar tiene el mismo origen que imagen, ambas vienen del latín “imago” (retrato, copia, imitación)-.

El acto creativo se asemeja, de esta forma, al enamoramiento. Las expresiones que utilizamos coloquialmente tienen que ver con respuestas físicas: sentir mariposas en el estómago o cómo se acelera el corazón. El estado, llamémosle normal, se ve alterado. Un impulso que precede al pro-

“El acto creativo se parece, de esta forma, al enamoramiento. Las expresiones que utilizamos coloquialmente tienen que ver con respuestas físicas: sentir mariposas en el estómago o como se acelera el corazón”

ceso. Son estos paralelismos entre arte y amor los que vertebran este trabajo. Por un lado, intento explicar cómo el amor se relaciona con el arte y, a través de cuatro conversaciones con otras tantas creadoras, establezco ese puente bidireccional entre ambos conceptos.

Podemos afirmar que, en base a todo lo dicho anteriormente, el amor pasa de ser el gran tema (o uno de los más importantes) a condición para que exista el arte. Al asumir esta premisa se está proporcionando una herramienta de gran utilidad a la crítica y a la historiografía del arte, permitiendo el acercamiento a una definición válida y a un análisis menos formalista. No hay entre ambas categorías relaciones jerárquicas, apenas una dependencia simbiótica, por poner una metáfora. Nos encontramos pues, con dos conceptos que se mueven en un espacio liso (en contraposición al estriado):

En *Mille Plateaux*, Deleuze y Guattari presentan los conceptos de *espacio liso* y *espacio estriado* como una extensión de las ideas nietzscheanas en torno al ser y el devenir.

El espacio estriado es el lugar de la inmovilidad, de la permanencia, constituido por sujetos y objetos, donde todas las cosas tienen su sitio, donde todo está ordenado y organizado, medido y previsto. Sus estrías son formas que estructuran la materia de manera global y centralizada, desde una perspectiva exclusivamente óptica.

El espacio liso, sin embargo, se desarrolla por conexión local, proximidad y yuxtaposición de elementos, en un movimiento permanente, donde la orientación y los puntos de referencia no cesan de cambiar. Más que un espacio homogéneo, el espacio liso es amorfo e informe; por él circulan «intensidades, vientos y ruidos, fuerzas y cualidades táctiles y sonoras como en el desierto, la estepa o los hielos». Es un espacio sensual en lugar de mental. (Freire, 2005:160)

Por muy intelectual que sea la práctica artística sólo existe como tal cuando está originada o atrapada en esta maraña de intensidades y fuerzas placenteras que describen Deleuze y Guattari. El arte se conecta íntimamente con el mundo de los afectos de tal manera que el Amor (nótese que es la primera vez que lo escribo con mayúscula) pasa a ser la fuerza motora.

Conversa con Rebeca Menéndez¹

Job: Uno de los trabajos que vienes desarrollando desde hace años son un conjunto de instalaciones gráficas, narrativas con unos personajes femeninos, donde sólo hay una modelo que es tu prima. Hablamos pues de una relación de afecto, aunque después -y esto es una suposición mía que ahora me aclararás- las historias son muy abiertas. Sea como sea, partimos de una forma de amor, en este caso de una relación familiar.

Rebeca: Se trata de mi prima Gloria que ahora tiene quince años. El proyecto empezó cuando ella tenía cuatro. Además tenemos muchas cosas en común que tienen que ver con nuestro carácter o la forma de enfrentarnos a las cosas; entonces, claro, viendo su infancia me recordó mucho a la mía. Por supuesto que hay mucho afecto ya que en el tiempo pasado, sobre todo en el relacionado con la infancia, siempre hay algo de añoranza: sentirte inocente, la ilusión por aprender y descubrir,...

J: Es curioso esto que me comentas porque una de las tesis que siempre mantengo es que cualquier manifestación artística, sea del tipo que sea, independientemente de técnica o estilo, tiene algo de autobiográfico.

R: En el caso de la serie de las niñas por supuesto que sí aunque, claro, Gloria siempre aporta algo de información extra gracias al modo en cómo se desenvuelve ante determinadas situaciones. Y aunque, como te digo, se parece bastante a mí, ella es más extrema que yo. Cuando se obsesiona por algo, sufre bastante y yo creo que nunca he llegado a esos extremos. Pero en mi otra línea de trabajo, las fotografías, parto de mis propias historias, lo que pasa es que me parecería redundante o señalarme mucho si también apareciera yo. Pero en realidad hablo de mí.

J: Claro, marcar una cierta distancia pero sin desmarcarse de la historia personal.

R: Sí, de hecho todas las modelos son amigas mías y aunque intento encajar a la modelo dentro de la historia, no dejo de mantener un vínculo con todas ellas.

J: Hasta ahora hemos hablado de relaciones de afecto pero, cuando hablamos de amor o de la relación del amor con el arte, aparece ese concepto del amor romántico. Son historias o referentes que a mí, por ejemplo, no me han influido en mi trabajo. Parto más de pequeños momentos cotidianos donde están presentes esos afectos, ese amor, y esos cuidados que no llegan a esos grados de edulcoramiento.

R: Sí, sobre todo en los principios de este tipo de amor.

J: Y ¿cómo trabajas tú ese concepto?, si es que realmente forma parte de tu trabajo.

R: Pues yo creo que me interesa más, incluso, el desamor o las dependencias. Pero siempre que trabajo sobre esta idea lo hago desde un punto de vista que no obvia que en algunas ocasiones puede ser una trampa.



El susurro de lo efímero de Rebeca Menéndez

¹ Nacida en Avilés en 1976. Licenciada en Bellas Artes por la Universidad de Pontevedra. Participa en diversas exposiciones individuales y colectivas de carácter nacional e internacional, recibiendo también distintas becas y premios.

J: O sea, una mirada a este amor romántico pero con su correspondiente crítica.

R: Sí. Como parto de lo autobiográfico -ya te digo que todas las imágenes surgen de experiencias propias- en momentos de cierta frustración personal o de angustia, no sé si por una especie de compensación, pero me da la sensación de que ese revoltijo emocional, esos conflictos contigo, con lo que quieres, con lo que sabes que debes hacer,... a mí siempre me han proporcionado ideas que han funcionado muy bien porque no caes en lo evidente o en soluciones fáciles. Hay una parte peligrosa cuando estás en una fase de romance o enamoramiento y es que lo embelleces todo, lo positivizas todo. Por el contrario, el desasosiego lo magnifica todo, incluso las anécdotas insignificantes las cargas de mucho valor, un mayor peso, como si procurases cuanto más drama mejor. No sé si te respondí...

J: ...tampoco quiero que se convierta esto en un interrogatorio, sólo pretendo encauzar una conversación que me ayude a explicar cómo el amor puede influir en el arte.

R: También te digo que todos los que nos dedicamos a cualquier tarea creativa es por una cuestión de amor a nosotros mismos... ¿egolatría? no sé. No hasta el punto vanidoso, pero sí una cuestión que tiene que ver con proponerse un reto y saber superarlo. Y eso para mí también es amor: amor propio.

J: Me gusta -y me llama la atención- que salga el tema, en relación con el amor, de la superación de retos -sobre todo ahora que mantenemos esta conversación para incluir en una publicación centrada en la psicología- y ese componente artístico que tiene que ver con el exorcismo de miedos, la sanación o la terapia, incluso. Entonces se abren varias líneas: el amor, con sus diferentes concepciones, nos incita a crear; crear surge también como necesidad de gestionar vida y emociones, con ese componente terapéutico. A mí me parecen muy interesantes todas las prácticas que tienen que ver con el arte como terapia o las que se inscriben dentro de la corriente *outsider*. Son propuestas que recibimos muy favorablemente pero luego parece que hacemos muchas distinciones entre alta cultura, arte con mayúsculas, artesanía,... Y yo creo que, realmente, al final está muy pervertido este mundo del arte y deberíamos mirar un poquito más hacia esas relaciones afectivas o de empatía entre público y sujeto creador.

R: La verdad es que he estado pensando varias cosas mientras hablabas. Por un lado, y es mi caso personal, yo me comunico mejor con la imagen que con la palabra. De hecho, las imágenes tienen ese carácter de universalidad. Por ejemplo, la mejor manera de acercarse a los niños de pequeños y conocer sus traumas o sus miedos, es recurriendo a lo que expresan con sus dibujos. Con respecto al mundo del arte, creo que en cuanto catalogas algo ya lo estás pervirtiendo, lo estás limitando o acotando... y creo que es un gran error. Muchas veces he constatado que la reacción del público en exposiciones o ferias cambia después de conocer

al autor; notando una diferencia muy significativa que va desde el desprecio al elogio en cuestión de segundos...

J: ...en cuanto conocen un nombre y apellido concreto.

R: Claro, es algo completamente cultural. Repite estereotipos ante la experiencia estética apoyada en referentes anteriores. Me interesa más ese contacto con la obra cuando se defiende sola, sin buscar más allá de ti. Yo a ese nivel es dónde me muevo y es estimulante conocer el trabajo de otros autores pero sin tener en cuenta quién es el responsable de esa obra porque ese no es mi interés principal.

J: Buscas más ese reconocimiento en la obra...

R: ...esa emoción. Y me puede ocurrir con cualquier obra de *street art* que me encuentre por la calle, por ejemplo, sin una firma. Para mí es un modo de arte muy generoso que sólo pide como recompensa esa mirada de la gente o, incluso, denunciar algún aspecto de la sociedad con una imagen. Despertar, de alguna manera, un sentimiento o una actitud ante alguna situación. Yo es que creo que el mundo del arte peca de pedante. El valor de una pieza no se puede considerar porque esté envuelta en determinada elegancia, o lo que se considera elegante. Son cuestiones que yo relaciono con, por ejemplo, esas inauguraciones con toda la gente vestida de domingo y tomándose un vino o unos canapés...

J: ...ya. Cuando, a lo mejor, una celebración del arte como nos gustaría implicaría un intercambio más emocional. Emisores y receptores juntos en un fluir de experiencias que construyan la obra de manera más dialogante.

R: Sí, porque lo que se hace normalmente es cómo juzgar un libro por su cubierta. Despiertan el interés por determinado currículum o porque está representado por esta o aquella galería. Me parece, sobre todo, un acto de cobardía. Es bueno tener información y tener una predisposición para el aprendizaje, pero hay que enfrentarse a las piezas dejándose impregnar por otro tipo de estímulos.

J: Para ir terminando, porque tampoco quiero entretenerte mucho, me gustaría hablar un poco sobre un concepto que no había salido hasta ahora en las conversaciones y que es la cobardía. No con una connotación negativa como antónimo de valentía, pero sí como un impedimento del público, un impedimento cultural, para abrirse o predisponerse a actitudes más positivas en cuanto a las experiencias estéticas. Y, como siempre, volvamos al amor. Intentemos conectar ese amor canalizado en la creación artística con esa cobardía, entendida como venda o yugo cultural que nos impide ir un paso más allá... que nos convierte en maniqués...

R: ...en reproductores...

J: ¡En reproductores, eso! Entonces, ¿cuánto de valentía tiene amar?

R: Es imprescindible. La cobardía merma las cosas. En el amor hay que ser especialmente generoso y valiente. Todo lo que sea dudar, una excesiva cautela... merma el amor; que lo que necesita es absoluta entrega y dedicación. Y para eso hay que ser muy valiente.

J: Muchas gracias, Rebeca, me ha parecido un broche perfecto.

R: Gracias a ti, hablar contigo es un placer.

Conversación con Mariana Bernardo²

Job: Yo tenía mucho interés en mantener una de las conversaciones para este artículo contigo porque, ya desde que colaboré con un texto para aquella exposición tuya en el CCAI, vengo observando que en tu trabajo hay un “tú” al que te diriges. En títulos, en referencias, hay una persona que se nombra -de alguna manera- aunque luego la obra se exponga a un público en general. Además, está presente una temática que está muy relacionada con el amor. Me gustaría que me contaras un poco cómo nacen estas historias.

Mariana: Todo nace de la experiencia personal que es lo que me impulsa a desarrollar un proyecto determinado, que me planteo como una forma de sanar y de desahogar.

J: Entendemos el arte como un modo de catarsis, entonces. Me parece un punto de partida interesante, pero llevándolo al tema que nos ocupa, ¿esa experiencia personal tiene mucho, poco o algo que ver con el amor?

M: Sí, para mí el amor es el nexo en común de todos los sujetos. Un sentimiento que comparten todas las identidades.

J: Afirmas que el ser humano está dotado para amar. Que es un sentimiento universal.

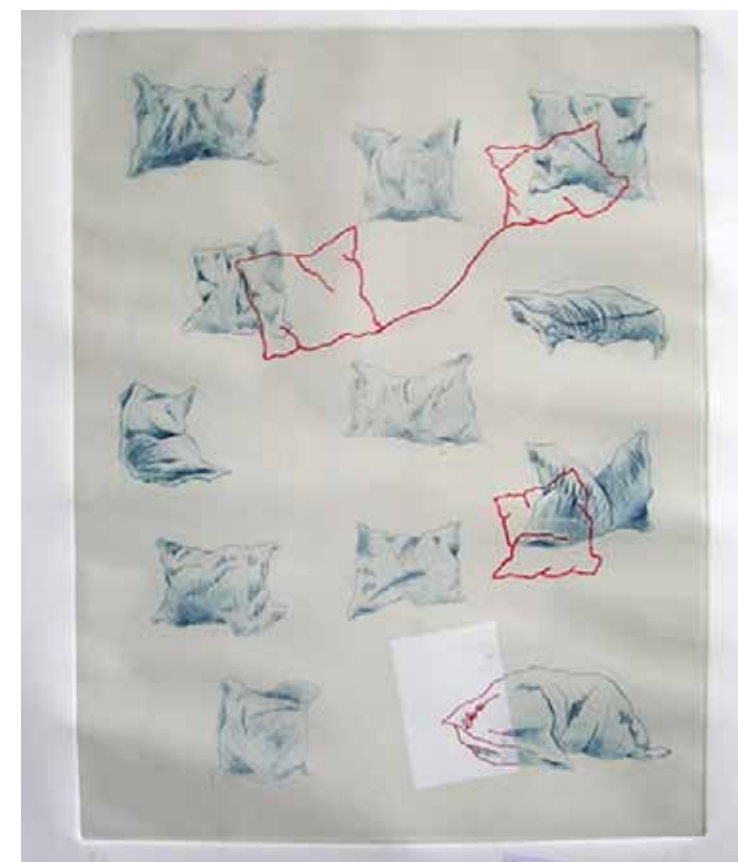
M: Sí.

J: Y eso de manera irrefutable, claro.

M: Yo no conozco a nadie que no haya sentido algo parecido pero, claro, yo siempre te hablo desde lo que conozco, de mis vivencias. Desconozco lo que está oculto. El amor, además de servir como conector entre los individuos, es el motor de sus vidas. Lo interpreto como un lenguaje común.

J: El amor va más allá de un tema en el arte...

M: ...yo lo entiendo más como lenguaje. El arte sería la forma de expresión: la lengua, por así decirlo.



Huellas en la almohada, bofetadas en la memoria
de María Bernardo

² Nacida en Gijón en 1984. Licenciada en Bellas Artes por la Universidad de Sevilla. Su trabajo se centra en el amor y en sus desencantos como parte universal del ser humano.

J: Hay paralelismo entre cómo entendemos arte y texto: con su gramática...

M: ...siempre que inicio cualquier proyecto parto del texto. A estas anotaciones se le suman bocetos y esquemas que van configurando cada nuevo proyecto.

J: El componente conceptual tiene más peso. En tu caso, que trabajas sobre todo pintura y fotografía, no piensas primero en una imagen a la que dotar de significado. A partir de la recopilación de información, se genera la obra plástica y siempre en relación con el amor, entendido como ese lenguaje universal que me dices.

M: También me llama la atención que, de entre los otros tipos de manifestaciones artísticas -literatura, música, etc.- es el tema más común. En cambio, en las artes plásticas no lo es tanto. Se tratan otros aspectos más políticos que poéticos. No sé a qué se debe esas diferencias entre disciplinas.

J: Pero yo, por ejemplo, no concibo la política sin estar ligada a la estética. Intento siempre equilibrar la balanza de mis intereses y optar por un trabajo menos intelectual, evitando una lectura muy dirigida.

M: Tú estás hablando sobre tu trabajo...

J: ...ahora sí, estamos en una conversación. Pero lo digo porque me parece que en tu caso es diferente.

M: Claro, yo aunque hable de mí misma en el trabajo, dejo al espectador que se busque a sí mismo. “Yo es otro”, que dijo Rimbaud.

J: Y volviendo al “tú” inicial con que comenzaba, ¿trabajas siempre con el concepto de amor romántico?

M: Sí. A ti te gustaría que no, pero es así.

J: No es eso exactamente, pero es que yo tengo una tesis y necesito contrastarla con otras opiniones. No es que te quiera llevar a mi terreno.

M: Yo hablo del amor romántico que, aunque se mezcle con otros discursos, siempre está en el fondo de cada trabajo.

J: Insisto en darle vueltas al tema ¿puede haber una mirada crítica? Porque de mi lectura de tus obras yo siempre saco una mirada muy irónica, con una estética cercana al *pop*, en algunos casos, o en el uso de frases hechas, en otros.

M: Sí, esa ironía que siempre está presente en nuestra vida, en lo que nos acontece. Los refranes representan la sabiduría popular, se transmiten por tradición y hablan de experiencias que siempre son las mismas, en la época que sea. Igual que las canciones populares y sus protagonistas: la novia, el novio, la boda... que se repiten generación tras generación. Y acabas por asumir ese discurso, esa problemática.

J: Recopilando, tenemos: lenguaje, el amor romántico como lenguaje universal y, además, de manera diacrónica. Si el lenguaje es una forma de comunicación, ¿qué es lo que nos empuja a los artistas a comunicarnos de determinada manera? ¿Dónde está el impulso para representar algo de una manera u otra?

M: En mi caso, el medio siempre es el grabado, por lo menos durante el proceso, aunque luego se materialice en una pintura o un dibujo. La técnica está al servicio de las ideas.

J: El punto en común es que técnica o medio no tienen por qué condicionar la lectura.

M: Para mí no tiene importancia. Una frase escrita hace muchos años puede fusionarse con una imagen reciente y convertirse en un buen mensaje. La técnica sólo debería tener importancia para los restauradores. A un espectador qué más le da una técnica que otra...bueno, debería darle igual porque luego, claro, entran esas cuestiones diferenciadoras entre una obra u otra. La que es sobre papel es más difícil de vender, la pintura se revaloriza,...

J: ...ya, pero no hablemos del comercio del arte. Me interesa, más que el objeto artístico, el arte como mediador de poéticas, favoreciendo sinergias entre público y creadores. Aunque si quieres, sí que podemos hablar del mercado artístico...

M: ...no, no, no.

J: Pues si dejamos el dinero aparte, hablemos de esa frase que sé que no te gusta nada: “por amor al arte”.

M: Nada, es una expresión que me parece que devalúa el sentido del arte, como si se obrase sin ganas. Además, es una expresión tan manida! Y mira que me gustan los refranes. Pero es que además es muy dañina porque ¿cómo la gente va a valorar el arte con una frase tan extendida y con semejante carga de significado?

J: Tú, en cambio, le das mucho valor.

M: Le daba demasiado valor, ahora ya no tanto. Me tomo el arte menos en serio. Quizás también tiene que ver con que estoy desencantada con el sistema del arte que me rodea.

J: O bien porque contraste la manera de sublimar ese amor por otro lado.

M: A ver, el arte siempre está ahí. Mi amor al arte está muy presente. A lo que me refiero es que no me afectan tanto esas “injusticias” del mundillo artístico. Es como si estuviese acostumbrada a convivir con la parte más perversa del arte.

J: Quizás esa mirada al entorno artístico ya no es tan crítica o determinadas prácticas ya no te incomodan tanto. Estás menos pendiente de lo que pasa alrededor, pero también eres una artista

con muchos referentes. No desligas tu trabajo de una tradición, por decirlo de alguna manera.

M: No, no creo que sea eso. Me gusta disfrutar del trabajo de gente afín. No es que me base en otros trabajos para desarrollar el mío, simplemente encuentro obras con las que me identifico. Y encontrarme este tipo de artistas con un trabajo similar me ayuda a quitarme miedos. Descubro que hay más gente que se plantea soluciones parecidas y esto implica que el público también se ve reflejado.

J: ¿Buscas una cierta identificación?

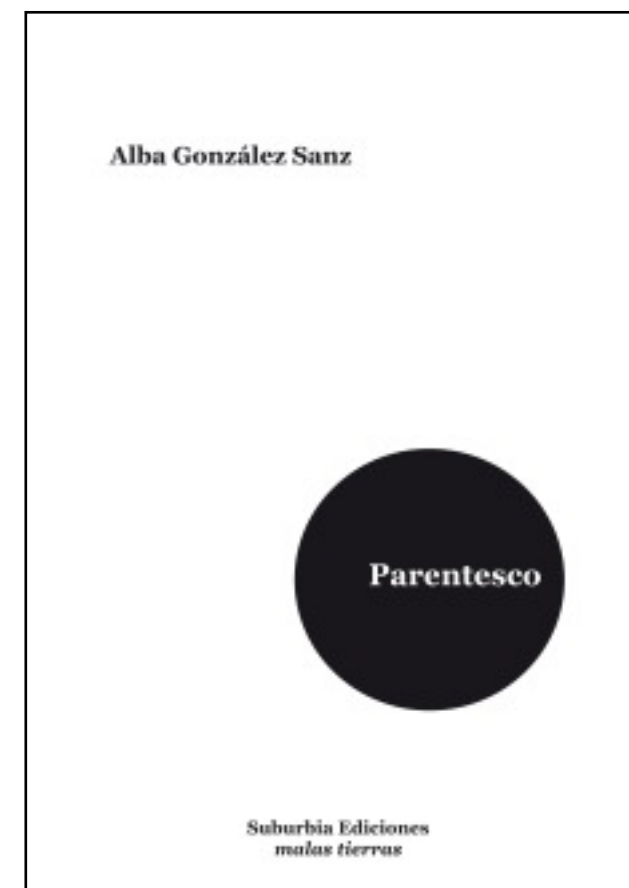
M: Tampoco es que la busque. El encuentro me propicia cierta seguridad. Es como cuando te dan un premio, no es que sirva de mucho, más allá de reconocer un trabajo, y piensas: lo estaré haciendo bien.

J: Ahora que sale la seguridad, y para terminar, ¿crees que nos da algún tipo de seguridad el amor o el arte? ¿o hablamos de conceptos completamente inestables? que constantemente se tambalean, que se modifican, etc.

M: Yo el tema del amor veo muy difícil que sea estable. El arte es inestable de por sí, es difícil que salga bien y ser correspondido. Pero a mí me relaja o me abstrae, me ayuda a canalizar mis monstruos y mis fantasmas.

J: ¿Y puede llegar el amor a convertirse en un monstruo?

M: Sí, te convierte, de hecho. Y es que el “sueño del corazón produce monstruos”³



Portada de “Parentesco” de Alba González Sanz

Conversación con Alba González Sanz⁴

Job: Yo quería incluir una conversación contigo en este trabajo porque, además de la relación de amistad que nos une y de que ambos somos creadores en nuestras correspondientes disciplinas, me da la impresión de que en tu trabajo poético siempre está presente una temática de manera constante que tiene que ver con los afectos: amistad, sororidad, familia,... Me gustaría que me explicaras un poco cómo es tu visión, si realmente te reconoces en esta lectura.

Alba: En realidad, sí. Te agradezco la apreciación y en parte la comparto. Me interesan las relaciones entre personas y, cómo bien has dicho, no sólo desde la perspectiva de la pareja sino también todo lo que implica la amistad, el amor, la familia... Todas esas formas en las cuales nos relacionamos con un entorno, nos comunicamos y en donde entran en juego esos sen-

³ Juego de palabras en relación a la obra de Goya y que da título a una de sus series de grabados y dibujos.

⁴ Nacida en Oviedo en 1986, vive en Gijón. Licenciada en Filología Hispánica. Máster en Igualdad de Género en Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales y Máster en Género y Diversidad. Tesis doctoral, fpu mediante, en curso. Tiene publicados dos poemarios Apuntes de espera (Torremozas, 2010. XI Premio Gloria Fuertes de Poesía Joven) y Parentesco (Suburbia, 2012).

timientos tan exagerados algunas veces: el amor y sus variantes. De hecho, el último libro, *Parentesco* -ya el título es evidente- tiene que ver con la familia y cómo gestionar esto con respecto a la familia, que no elegimos, en la que caemos de alguna manera. Así, como sujetos con deseos de trabar nuestros propios caminos, nos toca gestionar los afectos desde los que venimos y encaminarlos en un contexto: ponerte de acuerdo con ellos, negociar, pelearte,... en esa construcción de ti misma. Y además de en la familia, creo que puede suceder -y de hecho sucede- en otros ámbitos, como en la amistad o en una relación de pareja. Son dos o más elementos que, con sus condicionantes, en una idea de relación, tienen que ponerse a fluir, a intentarlo, y tratar de lograrlo de la mejor manera posible.

J: Hablas de gestionar, que puede necesitar la activación de determinados mecanismos de defensa. Yo, igual es que peco de ingenuidad, tengo un concepto del amor demasiado positivo. Como gracias al amor, a la fluidez, se consiguen determinados objetivos pero que nunca te planteas que por causa del amor, de los afectos, tengas que pararte a construir algún tipo de coraza, negociar o rodear el concepto por otros lados. Yo defendía una idea de amor como motor pero no me estaba dando cuenta, o no veía claro, que también puede ser un toque de atención o alarma.

A: Es que por una parte, en general, cualquier persona puede estar de acuerdo en ese deseo del amor como motor capaz de derruir montañas y hacer la vida algo más sencilla. Pero eso es muy fácilmente contaminante por lo que técnicamente se llama amor romántico, por una serie de ideales e imposiciones que en cuanto a la pareja -y ahora hablo estrictamente de la pareja- nos afectan y nos condicionan aunque no nos demos cuenta y la mayor parte de las ocasiones nos hacen tremendamente infelices. Yo creo que en una relación, de cualquier tipo pero desde luego en la afectiva, cada cual llega desde un punto y tiene que, por un lado, hacer un proceso personal para saber quién es, cómo es, cómo quiere querer, cómo quiere que lo quieran y de ahí la idea de ir limando asperezas e ir encontrándose, ensamblándose, hasta que realmente ese fluir sea cierto. No digo, para nada, que no exista desde el principio -ese deseo tremendo que hace que todo avance y que hace incluso que seamos capaces de superar esas dificultades insalvables- pero desde luego, en el mundo en el que vivimos, todo nos dirige hacia un lado y, cómo te quieras salir de ese esquema, pues lo llevas claro. Además, en términos de pareja heterosexual, que es lo que en mi obra en ese plano se trata, hay una codificación de lo que ha de ser él, lo de que ha de ser ella, un camino marcado,... Entonces, toda gestión de ello que se escape mínimamente -incluso dentro de una propia pareja heterosexual- ya es una pequeña subversión del mandato y toca pelearte contra todo y contra todos. Pero no como una batalla en la que te levantas de la cama por la mañana y te vistes un traje de explorador para ver qué nos depara hoy el día. Creo que sí se puede hacer con fluidez. Y ahí acompaña el arte, acompañan las lecturas,... Hay un texto que escribí a cua-

tro manos con Laura Casielles que se titula *Abismos*, un texto que no está firmado y que es un continuo en sí mismo de preguntas, que en un momento dice -ella o yo, quién sabe- que “amor es lo que hacemos cuando amamos”. El intento por *hiperdefinir* las cosas es lo que, a veces, nos vuelve locos porque necesitamos certezas y cumplir una serie de objetivos. Y no, amor será lo que hagamos cada cual con quién sea, cómo le salga y de la manera que fluya. Por eso digo, claro, motor positivo desde luego -lo que mueve todas las acciones y lo que realmente nos mantiene vivos- pero, con una alerta inevitable que hay que tener y, en mi opinión, ya no sólo en esa relación de afecto, sino también el mundo laboral, en el económico,... Es decir, que esa autoconsciencia me parece importante. Y en cuanto a las parejas: es verdad que, en mi entorno o en las personas que puedo observar, tengo la sensación de que falta una honestidad con una misma y que son pocas las que se preguntan qué quieren y por qué lo quieren... y por qué, imaldita sea!, siguen la rueda común, que es lo más fácil pero también lo más opresor y conduce, demasiadas veces, a la infelicidad.

J: Vamos a dejar de lado, entonces, lo que son las definiciones. Nos queda claro que el amor está presente en esa observación de tu propia experiencia vital, sin excluir el entorno que nos rodea. Ahora, retomemos el arte: el arte como proceso creativo no como producto. Y me pregunto, la poeta escribe por el amor, desde el amor,...

A: ...con el amor, te diría. Para mí sí que es importante tenerlo no como objetivo o punto de partida sino como estado. Además, no significa que necesites una pareja concreta... no. Simplemente creo que, para una mirada hacia el mundo en general -no quiere decir que en otro momento pueda mirar con ira, odio u otro tipo de sentimientos- y al menos para mí, en todo el ejercicio poético, por mucho que me interese indagar en cosas dolorosas o complejas, la perspectiva del amor -ahí sí como especie de aire que respiramos- me parece importante sobre todo para no herir: para que todo se dirija hacia lo constructivo en un momento determinado. Me parece la mirada más limpia: ser capaz de investigar o indagar en lo que sea pero con ese sentimiento y no con otros, al menos en este momento de mi vida.

J: Detrás de esa mirada crítica aunque positiva, de ese análisis, aparece también la subversión; el enfrentarse con un determinado *status* o canon. Para ir finalizando, me gustaría escuchar una pequeña reflexión tuya sobre el amor subversivo.

A: Justo ahora estaba pensando en un libro de una buena amiga... ¡El amor subversivo! Te pongo un ejemplo concreto de una cosa sobre la que me gusta indagar, ligándolo con la palabra canon que has mencionado. Muchas de las imágenes que tenemos del amor -estas grandotas que nos caen encima- tienen que ver con los mitos clásicos o con ciertas herencias culturales que incorporamos. Siempre me ha parecido interesante jugar a darles la vuelta. Además, suelen ser histo-

rias contadas desde una perspectiva donde a los personajes femeninos no se les deja muy bien avenidos, y así estamos ¿no?, buscando príncipes y esas cosas... Pero también está la idea de subversión en el amor entendiéndola como ser consciente de todos los condicionantes y tratar de buscar otras maneras, otras miradas, que garanticen que todos vivamos una vida libre de violencias y que realmente sea feliz... va más allá de esa propia relación de pareja. En realidad tiene aplicación en todos los ámbitos. Hay que subvertir con amor la economía o la política, cosa que en el momento actual me parece muy interesante, y llevar el discurso de los cuidados a la agenda política... y a la relación entre políticos y ciudadanos dependientes. Pues como cuando Ada Colau habla de “feminizar la política” o como cuando Manuela Carmena afirma que “el ayuntamiento está para cuidar”. Utilizar estas palabras para mí tiene mucho de amor subversivo y aplicado dentro de un terreno que no es el creativo, pero que va un poco en la misma línea: indagar, de otras maneras, en todo aquello que se nos ha dado de forma monolítica -queda comprobadísimo que no es precisamente lo que nos hace muy felices o nos representa como personas- y buscar las vueltas para encontrar un lugar y un espacio mucho más amplio que no cierre a nadie.

J: Pues muchas gracias, Alba.

A: Pues muchas *de nada*s.

J: Ya sabes que, para mí, tú eres luz.

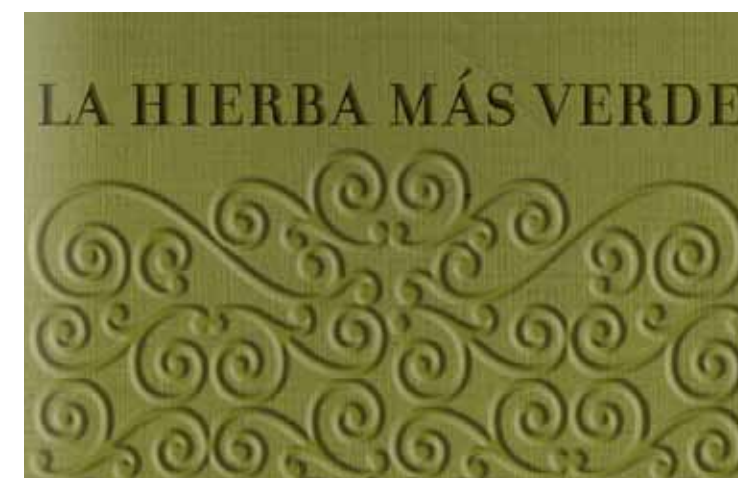
Conversación con Olalla Hernández Ranz⁵

(un correo electrónico a modo de conclusión)

Querida, Olalla

Para terminar un pequeño ensayo que estoy escribiendo para el Anuario de la Sección de Psicología clínica y de la Salud del COPG sobre el amor, el arte y sus relaciones; me gustaría incluir una reflexión tuya. Esta propuesta no responde a un capricho o es una elección aleatoria pues, cuando comencé a pensar en cómo lo desarrollaría, tuve muy presente nuestras reuniones preparando los talleres de narración visual. Recordaba cómo me hablabas de los cuatro grandes temas de la literatura sobre los que iríamos a trabajar. Pero, también, volvía a tu libro con Alejandro Nafría, *La hierba más verde*, en donde están presentes todos, creando un trabajo próximo a mi idea de obra de arte total.

En las entrevistas que he tenido hasta el momento he intentado confirmar mi tesis de que el amor llega a transgredir la categoría de tema para situarse próximo a energía o motor creativo. De esta



Fragmento de la portada de “La hierba más verde” de Olalla Hernández Ranz

⁵ Nacida en Sevilla en 1977. Licenciada en Filología por la Universidad de Salamanca y Máster en literatura y libros para niños y jóvenes e Investigación por la Autónoma de Barcelona. Ha trabajado en el ámbito de la promoción de la lectura y narración gráfica como docente, bibliotecaria, librera, investigadora, editora y autora.

manera, los conceptos de amor y arte se sitúan en un mismo plano, sin que medie entre ellos un vínculo de jerarquía o dependencia.

Partiendo de tu experiencia, que incluye uno de los perfiles más poliédricos que conozco dentro del ámbito de la creatividad, ¿cómo influye el amor a la hora de crear una historia o de seleccionar textos para editar? ¿cómo ves tú la relación entre ambas ideas?

Muchas gracias por tu colaboración y un abrazo,
Job

Hola, Job

Esta semana en un foro de discusión sobre el sentido de la vida, dentro de la formación de yoga que estoy recibiendo, llegué a la conclusión de que vivir amando es lo que da sentido en nuestra existencia. Partiendo de la base de que el camino que andamos está marcado por la búsqueda, concatenado de momentos dentro de un espacio de tiempo limitado que tendrá su fin con nuestra muerte, aquello que proporciona impulso vital y conciliación con nuestra esencia primera es el amor. La vida como la conocemos es amar y terminará, como la conocemos, con la muerte.

Entonces, cualquier proceso creativo viene impulsado por ese sentir. Uno se enamora de algo que quiere contar y da comienzo un proceso de búsqueda que da forma, materia, a esa idea; y así crea, ya sea su idea o la de otra persona.

Esta tarde, por ejemplo, me he enamorado de un Asana que se llama *Parivritta Trikonasana* y ahí estoy, creando una secuencia que me permita y permita a mis alumnas llegar y salir del Asana sanas y salvas; pero no sólo eso (porque eso sería sólo coherencia y amor al prójimo, amor hacia el yoga y respeto por mis alumnas, para que no se dañen y su camino hacia el Asana sea lo más liviano posible) dentro de cualquier proceso creativo con una intención artística, pienso que también existe amor hacia la belleza y el deseo de enviar un mensaje poético a través de la materia que creas. Ese mensaje irá en la forma: en las palabras que elijas para narrar, en las transiciones entre posturas, en cómo estará diseñado el espacio, en la música que pondrás, en el olor de la sala, el color de las mantas, de las alfombras, de los cojines, en mí misma. Con lo que creo que hay niveles de profundidad en el sentir, dependiendo de tu implicación, de tu bagaje o de tu naturaleza, que confluyen para hacer que algo nazca; sea lo que sea.

Un saludo,
Olalla

BIBLIOGRAFÍA

Braidotti, R., *Transposiciones. Sobre la ética nómada*. Traducción de Alcira Bixio. Barcelona: Gedisa (2009).

Freire, H., «La escritura: ¿espacio liso o estriado?», *Escritura e imagen*, núm. 1 (2005), pp. 159-177.



HERRAMIENTAS

"The Book of Days" de R. Chambers, 1864

HERRAMIENTAS

VÍNCULO AFECTIVO Y ALIANZA DE TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO: CUANDO AMOR Y TRABAJO VAN DE LA MANO

Yolanda Castro Casanova
PSICÓLOGA CLÍNICA. TERAPEUTA FAMILIAR
UNIDADES HOSPITALARIAS DE
REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA
(HOSPITAL DE PIÑOR, OURENSE)
PROGRAMA DE AVALIACIÓN E
TRATAMIENTO DE MENORES EN
SITUACIÓN DE RISCO OU DESAMPARO:
COORDINADORA-SUPERVISORA DO
EQUIPO DE OURENSE

M^a Gabriela Domínguez Martínez
PSICÓLOGA CLÍNICA
PROGRAMA DE AVALIACIÓN E TRATAMIENTO
DE MENORES EN SITUACIÓN DE RISCO OU
DESAMPARO: EQUIPO DE OURENSE
PSICÓLOGA CLÍNICA EN PSICOEDUCA SC
(PONTEVEDRA)

Resumen: Este artículo trata de ilustrar el procedimiento psicoterapéutico desde la perspectiva de la relación, vínculo o alianza terapéutica. El uso de elementos afectivos en el establecimiento y mantenimiento de la alianza de trabajo psicoterapéutico con pacientes no motivados, se ilustra con la descripción del procedimiento de intervención seguido con dos personas usuarias del sistema de salud mental y del sistema de protección de menores respectivamente. El tener en cuenta los elementos contextuales de los sistemas institucionales en los que se encuentran los pacientes, permite el establecimiento de un contexto de intervención terapéutica que marque una diferencia de cara a la confianza, colaboración e implicación personal en el proceso terapéutico.

Palabras clave: Vínculo afectivo, alianza de trabajo psicoterapéutico, relación terapéutica, protección de menores, trastorno mental grave.

Abstract: This article tries to illustrate the psychotherapeutic procedure from the perspective of the relationship, attachment or therapeutic alliance. The use of affective elements in the establishment and maintenance of the psychotherapeutic alliance with patients not motivated, is illustrated with the description of the psychotherapeutic intervention with two people users of the system of mental health and child protection system respectively. If we take into account the contextual elements of the institutional system in which patients are, it allows the establishment of a framework of therapeutic intervention that influences in the trust, the collaboration, and the personal involvement in the therapeutic process

Keywords: psychotherapeutic alliance work, therapeutic relationship, protection of minors, serious mental disorder

1. Algunas cuestiones previas

La revista que portará este artículo es un monográfico sobre El Amor. De las acepciones del concepto que la Real Academia de la Lengua Española incluye en su diccionario hemos extraído las siguientes:

- 1.- Sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser.
- 2.- Sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que, procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, alegra y da energía para convivir, comunicarnos y crear.

- 3.- Tendencia a la unión sexual (Amor romántico)
- 4.- Objeto de cariño especial para alguien.

Sinónimos: lealtad, afecto, cariño, estima, bienquerencia, simpatía, apego, respeto, interés, aprecio, ternura, pasión, aficción, predilección, querer, mimo, cuidado.

Antónimos: desamor, odio, desprecio y descuido.

El abanico de “interpretaciones” del término (y de sus antónimos) abarca una gran parte de los sentimientos que caracterizan la mayoría de las relaciones humanas. El uso de elementos afectivos tan “humanos” en el proceso de terapia ha sido objeto de crítica y debate en ámbitos defensores de la asepsia y el estatus profesional como posición ante nuestros pacientes.

En nuestra opinión, el amor, usado como base de establecimiento de una relación terapéutica, es una actitud que define la posición del terapeuta; es un estilo de “vida laboral”, una manera de entender la naturaleza humana y las relaciones interpersonales, no tiene una intensidad alta y su duración no está limitada. Es, además, un proceso activo y no pasivo, que tiene efectos preventivos del “*queme profesional*” o *burnout*.

Este artículo es fruto de la cooperación, colaboración y afectuoso cariño (una de las formas del amor) entre las dos autoras firmantes y Tamara Rego..., artífice y responsable de pensar que algo podríamos aportar al tema de este monográfico, el amor,(tema nuclear en eso de lo humano), desde nuestra experiencia conjunta en el tratamiento psicoterapéutico de personas con diagnósticos de TMG y de Menores en Riesgo de Exclusión y Desamparo.

El encuentro y establecimiento de una relación personal (vínculo afectivo) y profesional (alianza de trabajo) entre las autoras y la artífice de este artículo, comienza hace unos años en el marco de la realización de la Rotación de Rehabilitación Psicosocial del Programa PIR de Formación Especializada en Psicología Clínica en el área sanitaria de Ourense y continúa desde hace otros cuantos años en el marco del Programa de Tratamiento Psicoterapéutico de menores en Riesgo de Exclusión y Desamparo (Convenio de Colaboración Xunta de Galicia-Servicios de Menores y Universidad de La Coruña, 2012.), bajo la dirección y coordinación del Dr. Valentín Escudero.

Comenzaremos por aludir a los elementos “teóricos”, que como “supuestos” y no verdades, guían nuestra práctica clínica. Después trataremos de aclarar los elementos contextuales que definen, en parte, el trabajo con menores y con pacientes con TMG y que enmarcan un procedimiento psicoterapéutico diferenciado en las formas y en los tiempos, pero con la misma manera de entender lo humano tanto en el sufrimiento emocional como en la adaptación, afrontamiento y superación

del mismo. Se utilizarán viñetas clínicas de dos casos, a modo de ejemplo de aspectos del procedimiento, en las que resaltaremos aquellos aspectos relacionados con el amor en la vertiente que en cada momento del proceso resulta de utilidad para poder pensar en el éxito de la psicoterapia. Las viñetas clínicas son una invención, relato novelado, que tiene coincidencias con la realidad, pero construido con el fin de resaltar los elementos centrales a este artículo con fines didácticos, omitiendo o pasando de largo por otras posibles lecturas de los mismos casos clínicos.

2. Aspectos conceptuales

- Los supuestos teóricos generales del Modelo Sistémico, y de la Terapia Estratégica del MRI (Watzlawick y cols. 1985, 1994; Fisch y cols. 1988) en particular son la guía base de nuestra manera de entender y hacer la psicoterapia. Dentro de ello, la perspectiva del ciclo vital de Jay Haley (1980), también nos aporta una guía sistémica comprensiva del crecer dentro de una familia.
- Dada la formación que el programa PIR proporciona en aspectos de la teoría psicoanalítica y práctica “psicodinámica”, no podemos ni queremos prescindir de los conocimientos y herramientas técnicas que podamos ver de utilidad para la comprensión y resolución del caso en la práctica clínica, más allá de la idea de “contaminación” teórica que pueda parecer.

Desde el psicoanálisis se dice que *“toda demanda es demanda de amor”*; Un aspecto común a los usuarios menores y a los pacientes con TMG es que ninguno de ellos (con alguna excepción), ha pedido estar donde está; no realizan “demanda”, son pacientes o menores pero no son “clientes”, por lo menos de entrada. Como población comparten una serie de eventos vitales negativos (abusos, maltrato, negligencias, abandonos,...) que predisponen poco a la confianza que se necesita para pedir, dar y aceptar algo de amor, cuidado, afecto... Por esta razón el terapeuta ha de iniciar el trabajo para crear posibilidades de que el loco o el niño pidan ayuda, o saber ver más allá de lo aparente (el pasotismo o chulería de l@s adolescentes, la desconfianza, delirios y agitaciones de un loc@) y *“encontrar una buena razón para quererlos”* (*Viernes Clínicos*) como primer paso a una aproximación que genere confianza y seguridad. Si de forma cálida, genuina y honesta se crea un vínculo afectivo, el trabajo de psicoterapia podrá realizarse de forma natural y sencilla progresando hacia la consecución de los objetivos.

- Otra guía teórico-práctica es la Terapia Familiar basada en la Alianza y en concreto los trabajos de Diamond (2004) y Escudero (2011) en los que se recopila todas aquellas teorías, procedimientos, estrategias, intervenciones, tácticas y técnicas que han resultado eficaces en el tratamiento de menores y sus familias. El procedimiento de intervención descrito en uno de los casos sigue las líneas directrices del programa que dirige Escudero.

“Comparten una serie de eventos vitales negativos (abusos, malos tratos, negligencias, abandonos...) que preedispone poco a la confianza que se necesita para pedir, dar y aceptar algo de amor, cuidado, afecto...”

- La Unidad Viernes Clínicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, liderada por el Dr. Emilio Gutiérrez desde hace casi 30 años, aporta los elementos, las guías básicas para el ejercicio humilde del oficio de psicoterapeuta de la primera de las autoras. El lector encontrará referencias a lo largo del texto, a la actitud que ayuda al terapeuta a establecer la relación terapéutica adecuada a cada caso; el *“Homo sum; humani nihil a me alienum puto.”* (*“Humano soy: nada de lo humano me es ajeno”*; Terencio, 94-159 A.d.C.), conforma el patrón básico de estilo terapéutico. El *“optimismo irracional”* como afecto que guía nuestra práctica diaria, eso de *“¡a ver qué podemos hacer hoy...!”*, es el mejor de los antídotos contra la desesperanza, la indefensión, afectos que suelen acompañar a nuestros usuarios, y contra el queme profesional frecuente en trabajadores de instituciones.
- En el ámbito de la intervención con personas con TMG, el concepto de “recuperación” ha sido desarrollado a partir de la confluencia de diferentes perspectivas: los movimientos asociativos de usuarios, los relatos biográficos de pacientes y los estudios de seguimiento a largo plazo concluyen que un porcentaje significativo de pacientes recuperan una vida plena y satisfactoria, con y sin síntomas, con y sin fármacos, con y sin profesionales de salud mental...muchas veces muchos años después de la ruptura biográfica (o cambio de dirección vital) y del diagnóstico. La existencia de una relación de confianza y apoyo, de una persona que ha creído en sus posibilidades, es una constante en los relatos de pacientes que se han recuperado. A los psicoterapeutas la confianza “nos va en el sueldo”; es nuestra responsabilidad profesional el emprender acciones para establecerla con el paciente /usuario de cara a aumentar la percepción de apoyo social, como variable mantenedora de salud mental.

La recuperación se puede definir como *“proceso personal y profundo de cambio de actitudes, sentimientos, percepciones, creencias, funciones desempeñadas y objetivos vitales”*. *“La recuperación supondría el desarrollo de un nuevo significado y nuevos objetivos en la vida personal del sujeto más allá del impacto de la enfermedad mental”* (Anthony, 1993).

Es el proceso por el cual las personas con trastorno mental severo reconstruyen y desarrollan conexiones personales, sociales, ambientales y espirituales mediante la capacitación personal y la toma de las riendas y decisiones sobre su vida. Es un proceso de reajuste de actitudes personales, sentimientos, percepciones, creencias, expectativas, roles y objetivos vitales.

Dentro de la recuperación un aspecto principal es el *“empowerment o empoderamiento”*, o proceso por medio del cual los usuarios tienen poder para tomar decisiones, disponen de la información necesaria para hacerlo, son capaces de actuar asertivamente, creen en sus capacidades y asumen posibilidades de cambio y tienen un fuerte sentimiento de autoeficacia. De la rehabilitación a la

“La recuperación es el proceso personal y profundo de cambio de actitudes, sentimientos, percepciones, creencias, funciones desempeñadas y objetivos vitales”

recuperación: el usuario es el “experto” en su vida, el terapeuta es guía, apoyo...adopta la posición que decide el paciente: más o menos cercana, más o menos intensa.

Existen una serie de pilares que sostienen el proceso de recuperación (**Farkas, 1989**).

- la valoración y el desarrollo de los aspectos positivos y puntos fuertes de los pacientes más que la consideración única y estrecha de sus carencias y dificultades;
- la implicación significativa del sujeto en la planificación y aplicación de los servicios asistenciales que recibe;
- la oportunidad de elegir los propios objetivos personales; y, por último,
- la esperanza respecto a su propio futuro

3. La alianza de trabajo psicoterapéutico con pacientes con TMG hospitalizados

El trabajo/objetivo del psicólogo clínico, con personas ingresadas largo tiempo en una institución, tiene que ver con la re-construcción de una “nueva identidad personal” más allá y a pesar de la “ruptura” que supone sufrir una enfermedad mental. La recuperación como la reconstrucción de una “nueva” identidad satisfactoria y plena, con vínculos afectivos seguros y que recupere los elementos de la vida “sanos”, útiles y/o rescatables anteriores al trastorno y que vaya más allá de los síntomas y tratamientos de los déficits.

La nueva identidad se re-construye “rescatando” elementos (los posibles y que alimenten el deseo de recuperación) de la identidad previa al “trauma” o ruptura que supone un proceso psicótico. Muchas veces el proceso de recuperación va acompañado de un proceso rehabilitador; no son incompatibles, pueden ser complementarios pero no necesariamente ir juntos.

La estimación del tiempo de recuperación, ha de tener en cuenta el número de años después del trauma y el nivel premórbido de “competencias, habilidades, recursos...”.

Como terapeuta centrado en la alianza o relación terapéutica con pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave en el marco del hospital psiquiátrico, supone tener en cuenta varios aspectos:

3.1.-El paciente vs la persona

La hospitalización de personas portadoras de estas características en la “estación final” de la red de Salud Mental, suele comenzar de forma involuntaria, compleja y desesperanzada. Los usuarios se caracterizan por:

“Reconstrucción de una “nueva” identidad satisfactoria y plena, con vínculos afectivos seguros y que recupere los elementos de la vida “sanos”, útiles y/o rescatables anteriores”

Una **sintomatología “grave”**, que podríamos resumir con el adjetivo de “psicótica” en la medida que genera dificultades de captación y manejo de la realidad y de las relaciones interpersonales. Personas con diagnósticos de esquizofrenia, psicosis delirantes, cuadros afectivos graves y trastornos de personalidad graves, son el sujeto y objeto de nuestras intervenciones.

Evolución prolongada en el tiempo de las dificultades, y fracaso de alternativas terapéuticas ambulatorias.

Una **discapacidad** que implica la presencia de dificultades o alteraciones en varios aspectos funcionales (vivienda, trabajo, comportamiento social, empleo....).

Un elemento de **“carácter contextual”**: la existencia de un medio social próximo poco tolerante y/o agotado; esta dimensión relacional ha de tenerse en cuenta siempre a la hora de establecer un proyecto de rehabilitación o recuperación.

Los usuarios ingresan en el hospital, en general, derivados de las unidades de agudos o del servicio de urgencias, despojados ya de casi todos los elementos de identidad personal “sana”. Es un diagnóstico F20 o F30 y viene para un objetivo decidido por otros y calificados de adjetivos que conforman una identidad “negativa”: crónicos, agresivos, ingobernables, deteriorados, dependientes, agitados, lábiles, sin conciencia de enfermedad, sin adherencia al tratamiento, incapaces... Llega solo la “parte enferma”.

Una de las responsabilidades del psicólogo clínico ha de ser la de conocer y validar en la medida de lo posible, la identidad personal que el paciente defina como suya, subrayando aquellos aspectos útiles o positivos para la supervivencia en la institución y fuera de ella y señalando aquellos que pueden resultar de riesgo de mayor cronificación, incapacidad y/o dependencia. El trabajo con la “parte sana” (Emilio Gutiérrez, 1992) comienza con el establecimiento de un vínculo (de mayor o menor grado de intensidad emocional) que permita el establecimiento de una alianza segura y duradera en el tiempo, si la demanda del paciente así lo requiere. En un contexto hospitalario, pero con el estigma de lo manicomial, de *“desesperanza e indefensión personal”*, el uso del Modelo Parte Buena, como forma de conexión con la “identidad sana” del paciente supone un impacto, una diferencia que marca una diferencia, que permite pensar en la posibilidad de alianza de trabajo psicoterapéutico.

“Una de las responsabilidades del psicólogo clínico ha de ser la de conocer y validar en la medida de lo posible, la identidad personal que el paciente defina como suya”

VIÑETA CLÍNICA:

La paciente, la “parte enferma”:

R., mujer, 47 años. Lleva desde 2008 viviendo en el Hospital Psiquiátrico. Casada. Un hijo varón de 23 años y una nieta de 1 año. Padres vivos mayores. Otra hermana con diagnóstico de Psicosis sin especificar. Varios ingresos previos en Unidad de Agudos con regreso al alta a domicilio con seguimiento en USM de referencia con escasa continuidad. Derivada a Hospital Psiquiátrico de Toén para rehabilitación (viejo “manicomio” deteriorado y obsoleto...”antiguo”, situado a las afueras de la ciudad)

Sintomatología grave:

Primer brote a los 35 años. Diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide. Sintomatología psicótica persistente activa en forma de alteraciones de la percepción (alucinaciones auditivas, visuales, somestésicas...) y del pensamiento (ideación delirante de perjuicio, de persecución, delirio de sosias o del doble...). Fugas y agitaciones frecuentes en contexto de clínica psicótica. No conciencia de enfermedad, no adherencia al tratamiento. Ingresos involuntarios de urgencia y mucha alarma social. Al inicio del ingreso en Hospital de Rehabilitación estado “catatoniforme” con agitaciones conductuales y heterogresividad.

Evolución prolongada:

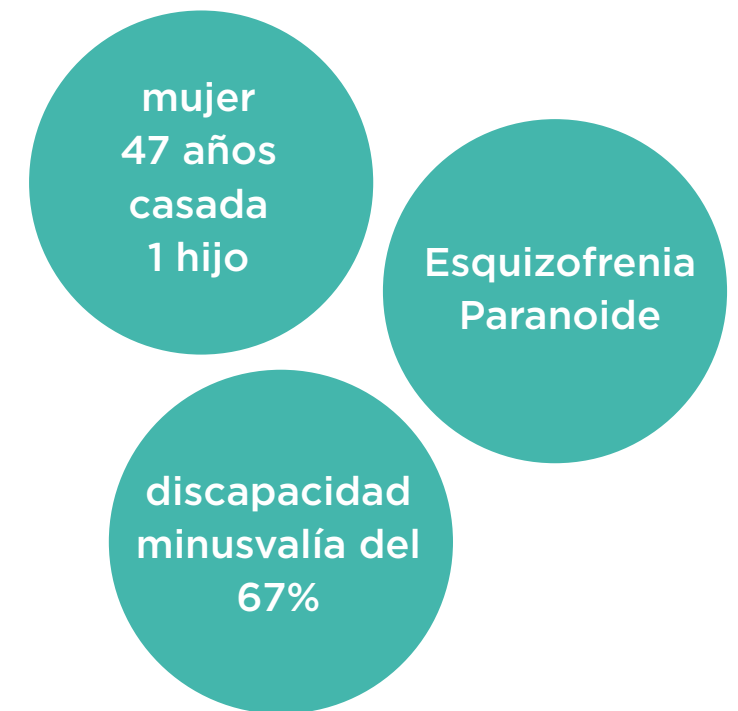
Aproximadamente 12 años desde el “debut” de la enfermedad. _Fracasos de alternativas terapéuticas de hospitalización breve y ambulatorias.

*Una **discapacidad** reconocida con un grado de “minusvalía” del 67 %. Perceptora de PNC.*

*Un elemento de “**carácter contextual**”: Medio familiar imposibilitado y agotado para sostenimiento en ámbito familiar.*

La persona, la mujer trabajadora, la madre.

Además de todo lo anterior, R. nace en el ámbito rural; la mayor de dos hermanas. Padres emigrantes durante su infancia. Al cuidado de sus abuelos. No le gusta la aldea. Estudia EGB y FP 2ª grado de Administrativo. Se casa con 21 años y es madre con 23. Al inicio de su matrimonio se trasladan a vivir a la ciudad con suegros. Trabaja en trabajos poco cualificados (limpiezas, hostelería...) y condiciones laborales precarias, trabajaba e “iban tirando” con las cosas de la vida. Sus padres y sus suegros les ayudaban en la crianza del niño y en la vida diaria, para poder “ahorrar y comprar un piso”. Quería tener otro hijo, “la niña”, su marido no. Una serie de estresores ambientales y cambios vitales (enfermedades, fallecimientos de figuras de apoyo afectivo, compra de vivienda, traslado familiar a barrio perifé-



rico de la ciudad, incremento en consumo de alcohol de su marido,...) parecen adquirir dimensiones de factores precipitantes del primer brote psicótico. Su hijo tiene por entonces 8-10 años. Varios ingresos en agudos con “vuelta a la vida”; a la sintomatología psicótica, que nunca llega a remitir, se le unen los efectos adversos de la medicación (sedación, acatisia, dificultades para pensar, para hacer, aumento de peso,...), están en un barrio nuevo y sin la cercanía de la familia extensa...ya no puede sostener la misma vida que antes. Ingresa en “el manicomio de Toén”: gris, deteriorado, antiguo,...estamos por 2010.

“El trabajo inicialmente es de índole ‘institucional’, de observación a distancia, con respeto y prudencia”

El comienzo del establecimiento del vínculo. Hacia el establecimiento de la alianza de trabajo psicoterapéutico.

Todavía en el marco del viejo hospital psiquiátrico, se ensaya algún nuevo plan de vuelta al ámbito familiar.

En nuestra relación “profesional-paciente” el trabajo inicialmente es de índole “institucional” (grupos de pacientes, actividades de ocio...), de observación a distancia, con respeto y prudencia. El conocimiento de su persona, sus circunstancias vitales y las dificultades es indirecto a través de la reuniones de personal cuidador (enfermería y auxiliares), de los reingresos después de más fracasos, su cuidado en el hospital se hacía más difícil... A medida que la iba “conociendo” iba germinándose en mí la idea del “optimismo irracional” de que “nadie está tan mal como dice su historia clínica” (Viernes Clínicos): hasta los 35 años había ido trampeando con la vida y realizado mejor o peor las tareas correspondientes.

Hay varios ingresos “breves” (entre 1 y 3 meses), con salidas y permisos a casa y, casi siempre en una unidad cerrada y con el objetivo “terapéutico”, (¿para quién?), que parece más fácil y rápido de conseguir: “Que tenga conciencia de enfermedad y que se tome el tratamiento”.

En una de sus primeras estancias en el hospital, la psiquiatra que la llevaba me pide que hable con ella para ver la posibilidad de hacer algo diferente para ayudarla a sostenerse en casa; a mí me apetecía conocerla mejor, tenía interés en valorar la posibilidad (beneficios/riesgos) de una intervención psicoterapéutica con ella y su familia. Ella no tenía el mismo interés en que alguien más “se metiera en su vida”. No era el momento. Parece triste, temerosa y bloqueada.

3.2. El contexto y la intervención.

El contexto, las unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica, define qué se trata y cómo se trata: “aquí se **rehabilitan** personas con diagnósticos de Trastorno Mental Grave y Persistente”. La rehabilitación psiquiátrica o psicosocial, entendida de manera “estricta” supone un proceso en que el profesional (psiquiatra, psicólogo, enfermera, auxiliar...) es el experto en valorar al paciente; define las áreas funcionales dañadas y necesidades de intervención que el paciente precisa en cada una de ellas. En general el objetivo que se persigue es que todos los pacientes tengan conciencia de su enfermedad, se adhieran (cual cintas de velcro) al tratamiento psicofarmacológico y tengan cuidado de los riesgos de recaída.

Dentro de este marco hospitalario tratamos de introducir cambios en la dinámica institucional habitual, hacia un mayor funcionamiento centrado en la persona y en la experiencia humana, en la participación y no en la obediencia, en la elección y no en la coerción y en el compromiso con la esperanza y no con la desesperanza (Farkas, 2007); los pacientes diseñan, en la medida de lo posible, sus propios planes de cuidados, tratamos de que elijan qué, cómo y cuánto quieren hacer en el hospital y de que hagan todo lo posible “fuera” del hospital. Esta es la aspiración: que el contexto institucional resulte amable y terapéutico; la realidad es que aún tenemos mucha oportunidad de mejora.

La Unidades Hospitalarias de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital de Piñor (Ourense) constan de tres espacios diferenciados en atención a la situación clínica del paciente y a las necesidades de cuidados e intervención en las diferentes áreas de su vida.

-Unidad de Cuidados Especiales (UCE): unidad cerrada, con alto grado de control y supervisión externa, destinada a pacientes con sintomatología aguda persistente, alteraciones/agitaciones conductuales, de riesgo de auto/heteroagresividad. La actividad diaria es una rutina común para todos, con uniformidad en lo externo (ropa) y en lo funcional (mismos horarios y actividades: hora de fumar, hora de comer, hora de medicación...). Se impone la rutina y la obediencia a la norma.

En esta unidad la actividad del psicólogo clínico es diaria en formato grupal y durante 20 minutos mientras se espera la llegada del desayuno, el grupo de Buenos Días. Es la primera unidad de ingreso de la mayor parte de los pacientes. La actividad grupal en ayunas, pretende ser un espacio, al que acuden voluntariamente, en el que pueden participar o no, estar o no, en el que pueden permanecer o irse, en el que pueden expresar sus necesidades y quejas, en el que se les explica de una manera amable, positiva y respetuosa las características del hospital, del proyecto de ingreso, de los profesionales y actividades. El psicólogo clínico realiza funciones de acogida a los “nuevos”, de emisor y transmisor de información, de medicación en conflicto, recogida de necesidades individuales y de intervención en crisis si las circunstancias lo requieren.

“Tratamos de introducir cambios en la dinámica institucional habitual, hacia un mayor funcionamiento centrado en la persona y en la experiencia humana”

El comienzo de la alianza de trabajo.

Con el traslado del hospital de Toén a Piñor, a las nuevas instalaciones, luminoso, nuevo, moderno... Tras unas semanas de catatonía, agitaciones, anorexia... R. comienza a “despertar” y participar en actividades de la unidad. Lo nuevo anima a hacer cosas nuevas; se traen revistas a las salas de la unidad, R. empieza a interesarse por la ropa moderna y por cuidar su aspecto. Tras semanas de estar en el grupo de “Buenos días”, en actitud de observación y poco participativa, comienza a realizar una serie de peticiones: “Yo quiero que me deis el alta, irme a casa y trabajar”, que se escuchan y no se recogen por atribuir las a “la locura”. Parece que el deseo renace, y el deseo de la psicóloga clínica también, pero con mucha prudencia y un cierto temor a que intervenir “dañe” más. R. con sus dificultades de manejo y cuidado se ha convertido en uno de los “chivos expiatorios” de la institución: se rebela al cuidado impuesto, quiere hacer las cosas a su manera, agrede al personal,... nadie tiene confianza en sus posibilidades: la tenacidad, la inteligencia, el humor, el mantenimiento de su intimidad,...

Tras días de hablar y ser oída pero no escuchada, un día, tras agitación y pasar la noche en contención mecánica, al entrar en la unidad está gritando repetidamente mi nombre. Me acerco a verla a la habitación; en contención, me mira y pregunta serenamente, “¿tengo que ponerme así para que me hagas caso?”. Me habla “con su parte sana”; indico que se levante y que después del desayuno la veré en el despacho. “Quiero que me ayudes a que me den el alta, irme a casa y trabajar”. Esa es la demanda que realiza. Le pregunto por qué a mí. “Porque eres mujer trabajadora y madre y tienes estudios”. Ella también me ha estado valorando y el vínculo afectivo parece establecerse en cada una de nosotras por lo mismo, una identificación por el género, la edad y el rol social. Acepto el reto. Le manifiesto mi interés en ayudarla a ese objetivo y mi compromiso con ella para un trabajo conjunto, pero necesitaremos un plazo de 5 años: lleva mucho tiempo ingresada, ha estado muy malita, se han adormecido muchas de sus capacidades, no tiene mucha ayuda fuera...” Confía en mí, sácame de aquí un mes y ya verás cómo las recupero”; le digo que la confianza me va en el sueldo, pero tenemos que hacer las cosas de una forma segura para ella.

Comenzamos a vernos a diario a negociar cada día alguna mejora: salidas de la unidad ella sola, poder vestir con su ropa, ir de compras... El trabajo de afianzamiento de la alianza de trabajo, ella como experta en sí misma y yo como “profesional autorizada”, se torna una negociación dura: se revela como una mujer independiente, terca, lista, luchadora y con un razonamiento lógico muchas veces irrefutable.

Comienzo aceptando casi todas sus propuestas y confiando incondicionalmente en sus capacidades para llevarlas a cabo, tal como ella pide. No puede; hay que variar la estrategia y prepararse para

“Ella también me estuvo valorando y el vínculo afectivo parece establecerse en cada una de nosotros por lo mismo, una identificación por género, edad y rol social”

los inconvenientes; continuamos con pactos “quid pro quo” que ella cumple siempre rigurosamente si el enunciado está claro y cerrado, pero que siempre trata de dejar abiertos al ejercicio de su “libertad”. Nos vamos conociendo más y mejor, nos apreciamos y nos queremos. Un día me pide un abrazo, nos abrazamos cálida y afectuosamente y me da las gracias “por confiar en mí y ayudarme”.

La sintomatología psicótica sigue activa y produce muchas confusiones en su mente que terminan en agitaciones, contenciones, aumento de medicación,... y vuelta a empezar. Cada recaída obtiene por mi parte una respuesta sinceramente empática y de calor y el mismo mensaje; cuídate, déjate cuidar y cuando te encuentres bien continuamos trabajando.

Pide varias veces cambio a las unidades “de la segunda planta”. Los primeros fueron de escasa duración.

Esta fase del proceso tuvo una duración de aproximadamente 2 años.

-Unidad de Cuidados de Rehabilitación o Media estancia (UME) Unidad abierta donde los usuarios han de seguir un *proyecto de rehabilitación* marcado por las actividades institucionales (horarios y actividades de la vida diaria, grupos de pacientes, talleres ocupacionales, consultas médicas, toma de medicación...) de forma adaptada a las necesidades y recursos del paciente y con el mayor grado de autonomía posible. En este formato el paciente ocupa su día en las actividades que el hospital oferta y sigue las normas mientras espera, paciente, a que se rehabiliten funciones perdidas. La rápida adaptación a la institución facilita la salida de ella, cuanto más compleja y resistente se torna más probabilidades de “institucionalización”. La mayoría de los pacientes ingresados siguen el tratamiento institucional rehabilitador.

La función del psicólogo clínico en el tratamiento rehabilitador “institucional” es la de realización de grupos de pacientes (fomento del lazo social, orientación a la realidad, habilidades de comunicación, resolución de conflictos...), de actividades asistidas con animales, de actividades de mejora del clima institucional, de acompañamiento terapéutico, de participación en reuniones de personal.... Las tareas dirigidas al establecimiento de alianzas de trabajo psicoterapéutico son de tipo motivacional y de intensidad diferencial en función del conocimiento de cada uno de los pacientes y del establecimiento o no de objetivos propios de un tratamiento psicoterapéutico.

El establecimiento de un *proyecto de recuperación personal* de un paciente contando con la ruptura biográfica y sus secuelas, con la sintomatología que persista y con los efectos de la medicación, pero más allá de todo ello, implica la existencia de una demanda, de “querer algo del otro”. En esta perspectiva el paciente es agente y experto y es en donde resulta especialmente relevante el establecimiento de una alianza de trabajo de recuperación y en donde el vínculo afectivo con el

“Un día me pide un abrazo, nos abrazamos cálida y afectuosamente y me da las gracias ‘por confiar en mí y ayudarme’”

usuario se torna estrecho y ha de mantenerse en el tiempo. En esta perspectiva, el paciente, a veces después de años de institucionalización, se torna cliente y realiza una demanda propia. Esto implica la asistencia al despacho de la psicóloga clínica, la atención individual y el pacto de condiciones de trabajo: objetivos, recursos, capacidades y dificultades, tiempos, escollos en el proceso...que se renegocian en función de la evolución del proyecto.

VIÑETA CLÍNICA:

Alianza de trabajo consolidada. Con R. el vínculo afectivo era ya seguro, la demanda estaba realizada y los primeros pasos exitosos y fracasados nos enseñaban a ambas qué hacer y qué evitar, y también cómo volver a intentarlo de forma más segura, minimizando riesgos de vuelta atrás.

Diversos cambios en la medicación buscando mayor eficacia y menores secundarismos, con el conocimiento de la propia paciente, parecen haber contribuido a mayor adaptación a la toma del tratamiento.

Los primeros intentos de paso y mantenimiento de R. a la UME duraron poco tiempo: algún conflicto mal manejado, alguna desobediencia a la norma, alguna reactivación psicótica, “aquí el personal no me quiere”. Para R. el sentirse querida y aceptada en su individualidad es básico para dejarse cuidar. Se comienza a trabajar la idea de que ella pida ser cuidada por aquellas personas trabajadoras por las que se sienta querida y evite a aquellas que sienta que no la quieren.

Las estancias de PIRes y de prácticums de máster de psicología, permiten la ampliación de vínculos afectivos positivos y el establecimiento de relaciones seguras; ellas son “chicas jóvenes, modernas y estudiadas” en las que R. confía como guías y modelos. R. quiere “recuperar mi mente y ponerla moderna”; trabajan con R. a diario en diversos objetivos; de todas esas relaciones de trabajo y de cuidado y aprecio R. guarda buen recuerdo manteniendo su vinculación afectiva con ellas. El trabajo de estimulación cognitiva y el manejo y uso de las nuevas tecnologías han sido claves en la rehabilitación de su funcionamiento mental y afectivo.

En la reconstrucción de esa nueva identidad R. pasó a llamarse S., definida por ella misma como “otra mujer diferente, más lista, joven, moderna y trabajadora”.

Poco a poco comienza a adaptarse a la vida institucional y la institución a sus particularidades. Participa en talleres y grupos, va de permisos a casa...La necesidad de vernos a diario pasa a ser cuando ella necesita algo, cuando hay alguna incidencia institucional o cuando yo le planteo alguna propuesta.

*“Sentirse querida
y aceptada en su
individualidad es
básico para
dejarse cuidar”*

En los últimos meses su nivel de autonomía y seguridad personal se ha incrementado notablemente, pasando las semanas entre su casa y el hospital. La ampliación del tiempo de contacto con su familia, que como ella ha cambiado, permite un nuevo momento vital familiar. Sus padres ya están mayores. Su hijo ya tiene 23 años, es padre y ella tiene una nieta. Está poniendo su casa en orden después de tanto tiempo de hospital, poniéndola “moderna” lo que le permite rehabilitar en la vida de forma natural muchas funciones dañadas.

En esta fase del procedimiento llevamos trabajando aproximadamente año y medio. El próximo objetivo que nos planteamos es pasar el mes de vacaciones fuera del hospital y quizás al regreso el alta y continuidad en ámbito domiciliario y comunitario. Lo peor no es tanto no conseguir el objetivo sino no tener objetivo que conseguir. Por suerte R. aún plantea objetivos de recuperación personal ambiciosos pero por qué no, posibles.

- **Unidad de Cuidados Residenciales:** Unidad abierta pensada para estancias largas (en algunos casos vidas enteras) de usuarios con sintomatología crónica pero estabilizada, institucionalizados en las rutinas hospitalarias mínimas y obligatorias. Son personas con escasa necesidad de lazo social y poca exigencia por parte de la institución de implicación en actividades terapéuticas o recuperadoras.

En algunos de los cambios de R. a unidades abiertas se optó por la unidad residencial o de larga estancia por ser de cuidados más amables y de menor exigencia emocional...Un buen número de personal cuidador apreciaba y era apreciado por R. En algún momento del proceso R. se planteó que si no podía vivir en casa quería vivir en “residentes”.

De momento seguimos mirando hacia fuera del hospital, hacia su casa y la búsqueda de empleo.

4. La alianza de trabajo psicoterapéutico con menores en situación de exclusión y/o desamparo.

El Programa de Evaluación y Tratamiento de Menores en Situación de Riesgo o Desamparo tiene el objetivo de ofrecer atención y tratamiento psicológico a menores, niños o adolescentes, que tienen un expediente abierto en el Servicio de Protección de Menores y que muestran un desajuste emocional y conductual severo relacionado con situación de desprotección y/o maltrato, separación de la familia de origen derivada de situación de desamparo, y/o dificultades severas o cronificadas en la convivencia dentro del sistema familiar. Por tanto, trabajamos con una población de especial vulnerabilidad, con menores que sufren o sufrieron experiencias traumáticas y que

“Lo peor no es tanto no conseguir el objetivo sino no tener objetivo que conseguir”

pasaron por cambios en su entorno, intervención de múltiples profesionales que imprimen inestabilidad e incertidumbre.

Dirigido por el Dr. Valentín Escudero (Universidad de A Coruña, UDC), se trata de un convenio de colaboración entre la Xunta de Galicia y la UDC (2012), que permite un tratamiento psicológico especializado y que con una guías comunes en los principios y en los procedimientos, es puesto en marcha a nivel de todas las ciudades de Galicia, lo que permite una mayor facilidad en el acceso. Para llevar a cabo esa labor contamos con una red de equipos de psicólogos, la mayor parte especialistas en psicología clínica, que desde el ámbito universitario (Santiago y Ferrol-A Coruña) o desde el ámbito privado (Lugo, Pontevedra, Vigo y Ourense), sostenemos con entusiasmo, interés e implicación, desde hace tres años, las sesiones de trabajo con niños y adolescentes. Es un privilegio aprender de ellos y ellas.

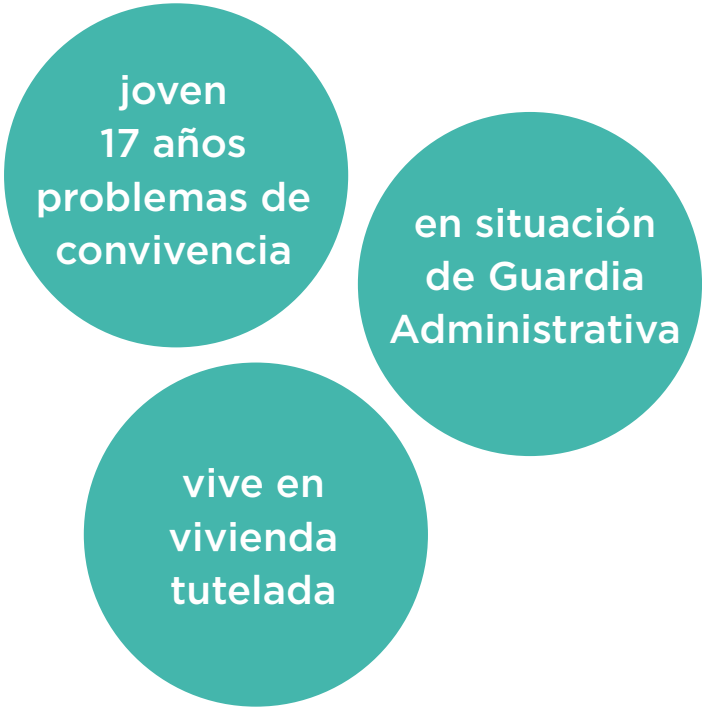
El programa incluye 12 sesiones por caso, siendo posible excepcionalmente la realización de una nueva derivación de continuidad si el caso así lo requiere. El equipo de Ourense del que formamos parte, una como coordinadora-supervisora y otra como terapeuta, incluye otros dos psicólogos clínicos. Trabajamos de manera conjunta en los casos, siendo uno el terapeuta principal y el resto formando equipo a través de la visualización de la sesión.

4.1.- ¿El menor problemático o “El entrañable Hulk”?

Para ejemplificar nuestra forma de trabajo y el procedimiento de intervención basada en la alianza y el vínculo (o relación de amor) describiremos un caso que continúa a tratamiento, después de considerarse conveniente una segunda derivación, esto es 12 sesiones más, para realizar un acompañamiento en los inicios de su vida adulta tras el establecimiento y mantenimiento efectivo y afectivo de la alianza de trabajo que hizo que la terapia fuera exitosa en sus objetivos iniciales.

Es un chico cuya entrada en el Servicio de Menores, con ya 17 años y en las circunstancias en que se tuvo que quedar, produjo un impacto inicial positivo, en cuanto a “querer ayudarlo” en los profesionales del Equipo Técnico de Menores (ETM), que vehiculizó la implicación de todas las partes intervinientes.

Se trata de un adolescente que por problemas de convivencia con su madre y la pareja de ésta, está en situación de Garda Administrativa. Lo acompaña su madre al Servicio de Menores y tras exponer la situación problemática, lo deja con una maleta y no vuelve a establecer ningún tipo de contacto ni con él, ni con la familia, ni con el sistema de menores. En el momento de la derivación J. comienza a residir en una vivienda tutelada, con otros menores y educadores.



4.2.- El contexto y el procedimiento de intervención.

La consulta se lleva a cabo en una clínica multiprofesional privada situada en un barrio céntrico de la ciudad. Disponemos de dos despachos; uno de ellos, la sala de terapia con mesa, varios sillones para terapeuta y clientes y cámara de vídeo que permite visualizar y escuchar la sesión en otro despacho contiguo, donde hay una TV, mesas y sillas. Son despachos que utilizan otros profesionales en otros momentos, lo que no permite personalizarlo y darle la calidez y confortabilidad que nos gustaría. Este contexto privado permite al menor estar en “otro lugar” diferente y “neutro” con respecto a donde se dan las dificultades y problemas, ya sea en centro, casa de acogida, vivienda tutelada...

Una vez realizada la *derivación por parte de los* ETM y valorada en la dirección del programa, planificamos la primera consulta e iniciamos el contacto telefónico con los técnicos derivantes y educadores del centro para proponer la fecha del primer encuentro.

La derivación al programa por parte del equipo técnico del menor se realiza porque manifiesta comportamientos violentos y explosiones incontrolables de ira que dificultan la permanencia en el piso tutelado donde reside. Se muestra proteccionista con aquellos que valora como los más desfavorecidos en situaciones injustas con reacciones de defensa desproporcionadas. Se añade que tiene grandes dificultades para expresarse a nivel emocional, haciéndolo de manera conductual y agresiva. Manifiesta sufrimiento al no tener noticias de su madre, y tiene dificultades para relacionarse con el resto de la familia.

Como aspectos positivos del menor, en la derivación se recoge que es muy educado, buen compañero, respetuoso, considerado, sociable y colaborador, mostrando buena relación con los educadores de la vivienda.

No quiere acudir a consulta. Viene “obligado”.

Fase de planteamiento del caso y planificación del tratamiento.

Durante las 3-4 primeras sesiones el objetivo primordial es emprender acciones, de cara al establecimiento de una alianza de trabajo psicoterapéutico. Los factores afectivos por parte del terapeuta y del equipo, son esenciales en la creación del primer vínculo. La definición de objetivos concretos se va elaborando conjuntamente con el menor durante esta etapa. Es esencial un buen conocimiento del sistema del menor (historia de vida y sistema familiar, pero también del ámbito escolar y social), de sus capacidades/recursos/fortalezas y dificultades/carencias/vulnerabilidades, para decidir sobre la planificación y el desarrollo de la intervención.

Al cabo de 3-4 sesiones, en general, estamos preparados para emitir el primero de los informes al ETM, donde se plantea el caso, se establecen los objetivos a conseguir y se planifica el desarrollo del proceso de terapia.

J. Acude a consulta casi obligado, sabiendo que es un paso necesario para asegurar su permanencia en el centro. Es un chico grandote, que viene acompañado de una educadora de la vivienda tutelada; en actitud sonriente admite que no quería venir, que viene “porque me obligan”. Tenemos que conocernos. No es momento de definir objetivos sino de crear un ambiente lo más cómodo y estable posible para que no se sienta ni cuestionado ni agredido, y poder establecer con él los objetivos que para él sean importantes.

El momento de la acogida inicial es el primer paso de la intervención y resulta importante cuidar una serie de aspectos, como la puntualidad, la presentación tranquila de las marcas de contexto, del programa y su relación con el Servicio de Menores y la vivienda, del equipo y la forma de trabajar (nº de sesiones, frecuencia de las consultas...), de los procedimientos de evaluación... y de aclarar cualquier duda. El primer objetivo por nuestra parte es conocer a ese chicarrón que se sienta enfrente, lo que él considera sus recursos y capacidades y las dificultades que experimenta como tales y le generan problemas; respetar sus ritmos, angustias y enfados que bautizamos como las “explosiones de Hulk”, en las que tiembla la vivienda; el uso del humor es de gran ayuda.

El compromiso terapéutico con el paciente y el proceso de terapia se hace evidente facilitando la disponibilidad para elegir la hora de la cita dentro de las posibles, interesándonos por qué ocurrió si hay alguna ausencia, facilitando el contacto entre consultas si lo necesita o le apetece porque tiene “algo bueno que contar”. Son aspectos que cuidamos durante todo el proceso.

Al final de las tres sesiones se tienen más o menos claros los objetivos que hay que trabajar y si se ha establecido una adecuada relación terapéutica, el menor y su terapeuta trabajarán conjuntamente y de una manera natural y sin fricciones hacia la consecución de los mismos. Los objetivos que se definen para trabajar son:

- la gestión de emociones (en particular de la ira y el enfado),
- la expresión de conflictos intra e interpersonales,
- mantener el contacto con la familia extensa con mayor naturalidad,
- acompañamiento en su proyecto de futuro (teminar ciclo PCPI de mecánica y encontrar un trabajo).
- fortalecimiento de su identidad “positiva”: trabajador, cariñoso, simpático y responsable.

Fase de intervención o tratamiento.

Desde la óptica de la Terapia Familiar, siguiendo el principio de causalidad circular, evaluación e intervención forman parte del mismo proceso, con lo que esta fase es en realidad una continuidad de intervenciones de reforzamiento de la alianza y de las propuestas técnicas de cara a la consecución de objetivos. El tratamiento es una ayuda psicológica que un equipo de profesionales aporta al menor en el contexto de una relación ya voluntaria y segura entre ambos. El objetivo principal es

“El menor y su terapeuta trabajarán conjuntamente y de una manera natural y sin fricciones hacia la consecución de los objetivos”

promover cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la integridad de la identidad y el bienestar biopsicosocial del menor.

A través de la palabra o de otros medios (dibujos, elaboración de canciones, uso de objetos...) se busca ahondar en las emociones y percepciones del menor proponiendo intervenciones que reduzcan el sufrimiento emocional y favorezcan la adaptación y bienestar, al tiempo que se favorece la ampliación de relaciones afectivas y seguras con otras figuras significativas de entorno y familia.

En el recorrido hacia la consecución de los objetivos, cuidar la relación implica apoyar, dar autonomía (para acertar y para equivocarse), confiar en el cambio, pero también saber decir no o mostrar de forma genuina discrepancias y dudas cuando algo no parece adecuado, sabiendo que ni la prohibición ni la imposición suelen funcionar como motores de cambio.

Por otro lado, el respetar la preferencia del menor en cuanto a la posición del terapeuta (a su lado, por delante, o por detrás), facilita la fluidez y resta fricciones al proceso de intervención, facilitando un transcurrir más natural y sencillo.

J. ya acudía de buena gana a ver a su terapeuta. Cuando J. era pequeño sufrió maltrato y vivenció el maltrato a su madre; para él la manera de afrontar una situación violenta era con violencia; al inicio de la terapia a J. le costaba mucho responder a las preguntas, identificar y hablar de los “personajes” que le acompañaban en su historia. Sin embargo y a pesar de ello, mantuvo su capacidad de amar y de tratar con respeto, cariño y protección a otros y de tener un proyecto de futuro.

El trabajo se centró fundamentalmente en las explosiones de enfado/ira y en investigar sus gustos y capacidades para poder ofertar alternativas al comportamiento agresivo desde su “parte sana”(dibujos externalizadores, ensayos de guiones alternativos con su parte cariñosa y/o simpática) y ponerlas en práctica con personas que le aporten seguridad (educadores del centro “seguros” para él, amig@s de su confianza...)

Por otro lado se inició un trabajo de reestablecimiento de relaciones con familia, siempre en tiempos y formas decididos por él; a medida que recuperaba experiencias de re-vinculación (visita de fin de semana, navidades...) con la familia extensa pudo ampliar su relato de personajes y relaciones.

El proyecto de futuro de J. era esencialmente poder verse a sí mismo trabajando para ganarse la vida y poder vivir de manera independiente. No tenía especial afición por un campo de formación particular; le valía cualquiera que pudiera significar alcanzar un trabajo; pasó por un PCPI de mecánica, por un curso de albañilería, otro de hostelería...Durante este periodo se trabajaron aspectos

“El trabajo se centró fundamentalmente en las explosiones de enfado/ira y en investigar sus gustos y capacidades para poder ofertar alternativas a su comportamiento agresivo”

como la capacidad de decidir y también el derecho a equivocarse, como modo de favorecer autonomía y manejar la frustración personal en los fracasos.

Durante esta fase del proceso fueron necesarias intervenciones en crisis de manera puntual y coincidiendo con alguna explosión de ira/enfado en la vivienda; la disponibilidad y accesibilidad por parte de la terapeuta del caso tanto a J., como a educadores de la vivienda como con ETM, permitió que se estableciera un sistema de colaboración en la ayuda al menor coherente entre los distintos niveles, que permitieron el abordaje de las recaídas de manera más eficaz y eficiente.

Fase de cierre y terminación de la terapia.

Esta fase se caracteriza por focalizar el trabajo en el reconocimiento de mejoras y afianzamiento de los logros conseguidos y repaso de lo que fue útil. El repaso de los objetivos o metas iniciales o de cómo esos mismos fueron variando en algunos aspectos a lo largo del proceso, permite reasegurar al menor en su autoestima y capacidad personal (e interpersonal a través de los vínculos establecidos) para afrontar los retos del futuro.

Esta fase suele anticiparse de forma indirecta a lo largo del proceso (preguntas dirigidas al futuro...) y de forma más explícita en las dos últimas sesiones. Sin embargo, en algunos casos, se valora como conveniente una ampliación del número de sesiones o la solicitud de una nueva derivación que permita ampliar el proceso hasta una mejora lo suficientemente estable y segura.

J. había mejorado notablemente en la expresión verbal y el manejo instrumental de sus afectos, emociones, vivencias. Los enfados eran eso, enfados y no explosiones. Sus relaciones con otras personas eran de mayor seguridad y confianza. La relación con su familia de origen (madre) de momento sigue interrumpida. Los contactos con su familia extensa aunque de mayor frecuencia son todavía esporádicos y limitados a celebraciones o días sueltos. No podía percibirlos como “apoyos seguros”. Su proyecto de futuro ya estaba avanzado pero aún no era estable....

Expresó temor a terminar la terapia; dijo que se había acostumbrado a que “estuvieseis ahí” y que se sentía más seguro; le quedaba poco para tener que dejar la vivienda protegida (ya estaba en “prórroga” administrativa) y tanto el equipo, como el ETM, como los educadores del centro consideramos conveniente disponer de otra derivación en que el objetivo fuese la realización de un acompañamiento en el proceso del crecer un poco más allá de la mayoría de edad legal.

“Reasegurar al menor en su autoestima y capacidad personal (e interpersonal a través de los vínculos establecidos) para afrontar los retos del futuro”

Estamos en la sesión 8 de la nueva derivación; quedan 4 sesiones para el cierre del “caso”. Desde hace meses, las citas se cambian a modo de “sesión flotante”(Viernes Clínicos), por motivos de realización de cursos, prácticas laborales, trabajos o “tener algo mejor que hacer”. El contacto se realiza por teléfono o “whatsapp”, un excelente vínculo de comunicación afectiva y efectiva.

Pensamos que quizás sobren sesiones de terapia “presencial”; ya formamos parte de su red de apoyo social, que a modo de red de tela de araña, casi invisible, aparentemente frágil pero resistente, nos vincula recíprocamente.

“El amor “incondicional”, la calidez, la afectividad, la confianza y el optimismo irracional conforman la actitud terapéutica”

5. Conclusiones

En las líneas anteriores se ha intentado ilustrar el proceso de intervención en el tratamiento terapéutico de menores y de personas con diagnósticos de trastorno mental grave; con la misma base teórica y práctica, la Terapia Familiar centrada en la Alianza, aunque ambos procedimientos difieren en algunas cuestiones.

El ámbito de trabajo con menores, estaría en el nivel preventivo mayoritariamente; el ámbito de la rehabilitación psiquiátrica, trabaja con “mayores” y pertenecería al nivel de la rehabilitación. El tratamiento de menores se lleva a cabo en un contexto privado y ambulatorio (fuera del contexto vital cotidiano) y es 1 hora/semana o quincenal; el de personas con TMG se lleva a cabo en un contexto hospitalario público (dentro de su contexto vital cotidiano) y abarca las 24 horas del día y durante muchos años de la vida laboral y personal de paciente y terapeuta. Envejecemos juntos.

La intervención es breve y el proceso estructurado en el caso de menores, mientras que en el hospital la estructura y tiempo de la intervención están sujetas a múltiples variaciones por circunstancias diversas. El terapeuta en el programa de menores es un trabajador por cuenta propia, en el hospital el trabajador es “funcionario”, empleado de la institución cuya bondad ha de defender. La alianza, aún tornándose segura en ambas poblaciones, en el ámbito de menores resulta más sencillo mantener una manera estable de estar; sin embargo en el ámbito de la rehabilitación hospitalaria, la alianza aunque segura también puede ser influenciada por otras variables de difícil control en un “manicomio” (intervenciones institucionales, roles diversos, intervenciones con otros pacientes, rol profesional de “custodia y control social”...).

El amor “incondicional”, la calidez, la afectividad, la confianza y el optimismo irracional conforman la actitud terapéutica elegida en ambos procedimientos. Los elementos contextuales y el factor temporal inciden de forma diferente en el mantenimiento de dicha posición terapéutica, pero a pesar de estas diferencias, lo común en la forma de intervención basada en la alianza, el vínculo

afectivo o apego implica aceptar a la persona en su totalidad, con sus cualidades positivas y negativas, estando accesibles a lo largo de todo el proceso terapéutico, cuando “las cosas salen bien”, y también aceptando las dificultades y recaídas, apostando por la recuperación y la capacidad de los pacientes, sin juzgar lo ocurrido, sin perder la confianza, acogiendo y mostrando empatía; ofreciendo así un “amor incondicional” a lo largo del proceso terapéutico, la idea de que la relación terapéutica se mantendrá estable, favoreciendo así la adquisición de un vínculo de seguridad, importante para posibilitar el cambio. “Querer” a nuestros pacientes facilita la colaboración de los pacientes no motivados, recupera y mantiene la esperanza en el futuro, y nos permite a psicoterapeutas ejercer el día a día laboral, en este privilegio de oficio, con satisfacción y entusiasmo.

BIBLIOGRAFÍA

- Anthony, W. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23, 1993.
- Bowlby, J. (1978): El vínculo afectivo. Buenos Aires. Paidós.
- Bowlby, J. (1980): La separación afectiva. Buenos Aires. Paidós
- Bowlby, J. (1983): La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Buenos Aires. Paidós
- Diamond, G.S. (2004): Attachment Based Family Therapy for Depressed and Anxious Adolescents. PDF.
- Escudero C., V. (2011): Evaluación y Tratamiento Terapéutico de Menores en situación de Riesgo o Desamparo. Fundación Universidad de A Coruña. PDF.
- Escudero C., V. (2011): Adolescentes y familias en conflicto: Terapia Familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de tratamiento. Fundación Meniños. PDF.
- Farkas, M.(2007) La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *World Psychiatry*, 2007.Vol15,nº2, 68-75
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1988); La táctica del cambio. Barcelona. Herder
- Gutierrez, E. (1998). La Alternativa de la Parte Sana en el Modelo Psicoeducativo. *Sistemas Familiares* , 14, pp. 49-60.
- Gutiérrez García, E. (2004): El Optimismo Irracional en Psicoterapia. ¡Vade Retro Pesimismo Profesional! *Cuadernos de Terapia Familiar*, 2004, 58: 109-118.
- Gutiérrez, E. (2009): La Unidad Venres Clínicos en la Universidad de Santiago de Compostela. *Acción Psicológica*, vol. 6, nº1, 63-71
- Haley, J. (1980): Terapia para resolver problemas. Buenos Aires. Amorrortu
- Haley, J. (1985): Trastornos de la emancipación juvenil y Terapia familiar. Buenos Aires. Amorrortu
- Publio Terencio Africano, 94 a. C. - 159 a. C. *El atormentador de sí mismo*, 77.
- Watzlawick, P., Beavin, H.J. y Jackson, D.D (1985): Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona. Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1994): Cambio. Barcelona. Herder.
- Xunta de Galicia- Universidad de A Coruña. Valentín Escudero Carranza(Dir):Convenio de Colaboración Xunta de Galicia-Servicios de Menores y Universidad de La Coruña, 2012.

ANUARIO ABIERTO

CASOS CLÍNICOS
COMUNICACIONES LIBRES



Ilustración del libro "When Life is Young: a collection of
verse for boys and girls" de Mary Elizabeth Dodge, 1894



CASOS CLÍNICOS

Ilustración del libro "The Bab Ballads"
de W. S. Gilbert, 1898

CASO CLÍNICO 1

APEGO, CONTRATRANSFERENCIA Y RESISTENCIA AL CAMBIO EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Inmaculada Sangiao Novio
PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resumen: En el presente trabajo se analiza el caso de un paciente que acude durante los últimos años a distintos terapeutas, con sintomatología ansioso-depresiva y problemas en las relaciones sociales. Presenta un estilo relacional que genera contratrtransferencia en los terapeutas, siendo considerado un paciente resistente al cambio dado el historial de fracasos psicoterapéuticos acumulados durante aproximadamente los últimos 5 años.

Este tipo de pacientes presentan un estilo de apego inseguro de tipo ansioso/evitativo, por lo que se adhieren a la terapia para conseguir realizar cambios, a la vez que luchan para que el cambio deseado, y temido a la vez, no sucedan. Este patrón de relaciones es coincidente con un trastorno de personalidad.

Se busca en terapia construir una alianza de trabajo con él y una base segura desde donde explorar sus

modelos operativos internos (Juri, 2011) a la vez que se busca el cambio en dichos esquemas relacionales.

Palabras clave: Apego, contratrtransferencia, alianza terapéutica, estilo relacional, eficacia terapéutica.

Abstract: In this paper the case of a patient who comes in recent years to other therapists, with anxious-depressive symptoms and problems in social relations is analyzed. It presents a relational style that generates countertransference in therapists, being considered a patient resistant to change given the history of psychotherapeutic failures accumulated for about the last five years.

These patients have an insecure attachment style of anxious / avoidant type, so that they adhere to therapy for changes, while fighting for the desired change, and feared at the same time not happen. This pattern of relationships is coincident with a personality disorder.

Therapy seeks to build a working alliance with him and form a secure base from which to explore its internal as well as the change is sought in these relational schemas operating models.

Keywords: Attachment, countertransference, therapeutic alliance, relational style, therapeutic efficacy.

1 Introducción

Respecto a la relación entre la teoría del apego adulto y el proceso terapéutico, la investigación ha mostrado que los patrones de apego adulto pueden cambiar mediante la terapia o a través de relaciones secundarias de apego que permitan a la persona replantear sus esquemas o modelos operantes internos.

Bowlby (1993) postulaba que era probable que en consulta se elicitaran patrones comportamentales relacionados con las experiencias tempranas de apego, porque ésta involucra interacciones similares entre buscar y dar cuidado. Desde la teoría del apego, tanto el cliente como el terapeuta, pueden influir el proceso terapéutico.

La investigación sugiere que los sujetos con apego seguro tienden a obtener mejores resultados y se produce un mayor cambio con tratamientos más breves, lo contrario a lo que sucede con sujetos con apego inseguro (sobre todo evitativo/ansioso), a la vez que consiguen crear alianzas de trabajo sólidas (Lossa, Corbella & Botella, 2012).

Desde la psicoterapia, se englobarían dentro del concepto de “pacientes relacionales”, son casos difíciles para el cambio, cuyo tratamiento se prolonga en el tiempo y requieren el manejo por parte del terapeuta de la contratransferencia que producen.

El paciente ideal en terapia es aquel que se encuentra motivado, que hace una petición de ayuda legítima, que adopta una posición en el marco de la definición de la relación terapéutica como asimétrica con respecto al profesional. Sin embargo en ocasiones, nos encontramos con personas que definen el marco de la terapia o adoptan una postura simétrica con respecto al terapeuta, que serían los “pacientes relacionales”, que rompen de alguna forma las reglas de la relación terapéutica: llegan tarde a las citas, faltan a ellas, acumulan un largo historial de fracasos psicoterapéuticos, continuas alusiones a otros profesionales,... (Ruíz, 2013) siendo en general, el paciente que echa un pulso al terapeuta para demostrar que no se puede hacer nada y que va a fracasar.

2 Datos sociodemográficos:

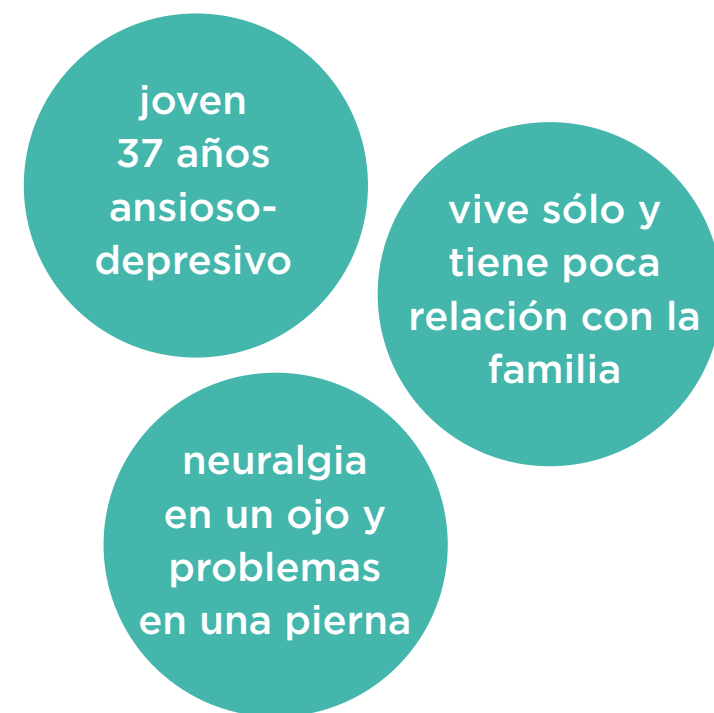
Se trata de un sujeto de 37 años, derivado por el médico de atención primaria, a petición propia, por presentar sintomatología ansioso-depresiva.

Nos informa de que vive sólo y tiene unas pobres relaciones sociales. Su familia vive en otra provincia y refiere no tener demasiada relación con ellos. Desde pequeño lo ingresan en un internado donde pasa la mayor parte de su infancia. Es el mayor de dos hermanos. Refiere que las relaciones familiares siempre fueron conflictivas. Tiene trabajo y afirma que le gusta, aunque tiene un contrato temporal, lo que le lleva a tener preocupaciones sobre su futuro.

En esos momentos había interrumpido un máster y las clases de inglés porque según él, no se encontraba bien. Tiene una neuralgia en un ojo y problemas en una pierna que le impiden realizar actividades que antes hacía, como el deporte.

En anteriores ocasiones había estado a tratamiento tanto psiquiátrico como psicoterapéutico privado (durante años) por sintomatología ansioso-depresiva. Según informa, en su trabajo realiza comentarios e intentos de acercarse a una de sus compañeras de una forma inadecuada, lo cual provoca rechazo social por parte de ella y los demás. Este patrón de relaciones no está circunscrito exclusivamente a las relaciones sociales dentro de su trabajo, sino que abarca más ámbitos.

Cuando llega a consulta se encuentra a tratamiento farmacológico prescrito por su médico de atención primaria.



3 Motivo de consulta:

el motivo de consulta es tanto el estado de ánimo bajo como la ansiedad que presenta, que actualmente se dispara en el trabajo, lo que hace que en ocasiones tenga que abandonar la situación e irse a casa.

“El problema que le trae a consulta empeoró sus relaciones con otras personas”

4 Objetivos:

A continuación se enumeran los principales objetivos consensuados a conseguir con el paciente:

- Disminuir sintomatología ansioso-depresiva.
- Activación conductual y ampliación de actividades sociales.
- Disminuir la ansiedad y conductas de abandono de su puesto de trabajo.
- Eliminar las conductas de presión, control, celos, hacia sus compañeras/os de trabajo.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

A su vez, se persigue construir una base segura mediante la relación terapéutica desde la cual el sujeto se dé la oportunidad de explorar y comprobar que sus esquemas sobre relaciones sociales no se cumplen.

5 Intervención:

A continuación vamos a describir el proceso terapéutico, a través de las sesiones, destacando lo más significativo para el tema que nos ocupa:

1ª Sesión:

En la primera sesión se evalúa mediante una escala de salud general donde nos informa de que el problema que le trae a consulta ha empeorado sus relaciones con otras personas, le hace estar irritable, lo mantiene preocupado todo el día, le obliga a estar en casa más tiempo del que debiera, no le permite realizar sus actividades normales, no le deja dormir y piensa que se trata de una enfermedad grave.

En cuanto a la evaluación de la relación terapéutica se le pidió que evaluase en una escala de 0-10 el nivel de satisfacción en relación con cuatro apartados: relación con el terapeuta, metas y temas tratados en consulta, enfoque y método seguido por el terapeuta, y en sentido general; obteniéndose puntuaciones muy bajas en estas escalas.

Se informa de la posibilidad de que invitemos a asistir a algún miembro de la familia, ante lo cual se niega.

Tanto para evaluar el estado de salud general como para evaluar la relación terapéutica se emplearon los cuestionarios de evaluación de resultados de psicoterapia (Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Ciordia & Vázquez, 2004). En la primera sesión el sujeto cumplimenta la escala de salud general y la de relación terapéutica, y en las sucesivas sesiones cubre la escala de relación terapéutica. Esto nos va a permitir observar tanto el cambio que se produce en el sujeto como en la relación terapéutica a medida que transcurren las sesiones.

2ª Sesión:

En la segunda sesión comienza a mostrarse ansioso con respecto al tema de las citas, de cómo se encuentran espaciadas temporalmente los seguimientos, la duración de las sesiones,... y comenta la posibilidad de dejar de asistir a las citas y pedir la próxima cita en el ámbito privado, por lo que informamos de que es su decisión y dejamos la puerta abierta para que vuelva a pedir cita por si cambiase de opinión o lo considerase por cualquier motivo necesario.

Por otro lado comenta que venir a consulta no le va a servir de nada y duda de que venir aquí o a otro sitio le sirva. En estos momentos se adopta una actitud que no nos lleve a la confrontación con el sujeto, incluso adoptando una postura por debajo de éste para evitar entrar con él en una escalada de conflicto. Este estilo relacional del sujeto se va a mantener durante las sesiones siguientes, así como la contratransferencia generada por él.

3ª y siguientes sesiones:

Asiste a la tercera sesión y siguientes de forma continuada. A partir de este momento empiezan a subir las valoraciones por parte del sujeto de la alianza terapéutica. Se sigue evaluando tras cada sesión la relación terapéutica, encontrando que es a partir de la quinta sesión donde se obtienen puntuaciones más elevadas en las cuatro dimensiones analizadas. Este aumento en la valoración de la relación terapéutica se objetiva a través del cuestionario de relación terapéutica.

Con este sujeto empezamos proponiendo la recuperación de actividades que le hacían sentirse mejor y que fue abandonando, dentro del modelo parte sana/enferma (Gutiérrez, 1998), proponiendo que su vida no gire en torno a sus limitaciones físicas. Proponemos tareas de desvío atencional dentro del contexto de trabajo para los momentos de ansiedad (“distancia de seguridad”). Sigue en la misma actitud: “venir aquí no me sirve”, pero sí se van observando cambios, sobre todo en lo referente a retomar actividades como inglés, trabajo, relaciones sociales,... por lo que se subrayan dichos cambios y se refuerza que continúe en esta línea.

“Comenta que venir a consulta no le va a servir de nada y duda de que venir aquí o a otro sitio le sirva”

A lo largo de las sesiones insistimos en la idea de que lo que está manteniendo el problema es el aspecto social y no aceptamos la definición del problema que nos plantea como un tema de ansiedad en el trabajo, por lo que re definimos ese marco como un problema relacional con los otros. Planteamos la idea de someter a prueba la hipótesis de que parte de su ansiedad se debe a encontrarse solo y no realizar interacciones sociales (que por otra parte necesita pero no se ve capaz de realizar). Sigue en esta misma línea, retomando relaciones sociales y en las siguientes sesiones refiere encontrarse mejor, ya no abandona su trabajo por los niveles de ansiedad y plantea la idea de que su ansiedad es algo “cíclico”.

Re encuadramos este patrón de ansiedad “cíclico” como períodos en los que se encuentra bien debido a que realiza esas salidas con otras personas, y los momentos peores cuando no se da esta posibilidad.

En estos momentos solicita espaciar más las citas. Incluso piensa en dejar progresivamente la medicación porque se encuentra mejor, buscando un equilibrio que le permita seguir encontrándose bien, pero sin llegar a dar un paso más o realizar un verdadero cambio en lo referente a incrementar sus relaciones sociales (Cambio 2) (Fisch, Weakland & Watzlawick, 1982).

Empezamos a meternos más en el ámbito de las relaciones sociales y en las ideas o esquemas que tiene alrededor de ellas y que fue construyendo con el paso de los años: el temor a ser rechazado por los demás, empieza a ver cómo a veces se comporta de tal forma que los demás terminan rechazándolo. No re formulamos lo que le sucede en este sentido como una falta de habilidades sociales (dado el estilo relacional y desafiante del sujeto), sino como un problema a la hora de “modular” (mediante un patrón de aproximación/distanciamiento) las relaciones con los demás. Parece aceptar la idea, e intentamos transmitir la idea de comprobar que sus temores o esquemas contruidos sobre las relaciones sociales no se confirman (por ejemplo involucrándose en alguna actividad con los otros), que la diferencia es que ahora no está sólo y que podemos ayudarlo más (dando pautas de comportamiento, modificando esas interpretaciones sobre las relaciones sociales) una vez que inicie un pequeño cambio en ese sentido.

Actualmente, y después de haber asistido aproximadamente a 10 sesiones, las citas son más espaciadas temporalmente, ha retomado actividades como clases de inglés, retoma actividad física adecuada a sus patologías físicas y se plantea la posibilidad de introducir algo nuevo en su vida como alguna actividad que le permita ampliar su círculo social. Empieza a ver cómo sus conductas a nivel social hacen que los demás lo rechacen, confirmando así sus esquemas sobre las relaciones. Las conductas inadecuadas referentes a las relaciones sociales dentro del contexto laboral han desaparecido, tanto las llamadas de atención, celos,... como el abandono de su puesto de trabajo debido a su ansiedad. La mayor dificultad que sigue presentando es en el ámbito de las relaciones sociales por sus miedos, sobre todo en relación con el hecho de sentirse rechazado.

“Las conductas inadecuadas referentes a las relaciones sociales dentro del contexto laboral desaparecieron”

6 Conclusiones:

Desde la psicoterapia los pacientes relacionales, son casos difíciles. Requieren el manejo por parte del terapeuta de la contratransferencia que producen, en este caso concreto manejada a través de la supervisión del caso o con herramientas como el humor, que permite modificar el clima afectivo en un determinado contexto social como es la terapia y al cambiar este marco permite al terapeuta recuperar el control de esa situación. Cuando el terapeuta se pone ansioso, el paciente toma el control del tratamiento y cuando esto sucede, el tratamiento se pospone. El cambio genera ansiedad en este sujeto y una forma de reducir precisamente esa ansiedad es hacer algo que aumente la ansiedad del terapeuta, para que precisamente ese cambio se posponga (Bergman, 1987).

Por su parte las conductas desafiantes de este sujeto hay que entenderlas en el contexto de que cumplieron una función en el pasado, tal vez como protección, tal vez como mecanismo de defensa.

El terapeuta debe de ser consciente de las reacciones emocionales que se generan tanto en él como en el paciente, haciendo un análisis de los ciclos interpersonales entre ambos. Es de esperar en este tipo de “pacientes relacionales” que sometan al terapeuta a continuas pruebas para valorar la fiabilidad y grado de seguridad interpersonal (base segura) que es capaz de garantizar.

En cuanto a elementos que pueden ayudar a manejar la contratransferencia, estarían el ser consciente de las reacciones emocionales, la supervisión del caso (que trate también los esquemas del terapeuta que influyen en la relación con el paciente y consigo mismo), el uso de metáforas que reflejen la relación paciente-terapeuta, dedicar un tiempo a evaluar aspectos como: qué pacientes provocan placer por el reencuentro, cuáles malestar, quiénes son considerados pacientes fáciles o difíciles, cuáles consideramos que están logrando cambios, cuáles tienen procesos lentos pero buenos, cuáles están estables y se evalúa que estarían peor sin terapia, cuáles generan preocupación excesiva, ansiedad, rechazo, sobre implicación, bronca, dificultad para poner límites, confusión,... así como cuáles son los esquemas o creencias del terapeuta que se activan frente a determinados pacientes (Baringoltz, 2005).

En cuanto a la investigación, se concluye que el estilo de apego inseguro está asociado a evaluaciones más bajas de la alianza terapéutica (Lossa, Corbella & Botella, 2012), observado en este caso hasta la quinta sesión. Lo que se encuentra es que a partir de la sexta sesión, aunque el vínculo con el terapeuta es bueno, el cambio es más inminente, por lo que el paciente se retrae sin posibilidades de conseguir un verdadero cambio.

Por otra parte el estilo de apego ansioso tiene dificultades para establecer objetivos de forma conjunta con el terapeuta a medida que avanza la terapia, dado que el hecho de crear un cambio en su

vida, sobre todo si se trata de un cambio de tipo 2, activa precisamente este patrón ansioso, dando lugar a que aparezcan dificultades no sólo en el establecimiento del vínculo, sino también en los objetivos de cambio.

A su vez quieren obtener resultados inmediatos, pero a medida que anticipan los cambios durante el proceso terapéutico, empiezan a realizar maniobras para que ese cambio deseado y a la vez temido no suceda, por lo que si a medida que avanzan las sesiones estos cambios no se producen o el sujeto no los percibe, la alianza terapéutica se ve amenazada (Lossa, Corbella & Botella, 2012).

BIBLIOGRAFÍA

Lossa, L., Corbella, S., Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, (105), 91-103.

Ruíz, J. J. (2013). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 52-58.

Bergman, J. (1987). *Pescando Barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona. Editorial: Paidós.

Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Editorial: Paidós Ibérica.

Juri, L. (2011). *Teoría del apego para psicoterapeutas*. Madrid: Editorial Psimática.

Gutiérrez, E. (1998). El trabajo con la parte sana dentro del modelo psicoeducativo. *Sistemas Familiares*, 14 (1), 49-60.

Fisch, R., Weakland, J. H., Watzlawick, P. (1982). *Cambio*. Barcelona. Editorial: Herder.

Rodríguez-Arias, J. L., Otero, M., Venero, M., Ciordia, N., Vázquez, P. (2004). Estudio de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. *Papeles del Psicólogo*, 87 (25), 20-28.

Baringoltz, S. (2005). La importancia del estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas. *International Congress of Cognitive Psychotherapy*, Suecia, Junio.

CASO CLÍNICO 2

EMDR Y PSICODRAMA NARRATIVO TRANSGENERACIONAL NUN DISPOSITIVO PÚBLICO

Marisol Filgueira Bouza

PSICÓLOGA CLÍNICA

Belén M^a Horcajo Marrupe (PIR)

HOSPITAL MARÍTIMO DE OZA

(PROGRAMA DE TRAUMA E DISOCIACIÓN).

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO

A CORUÑA (CHUAC)

Resumen: presentamos el caso de una mujer de 47 años que llega al Programa de Trauma y Disociación del Hospital de Día derivada desde su Unidad de Salud Mental. Refería sintomatología ansioso-depresiva a consecuencia del acoso laboral que sufrió durante 3 años. Inicialmente, el tratamiento se dirige a las imágenes intrusivas relacionadas con el mobbing procediendo con EMDR. Mediante la exploración minuciosa de su historia biográfica, se observa la repetición de acontecimientos y pautas de interacción significativas a lo largo de su vida. Para su abordaje, realizamos una aproximación progresiva mediante un modelo integrador: técnicas derivadas del enfoque sistémico narrativo construccionista,

terapia transgeneracional, psicodrama bipersonal y trabajo estructurado del sentimiento de culpa. De esta manera, llegamos al posible origen de su sintomatología actual: un duelo no elaborado, unos repetidos patrones de interacción basados en la lucha de poder entre mujeres, un rol de cuidadora frustrado y un sentimiento de culpa transgeneracional.

Palabras clave: clave: acoso, EMDR, psicodrama narrativo transgeneracional.

Abstract: a case report of a 47 year-old woman, referred from the Mental Health Center and admitted to the Trauma and Dissociation Unit in the Day Hospital is presented. She suffered from an anxious-depressive syndrome secondary to mobbing along three years. We initially address treatment to the mobbing-related intrusive images with EMDR. Then, and having thoroughly explored her biography, we observe the repetition of significant events and interactive patterns along her life. We make a progressive approximation of these, through an integrative model, with techniques derived from the systemic narrative constructionist approach, transgenerational therapy, bipersonal psychodrama and structured work of the blame feeling. We therefore reach the possible origin of the present symptomatology: a non-elaborated bereavement, repeated interactive patterns based on power fights among women, a frustrated caring role and a transgenerational blame feeling.

Keywords: mobbing, EMDR, transgenerational narrative psychodrama.

1 Introducción

La palabra mobbing deriva del verbo inglés “To mob” y significa “*atacar con violencia*”. Fue Heinz Leymann (1986) el primero que lo estudió como violencia psicológica en el lugar de trabajo causante de patología. Se puede definir como un tipo de hostilidad psicológica, realizada por compañeros o jefes, hacia una persona a la que se busca eliminar de su puesto de trabajo mediante una destrucción de su resistencia psicológica o de su salud física. Algunas consecuencias del acoso son los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés post-traumático.

El EMDR, Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares, es un enfoque de tratamiento psicoterapéutico demostrado eficaz para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático. Consta de un protocolo estándar compuesto por 8 fases: historia del paciente, preparación, establecimiento del protocolo o medición, desensibilización y reprocesamiento del trauma, finalización de la sesión y reevaluación del estado del trauma.

Desde el enfoque narrativo construccionista, una narrativa supone una trama, personajes y un escenario, y puede ser reescrita siguiendo esas articulaciones, un nuevo método terapéutico para problemas mente-cuerpo, donde el paciente mismo es el autor de su historia (J.L. y M.E. Griffith, 1996, 1997). Hemos desarrollado esta idea de re-creación y re-construcción del relato en nuestro enfoque de Psicodrama Narrativo (Filgueira Bouza, 2012).

Traumas y secretos familiares constituyen patrones interactivos que se repiten y transmiten a través de generaciones. Su desvelamiento contribuye a la liberación de eslabones en la cadena que generan sufrimiento, permitiendo de este modo una toma de conciencia transgeneracional (Schützenberger, 2008; Maciel).

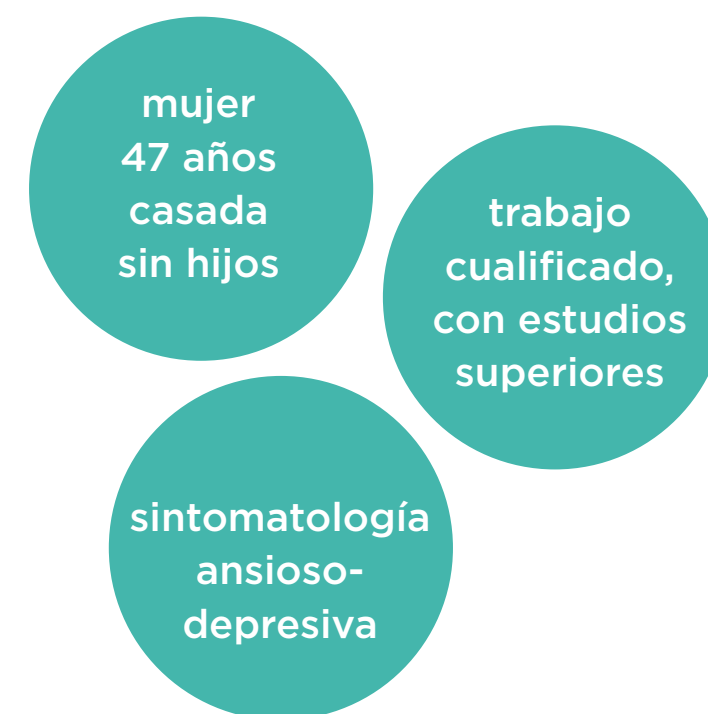
Las técnicas activas psicodramáticas básicas se pueden adaptar para su aplicación en formato individual, psicodrama bipersonal, mediante el uso de objetos intermediarios como las fotografías, los títeres, la escritura... buscando la recreación de diálogos terapéuticos entre el protagonista y los personajes del relato.

2 Datos sociodemográficos: mujer, 47 años, medio rural, casada, sin hijos. Estudios superiores (Formación Profesional: auxiliar administrativo). Trabajo cualificado.

3 Motivo de consulta: acude por primera vez a la Unidad de Salud Mental en Noviembre 2014, refiriendo intensa sintomatología ansioso-depresiva relacionada con una situación de acoso laboral mantenida durante tres años. Desde aquel momento, se encuentra de baja laboral. Se inicia tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.

4 Obxectivo: debido a la presencia de imágenes intrusivas relacionadas con el acoso, es derivada al Programa de Trauma y Disociación del Hospital Marítimo de Oza. El objetivo principal era el abordaje de dichas imágenes, y por lo tanto, el tratamiento indirecto de la sintomatología ansioso-depresiva relacionada. A medida que fuimos progresando en la terapia, se hizo necesario el replanteamiento de objetivos y técnicas.

5 Intervención: Inicialmente, se establece un plan de trabajo dirigido a las imágenes intrusivas relacionadas con el mobbing, procediendo con EMDR. Previamente, se realiza la exploración de posibles eventos traumáticos anteriores a la situación de acoso.



Realizamos la instalación del *Lugar Seguro* mediante la estimulación bilateral a través de movimientos oculares. Posteriormente, se aborda el primer evento traumático recogido en su historia (abuso sexual por parte de un profesor a la edad de 10 años). Tras el reprocesamiento de este recuerdo sin incidencias, y ante la sensación de falta de información significativa para la realización de una adecuada conceptualización del caso, se decide construir junto a la paciente su genosociograma, recurriendo al enfoque transgeneracional, en busca de la posible repetición de acontecimientos o pautas cuya clarificación pueda aportar algún sentido revelador: lealtades, guiones, secretos, tareas inconclusas... (Schützenberger, 2008; Maciel,).

La paciente es la mayor de cinco hermanos (3 varones y una mujer). Su madre, hija única, se dedicaba a las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. Su padre, militar, pasaba largas temporadas fuera de casa. Tuvo una relación más estrecha con sus abuelos maternos.

Realizamos una exploración profunda de las dinámicas relacionales con sus padres. Tanto en la personalidad como en la apariencia física, se parecía a su madre (identificación), y el deseo de semejanza es también hacia la misma figura (lealtad). Ambas, además, se llamaban igual. Destaca en su madre un fuerte y definido rol de cuidadora, similar al que presenta la propia paciente.

El padre era el ejecutor de normas y castigos. Lo define como una persona fría que no mostraba afecto. La relación con él se caracterizaba por un doble vínculo: era la hija predilecta (desde la perspectiva de los demás, no tanto desde la suya propia), pero al mismo tiempo era la principal destinataria de sus castigos (consecuencia de no satisfacer las expectativas que proyectaba en ella). Esto daba lugar a una relación “padre-hija” confusa.

Cuando la paciente cuenta con la edad de 18 años, su madre fallece, de forma inesperada, a causa de una enfermedad no diagnosticada. De esta manera, la familia pierde a la que definen como “su pilar fundamental”.

Una consigna familiar importante era el “mostrarse fuerte”, y por lo tanto, no vulnerable bajo ninguna circunstancia. Dicha consigna alcanzó su máxima expresión en el duelo por la figura materna. La paciente refiere no haber tenido “tiempo ni espacio” para su elaboración. A esto se le añade una sensación apremiante de “urgencia”, puesto que, ante dicho fallecimiento, debe hacerse cargo de sus hermanos, de las tareas domésticas, de sus estudios de formación profesional y su trabajo en un hipermercado. De esta manera, identificamos un duelo no elaborado.

Por lo tanto, las próximas sesiones se enfocarán a esta tarea pendiente, desde el enfoque de Psicodrama Focal en formato bipersonal (Filgueira Bouza, 1995, 1999). Proponemos la escritura de una carta de despedida. En ella, expresa a su madre mucha rabia por “haberla dejado con todo”, le pide perdón por conflictos pasados y relata acontecimientos familiares (bodas, nacimientos...).

*“Se decide construir
junto con el paciente
su genosociograma,
apelando al enfoque
transgeneracional”*

Al cabo de 5 años de fallecer su madre, su padre se casa con otra mujer, con la cual comienzan pronto los conflictos por el cuidado de los hermanos pequeños. Dichos conflictos terminan con la expulsión de la paciente de casa por parte de su padre. Estará los próximos 10 años sin tener contacto con sus hermanos. En este tiempo, contrae matrimonio con el que sigue siendo actualmente su marido, termina sus estudios y comienza a trabajar.

Al paso de los años, los hermanos también son expulsados de la casa familiar por el padre. En ese momento, se produce el reencuentro con ellos. Nuestra paciente tiene conocimiento de la situación de negligencia que han vivido bajo el amparo de su padre y su nueva mujer. De esta manera, empieza a gestarse un intenso sentimiento de culpa “por haberles abandonado y no haber podido protegerles”.

En un análisis más detallado del genosociograma observamos cómo, a lo largo de su historia se repiten, en dos ocasiones más, determinados patrones presentes ya en este primer enfrentamiento con la nueva pareja de su padre: intentos frustrados de llevar a cabo su rol de cuidadora; luchas de poder entre mujeres a causa de dicho rol, en las que la paciente termina siendo “desplazada y vencida”; no intercesión de los hombres presentes en dichas luchas de poder a favor de ella; e intenso sentimiento de culpa descubierto más tarde como transgeneracional y cuyo origen, se gesta en la “traición” a una sentencia materna, y por lo tanto, en una falta de lealtad hacia esta figura.

Primero, esta repetición de patrones tiene lugar cuando el hermano inmediatamente menor, tiene un hijo que nace con problemas cardíacos. La paciente y su marido ejercen fervientemente el rol de cuidadores con su sobrino, en aras de mostrar apoyo y afecto a los padres del niño. Con el tiempo, la mujer de su hermano, su cuñada, empieza a no recibir bien estas ayudas lo que desemboca en un conflicto abierto con ella, en el cual no intercede su hermano. Finalmente se produce la ruptura de la relación con ambos (la cual se mantiene hasta el día de hoy).

En segundo lugar, la situación de acoso laboral ejemplifica también dichos patrones: la paciente, hace 5 años, es contratada en la empresa tras realizar la sustitución de una compañera. Al incorporarse ésta, ambas ocupan puestos similares. Cuando comienza el acoso, el jefe, aún teniendo conocimiento de ello, no intercede a favor de la paciente. Dicha situación de mobbing se prolonga durante 3 años. En diversos momentos se dan luchas de poder entre ambas trabajadoras, las cuales terminan con la baja laboral de nuestra paciente. A esto le sigue, un intenso sentimiento de culpa por el reparto de su trabajo entre los compañeros de la empresa (“ella hacía el trabajo de tres”).

Desde una perspectiva transgeneracional podemos hablar de una justicia histórica: después de los reiterados desplazamientos que ha sufrido en los sucesivos conflictos biográficos, la vida la compensa con un puesto de trabajo para el que está cualificada, en el que se sentía autorrealizada y donde los compañeros la valoraban. En el momento actual, la paciente no lo vivencia de esta ma-

“A lo largo de su historia se repiten, en dos ocasiones más, determinados patrones”

nera: siente culpa por la carga de trabajo que deben asumir los compañeros en su ausencia, y se siente incapaz de enfrentar a la compañera que sustituyó (¿desplazó?). Será uno de los objetivos a los que vaya encaminada la terapia en las próximas sesiones.

En el análisis del genosociograma observamos también una excepción importante: su marido es la única figura masculina “que no la abandona”. Por tanto, uno de nuestros objetivos es el refuerzo de esta relación como punto de apoyo importante en su mejoría.

Con la finalidad de alentar la construcción de una narrativa biográfica alternativa, en busca de sentido vital, posteriormente, proponemos la tarea de contar un cuento con fotografías significativas de su vida.

Una narrativa supone una trama, personajes y un escenario, y puede ser reescrita siguiendo esas articulaciones, un nuevo método terapéutico para problemas mente-cuerpo, donde el paciente mismo es el autor de su historia (J.L. y M.E. Griffith, 1996, 1997). Hemos desarrollado esta idea de re-creación y re-construcción del relato en nuestro enfoque de Psicodrama Narrativo (Filgueira Bouza, 2012). Las fotografías suplen la técnica de la escultura en consulta bipersonal. Sobre ellas, podemos articular verbalmente (diálogo virtual) el resto de las técnicas psicodramáticas básicas: soliloquio, doble, cambio de roles y espejo. Se puede buscar el mismo efecto con títeres en lugar de fotografías o a través de la escritura.

En el cuento, hace un recorrido a lo largo de los acontecimientos vitales más significativos (comuniones, bodas, nacimientos, vacaciones...). Y es en el relato del mismo donde expresa la fantasía de “matar” al padre o que fuera éste el que hubiera fallecido en lugar de la madre, lo que produce una gran y significativa descarga emocional. En este momento, no puede contar un final para esta historia por lo que queda pendiente para el futuro.

Como se ha señalado más arriba, un sentimiento relevante y constante en esta paciente es el sentimiento de culpa (hay algo malo en ella que la hace merecedora de todo lo que le ha ocurrido). Consideramos que el mismo pueda tener un origen transgeneracional, basándonos en la narración “de un secreto familiar”: su bisabuela paterna “mató” a su hijo, abuelo de la paciente, al darle un vaso de vino, cuando éste estaba rehabilitándose de un problema de alcoholismo. En ese momento sufre un infarto y muere. Creemos que la culpa que pudo sentir la bisabuela, tiene relación con la que sintió nuestra paciente en uno de los eventos traumáticos que registramos al inicio de la terapia: el abuelo materno sufría cáncer. Horas antes de fallecer, el dolor era tan intenso que nuestra paciente administró la dosis de morfina prescrita por el médico para estas situaciones extremas. Inmediatamente después, y camino del hospital, fallece. Su abuela la culpa directamente de la muerte debido a la administración de morfina.

“Observamos también una excepción importante: su marido es la única figura masculina ‘que no la abandona’”

El papel de ambos eventos en el intenso sentimiento de culpa aún no es consciente para la paciente.

Las siguientes sesiones se dedicarán al abordaje de este sentimiento mediante el trabajo estructurado desarrollado por Pau Pérez Sales (2006). En la realización del mismo, y partiendo de la situación que genera el sentimiento de culpa más intenso para la paciente (abandono de la casa familiar y, como consecuencia, dejar a sus hermanos con su padre y su nueva esposa), se desvela un hecho relevante: la traición a la sentencia que, en repetidas ocasiones, su madre decía a su padre (si ella fallecía antes que él, y rehacía su vida, vendría “desde el cielo” para evitarlo). La paciente siente que el abandonar la casa familiar (a pesar de no tener otra opción, “la echaron” de ella) llevaba implícito el no cumplir con el deseo de su madre de impedir que su marido rehiciera su vida. Por lo tanto, aquí se evidencia la falta de lealtad hacia la figura materna. Al mismo tiempo, se hace patente la ambivalencia sentida hacia su madre y hacia “su deseo”. Esta ambivalencia está muy presente en aquellos duelos donde el sentimiento de culpa es muy intenso. Nuestra paciente afirma que deseaba que su padre iniciara una nueva relación puesto que, ello la permitiría sentirse más libre al estar él centrado en otra persona.

La paciente siente que su madre, si fuera testigo de ello, la habría perdonado. Es ella la que no se perdona la falta de lealtad.

6 Conclusiones: el procedimiento descrito facilita la toma de conciencia sobre las dinámicas interactivas que se repiten a través de generaciones, amparadas en el silencio, y determinando un guión de vida. La posibilidad de liberación de dichos patrones pasa por dicha toma de conciencia, para lo cual las técnicas activas ejercen un efecto particularmente potenciador.

“Lo que no se hace consciente se manifiesta en nuestras vidas como destino” (Jung, 1991).

BIBLIOGRAFÍA

- Filgueira Bouza, M.S. (1995 2º Trim.). Psicodrama Focal del Duelo Patológico. XI Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama: “Teoría, Clínica y Formación en Psicodrama en España”. Vitoria, 1995. *Informaciones Psiquiátricas*, 140, 239-251. *SISO SAUDE*, 1995, 25, 17-32.
- Filgueira Bouza, M.S. (1999 Oct.). O Psicodrama Focal na prática clínica. *Cadernos de Psicología*, 26, 28-41.
- Filgueira Bouza, M.S. (2012 Dic). Narradrama transgeneracional: volver a vivir. Una propuesta de psicoterapia integrativa. *Speculum, Revista del Aula de Psicodrama.- Psicodrama y Grupos*, 3, 109-124.
- Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1996). El cuerpo habla: diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu.
- Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas. En: Marcelo Pakman (comp.). *Construcciones de la Experiencia Humana (Volumen II)*. Barcelona: Gedisa.
- Hensley, B.J. (2009). Manual básico de EMDR. Bilbao, Desclée De Brouwer, S.A.
- Jung, C.G. et al. (1991). Encuentro con la sombra. El poder del lado oscuro de la naturaleza humana. Barcelona: Kairós, Biblioteca Nueva Conciencia.
- Maciel, M. Invisible Loyalties within the Family Transgenerational Psycodrama [en línea] Fecha de consulta: 30 de Junio de 2012. Disponible en: <http://www.manuelamaciel.com/loyal.html>
- Pérez Sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao, Desclée De Brouwer, S.A.
- Schützenberger, A.A. (2008). Ay mis ancestros! Buenos Aires. Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara. <http://www.psychogenealogie.name>



COMUNICACIONES LIBRES

"Songs for Little People" de Norman Gale
Ilustración de H. Stratton, 1896.

COMUNICACIÓN LIBRE 1

EL FÚTBOL SOY YO: TRABAJO CON UN PROCESO PSICÓTICO

Manuel Lopo Lago
José Antonio Muñiz Torrado,
PSICÓLOGOS EN GABINETE DE
PSICOLOGÍA KARMA (VIGO)

Resumen: Comenzamos exponiendo algunas ideas que nos resultaban interesantes en ese momento y que influyeron en nuestra forma de trabajar. La parte central la dedicamos a relatar el tratamiento terapéutico realizado con una familia donde uno de sus miembros estaba atravesando un proceso psicótico. Finalmente hacemos una reflexión sobre cómo la visión del terapeuta influye en su participación en la conversación y, consecuentemente, una invitación a actuar con responsabilidad.

Palabras clave: terapia familiar, procesos psicóticos, responsabilidad, Constructivismo, conocimiento en acción.

Abstract: We started exposing some ideas that we were interesting at that time and which influenced our way of working. The central part dedicated to recounting the therapeutic treatment performed with a family where one of its members was going through a psychotic process. Finally we make a reflection on the vision of the therapist influence his participation in the conversation and, consequently, an invitation to act responsibly.

Keywords: family therapy, psychotic processes, accountability, Constructivism, therapist's world view, action theories.

Cuando a un clínico se le pregunta cómo es que ha hecho lo que ha hecho, su reacción natural será re-examinar el caso desde la teoría que sustenta su praxis, en mayor medida si se dedica a la docencia y se adscribe a una determinada escuela. A no ser que ese clínico haya tomado contacto, de una u otra manera,¹ con los estudios de D. Schön (1992). Cuando se ha tenido este contacto la reacción podría ser re-examinar el caso desde los postulados de Schön:

- 1.- Lo que uno hace es más complejo que lo que uno es capaz de explicar a partir de sus teorías.
- 2.- Sabemos montones de cosas solo en el momento de la práctica y cuando estamos fuera de ella no somos capaces de explicarlas (a esto lo llama “*conocimiento en acción*”).

¹ Uno de los firmantes del artículo toma contacto con Schön a través de Marcelo Pakman, docente en el curso de Prácticas constructivistas organizado por Carlos Sluzki en Sta. Bárbara en 1996, posteriormente con la presencia de Pakman en distintas ocasiones en Galicia. Nuestra visión de Schön tiene que ver con lo que nosotros hemos entendido de lo transmitido por Pakman y por lecturas asistemáticas y más bien fragmentadas de algunos escritos de Schön.

La práctica profesional sería para Schön una combinación del “*conocimiento en acción*” y lo que llama “*teorías en uso*” que tienen que ver con nuestra cultura, raza, edad, condición social, familia, bagaje de técnicas... y son altamente idiosincrásicas, están sometidas a constante evolución y tienen que ver con las emociones que los clientes despiertan en los terapeutas.

Cuando dos clínicos que trabajan en equipo, filman sus sesiones y se tienen por eso que llaman “terapeutas familiares” reflexionan (a solas, con su equipo y con sus alumnos/as) sobre un caso para presentárselo a sus colegas, revisan las video-grabaciones, leen las notas que el equipo ha tomado y tratan de encontrarle un sentido a lo que han hecho y están haciendo con este y otros casos. Buscan congruencia entre estos datos y sus recuerdos del último año en lo que respecta a las sesiones del caso que han decidido presentar. A estas alturas del proceso piensan lo sencillo que sería explicarlo todo desde la teoría (sea esta cual sea), pero ya no pueden hacerlo así.

Habíamos aprehendido² del trabajo en vivo o grabado de prestigiosos terapeutas: Minuchin y su trabajo estructural, Sluzki y sus relatos alternativos, Cecchin y su curiosidad, Canevaro y su inmensa capacidad de acogida, Pakman y sus conversaciones constructivistas, Gutiérrez y su trabajo con la parte sana. También habíamos aprehendido de nuestros colegas más cercanos, menos prestigiosos pero igualmente respetables.

Habíamos comenzado hacía tiempo a trabajar de una forma menos restrictiva en cuanto a ajuste a los modelos de Terapia Breve del MRI y el Centrado en Soluciones que había caracterizado el trabajo del equipo en los últimos años. Considerábamos que la “tradición” en los terapeutas familiares de una u otra escuela era precisamente ir contra lo establecido. Y los enfoques narrativo-constructivistas parecían seguir esta tradición. Muchas de las actitudes propias³ de esos enfoques comenzaron a calar en nosotros de la misma forma que habían calado los postulados de Schön.

Pensábamos que debíamos “intervenir” más en la sesión con la pérdida consiguiente de importancia dada a la tarea final. Nos parecía interesante la polémica surgida los últimos años entre S. Minuchin y algunos terapeutas “narrativos” y “orientados a soluciones”, representada en la revista *Sistemas Familiares*⁴, y pensábamos que todos, al menos en parte, tenían razón. Además, con la “verdad parcial” de cada uno de ellos habían sido ayudadas muchas personas con problemas. No descartábamos pues, utilizar técnicas y modos terapéuticos de minimalistas, no-interventivos y complejos. Las actitudes narrativo-constructivistas tenían y daban consistencia a todas estas técnicas.

Habíamos dejado de planificar a priori el desarrollo de las sesiones, nos permitíamos trabajar “en el haciendo” como nos había empezado a gustar llamarlo, confiábamos más en nuestra capacidad para conocer y reflexionar en la acción, y en la de nuestros clientes para influir sobre nuestro “hacer”, reconociéndoles (en ocasiones explícitamente, implícitamente siempre, o eso pretendíamos) el papel de expertos en sus vidas.

² Sin la aportación de nuestros compañeros Celia Cameselle Taboada y Juan Manuel Daponte Codina (este último formando equipo terapéutico con Manuel Lopo en el trabajo con esta familia), habituales compañeros de trabajo las ideas expresadas aquí no serían las mismas.

³ Transparencia, curiosidad, irreverencia, poco apego a las hipótesis, co-responsabilidad, colaboración... serían algunas. Los lenguajes organizadores de nuestra práctica de Pakman pueden ser un buen resumen de estas actitudes.

⁴ Se pueden consultar los números 3 del año 14 (noviembre de 1998) y 1 del año 15 (marzo de 1999)

Por las informaciones que nos transmitió telefónicamente la madre de E (el paciente identificado), a finales de 2002, “sabíamos” que el asunto que les traía a consulta era grave (podría ser un proceso psicótico) y que ya se habían hecho a lo largo del último año consultas con otros profesionales, poco satisfactorias para los padres, y a las que E había acudido en muy contadas ocasiones. También “sabíamos” que (“yo estoy bien, no me pasa nada pero si hay que ir, se va”) vendría a definir su relación con nosotros como visitante (de Shazer 1992), y tendríamos que construir a lo largo de la conversación con él algún tema en el que estuviera lo suficientemente interesado como para seguir asistiendo regularmente.

Teníamos conocimiento por nuestra formación más bien autodidacta y algo ecléctica, que el trabajo con los miembros de la familia era conveniente, incluso imprescindible. Que Harding (1996) decía que la terapia personal daba mejores resultados que la terapia familiar cuando el paciente identificado vive en casa de sus padres. Que la homeostasis familiar a veces pesa como una losa y hay que manejarla. Que la psicoeducación disminuye las tensiones familiares y, en la misma medida, disminuye el stress que el ambiente familiar puede generar en el paciente. Que las familias han llegado a acusar a la Terapia de Familia de culpabilizadora y que una actitud “colaborativa” y de “transparencia” podría devolver a la familia el protagonismo en el tratamiento (la culpabilización en caso de que se produjera perdería fuerza ante el trabajo de equipo que el terapeuta les plantea). Que los neurolépticos no siempre son necesarios y que de momento siguen produciendo efectos secundarios físicos y sociales graves⁵.

“Sabíamos” por nuestra experiencia en este tipo de procesos que la prisa del equipo o del terapeuta asusta al paciente. Que las confrontaciones fuertes con miembros de la familia eran más perjudiciales que beneficiosas. Que sería necesario un exquisito cuidado en que todos y cada uno de los miembros de la familia se sintieran entendidos, validados y confiaran en el trabajo conjunto (confiábamos en que esto paliaría los rebotes homeostáticos de la familia). Que tendríamos que encontrar un sentido a los síntomas que el paciente presentara. Que ambientes muy estructurados ayudan en un momento del proceso pero pueden ser contraproducentes en otros. Que ya alguna vez nos habíamos atrancado cuando les pedíamos que hiciesen tareas que favorecieran su desarrollo cognitivo, que en otras ocasiones nos habíamos atrancado tratando de solucionar problemas “de siempre” entre la pareja de padres, y en alguna otra tratando de que un padre rompiera un “secreto familiar” cuya existencia conocía pero cuyo contenido no quería conocer.

“Sabíamos” que todos nuestros “saberes” habían sido, eran y seguirían siendo (al menos como de-seo) provisionales y permanentemente cuestionados. Buscábamos modos de acción que rompieran lo restrictivo de los distintos modelos⁶.

Teníamos ganas de aprehenderlo todo sobre esta familia que nos podía enseñar mucho sobre este tipo de procesos. De hecho habían conseguido manejar la situación sin necesidad de internamiento, ni siquiera de medicación para E (no así para su madre) y la situación había mejorado.

Queríamos, sobre todo, serles útiles.

⁵ Seikkula, Alakare y Aaltonen (1995) señalan que al iniciarse el nuevo proyecto con pacientes psicóticos agudos pensábamos que en todos los casos sería indispensable siquiera una nueva internación, que como mínimo a una tercera parte de los casos serían enfermos crónicos y que la mitad o más exigiría administrar neurolépticos. Nada de eso ocurrió. Hemos tenido que renovar de forma continuada nuestra labor (). La resistencia frente al cambio no provino tanto de los pacientes o sus familias sino más bien de nuestra propia manera de pensar.

⁶ Lopo (1999). Las técnicas deben ser elementos que ayuden a nuestros clientes en su intento de cambio, que amplíen sus alternativas posibles; no caigamos en el mecanicismo de utilizar las técnicas que mejor conocemos (por nuestra seguridad) o de hacer encajar a las personas y a las familias en nuestros supuestos (para autoconfirmarnos en nuestra forma de trabajar), a costa de limitarles las posibilidades de cambio.

El caso

La psicosis debe ser considerada como una manera especial de reaccionar ante circunstancias especiales, como una manera de expresarse con relación a determinados comportamientos de los demás, una manera de sentir una situación de relación interpersonal difícil, ambigua, confusa, cuyas características están muchas veces determinadas por otras personas.

G. JERVIS

Las reacciones psicóticas deberían verse como intentos de atribuir sentido a la propia experiencia y de hacer frente a circunstancias tan pesadas/agobiantes que impidieron construir una narrativa racional verbalizable. En posteriores situaciones de estrés estas experiencias del pasado pueden actualizarse y la persona se referirá a ellas mediante metáforas.

SEIKKULA, ALAKARE y AALTONEN

E. y sus padres vienen a consulta en 2002. Trabaja desde hace 2 años en una empresa, apenas sale de casa y sus relaciones sociales son escasas. Ya desde el primer momento deja ver su falta de “conexión” con la “realidad”, manifestando en distintos momentos ideas delirantes del tipo “el fútbol soy yo”, “el balón viene a mí, les meto presión, los maquinizo, es una especie de hipnosis que yo hago”, “tengo 22 años y estoy estudiando el fútbol en la realidad, tengo un sistema por el que el balón viene a mí”, “soy un altavoz, yo escucho y reparto la música”.

La madre, ama de casa y empleada del hogar por horas (“a ellos no les hace gracia pero a mí salir de casa me relaja mucho”) está muy preocupada por la situación de E. y atribuye su estado a “algo que le han dado”, así diagnosticó la bruja a la que consultaron, que según cuenta fue la única que ayudó a E. Lo está pasando muy mal y ha tomado y todavía toma medicación antidepresiva y ansiolíticos.

El padre es parco en palabras, pero agudo cuando habla. Trabaja en la misma empresa que el hijo, en el mismo turno. Tiene responsabilidades sindicales. Acompaña a su hijo al trabajo todos los días, incluso los sábados en que E. trabaja. De no hacerlo, E. no iría y perdería el trabajo. En ocasiones ha pasado que el padre no ha podido ir y E. (aun habiendo sido avisado de antemano) se ha quedado sentado en la cocina de casa esperando que alguien lo llevara.

El terapeuta conduce la conversación hacia la preocupación que sus padres y, según nos vamos enterando, también su hermano, sus tíos, sus primos, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo de E. y de su padre, sienten por su situación. Tratando de establecer un espacio de reflexión en el que E. deje, al menos por un momento, de ser el “enfermo” que el último año y medio todos

señalan con palabras y/o acciones u omisiones, para pasar a ser la persona a la que todos aprecian y que últimamente a todos preocupa:

- ¿Qué pasará para que las gentes que lo aprecian estén tan preocupadas por él?
- ¿Se ha preguntado qué cosas de las que hace y/o dice hace que las demás personas se preocupen?
- ¿Le interesa tener a todas esas personas preocupadas por él?
- ¿Emplea mucho tiempo en demostrar a todos que está normal y no le pasa nada?

Esta conversación parece tener el doble efecto de adherir a E. al terapeuta y tranquilizar a sus padres, que por primera vez se sienten entendidos por unos profesionales que consiguen que su hijo manifieste su voluntad de seguir conversando en posteriores sesiones.

Le pedimos a E. que pregunte a la gente de su entorno qué hace que se preocupen por él.

En la segunda sesión (asisten los mismos), en determinado momento E. relata que estaba enamorado y que los amigos creían que estaba “*tocado del ala*”: “*ellos están en otra película y yo en el año 2.500*”. El terapeuta llama a esto Amor Loco y pregunta cómo consiguió solucionarlo. E. contesta que desahogándose en la pista para desenamorarse. Parece un tema interesante y el terapeuta se interesa por cómo baila y continúa:

- ¿Cómo haces cuando bailas para desahogarte? Y su contestación lleva a más preguntas:
- ¿Piensas que esa forma de bailar puede preocupar a tus amigos?
- ¿Qué crees que piensan de ti los que apenas te conocen?
- ¿Es una imagen de ti que te interesa dar?

Retomando la metáfora del cine el terapeuta empieza a llamarle salidas de guión a las “ideas delirantes” que aparecen a lo largo de la sesión e introduce la idea de que son indicadores para que la gente de su entorno se preocupe, lo cual termina siendo aceptado por E. Confronta algunas de estas “salidas de guión” en sesión diciendo que cuando se sienta molesto por algo podría decirlo en lugar de decir cosas que solo él entiende y que, sin más, dejaríamos de hablar de ello.

- Te defiendes del daño saliendo del guión, ¿podrías hacerlo de otra manera?
- ¿Qué crees que piensan de ti los que te rodean cuando te sales de guión?
- ¿Te interesa que tengan esa imagen de ti?

E. empieza a encajar la idea de que algo debe fallar en él cuando todos se preocupan. El terapeuta le habla de lo sano de la duda y de que tal vez podría hacer cosas para que los otros no se preocuparan.

“Tratando de establecer un espacio de reflexión en el que E. deje, por lo menos por un momento, de ser el “enfermo”, para pasar a ser la persona a la que todos aprecian y que últimamente a todos preocupa”

En la tercera sesión, el padre (la madre disculpa su asistencia por cuestiones de trabajo) nos informa de que la situación ha mejorado. Se le pide al padre que aguarde en la sala de espera y el terapeuta comienza la conversación preguntando y atribuyendo control a E.

¿Cómo lo has conseguido? a lo que contesta: *“colaboro más en casa y hablo más con ellos sin irme de la olla, yo hice el gilipollas cuando el enamoramiento y la gente pudo pensar que estaba loco, quiero volver a ser como antes, todos me dicen que sea como era antes. El tema de la rapaza me afectó mucho, estaba tan deprimido, todo me inducía a estar con ella, pero es imposible aunque yo no descarto nada en la vida”*. Pone fin a su discurso diciendo al terapeuta que no quiere hablar de ese tema.

Continúa la conversación diciendo que también ha ayudado a la tranquilidad de sus padres que hable más con los compañeros de trabajo. *“Yo siempre era el que hablaba en casa. En las comidas nadie hablaba y yo pensaba: a ver si va a haber algo entre mis padres y yo no me entero. Mi hermano pasa de mí, dice que solo digo tonterías.”*

Se le pide, ya en presencia del padre, que cuando tenga una ida de olla lo haga evidente y que reflexione sobre qué le sentó mal. Al padre, que le pida al hermano que muestre respeto por E.

En la cuarta sesión, a la que asiste un amigo de E. el padre relata una pequeña crisis, pero que en general bien (la madre no ha asistido por considerar que sobra y que E. la odia). E. ha comenzado a salir algunas noches. Se pide al padre que espere en la sala y se pregunta al amigo:

¿Le preocupa E.?

A los demás amigos: ¿les preocupa?

¿Qué hace que se preocupen?

¿Qué creen que le puede haber pasado?

Estas preguntas generan una conversación sobre el Amor Loco de E. y la persecución a que sometió a la chica. Considera que E. debería pedirle disculpas.

Al final de la sesión se pide al padre que diga a la madre que consideramos su presencia imprescindible en algunas ocasiones, sobre todo al principio del tratamiento, y que le rogamus que asista a la sesión siguiente.

A la 5ª sesión asisten E. y sus padres. Comienza la sesión la madre quejándose y lamentándose de que E. la odia. El terapeuta comprende y valida su preocupación. El padre nos dice que en la presente semana las cosas fueron bien, pero la anterior fue lamentable. Ha tomado la decisión de no volver a llevarlo a trabajar los sábados. Piensa que E. debe responsabilizarse de su trabajo. La ma-



Ilustración de A. Hughes para el libro *“Sing-Song. A nursery rhyme book”* de Christina Georgina Rossetti., 1893

dre ha reaccionado ante esta decisión acusándolo de no querer a su hijo, que perderá el trabajo. La tensión entre los padres (de la que E. nos había hablado y que ya había aparecido en sesiones anteriores con menor intensidad) es soportada por E. bastante mal. El terapeuta decide intervenir con maniobras de corte estructuralista y propone efectuar cambios de disposición espacial en la sala de terapia (con la intención de señalar diferencias entre el subsistema parental y E.). Como las descalificaciones entre los padres siguen produciéndose y las “salidas de tono” -que no de guión- de E. con su madre también, el terapeuta decide hablar a solas con los padres. Se reanuda la conversación comentando el terapeuta que no le parece adecuado que E. intervenga en conversaciones sobre tensiones entre los padres, aun cuando su ausencia traiga como consecuencia el aumento de las tensiones entre ellos, éstas han de ser resueltas sin la intervención de E.

En la pausa el equipo hipotetiza que el padre apoyará las propuestas del terapeuta de forma que podría ser entendida por la madre como descalificaciones hacia ella, pero confía en que el buen *joining* conseguido entre madre y terapeuta permitirá que éste pueda pedirle que:

- rebaje las críticas hacia E., proponiéndole que trate de diferenciar aquellas conductas que, realizadas por su otro hijo, son calificadas por ella como faltas de respeto de las que calificaría de locas, de forma que cuando las de E. sean faltas de respeto, no las achaque a su “enfermedad”.
- valore la utilidad de dar a E. la posibilidad de mostrarse responsable. A veces hay que tomar ciertos riesgos (por supuesto con red).

Se le dice también que el equipo cree que tener distintas opciones educativas no implica falta de amor o de preocupación por los hijos, es habitual que hombres y mujeres demuestren amor de forma diferente.

El padre apoya al terapeuta descalificando a la madre. El terapeuta muestra gran respeto por ésta achacando sus reacciones a lo mal que lo está pasando, a la intensidad de su preocupación y a su propio estilo: no le cabe nada dentro. Alaba el gran sacrificio que está haciendo y va a tener que hacer para conseguir ayudar a E. y trata de aliviarla de culpa diciéndole lo difícil (casi imposible) que puede resultar para ella actuar en la línea que le está pidiendo. Pide al padre que ayude a la madre en este proceso.

Después de una breve pausa con el equipo, el terapeuta se reúne con E. y le pregunta: ¿Entiendes que tus padres se preocupen cuando haces algunas de las cosas que nos han dicho? E. saca el asunto de la tensión entre los padres. El terapeuta le dice *“ya no puedes hacer nada más, ellos mismos deben resolver sus tensiones, en este momento debes ser un poco egoísta. Dedicar tu tiempo a ponerte bien. Tus padres, especialmente tu madre, van a tardar en aceptar mejorías en ti, en*



Ilustración del libro “The Bab Ballads” de Gilbert, W. S., 1898

determinados momentos conductas normales pero que a los padres no gustan van a ser calificadas como síntomas de la enfermedad y lo van a hacer por pura preocupación por ti. Esto forma parte del proceso habitual. No le entres al trapo a tu madre. Tendrás un espacio aquí para echar fuera todo lo que te preocupa, tampoco queremos que lo tragues y tengas “idas de olla”.

Al comienzo de la sexta sesión nos cuentan entre E. y la madre los percances de él para ir al trabajo un sábado. Le costó pero finalmente consiguió hacerlo. El padre habla de lo que pasó ese mismo día cuando E. volvió del trabajo, cuenta que desvariaba y tuvo que amenazarlo con unas “hostias” para que reaccionara. E. lo interrumpe diciendo que *“tenía cantidad de cosas dentro”* y que se desahogó *“hablando con el perro, los árboles y la naturaleza toda”*. La madre interrumpe a E. para decir que también habló a gritos con los vecinos y con amigos que no estaban por allí. El padre le dice que la conversación que tuvo con el perro podría haberla tenido con él. E. se queja de que nada de lo que hace es valorado por los padres. El padre le pregunta por qué pierde el norte, será por fumar porros, por dormir poco (E. ha llegado tarde a casa últimamente, alguna vez ha dormido 3 o 4 horas antes de ir al trabajo). E. se defiende y el terapeuta le apoya diciendo que es *“una olla a presión que acumula hasta que estalla”*. Un jefe de la empresa ha hablado con el padre preocupándose por lo cambiado que parece E. en este último año. Las quejas tienen más que ver con las relaciones con los compañeros (o más bien la ausencia de relaciones) que con el trabajo en sí. El terapeuta pide a los padres que abandonen la sala de terapia y continúa la conversación con E. Le parece un buen momento, la tensión se ha calmado y no tiene claro que E. pudiera mantenerse coherente en caso de volver a producirse.

E. habla de independizarse de sus padres, de alquilar un piso o compartir piso con alguien, dice que está harto de estar en casa. Nos cuenta “todo lo que tiene dentro”. Todas las cosas lo inducen a estar con aquella chica, no consigue sacársela de la cabeza. Los amigos no le llaman por lo que pasó con ella, solo uno lo acepta (de él hemos hablado bastante, su modo de vida no agrada a sus padres, aunque reconocen que siempre le ha ayudado). ¿Qué podría hacer para desahogarse y pensar menos? pregunta el terapeuta.

Salen diversas opciones en la conversación: fútbol, gimnasio, autoescuela, hacer una vida normal. *“Yo antes veía cosas raras, cuando iba andando por la calle me sentía raro, la gente me hacía cortes de mangas, me decían cosas”*. El terapeuta le dice que a veces la mente nos juega malas pasadas, frase que repetirá ante comentarios de este tipo.

En un momento de la sesión la madre nos pregunta cómo se llama lo que tiene E. Le explicamos que en nuestra forma de trabajar no hacemos diagnóstico, lo que sí hacemos es evaluar las dificultades desde distintas perspectivas y tratar de buscar soluciones a los problemas que generan. No obstante, le indicamos, lo que muy probablemente le dijeran otros profesionales que sí diagnosti-

can es que E. ha tenido un brote psicótico, que hay bastantes estudios que dicen que, siendo una enfermedad grave, tiene un 50% o más de probabilidades de una mejoría significativa y quizá de recuperación y que recientes estudios en Finlandia parecen tendentes a indicar que las recaídas pueden estar más relacionadas con la medicación antipsicótica que con la enfermedad en sí.

En las sesiones 7 a 11 E. mejora, asiste a su trabajo los sábados por su cuenta. Sus amigos se distancian, pero busca nuevos amigos. Los enfrentamientos con la madre disminuyen y tanto ésta como el padre informan de mejorías. Familia, vecinos y compañeros de trabajo les comentan que encuentran mejor a E.

La madre habla de la posibilidad de acudir a tener una consulta con un psiquiatra de prestigio de otra ciudad. Pregunta el parecer del equipo. El terapeuta les dice que es una decisión que ellos han de tomar. El padre no se muestra muy conforme con las medicaciones y los recorridos de profesional en profesional. La madre insiste y el terapeuta propone mantener en la recámara la consulta, por si fuera necesario más adelante, *“lo peor ya ha pasado gracias al esfuerzo de toda la familia y lo habéis conseguido sin necesidad de que E. tome medicación”*.

En las sesiones se va repartiendo el tiempo entre ellos. Las conversaciones con E. vienen generadas por preguntas del terapeuta del tipo:

¿Cómo ha llegado a la situación de hace año y medio?

¿Cómo puede hacer para seguir ganando autonomía, “agencia”, y aumentar su red social?

Se le habla a su parte “sana” (Gutiérrez 1998b), que progresivamente va aumentando. Se trabaja con sus propios recursos para solucionar las dificultades, especialmente los que le pueden servir para evitar los enfrentamientos con la madre. Se apoya el sacrificio que la madre hace para no chocar con E. y se le pide que disminuya las críticas y que se fije en cómo crece su parte sana. Se le pide al padre que la ayude. El padre cuenta como a las pocas “salidas de guión” de E. se les puede encontrar un sentido si se sigue conversando con él calmadamente.

Entre las sesiones 12 y 16 se entra en una fase en la que el avance parece detenerse. El terapeuta normaliza la situación como un momento del proceso y pide a los padres que no se desanimen. El terapeuta dice a la familia que su formato habitual de trabajo es de pocas sesiones y que a él también le cuesta este ritmo pero el proceso tiene estos momentos⁷. E. dice no estar suficientemente centrado para ponerse a sacar el carnet de conducir (tiene un coche parado desde que lo compró hace dos años, el terapeuta había hablado con la familia de lo interesante que sería que E. obtuviera el permiso de conducir)⁸.

⁷ Pensamos que la transparencia del terapeuta ante la familia sobre el contenido de las conversaciones del equipo tuvo como efecto una mayor confianza de la familia en el terapeuta y el equipo, con el consiguiente aumento de la alianza terapéutica.

⁸ Consideramos de especial importancia identificar estos momentos del proceso, el trabajo desde atrás de Juan Daponte fue especialmente relevante en este período de sesiones ayudando al terapeuta a desacelerar su ritmo habitual para ajustarse al de E.. Tenemos en cuenta que los efectos iatrogénicos producidos por esta falta de ajuste con E. por parte del terapeuta podrían tener su importancia.

La madre al ver el interés del terapeuta en el tema no paraba de insistirle siendo fuente de conflicto entre ellos. El terapeuta rectifica su postura respecto al carnet de conducir. Considera que si E. no se encuentra con fuerzas para emprender esta tarea, se debe respetar su ritmo. Se conversa con la familia de la importancia en los próximos meses de la recuperación de la red social de E.

En la decimoséptima sesión nos informan que se le termina el contrato. Esto puede ser una fuente de problemas al coincidir más tiempo en casa E. y la madre, que todavía mantiene un alto nivel de críticas. Al mismo tiempo E. podría empezar a darle más vueltas a la cabeza de lo que sería adecuado.

La decimoctava sesión se aplaza al comunicarnos E. telefónicamente que se va unos días de vacaciones con unos amigos (entre los que están la chica del Amor Loco y su actual novio), le decimos que adelante y hablamos un momento con el padre en el sentido de que puede ser muy positivo para E. esta experiencia, aunque naturalmente tiene sus riesgos. Cuando finalmente tiene lugar la sesión nos enteramos de que todo ha ido perfectamente y E. está asimilando correctamente el estar en el paro. Nos cuenta que le da un poco de miedo abrirse a la gente y se siente incómodo en bastantes situaciones sociales.

En la decimonovena sesión nos enteramos de que E. ha ido al INEM por propia iniciativa y se ha apuntado a un curso de carpintería mientras se encuentra en el paro. La madre nos cuenta que le ha preguntado a lo largo de esta semana para qué vienen ellos. Preguntamos a E. si lo que quiere decir con esto es que quiere más tiempo en las sesiones para él y nos contesta que “algo así”. Acordamos entre todos que venga solo, al menos, a la siguiente sesión. Los padres informan de cómo familiares, amigos y vecinos les han comentado lo bien que han encontrado a E. últimamente.

E. se encuentra cada vez mejor, está estableciendo nuevas relaciones sociales y manteniendo/mejorando las de siempre. En la sesión 26 nos cuentan que está asistiendo regularmente a la autoescuela y se encuentra más adaptado en el curso de carpintería. Decidimos de forma consensuada suspender las sesiones, dejando claro que si en algún momento necesitaran llamarnos, estaríamos dispuestos a seguir trabajando con toda la familia.

Meses después el padre nos informa en una breve visita de cortesía que la cosa marcha y que las conversaciones con E. son ya siempre coherentes.

Han pasado los años y a finales de 2013 viene toda la familia porque E. ha convencido al hermano para tener unas sesiones para intentar solucionar el problema de ansiedad que presenta.

E. que en este momento se encuentra en el paro, está haciendo una vida normal, muy activo y con una buena red social, vive con sus padres y hace un relato crítico de las ideas delirantes que manifestaba cuando empezó su trabajo con nosotros.

“Se encuentra cada vez mejor, está estableciendo nuevas relaciones sociales y manteniendo/mejorando las de siempre”

A carro pasado: una visión desde la responsabilidad del terapeuta y el respeto al cliente

“Sois como egipcios: veis la realidad de perfil”
(Gonzalo Martínez Sande, a los autores)

Podemos pensar en la realidad que nos atañe como una visión arbitraria construida por cada cual a partir de sus propios moldes, más que en una entidad objetiva mayoritariamente compartida por todas las personas y con existencia independiente del observador: Von Glasserfeld (1988) y Watzlawick, entre otros, nos invitaron a pensar que estas construcciones hablan más del ojo que mira que de una supuesta realidad externa fundamentadora. Este asunto tiene su aquel, puesto que dichas visiones están implicadas en las acciones que emprendemos, como personas y como profesionales; aunque a primera vista podría parecer que son muchos los elementos consensuadamente objetivos, el terreno en que se mueve el oficio de hacer psicoterapia pertenece a las extensas llanuras de la realidad de segundo orden (Watzlawick, 1979).

Siguiendo un reportaje de El País (2010), si paseáramos por cierto barrio periférico de San Petersburgo quizá nos encontraríamos con un hombre que vive con su madre en un apartamento destartado, que camina con la apariencia de un vagabundo, la mirada perdida, introvertido y con dificultades para comunicarse con los demás... Por otros datos aportados en el reportaje sabremos también que se llama Grigori Perelman y está considerado como el mayor matemático de los últimos tiempos; su trabajo tuvo gran influencia en sus colegas de profesión, desarrolló herramientas que abrieron nuevas vías a la investigación, y resolvió la conjetura de Poincaré (sea esto lo que sea), entre otros méritos.

Si alguien toma la primera parte de la información, y además se fija en algunos otros datos curiosos, como dejar su trabajo en la universidad no se sabe muy bien la razón, o no aceptar otros en universidades occidentales porque le parecía sorprendente que le pidieran el currículum, o rechazar premios importantes y reconocimientos, incluido el millón de dólares otorgado por el Instituto Clay de matemáticas... este observador podría acabar acusando al personaje -como de hecho ocurrió- de padecer (o tener, o portar, o comportarse como, o ser...) un Síndrome de Asperger.

Otro observador puede argumentar la comisión de una imprudencia por información insuficiente, al no tener en cuenta el segundo grupo de datos, y acabar concluyendo que realmente estamos hablando de un genio con las rarezas propias de la genialidad... a lo cual el primer observador respondería que este interés enfermizo por las matemáticas justamente confirma su diagnóstico.



Ilustración del libro “The Mummy’s Dream, an Egyptian story of the Exodus” de H. B. Proctor, 1898

A propósito de la cantidad de información, podría defenderse la necesidad de acopiar toda la posible antes de iniciar un curso de acción. Sin embargo también hay quien mantiene que el conocimiento adicional puede ser inútil o incluso tóxico; Oskamp (1965, citado en Taleb, 2008, pág 216 y siguientes) proporcionó a psicólogos clínicos una serie de archivos sucesivos que contenían cada vez más información sobre los pacientes, y concluyó que la habilidad para diagnosticar no aumentaba con la información añadida: los diagnosticadores simplemente se reafirmaban más en su juicio inicial.

Múltiples Visiones

De todas formas, y más afortunada que desgraciadamente, la limitación de nuestros sentidos nos impide recoger toda la información; solucionamos el asunto de la cantidad fijándonos en determinado corte de datos, y sobre ellos fundamentamos nuestras acciones. Para los clínicos, los modelos de referencia -más o menos ortodoxos, más o menos explícitos- funcionan como chinchetas clavadas en un mapa, marcando la información relevante (Rodríguez-Arias y Venero, 2006), y nos permiten realizar una gestión económica de la información. Nos dicen a dónde tenemos que mirar, y cuándo tenemos información suficiente.

Por ejemplo, si pensáramos que la enfermedad mental es una posesión demoníaca haríamos un exorcismo, y si hubiera que llevar a alguien a la hoguera, procederíamos. Si nuestro modelo nos dijera que la base de la enfermedad se encuentra en los aspectos bioquímicos del cerebro utilizaríamos psicofármacos; consideraríamos los efectos perniciosos de esos productos farmacéuticos como un mal necesario, e ignoraríamos sistemáticamente las chinchetas que indicasen otros accidentes geográficos. Si nuestro modelo ajustase la lente para analizar los problemas revelando el contexto relacional de una organización social, serían otros los datos que quedarían fuera del encuadre: quizá nos la pasásemos estudiando la geometría de las organizaciones jerárquicas en busca de triangulaciones, y si hubiera que acusar a una madre de esquizofrenógena, se la acusaría, que tampoco aquí quedamos libres de responsabilidades. Desde una visión actual nos tienta pensar que algo hemos avanzado desde los tiempos de la hoguera -aquello era puro delirio-; sin embargo no dejan de ser realidades de segundo orden, mapeos de un territorio inaprensible (Korcybski, 1951).

No sólo se hacen diferentes mapeos en diferentes momentos históricos. Actualmente conviven más de un estilo de mapear: a quien interesa el subsuelo mapea el sustrato geológico, a otros interesa más la superficie y registra el suelo, hay también quien se interesa por las densidades del aire y otras coyunturas más etéreas. Por supuesto, no podemos ignorar la tendencia a elaborar teorías integradoras a base de superponer distintos elementos de mapas diferentes; lamentablemente, el elogiado deseo de crear mapas más representativos (integradores) del territorio se queda en un mero borrón en la ventanilla que impide ver el paisaje, como en su día expuso Gutiérrez (2003).

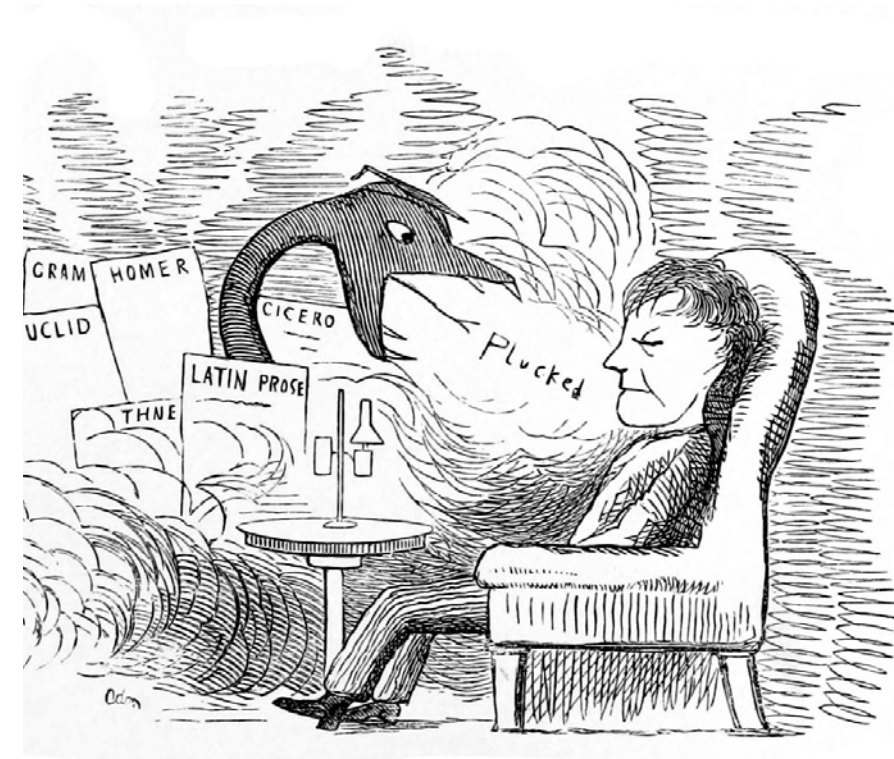


Ilustración de M. E. Edwards do libro “Lays of Modern Oxford”, de Adon, 1874

Nuestras Visiones

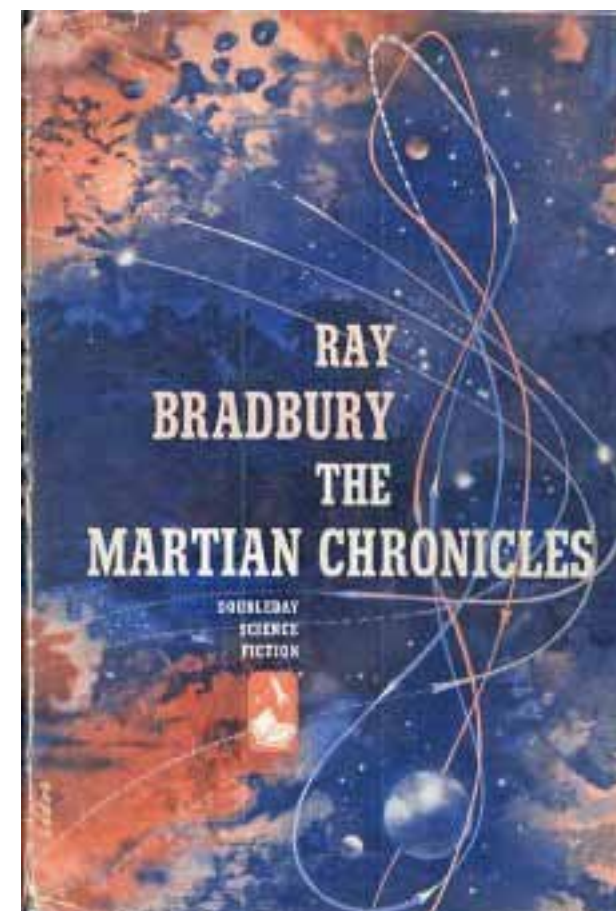
Nosotros estamos más cerca de la consideración de los aspectos comunicacionales de una conducta y su valor pragmático en contextos relacionales (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1981), a veces de modo quizá excesivamente minimalista en su traducción clínica, como nos acusaron en la cita que encabeza este apartado. Que consideremos esta visión más útil, incluso más ajustada a cómo funcionan las cosas, y que simpaticemos con los procedimientos clínicos de determinados autores (la lista sería larga) se debe únicamente a que es nuestra visión, nuestro delirio, y le tenemos cariño. Procuramos, eso sí, recordar de vez en cuando que no son más que supuestos (Gutiérrez, 1998). O delirios. Pero a veces lo olvidamos, y aunque nos gusta pensar que somos flexibles, la verdad es que nuestro delirio está bien estructurado.

A pesar de compartir elementos teóricos, con frecuencia estamos en desacuerdo, y ante la misma entrevista nos encontramos viendo y proponiendo cosas diferentes: después de todo, somos máquinas no triviales (Von Foerster, 1991). Cuando estamos entrenando un grupo en formación nos gusta mantener la desavenencia, exponemos los aspectos que tomamos en cuenta y la línea de acción derivada. Nos gusta pensar que la teatralización de estas diferencias alientan el espíritu crítico y la irreverencia hacia los propios modelos (Cecchin, 1993). Y si la propia visión no fuera suficiente aún nos queda tomar prestadas otras pensando: “¿Qué haría el terapeuta X en esta situación?”, como proponía Keeney (1992).

Sin embargo, a pesar de tener visiones distintas en el nivel más inmediato, utilizamos el mismo lenguaje, el mismo nivel de mapa, y esto nos permite entendernos. Keeney llama “*Efecto de Moore*” al producido cuando se superponen dos visiones (tramas) y emerge una nueva que no es exactamente ninguna de las utilizadas, y que no podría lograrse sin esta superposición; Bateson, Watzlawick y de Shazer se refieren con otros términos al mismo fenómeno (Ceberio y Wainstein, 1993). Aunque dichos autores utilizan esta metáfora con un objetivo diferente, nosotros la contamos para expresar la convicción de que las personas expuestas a estas divergencias corren menor riesgo de equivocar el mensaje y el mensajero, y pueden obtener una suerte de meta-aprendizaje que sobrepasa la puesta en escena personal que hacemos cada uno de nosotros.

Nuestra visión de E (y su entorno)

Quien haya leído las Crónicas marcianas de Ray Bradbury quizá recuerde el relato de “Los hombres de la Tierra”: aquellos hombres de la Tierra que llegan a Marte son tratados de una forma que no les cuadra, hasta que poco a poco se dan cuenta que los toman por locos: la forma de enloquecer en Marte es delirando con que se es de otro planeta. El tratamiento, la eutanasia, es una buena metáfora de lo mal que nos tomamos que los demás vean las cosas de forma diferente (aunque en general elijamos reacciones menos radicales). Cuando intentan convencer de la equivocación al



Portada del libro “As crónicas marcianas” de Bradbury ©Doubleday

especialista se encuentran con una gran dificultad: cada detalle que mencionan como muestra de su cordura es reinterpretado para confirmar cada vez más su diagnóstico (¿os acordáis del experimento de Oskamp?).

Aunque volvamos a la Tierra, tampoco E. se libra del asunto de las visiones: él tiene su propia visión del mundo, y actúa de una forma determinada; esta actuación restringe, a su vez, las posibles actuaciones de los demás hacia él, que restringen sus propias actuaciones... y así sucesivamente. Cuando dice que maquiniza a los jugadores para que la pelota vaya a él, restringe las posibles acciones de los demás de una forma diferente que si contara un chiste; y los demás actúan de forma que a su vez implica restricciones en su propia conducta... Dicho de otro modo, sus conductas (comunicaciones) tienen un efecto pragmático sobre los demás y, de rebote, sobre sí mismo.

Una forma de encarar una conversación terapéutica con E. consiste en responder de una forma diferente a como suelen hacerlo los demás. Podemos hablar a un loco de atar sin conciencia de enfermedad y posiblemente recorramos caminos ya trillados. Pero también podemos verlo como un hijo correcto y atento que viene acompañando a sus padres, quizás solo de visita. Considerarlo de esta forma (en vez de una cualidad esencial de E.) nos permite hacer algo al respecto; el terapeuta elige plantear una conversación diferente que finalmente da lugar a resultados diferentes (después de todo, la locura también puede definirse como hacer lo mismo de siempre y esperar que ocurra algo diferente): si queremos que E. responda de modo diferente, hablemos con él de forma diferente. En vez de verlo como una entidad clínica individual a quien el terapeuta le arroja sus intervenciones, podemos considerar al profesional como jugando un papel en la definición de dicho problema. Como El Padrino, hagámosle una proposición que no pueda rechazar: ¿qué pueden ver las personas que le rodean y le quieren bien, para preocuparse tanto por él? Esta pregunta permite a E. volver a una siguiente sesión, sin confrontar su maestría a la hora de maquinizar a los jugadores.

Los padres, un elemento muy importante en la definición del problema (son ellos quienes demandan una consulta), también se pueden ir tranquilos escuchando una respuesta diferente a la dada por otros profesionales anteriormente. En su visión, hay que tratar a E.: si E. vuelve, ellos vendrán a acompañarle.

Explorar la perspectiva comunicacional de la situación implica tomar en consideración la conducta de E. en el entramado de relaciones en que está inmerso como participante. Viendo la relación entre el padre y la madre es tentador pensar en términos de triángulo en la jerarquía (Haley, 1980): el conflicto marital es desviado a través de la existencia de un hijo problemático, y cuanto más grave sea el problema presentado más grave será el conflicto que desvía. Están bien las hipótesis, mientras no nos comprometamos demasiado con ellas (Pakman, 1993), nos proporcionen elementos viables de acción, y no sean una disculpa para desviar nuestra responsabilidad sobre el proceso.

Lo malo de algunas hipótesis es que se confunden fácilmente con el establecimiento de relaciones causales que acaban culpabilizando a los familiares, como se entendieron algunos planteamientos teóricos en la historia de la Terapia Familiar. A veces pueden describirse algunas observaciones como ejemplo del concurso de mecanismos homeostáticos, aunque también pueden describirse desde otras perspectivas, como por ejemplo desde la expresión de emociones (pueden consultarse las fuentes citadas por Carlos Álvarez, 2002). Al margen de su justificación teórica, a veces una mejoría del paciente va seguida de una reacción negativa por parte de un familiar. En este caso la mejoría de E. informada por el padre coincide con la ausencia de la madre en esa consulta; más adelante la madre reinterpreta conductas de E. típicas de su edad que podrían tomarse como indicios de normalización, como señales de empeoramiento o, cuando menos, motivo de nuevas quejas. Como antes, podemos pensar en la madre en todos los términos peyorativos que se nos ocurran; también podemos elegir verla, como a los demás, en un entramado interaccional en que sus actuaciones restringen y a su vez son restringidas por las personas con las que interactúa: si verla desde este punto de vista nos permite conversar con ella cortésmente sobre lo difícil que debe ser sufrir a diario los choques con E., igual a continuación está dispuesta a hacer alguna cosa que le pidamos. Una vez más, la opción elegida será dirigirnos a la interlocutora armados de respeto y aceptación. Como en el caso del padre, al que también se le podría acusar de periférico, se decide valorar la potencial utilidad de sus reacciones más frías y desapegadas respecto a E.; no así con respecto a la madre, a la que acusa de no pasar una. Pedir cambios a los padres no significa culparlos por la conducta de E., sino presentarlos como una petición para ayudarlo: igual que nosotros trabajamos en equipo, ellos también pueden trabajar juntos para lograr cambios entre todos. Para no entrar en el enfrentamiento entre ellos, se respetan ambas posturas como legítimas y habituales entre progenitores.

No fundamentamos nuestra práctica en términos diagnósticos; en el caso de la esquizofrenia éste no tiene valor predictivo respecto a su curso ni nos ayuda en la toma de decisiones clínicas de una forma diferenciada a otras casuísticas, mientras que en su contra está el estigma social que supone. Pero también entendemos como respeto contestar a una pregunta directa sobre qué le ocurre a E.; el terapeuta decide contestar, y centra su tarea en cómo hacerlo: a la palabra brote psicótico añade una serie de matizaciones (puede ser el único, las estadísticas hablan de diversos cursos posibles, hay elementos que permiten pensar en una buena evolución...) que permiten encajar la noticia de forma provechosa para el proceso terapéutico, y encontrar sentido a lo que está pasando sin hundir sus perspectivas de futuro.

Si nuestra relación con los padres está cargada de respeto, con E. esta postura es mayor si cabe. De entrada, lo mínimo que se merece es ser tratado por el terapeuta como un interlocutor válido, responsable de sus actos: si queremos un paciente actor, no podemos tratarle como parte del decorado. Podemos elegir verle como una persona con virtudes y bondades, que pasan desapercibidas

“Nuestra relación con los padres está cargada de respeto, con E. esta postura es mayor si cabe”

si uno no está dispuesto a valorar los recursos (o lo positivo, o la parte sana, como quiera decirse) como informaciones relevantes. Una persona que consigue mantener la situación sin tomar medicación, mérito atribuible a sus padres también en buena medida. Una persona lo bastante atenta como para intentar alegrar las comidas cuando comía en presencia de sus padres y éstos callaban, que se preocupa por la relación entre ellos. Una persona capaz de mantener su trabajo, a pesar de las dificultades. Una persona que vale la pena lo suficiente para que una parte de su red de iguales mantenga contacto con él, capaz de conseguir que parientes y vecinos se interesen por su estado. Una persona que tiene salidas de guión y a la que un Amor Loco (y seguramente otros hechos desgraciados) le han infligido un gran daño...

Este respeto incluye también el ritmo de la terapia; aunque los primeros cambios significativos son informados en la tercera sesión el proceso se extiende más allá de lo que habitualmente identificamos con terapias breves. Entendida como filosofía podemos mantener que sigue siendo terapia breve; pero tampoco habríamos forzado un menor número de sesiones porque “nuestro modelo no nos dejara”. Con frecuencia se presentaron altibajos, vaivenes, que ponen a prueba el aguante de un terapeuta impaciente. Ellos tenían su propio ritmo, y E. en particular se ocupó de transmitir al terapeuta cuando no podía tolerar sus intentos de avanzar.

Nota Final

Por si quedase cualquier género de duda, insistimos en la arbitrariedad de nuestras opiniones. Las referencias bibliográficas mencionadas quieren ser un homenaje a nuestros maestros y el reconocimiento de nuestra falta de inventiva, no una forma de desviar responsabilidades. Incluso, y sobre todo, cuando hablamos de E., es de nosotros de quien hablamos.

“Incluso, y sobre todo, cuando hablamos de E., es de nosotros de quien hablamos”

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, C. (2002): 25 años de expresión de emociones: notas para una reflexión. Mosaico 24, 10-14.

Bradbury, R. (2008) Crónicas Marcianas. Barcelona: Minotauro.

Ceberio, M y Wainstein, M. (1993) Conversaciones en Palo Alto con Steve de Shazer. Perspectivas Sistémicas 28 (6).

Cecchin, G. et al. (1993) De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. Sistemas Familiares 9 (3).

Fernández, R. (2010, 3 de Octubre): La conjetura Perelman El País, 2- y sigtes.

Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1984): La táctica del cambio. Barcelona: Herder.

Gutiérrez, E (1998): La familia: ¿quejas o problemas?. En Ríos, JA La familia: realidad y mito (pp 13-36). Madrid: Ed Universitaria Ramón Areces.

Gutiérrez, E.(1998) La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo. Sistemas familiares 1(14).

Gutiérrez, E. (2003): Psicoterapia sistémica y psicoterapia cognitiva. En I Caro (coord): Psicoterapias cognitivas: evolución y comparaciones. Barcelona: Paidós

Haley, J. (1980): Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.

Harding C.M. (1996): La interacción entre los factores biopsicosociales, el tiempo y la evolución

en la esquizofrenia. En Shriqui, C.L. y Nasrallah, H.A. "Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia" (pp. 745-775). Madrid: EDIMSA.

Jervis, G. (1997): Manual crítico de Psiquiatría. Barcelona: Anagrama.

Keeney, BP (1992): La improvisación en psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Korzybski, A. (1951): The Role of Language in the Perceptual Process En Blake, RR y Ramsey, GV (eds): Perception: An approach to personality. Nueva York: The Ronald Press Company.

Lopo, M. (1999) Restricción de alternativas y prácticas sistémicas. Sistemas Familiares 1(15).

Pakman, M. (1993) Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. En Delgado J.M. y Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis.

Rodríguez-Arias J.L. y Venero M. (2006): Terapia Familiar Breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico. Madrid: CCS.

Schön, Donald A. (1992): La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones. Barcelona: Paidós.

Seikkula, J. et al (1998): Tratamiento de la psicosis mediante el diálogo abierto. Sistemas Familiares 2(14).

Shazer, S. de (1987): Pautas de terapia familiar breve. Buenos Aires: Paidós.

Shazer, S. de (1992): Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa.

Taleb, NN (2008): El cisne negro. El impacto de lo altamente improbable. Barcelona: Paidós.

Von Glasersfeld E. (1988) Introducción al Constructivismo Radical. En Watzlawick P y otros: La realidad inventada: ¿Cómo sabemos lo que creemos saber? pp 20-37 Barcelona: Gedisa.

Von Foerster, H. (1991): Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick P. (1979): ¿Es real la realidad? Barcelona: Herder.

Watzlawick P, Bavelas JB, y Jackson DD (1981): Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.

COMUNICACIÓN LIBRE 2

UNA REVISIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LA ADICCIÓN A INTERNET EN JÓVENES

Cristina Alonso Vilar

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Estrella Romero Triñanes

FACULTADE DE PSICOLOXÍA,
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resumen: El uso abusivo de Internet ha emergido en los últimos tiempos como un problema que merece atención por parte de investigadores y clínicos. El término “adicción a Internet (AI)” acapara cada vez más atención en el mundo sociosanitario, especialmente en poblaciones jóvenes. A medida que la AI ha adquirido relevancia, ha cobrado interés también el estudio de factores de riesgo implicados en su desarrollo. En este trabajo se revisa la investigación sobre estos factores. La revisión permite identificar varios núcleos de riesgo: rasgos de personalidad (neuroticismo y apertura a la experiencia); síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión y problemas de conducta); factores sociodemográficos (ser

hombre, tener mayores ingresos); factores psicosociales (ambiente familiar y social empobrecido). Aunque algunas limitaciones deben ser superadas en la investigación futura (con más estudios prospectivos y en contextos socioculturales más diversos), los estudios revisados permiten identificar factores de riesgo que deberán ser contemplados por las estrategias de prevención.

Palabras clave: Adicción a Internet, Uso problemático de Internet, Factores de riesgo, Predictores.

Abstract: Internet use has emerged in recent times as a problem that deserves attention from researchers and clinicians. In fact, the term “Internet addiction (IA)” captures increasing attention in the fields of health and social sciences, especially in adolescents. As the IA has become important, the study of risk factors involved in its development has also gained interest. At this regards, in this paper the body of research on such factors is reviewed. The review identifies several sources of risk: personality traits (neuroticism and openness to experience); psychopathological symptoms (anxiety, depression, behavioral problems); sociodemographic factors (being male, having higher incomes); psychosocial factors (impoverished family and social environment). Although some limitations must be overcome in future research (more prospective studies in diverse cultural contexts are needed), the reviewed studies allow identification of risk factors that should be addressed by prevention strategies.

Keywords: Internet Addiction, Problematic Internet Use, Risk Factors, Predictors.

Introducción

Internet se está convirtiendo cada vez más en una parte esencial de nuestra vida y el número de usuarios está aumentando de forma exponencial. La generalización del uso de Internet trae consigo beneficios, como ser fuente de información, almacenamiento ilimitado, acceso instantáneo, contacto en tiempo real con personas de cualquier parte del mundo y el desarrollo de actividades profesionales o de la vida diaria. Es evidente que Internet a pesar de sus ventajas está ocasionando un cambio brusco en los modos de vida y las costumbres de los seres humanos, modificando la forma de interrelacionarse entre ellos. Paralelamente al rápido crecimiento del acceso a internet aumenta la adicción a la misma, especialmente entre los adolescentes, siendo el principal foco de atención entre los investigadores. De hecho, los adolescentes constituyen un grupo de riesgo porque tienden a buscar sensaciones nuevas y son los que más se conectan a Internet, además de estar más familiarizados con las nuevas tecnologías.

Desde la Psicología se ha desarrollado un fuerte interés por estudiar las condiciones de comportamiento relacionadas con el uso de Internet, entre ellas el posible surgimiento de la adicción a Internet (AI). Este término fue utilizado por primera vez en 1996 en la Reunión Anual de la Asociación Psicológica Americana. Algunos autores prefieren denominar la adicción a Internet como uso problemático de Internet (PIU). Se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de Internet que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. La AI puede interferir en la vida cotidiana de las personas y tener efectos a corto y largo plazo en su desarrollo psicológico, social y físico. Sin embargo, actualmente no hay definición normalizada o criterios de diagnóstico para la AI. Llama la atención la no inclusión en el DSM 5 de la AI, dada la amplia experiencia clínica, investigaciones y comprobaciones acerca de su existencia como entidad a lo largo de casi tres décadas. Basándose en las entrevistas de diagnósticos y en estudios epidemiológicos, Young (1998) y Ko et al. (2010) propusieron sus criterios diagnósticos para la AI en el que el aislamiento social, la pobre capacidad de planificación, la tolerancia, la preocupación, la falta de control y excesivo tiempo online se definen como síntomas centrales de la AI. Datos recientes sitúan la prevalencia del uso problemático de Internet entre adolescentes en un 13,3% en España, mientras que un 4,3% presentaría uso patológico (Durkee et al., 2012).

A medida que el problema del uso abusivo de Internet ha adquirido relevancia, ha cobrado interés también el estudio de factores de riesgo implicados en su desarrollo. Hoy sabemos que hay personas más vulnerables que otras a las adicciones. De hecho, la disponibilidad ambiental de las nuevas tecnologías en las sociedades desarrolladas es muy amplia y, sin embargo, sólo un reducido número de personas muestran problemas de adicción. En este trabajo se realiza una revisión sistemática de la literatura científica previa con el fin de conocer qué nos dice la investigación en este campo sobre un problema que todavía es poco conocido.

Revisando los factores de riesgo de AI: Principais resultados

Para revisar el estado actual del conocimiento sobre los factores de riesgo para la AI se efectuó una búsqueda de todos los artículos recogidos en la base de datos PsycInfo hasta la actualidad, en español e inglés, utilizando los descriptores “RiskFactors”, “Predictors”, “Internet Addiction” y “Problematic Internet Use”. De esta primera búsqueda se encontraron 348 artículos de los cuales 318 fueron descartados porque trataban sobre consecuencias de tener AI, factores de riesgo biológicos, prevalencias, propiedades psicométricas de las escalas de AI y/o evaluación y tratamiento. De ahí que 30 fueran el número de artículos tenidos en cuenta en esta revisión.

La revisión sobre los factores de riesgo de la AI permite identificar dos núcleos de riesgo: rasgos de personalidad/psicopatología y factores familiares, psicosociales y académicos.

“Datos recientes sitúan la prevalencia del uso problemático de Internet entre adolescentes en un 13,3% en España, mientras que un 4,3% presentaría uso patológico”

Personalidad/psicopatología

Comenzando con el primer núcleo de riesgo, rasgos de personalidad/psicopatología, podemos afirmar que en algunos casos hay ciertas características personales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a la adicción.

Entre los factores temperamentales que se encuentran en la literatura como predictores de la AI están la ira, la timidez, la búsqueda de sensaciones y la búsqueda de novedad.

Así, se sabe que la forma de expresar la ira interactúa con las relaciones interpersonales. El sentimiento de ira en reacción a un ataque, crítica o percepción específica de intercepción puede causar problemas interpersonales (Andersson et al. 2008). Cuando la gente experimenta el sentimiento de ira intensa, tienen dificultades al expresarse. Debido a que la ira tiene un impacto negativo en las relaciones interpersonales, se evita expresarla. La ira no expresada contribuye a un estilo de vida poco saludable, causando el consumo de alcohol y tabaco. Del mismo modo, la ira no expresada puede causar el consumo nocivo y poco saludable de internet. Siguiendo esta línea, Senormanci, Korkan, Glüçü y Senormanci (2014) encontraron que la ira es un predictor de la AI.

Chak y Leung (2004) encontraron que un mayor nivel de timidez predice un aumento moderado pero estadísticamente significativo de la AI. Los adolescentes se encuentran en un periodo de cambios tanto físicos como emocionales. La no aceptación de la propia imagen corporal, la baja autoestima y la inseguridad, pueden hacer de las nuevas tecnologías un refugio ideal para que los adolescentes proyecten ante los otros una imagen más ideal o a veces irreal de ellos mismos para hacerla más atractiva según los cánones sociales vigentes. Un chico tímido puede encontrar en la “privacidad” de Internet un medio para liberarse de la ansiedad que le producen las relaciones sociales diarias en contacto directo. La persona reduce progresivamente su campo de intereses y sus obligaciones, de manera que la conducta adictiva termina por acaparar su vida y no existen otras actividades gratificantes fuera de la conducta motivo de adicción. Es, en definitiva, la adicción, la que les impide desarrollar sus habilidades sociales en la vida real, les hace hipersensibles a los juicios de los demás y acrecienta su inseguridad. A partir de aquí se desarrolla una tendencia al aislamiento, se rompen las relaciones sociales, se produce el fracaso escolar y aparece la agresividad en ocasiones dirigida contra los propios miembros de la familia.

La búsqueda de sensaciones aparece como una de las características de personalidad que más predice la AI. Los individuos con mayores niveles de búsqueda de sensaciones tienen más intolerancia al aburrimiento y por tanto, buscan más la estimulación externa y, como consecuencia son más susceptibles a conductas adictivas. Shi, Chen y Tian (2011) encontraron que, al igual que el resto de conductas adictivas, los individuos con mayor nivel de búsqueda de sensaciones eran

“La no aceptación de la propia imagen corporal, la baja autoestima y la inseguridad, pueden hacer de las nuevas tecnologías un refugio ideal”

más vulnerables a la AI. Además la búsqueda de novedad que es una parte de la apertura a la experiencia predice la AI. Parece que las características de ingenio y apertura a la experiencia, tales como la creatividad, la imaginación y la innovación pueden llevar a los adolescentes a participar en actividades placenteras, como el uso de Internet, en exceso.

Por otra parte, la importante relación de la impulsividad con la búsqueda de sensaciones tiene un valor explicativo excepcional. Esto es especialmente importante en el campo de la adolescencia en la medida en que los adolescentes son grandes buscadores de nuevas sensaciones y de refuerzos inmediatos. Por lo tanto existe un patrón en la AI en donde juegan un relevante papel la impulsividad y la necesidad de sensaciones. Dalbudak et al. (2013) encontraron que la impulsividad es un factor de riesgo de la AI.

La falta de perseverancia, un aspecto de la impulsividad, que se caracteriza por la incapacidad de resistir los estímulos que distraen y para completar las tareas, predijo AI (Mottran y Fleming, 2009). Esto no es sorprendente dado que Internet proporciona un entorno con constantes estímulos gratificantes. Esto también es coherente con la opinión de que la AI es una alteración asociada a dificultades en el control de impulsos.

Por otra parte, una menor dependencia a la recompensa se relaciona con riesgo de AI. La dependencia de la recompensa es una tendencia hereditaria para responder intensamente a las señales de recompensa (en particular a las señales verbales de aprobación social), y para resistirse a la extinción de la conducta recompensada. Las conductas en Internet podrían ser persistentemente recompensadas por sensaciones de control, la calidad sincrónica interactiva, el logro inmediato, y la libertad de auto-representación. Por otro lado, estos placeres son a menudo impredecibles y difíciles de satisfacer en el mundo real, de ahí que los jóvenes con AI recurran al mundo tecnológico para ello.

En cuanto a las dimensiones del carácter y siguiendo el modelo de personalidad de Cloninger, Estévez, Bayón, de la Cruz y Fernández-Liria (2009), encontraron que los sujetos en situación de riesgo presentan bajas puntuaciones en autodirección y cooperación; el tener puntuaciones bajas en autodirección les describe como sujetos con baja autoestima, con pocos recursos, frágiles, con tendencia a proyectar la culpa a los demás o a las circunstancias, y con escasa autoeficacia y dominio de las situaciones. Las puntuaciones bajas en cooperación caracterizan a estos sujetos como escasamente cooperadores, poco compasivos, con tendencia a ser vengativos y hostiles. El tener puntuaciones bajas en ambas dimensiones de carácter les describe como sujetos inmaduros e infantiles, que pueden encontrar en la red una forma de satisfacer las necesidades más instintivas. Los sujetos con AI tienen una tendencia a la abstracción y al pensamiento mágico fantasioso y poco



©Andrew Martin

convencional (Puntuaciones altas en la dimensión de transcendencia). Su individualidad puede llevar a un rechazo de actividades de grupo y predisponerles a una búsqueda de satisfacción en actividades solitarias en Internet antes que en actividades o amistades sociales más convencionales.

Teniendo en cuenta los rasgos de personalidad y siguiendo el modelo de los cinco grandes, Kuss et al. (2013) encontraron que los rasgos que predicen AI son la baja estabilidad emocional (neuroticismo), la baja amabilidad y la baja responsabilidad. Las personas con puntuaciones altas en neuroticismo tienden a experimentar emociones negativas e Internet es un medio para sentir alivio de los problemas cotidianos o las emociones displacenteras. La relación entre la AI y la baja responsabilidad se debe posiblemente a dificultades en la organización, autodisciplina, cumplimiento de normas y compromisos. Desde un punto de vista explicativo, los adolescentes que tienen menor responsabilidad eligen otras actividades p.e. a través de Internet, antes que otras actividades menos placenteras, tales como hacer los deberes, y por lo tanto pueden estar en mayor riesgo de uso de Internet en exceso.

A su vez, los problemas psicopatológicos previos aumentan el riesgo de AI. Dentro de los trastornos psicopatológicos, la hiperactividad, la ansiedad y la depresión son los más citados en la predicción de la AI.

Comenzando por la hiperactividad, Yoo et al (2004) demostraron que es un predictor significativo para el desarrollo de la AI. Los niños y adolescentes con hiperactividad se vuelven adictos a Internet porque satisface su necesidad de gratificación inmediata, se aburren fácilmente y tienen una aversión por la recompensa demorada. Por su parte, Internet proporciona estímulos multimodales y recompensa inmediata.

Los resultados encontrados por Cho, Sung, Shin, Lim y Shin (2013) sugieren que el aislamiento y la ansiedad/depresión durante la infancia deben ser considerados en la etiología de la AI. La soledad o la depresión predisponen a los individuos a desarrollar cogniciones y conductas desadaptativas sobre Internet que finalmente se traducen en resultados negativos.

Estévez, Bayón, de la Cruz y Fernández-Liria (2009) observaron puntuaciones más elevadas en las cuatro subescalas del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) (Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción sexual y Depresión grave). Ceyham (2008) encontró que los trastornos de control de impulsos y la depresión predisponen a AI. Una interpretación de este resultado puede ser que las personas que experimentan angustia, dificultades, problemas y/o pobre bienestar psicológico pueden utilizar Internet en exceso para la distracción, para hacer frente o evitar sus problemas, y para el alivio social o de rescate.



©stockvault

En cuanto a las características de personalidad de corte cognitivo, los constructos de autoeficacia y autorregulación también han sido estudiados como factores de riesgo de la AI.

La autoeficacia se define como los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. La autoeficacia sobre Internet puede ejercer un efecto sobre el uso de Internet de los individuos, de ahí que la investigación (Shi, Chen y Tian, 2011) concluya que las personas con baja autoeficacia en Internet a menudo sienten que estas tareas son demasiado difíciles para ellos y, por tanto, evitan el uso de este tipo de aplicaciones de Internet. En el otro lado, las personas con alta autoeficacia en Internet están libres de tales problemas, pero son más vulnerables a hacer un uso adictivo de Internet.

La autorregulación se ha definido como la capacidad para planificar, orientar y supervisar el comportamiento de uno con flexibilidad ante la evolución de las circunstancias. Carver y Scheier (1982) definen la autorregulación como una habilidad con esfuerzo para hacer planes y utilizar el comportamiento dirigido a un objetivo para lograr los resultados deseados. Esto incluye retrasar la gratificación y consiste en el seguimiento de la propia situación actual, que luego se compara con el estado o meta deseada. Una fuente de comportamiento potencialmente poco saludable conectado a Internet podría atribuirse al hecho de que proporciona una gratificación instantánea y el refuerzo positivo inmediato de comportamiento. Las dificultades en las habilidades de autorregulación predicen AI (Sebena, Orosova y Benka, 2013). Las personas deprimidas son menos capaces de participar en la autorregulación efectiva, lo que significa que por lo general son menos eficaces en la regulación de sus pensamientos, en el cambio de comportamiento y por tanto, evitando los resultados negativos. Los estudios han demostrado que los sujetos con niveles más altos de síntomas depresivos también eran menos eficaces en el control y la regulación de un patrón de pensamiento obsesivo que implica el uso de Internet como por ejemplo: “No puedo dejar de pensar en estar conectado”. Esto también se muestra en el uso compulsivo de Internet: “Tengo dificultad para controlar la cantidad de tiempo que paso conectado” o “Me resulta difícil controlar mi uso de Internet”.

En relación con los sistemas motivacionales, se investigó como factor de riesgo de la AI el concepto “Necesidad de cognición” que se refiere a la motivación y preferencia que muestran las personas hacia la actividad de pensar. Los resultados indican que la necesidad de cognición es un predictor negativo de la AI (Shi, Chen y Tian, 2011); los individuos con mayor niveles de necesidad de cognición utilizan Internet en un ambiente más “sano” y controlado sobre todo para fines profesionales o académicos, y están por tanto más alejados de hacer un uso problemático de Internet. Internet requiere que los usuarios adquieran ciertas habilidades para manejarlo.

La investigación indica que la baja autoestima es un factor de riesgo en la AI (Jiménez y Pantoja, 2007). Los adolescentes pueden encontrar excitación, intimidad, amistad y respeto en Internet,



©@estrattonbailey e @wearesculpt

compensando así la baja autoestima. Además, si las personas tienen una mala opinión de sí mismas y encuentran dificultades para socializar por su timidez o falta de autoestima, pueden usar la Internet como una alternativa de socialización, pues en ella se pueden abrir y ganar confianza sin tener que interactuar cara a cara.

Frangos, Frangos y Sotiropoulos (2011) encontraron que las creencias psicológicas negativas, en concreto, sentimiento de soledad, profunda decepción con la vida, sentirse abandonados, sensación de que todo en la vida es trivial, ausencia de objetivos en la vida, disfrutar como único propósito vital, tendencia a no solucionar problemas y la baja voluntad para trabajar, predecían la AI. El modelo cognitivo-conductual sugiere que estas creencias negativas preexisten a la AI como causa distal y la aparición de la AI les lleva a ser más intensas.

En cuanto a otras características cognitivas, Chak y Leung (2004) encontraron que el locus de control estaba relacionado con la AI; en concreto, el locus de control interno, la medida en la que una persona cree tener control sobre su propia vida, predecía negativamente con la AI. Al contrario, las personas con locus de control externo, personas que creen que el control de sus vidas depende del azar, suerte, poder o decisión de otros, son menos exitosas en el control de su uso de Internet.

El aislamiento social o las relaciones con un grupo de personas que abusan de las nuevas tecnologías pueden incitar al adolescente a engancharse a Internet, interfiriendo en el desarrollo normal de las habilidades sociales. Esta tendencia a compensar en el mundo virtual las carencias del mundo real intensifica la probabilidad de tener AI (Cho, Sung, Shin, Lim y Shin, 2013).

La soledad se define como la falta de relaciones sociales necesarias o como la falta de intimidad en las relaciones sociales existentes. Los estudios sobre la soledad como factor de riesgo de la AI presentan resultados contradictorios. Internet es un medio adecuado donde las personas solitarias pueden mantener relaciones sociales. El anonimato, ser físicamente invisible para los otros, la falta de señales no verbales como gestos y lenguaje corporal y la sensación de libertad en la selección de las personas en cualquier momento y/o el rechazar fácilmente crean sensación de control en las personas solitarias. Además, las personas solitarias utilizan Internet con el fin de evitar los problemas del mundo exterior y como una alternativa de ocio para el mundo exterior. Sin embargo, se encontró un efecto paradójico entre el uso de Internet y la soledad. Aunque Internet fomenta la comunicación y facilita las relaciones sociales, con el tiempo hace que el individuo se vuelva más solitario, haciendo una sustitución de las actividades sociales reales por actividades sociales virtuales. Entonces, los individuos se vuelven dependientes de las actividades sociales virtuales, mientras construyen relaciones sociales débiles por Internet, convirtiéndose en solitarios dado que descuidan las relaciones con amigos y familiares. En esta línea, Senormanci, Korkan, Glüçü y Senormanci (2014) encontraron como un factor de riesgo de la AI, la soledad.

Tabla 1. Factores personales/psicopatología

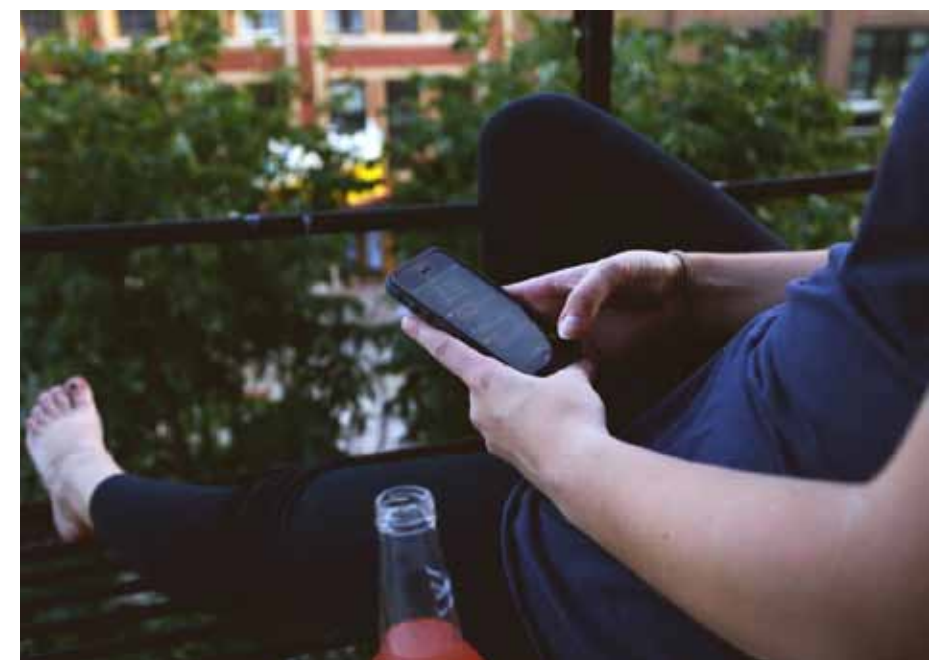
Factores personales/psicopatología	
Factores Temperamentales	Ira Timidez Impulsividad Búsqueda de sensaciones Búsqueda de novedad Menor dependencia a la recompensa
Dimensiones del carácter	Baja autodirección Baja cooperación Alta transcendencia
Rasgos de personalidad	Baja estabilidad emocional Baja amabilidad Baja responsabilidad
Psicopatología previa	Ansiedad Depresión Hiperactividad Síntomas somáticos Insomnio Disfunciones sexuales
Factores cognitivos	Baja autoeficacia Baja autorregulación Baja necesidad de cognición Baja autoestima Creencias psicológicas negativas Locus de control externo
Factores conductuales	Aislamiento social Soledad

Factores familiares y psicosociales

Entre los factores de riesgo familiares, se encuentra que el ambiente familiar empobrecido, la carencia de vínculo afectivo entre los padres, las familias menos organizadas, cohesionadas y adaptables, la mayor insatisfacción global con sus familias, mayor conflicto entre los padres y entre padres e hijos, la percepción de los padres como más punitivos, que ofrecen menos apoyo, cálidos e involucrados favorecen el desarrollo de AI. La tipología de familia también parece ser un factor de riesgo de la AI: tener padres divorciados, vivir con un solo padre y/o ser hijo único predicen AI (Huang et al, 2009; Ak, Koruklu y Yilmaz, 2013; Li, Garland y Howard, 2014).

Según la literatura previa, se considera el estilo de apego inseguro como un factor de riesgo de la AI. El desarrollo de la autonomía de la familia y la dependencia de los compañeros y amigos cercanos para el apoyo emocional es un gran desafío para los adolescentes. A diferencia de los adolescentes con un estilo de apego seguro, los adolescentes con apego inseguro tienen interacciones negativas con compañeros. Debido a la falta de retroalimentación visual, auditiva y emocional, Internet ofrece una cierta distancia psicológica de las personas con las que los adolescentes con apego inseguro interactúan. Además, cuando están conectados, encuentran que con poco esfuerzo pueden hacer nuevos amigos y convertirse en populares, ocultando sus dificultades de contacto interpersonal de la vida real. En consecuencia, los adolescentes con apego inseguro son más propensos a usar Internet para buscar apoyo emocional y con más probabilidad llegan a una AI (Lin, Ko y Wu, 2011).

Entre los factores de riesgo psicosociales están el género, el acceso a Internet en el hogar y el nivel de ingresos de la familia. En todos los estudios revisados coinciden en que ser hombre es un factor de riesgo de la AI. Esto puede deberse a que los hombres son más propensos a jugar online, participar en cibersexo y ver ciberpornografía, todo ello relacionado con AI. Además, tener acceso a Internet en casa y mayores ingresos también aumenta el riesgo de AI. También el uso que se haga de Internet siendo un uso frecuente el que propicia AI; Ko et al. (2007) encontraron que usar Internet 20 horas o más por semana aumentaba significativamente la probabilidad de tener AI, al igual que el uso de Internet por la noche. Otro dato a tener en cuenta es la edad de inicio de uso de Internet, según los resultados del estudio de Ni, Yan, Chen y Liu (2009), a menor edad del inicio de uso de Internet, es más probable que tener AI. El uso de Internet para conseguir información sexual, juego interactivo y socialización, incluyendo el uso de la sala de chat y el correo electrónico predicen AI. En concreto, Ceyham (2008) encontró que el uso de Internet para comunicarse con familiares o amigos y pasar un buen rato predice la AI. Los usuarios con AI utilizan Internet sobre todo para divertirse, sentirse aliviado, y pasar el tiempo y, los usuarios de Internet saludables utilizan Internet principalmente para buscar información.



©@estrattonbailey e @wearesculpt

Tsai et al. (2009) encontraron que el apoyo social deficiente era un predictor de AI. Un resultado interesante encontrado por estos mismos autores fue que el hábito de saltarse el desayuno es uno de los factores de riesgo de la AI. Los patrones de sueño interrumpido debido a conectarse hasta altas horas de la noche en Internet pueden conducir a la fatiga excesiva y por lo tanto poner en peligro el funcionamiento de los ritmos académicos y ocupacionales. Este hallazgo parece razonable ya que los adictos a Internet se quedan hasta tarde por la noche y puede levantarse demasiado tarde para el desayuno.

Por otra parte, también se ha comprobado que estar desempleado es un factor de riesgo de la AI (Frangos, Frangos y Sotiropoulos, 2011). Estos autores también encontraron una relación significativa entre AI y consumo excesivo de alcohol, y este podría ser el vínculo entre AI y estar desempleado ya que el consumo excesivo de alcohol se ha asociado con los hombres desempleados.

Entre los factores de riesgo académicos, el rendimiento académico y la autoeficacia académica son predictores de la AI; en concreto, el pobre rendimiento académico y la baja autoeficacia académica. Otro aspecto que predice la AI es la baja satisfacción con el rendimiento académico.

En relación con el entorno académico, Ni, Yan, Chen y Liu, (2009) encontraron que los estudiantes universitarios de primer año procedentes de zonas distintas de donde se encuentra la universidad tenían más probabilidades de tener AI. Esto se explica en parte por la nostalgia y la soledad debido a la falta de familiaridad con el nuevo entorno.

Tabla 2. Factores familiares/psicosociales/ académicos

Factores familiares/psicosociales/académicos	
Factores familiares	Ambiente familiar empobrecido Carencia de vínculo afectivo entre los padres Familias poco organizadas Mayor conflictividad entre padres y entre padres e hijos Percepción de los padres como punitivos Insatisfacción con la familia Estilo de apego inseguro
Factores psicosociales	Padres divorciados Vivir con un sólo padre Ser hijo único Ser hombre Tener acceso a Internet en el hogar Alto nivel de ingresos económicos Uso frecuente (20 h o más) (Por la noche) Estar desempleado Comienzo a usar Internet a menor edad Saltarse el desayuno Apoyo social deficiente
Factores académicos	Pobre rendimiento académico Baja autoeficacia académica Baja satisfacción académica

Conclusiones y perspectivas de futuro

La revisión sobre el estado actual del conocimiento sobre los factores de riesgo de la AI permite identificar dos núcleos de riesgo: rasgos de personalidad/ psicopatología y factores familiares, psicosociales y académicos.

En el primer núcleo (Rasgos de personalidad/psicopatología), varios estudios coinciden en señalar como factores de riesgo los factores temperamentales de búsqueda de sensaciones y de novedades; los rasgos de personalidad: baja estabilidad emocional, amabilidad y responsabilidad, y la psicopatología ansiosa, depresiva y la hiperactividad. Otros aspectos a destacar como riesgo son los factores cognitivos como la baja autoestima, el locus de control externo y los problemas de autorregulación, y los factores conductuales como el aislamiento y la soledad.

Respecto al segundo núcleo (factores familiares, psicosociales y académicos), los diferentes estudios coinciden en que ser hombre, tener un bajo rendimiento académico, un ambiente familiar empobrecido, familias monoparentales, inadaptación social y un uso frecuente de internet (especialmente por la noche) son considerados factores de riesgo de la AI.

A modo de conclusión, la AI es un problema de clara relevancia social y sanitaria, con implicaciones sobre la salud mental y sobre la convivencia en los jóvenes.

Hasta el momento, se han realizado trabajos sobre la AI en relación con el ajuste psicosocial del adolescente; sin embargo, se necesitarían más estudios en contextos socioculturales más diversos ya que gran parte de los estudios revisados se han realizado en países orientales (Shi, Chen y Tian, 2011; Cho, Sung, Shin, Lim y Shin, 2013) y la generalizabilidad de esos resultados a otras culturas necesita ser comprobada. Particularmente, en Galicia, a pesar de que se han realizado estudios epidemiológicos sobre el uso de Internet (Rial, Gómez, Braña y Varela, 2014), falta conocer con claridad cuáles son los determinantes y las consecuencias del uso problemático de Internet. En concreto, la personalidad emerge en estudios previos, como un núcleo importante de determinantes.

Por otra parte, a pesar de que la necesidad de estudios longitudinales es reseñada en la investigación sobre este tema, son escasos los trabajos que han analizado, desde una perspectiva longitudinal, cómo la personalidad permite predecir la trayectoria de uso de Internet durante la adolescencia. Así mismo, es necesario acercarse sistemáticamente a cuáles son las consecuencias de la AI en distintos planos: emocional, conductual, social.

En definitiva, la investigación sobre factores de riesgo de AI ha experimentado un auge considerable en los últimos años. Aunque estas limitaciones deben ser superadas en la investigación futura, los estudios revisados permiten identificar factores de riesgo que deberán ser contemplados por las estrategias de prevención.



©@estrattonbailey e @wearesculpt

BIBLIOGRAFÍA

Ak, S., Koruklu, N., y Yilmaz, Y. (2013). A study on Turkish adolescent's Internet use: Possible predictors of Internet addiction. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 16, 205-209.

Andersson, G., Carlbring, P., & Grönlund, A. (2008). Predicting treatment outcome in Internet versus face to face treatment of panic disorder. *Computers in Human Behavior*, 24, 1790-1801.

Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality—social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.

Ceyhan, A.A. (2008). Predictors of Problematic Internet Use on Turkish University Students. *CyberPsychology&Behavior*, 11(3), 363-366.

Chak, K. y Leung, L. (2004). Shyness and Locus of Control as Predictors of Internet Addiction and Internet Use. *CyberPsychology&Behavior*, 7(5), 559-570.

Cho, S.M., Sung, M.J., Shin, K.M., Lim, K.Y. y Shin, Y.M. (2013) Does psychopathology in childhood predict Internet Addiction in male adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 549-555.

Dalbudak, E., Evren, C., Topcu, M., Aldemir, S., Coskun, K.S., Bozkurt, M., Evren, B. y Canbal, M. (2013). Relationship of Internet addiction with impulsivity and severity of psychopathology among Turkish university students. *Psychiatry Research* 210(3), 1086-1091.

Durkee, T., Kaess, M., Carli, V. et al (2012). Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction* 107: 2210-2222.

Estévez, L., Bayón, C., de la Cruz, J. y Fernández-Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (eds.). *Adicción a las nuevas tecnologías* (pp. 101-130). Madrid: Pirámide.

Frangos, C.C., Frangos, C.C. y Sotiropoulos, L. (2011). Problematic Internet Use Among Greek University Students: An Ordinal Logistic Regression with Risk Factors of Negative Psychological Beliefs, Pornographic Sites, and Online Games. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(1-2), 51-58.

Huang, R.L., Lu, Z., Liu, J.J., You, Y.M., Pan, Z.Q., Wei, Z., He, Q. y Wang, Z.Z. (2009). Features and predictors of problematic internet use in Chinese college students. *Behaviour&Information Technology*, 28(5), 485-490.

Jimenez, L. y Pantoja, A. V. (2007). Autoestima y relaciones Interpersonais en sujetos adictos a Internet. *Psicología-Segunda Epoca*, 26, 78- 89

Ko, C.H., Yen, J.Y., Yen, C.F., Lin, H.C. y Yang, M.J. (2007). Factors Predictive for Incidence and Remission of Internet Addiction in Young Adolescents: A Prospective Study. *CyberPsychology&Behavior*, 10(4), 545-51.

Ko, C.H., Hsiao, S., Liu, G.C., Yen, J.Y., Yang, M.J. y Yen, C.F. (2010). The characteristics of decision making, potential to take risks, and personality of college students with Internet addiction. *Psychiatry Research* 175(1-2), 121-125.

Kuss, D.J., Griffiths, M.D. y Binder, J.F. (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 959-966.

Li, W., Garland, E.L. y Howard, M.O. (2014). Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior*, 31, 393-411.

Lin, M.P., Ko, H.C. y Wu, J.Y. (2011). Prevalence and Psychosocial Risk Factors Associated with Internet Addiction in a Nationally Representative Sample of College Students in Taiwan. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(12), 741-746.

Mottram, A.J. y Fleming, M.J. (2009). Extraversion, Impulsivity, and Online Group Membership as Predictors of Problematic Internet Use. *CyberPsychology&Behavior*, 12(3), 319-321.

Ni, X., Yan, H., Chen, S. y Liu, Z. (2009). Factors Influencing Internet Addiction in a Sample of Freshmen University Students in China. *CyberPsychology&Behavior*, 12(3), 327-330.

Sebena, R., Orosova, O., & Benka J. (2013). Are self-regulation and depressive symptoms predictors of problematic Internet use among first year university students? *PsychNology Journal*, 11(3), 235-249.

Senormanci, O., Konkan, R., Glücü, O. y Senormaci, G. (2014). Depression, loneliness, anger behaviours and interpersonal relationship styles in male patients admitted to internet addiction outpatient clinic in Turkey. *Psychiatry Danubina*, 26(1), 39-45.

Shi, J., Chen, Z. y Tian, M. (2011). Internet Self-Efficacy, the Need for Cognition, and Sensation Seeking as Predictors of Problematic Use of the Internet. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(4), 231-234.

Tsai, H.F., Cheng, S.H., Yeh, T.L., Shih, C.C., Chen, K.C., Yang, Y.C. y Yang, Y.K. (2009). The risk factors of Internet addiction—A survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, 167, 294-299.

Yoo H.J., Cho S.C., Ha J., Yune S.K., Kim S.J., Hwang J., Chung A., Sung Y.H. y Lyoo, I.K. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58(5):487-494

Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology&Behaviour*, 1, 237-244.

**Nº8 Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e Saúde
do COPG**

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es