

## Psicoterapia Sistémica de la Persona: un abordaje integrador del ser humano y sus problemas.

José Ignacio del Pino Montesinos, Celia Sales, Inmaculada Couso Pineda, Francisco Campa Valera, Ana Alba García, M<sup>a</sup> Luisa Gutiérrez López, Guadalupe Mena Cabezas.

### RESUMEN

*La Psicoterapia Sistémica de la Persona (PSP) de la Escuela de Sevilla enfatiza el papel de la persona y de su sistema familiar en la resolución de las dificultades de la vida. Si el resultado es errado surge la patología personal y/o la disfunción relacional, ambas objeto de la terapia. La presente comunicación se centra en este abordaje y en sus dimensiones intrapsíquica, relacional y existencial, tanto desde la perspectiva del hemisferio izquierdo lógico y análítico, como la del hemisferio derecho, artístico y holístico. Se emplea un recurso estratégico utilizado en el proceso terapéutico: un «mapa personal» donde el paciente reconoce su posición en relación con la situación crítica que enfrenta y cómo puede superarla.*

### 1. BASES DE LA PSICOTERAPIA SISTÉMICA DE LA PERSONA (PSP)

*“Los verdaderos **problemas de la vida** [...] nunca se resuelven del todo. Y si a veces parece que lo están, eso es la señal de que algo se ha perdido. El propósito de los problemas no es su solución definitiva sino hacernos trabajar incesantemente en ellos. Sólo esto impide que nos estultiquemos y petrifiquemos.”*

**Carl Gustav JUNG**

Es sabido que un proceso psicoterapéutico se beneficia de integrar diversas técnicas de intervención en el desarrollo del mismo. Lo característico de la **Psicoterapia de la Persona** consiste en **cómo** considera el proceso terapéutico, **cuáles** son los apoyos que reconoce como pertinentes y **de qué modo** los relaciona durante dicho proceso. Para ello la *Escuela de Sevilla-Lisboa* tiene en cuenta la dialéctica individuo-sistema que permite actuar en formatos terapéuticos diversos, sea con la persona sola, en grupo, con ambos componentes de la pareja o todos los miembros del sistema familiar. (**Ortega Beviá**, 2001).

Entendemos que la patología, sea intrapsíquica o relacional, es resultado del fracaso en la tarea de afrontar las dificultades de la vida. Debido a una evitación permanente de enfrentar los problemas o a una resolución ineficaz de los mismos, encontramos personas desorientadas, con pesada sensación de fracaso personal, faltas de confianza y sin esperanza de superar la situación conflictiva. ¿Cómo cambiar esta situación con la motivación necesaria para culminar satisfactoriamente el penoso recorrido terapéutico?

Para el abordaje sistémico de la persona es importante comprender cómo ésta «juega» a ser «paciente», por lo que conviene aclarar primero ambos conceptos. Seguimos en la metáfora del juego a **Mara Selvini**,

**Stephano Cirillo, Mateo Selvini y Anna M<sup>a</sup> Sorrentino** y su inspirador libro «*Los juegos psicóticos en la familia*». Le damos el mismo sentido que en las expresiones juego político, de poder o de equipo donde implícitamente se asume la idea de relación interpersonal. Los participantes aceptan reglas y siguen turnos, el terapeuta actúa como experto y la persona que sufre desempeña su papel de «paciente» (de «*pathos*», sufrimiento). En el desarrollo de este «*juego*» se hallan tres dimensiones igualmente importantes y reveladoras: Intrapsíquica, Relacional y Existencial (Fig. 1)

Dentro de La **Dimensión Intrapsíquica** recordamos la *Psicopatología General* de **Karl Jaspers** y como, ¡hace ya casi un siglo!, aclara que la *Fenomenología* identifica los estados psíquicos sentidos por el paciente. Ante cualquier persona con problemas de salud mental realiza un **Análisis Psicopatológico**, eminentemente descriptivo, que conduce al **Diagnóstico Nosológico** del trastorno que presenta: afectivo, psicótico, de personalidad... Centrados en el aspecto psicoterapéutico nuestro objetivo es comprender por qué la persona «*juega a ser paciente*». El **Diagnóstico Psicodinámico** tiene su origen en **Freud** y nos remite al pasado de la persona para responder a la cuestión de cómo ha llegado a ser paciente: el. El psicoanalista **Luis Chiozza** señala la enfermedad como la mejor solución que la persona ha encontrado frente a las circunstancias de su vida. Los datos adquiridos de los informes de derivación, del genograma (árbol familiar) y de la propia entrevista hacen comprensible esta «*solución*», al igual que el conocimiento de la historia previa en una película resulta imprescindible para entender correctamente la escena actual que contemplamos.

En la **Dimensión Relacional** nos recuerda **Pina Prata** (1993) que «*Al postulado de Ortega y Gasset: "Yo soy y yo mi circunstancia" corresponde, en igual dialéctica, que: "Mis circunstancias son nuestras circunstancias y nosotros", lo que bien se conjuga con la actual conceptualización de la física cuántica*». Mientras **Freud** piensa causalmente y quiere explicar los efectos por las causas: «*por qué*»; **Adler** piensa teleológicamente y pretende entender el presente en función del futuro deseado: «*para qué*». Esta orientación finalista se encuentra en la base de la perspectiva sistémica y faculta para el tratamiento de los síntomas psiquiátricos y las disfunciones relacionales, que pueden comprenderse si se conoce el objetivo a cuyo servicio se supeditan.

**Pérez de Ayala** (1999) recuerda que además de los *informes, genograma y entrevistas* previas, revisten gran utilidad el *mapa de relaciones* en el estudio de la estructura familiar, los *ecomapas* para determinar cómo la familia utiliza las relaciones sociales y las *redes sociales* que representan el campo relacional total de la persona. **Ortega Beviá** (2001) señala que cualquier taxonomía sistémica que pretenda trascendencia científica y especificidad operacional necesita posibilitar el conocimiento de los fenómenos subyacentes, el pronóstico de su curso y el control terapéutico eficiente. Por ello, se establece una reducción homológica sobre la base del criterio de análisis de la dinámica y las disfunciones familiares. Como condición necesaria debe contemplar al menos: la calidad comunicativa de las interacciones, los procesos de regulación sistémica y la opción dinámico-estructural que sostiene la disfunción.

Y ya en la dimensión existencial recordamos de nuevo a **Adler** cuando advierte que el estilo de vida personal cristaliza en la primera infancia. **Frankl** comenta que: «*Más importante que la vida de una persona sea placentera o penosa es que esa vida tenga un sentido*». Y **Rogers** reconoce que: «*Las personas se orientan en una dirección básicamente positiva [...] la vida, en su óptima expresión, es un proceso dinámico y cambiante, en el que nada está congelado*». Esta tercera dimensión se refiere a la situación vital de la persona y está relacionada con la función que ejerce habitualmente dentro de su medio familiar. De nuevo un genograma con al menos tres generaciones se revela extremadamente útil para entender lo que enfrenta el «*Paciente Identificado*», según nomenclatura sistémica. **Ortega** (2008) puntualiza esta «*naturaleza del problema*» y otros conceptos que definen la posición existencial de la persona: el «*continuum*» de la experiencia, los tipos de defensa, la adaptación y los mecanismos de ajuste, el síntoma y la definición del problema...

Una vez identificado el problema en sus tres vertientes, ¿qué hacer si en el análisis psicopatológico del paciente hallamos falta de conciencia de enfermedad como en un deterioro psico-orgánico crónico, una intoxicación aguda o una ideación delirante egosintónica? Es preciso un **Tratamiento Psicofarmacológico** que no pretenda solucionar los problemas de su vida sino situar a la persona en condiciones de iniciar y mantener el proceso terapéutico. Es decir, le pedimos a la medicación que nos permita trabajar con el paciente para ayudarlo a que se enfrente mejor a su vida.

Y aquí es donde encontramos a las **Técnicas Ericksonianas**, tanto naturalísticas como formales. Los terapeutas que emplean recursos hipnóticos conocen la importancia de interrumpir los patrones habituales de pensamiento e introducir otros novedosos para conquistar la atención del paciente, cambiar las rutinas establecidas y desarrollar otras cualidades latentes. Nuestro objetivo es transmitir que cualesquiera que sean las dificultades actuales existe la certeza de una salida satisfactoria. Esta esperanza es el fulcro sobre el que pivota el trabajo terapéutico conjunto.

Como psicoterapeutas sistémicos trabajamos cotidianamente con el apoyo de fármacos y de técnicas naturalísticas o formales. La *visión sistémica de la persona* tiene en cuenta la dialéctica individuo-sistema y permite actuar simultáneamente en formatos terapéuticos diversos: terapias individuales, de pareja, de familia y de grupo. Desde el «*no creo en las personas, sólo creo en familias*» de **Whitaker** hasta la conveniencia de la terapia individual para adultos jóvenes, hecha por un terapeuta familiar como **Cancrini**, un largo camino ha sido recorrido. Coincidimos con **Weakland** cuando afirma que pueden realizarse «*terapias familiares sin la familia*», o con **Madanes** cuando asegura que no es el número de personas que acude a la entrevista lo que califica a una terapia como sistémica-familiar sino la orientación y el trabajo que se realice durante la misma. **Framo**, otro gran terapeuta familiar asegura: «*Sea cual fuere la forma que adopte en el futuro la psicoterapia siempre habrá cabida, probablemente, para el tratamiento individual*».

En las entrevistas descubrimos individuos desorientados, con pesada sensación de fracaso personal, faltos de fuerzas y confianza, sin esperanzas de vencer su trastorno o superar la situación problemática. El obstáculo para

trabajar con estas personas es la dificultad de motivarles para un recorrido terapéutico que se adivina penoso. Si existe además una amenaza real de autolisis la situación se complica también para el terapeuta. Según datos del **Instituto Nacional de Estadística** (2012) la escalada de cifras de suicidio en España ha sido lenta pero constante desde principios del siglo pasado (1.458 fallecidos en el año 1906) hasta más del doble en la actualidad (3158 en el año 2010)<sup>1</sup>. Con frecuencia somos testigos impotentes del proceso de destrucción de un ser humano, despojado de aquello que le hace vivir: esperanza, valores, ilusión... A nuestro pesar suscribimos las palabras del psiquiatra argentino **Kalina** cuando reconoce: «*He visto como ante mis ojos se consumaron crímenes que no supe evitar*». La amargura que desprende esta confesión habla de la dureza de la terapia, ¡no sólo para el paciente! Así el *quid pro quo* de **Sullivan** implica que el terapeuta también salga beneficiado de la psicoterapia misma, única solución para enfrentar cotidianamente tanto sufrimiento.

La **Psicoterapia Sistémica de la Persona** permite utilizar recursos terapéuticos de diversas inspiraciones tanto relacional sistémica (estructural, estratégica, narrativas, doble anilla de Ortega...) como individual intrapsíquica (psicodinámica, cognitivo-conductual, racional-emotiva...), con la única condición previa de que el terapeuta los conozca y domine. En la presente comunicación aprovechamos un recurso técnico estratégico que favorece el inicio y desarrollo de una experiencia terapéutica satisfactoria para ambos participantes. Un «*mapa*», donde se muestra el laberinto del sufrimiento inútil en el que se halla inmersa la persona junto con los caminos psicoterapéuticos que permiten la salida del mismo.

## 2. DESARROLLO DEL MAPA PSP: DE SÍFIFO A HÉRCULES.

*«El pensador sabe considerar las cosas más sencillas de lo que son»*  
**Friedrich Wilhelm NIETZSCHE**

En el trabajo enfrentamos cotidianamente todo tipo de pacientes. En ocasiones resulta sencillo y gratificante proporcionar la ayuda que solicitan pero, por desgracia, un alto porcentaje presenta ambivalencia frente al trabajo terapéutico o, incluso, franca resistencia. ¿Cómo surge la idea de utilizar «*un mapa*» para facilitar la terapia? En el siglo XXI la *Psico-neuro-inmunología* y los circuitos cerebrales están de máxima actualidad. A continuación emplearemos un recurso que pretende simultáneamente atender las demandas y necesidades de nuestros dos hemisferios, aportando tanto un desarrollo lógico y racional para el izquierdo, como múltiples imágenes globales para el derecho.

Durante el transcurso de entrevistas con pacientes catalogados como «*crónicos*», de evolución tórpida, con repetidos ingresos psiquiátricos, situación familiar deteriorada, dificultad de relación, riesgo de suicidio... hemos comprobado las ventajas de ofrecerles «*un mapa*» que permite «*orientarse y elegir*» un camino adecuado a sus necesidades. Son personas diagnosticadas de todo tipo de trastornos: afectivos, psicóticos, neuróticos, de conducta alimentaria, de personalidad, adicciones... Algunos llevan años de tratamiento y se sienten «*de vuelta*» frente el proceso terapéutico. Conocen el vocabulario,

las indicaciones, los tratamientos... La televisión, los libros de auto-ayuda y el abuso de técnicas psicoeducativas han hecho el resto. Resulta complicado atraer su atención cuando han probado «*todo*» pero «*nada*» ha resultado.

Son personas que se caracterizan por una intensa falta de confianza en sí mismos y en los demás, familias con gran ambivalencia y mínimo compromiso, lo que dificulta grandemente el tratamiento. La desesperanza es origen y, al mismo tiempo, consecuencia del problema. Se disminuye la implicación del paciente en el proceso terapéutico lo que revierte en la inutilidad del mismo. Nuestra primera labor como terapeutas es transmitir con seguridad que sí existe la salida a su situación pero que inicialmente ha sido desestimada. En términos de **Minuchin** estamos hablando de realizar una «*reconstrucción de la realidad*» o según **Watzlawick** un «*reencuadre*» que actúa sobre la realidad de segundo orden.

En el transcurso de la terapia está implícita la convicción de que el paciente puede salir de la actual situación, que se hace manifiesta en la construcción conjunta del «*mapa*» de su recorrido vital. Su vivencia de sentirse como el mítico **Sísifo** es transformada en un esperanzador **Hércules** que puede superar las pruebas a las que se enfrenta y escapar un castigo sin fin. Esta nueva expectativa le proporciona el ánimo y confianza suficientes para enfrentar las dificultades personales —que hasta entonces ha estado evitando— en el modo y tiempo necesarios.

A través de un recurso novedoso para el paciente conseguimos captar su interés. El hecho añadido de centrar su atención en un dibujo, que se va creando en su presencia y con su participación, permite que la información que recibe verbalmente sea menos criticada a nivel consciente. Durante la presentación del mismo puede añadirse todo aquello que se juzgue conveniente mientras se prolonga la incertidumbre de qué es lo que va a pasar a continuación. Es decir, permite exponer de una manera amena y coloquial la perspectiva de sustituir un sufrimiento estéril y perpetuo, que sólo conduce al agotamiento, por otro útil y transitorio que conlleva la superación del temido problema. Transmitimos el íntimo convencimiento de que manteniendo el tiempo suficiente nuestro esfuerzo y trabajo conjuntos se alcanzará la meta deseada de la felicidad personal... ¡aunque ésta no sea nunca permanente! No edulcoraremos la realidad dibujándole un edén cercano y definitivo sino que le desvelamos que este duro recorrido ha de seguir realizándose durante toda la vida, tantas veces como sea preciso, pero que, ¡afortunadamente! cada vez resulta más accesible y gratificante. El reconocimiento del lugar en el camino donde se encuentra ahora, del que falta por recorrer y, sobre todo, la certeza de que existe una meta obran el milagro y favorecen la alianza terapéutica, imprescindible para el trabajo terapéutico con el paciente.

Para ello partimos de la base de que la vida es el don más preciado y cualquier persona dispone de elementos positivos en su existencia. Si se pierde el interés por ella es por algo que depende del paciente y no quiere resolver, pues teme la solución o bien por algo inevitable que no quiere aceptar... Es como si en un bello, inmenso y complicado mosaico faltasen algunas piezas y ello hiciese que todo lo que resta fuese «*incompleto*»,

careciese de valor y no mereciera ya ser disfrutado.

A partir de este problema inicial, «*explicamos*» cómo ha llegado hasta su situación actual: el hecho de enfrentar un problema genera un malestar, por lo que si además la solución del mismo plantea dudas es comprensible intentar «*otro camino*». La persona simplemente escogió la vía más fácil y que al inicio parecía la indicada. Este es el camino de no enfrentar el problema «*tapándolo*» con «*falsas soluciones temporales*», las cuales si se emplean de forma transitoria son necesarias y hasta saludables, pero cuando pretende «*quedarse ahí*», se acaba cayendo al «*callejón sin salida*» de las «*falsas soluciones permanentes*»: dependencias, trastornos o muerte.

Planteamos entonces la posibilidad de «*volver atrás*» para seguir por la otra vía, aquella que inicialmente se abandonó por que era desagradable. Aclaramos que el malestar es real pero, afortunadamente, transitorio y parte inevitable de los caminos que conducen a las «*verdaderas soluciones*». En nuestro plano éstos son dos: los que hacen referencia a la persona consigo misma o a la persona con los demás. Tras la penosa «*cuesta arriba*» de uno cualquiera de estos dos «*caminos*» se alcanza la satisfacción personal que tanto ansiábamos: disfrutar de lo recientemente superado y también de todo lo anterior que antes no se valoraba. ¡Es algo maravilloso... pero sólo temporal! Efectivamente, nos cuidamos de señalar que en el futuro habrá un nuevo obstáculo, algo que no esté bien en su vida, en su persona... pero ahora ¡ya sabe un camino! La primera vez cuesta mucho pero las siguientes resultan más fáciles

Otros pacientes que no presentan una situación tan alarmante también se benefician de una entrevista ocasional en la que se les plantea el «*mapa*». Son los que se encuentran desorientados ante una primera crisis, que viven como una herida narcisista, algo que cambia la percepción ideal de sí mismos. Han «*tocado fondo*» y se muestran reacios a cualquier tipo de ayuda psicoterapéutica. No saben cómo mirarse a sí mismos y recomponer su autoimagen perdida. Se hallan ante una situación complicada vivida como imposible de superar y su estado anímico, actitud, conductas de riesgo... alertan de una inminente rendición y un previsible fatal desenlace. Les resulta fundamental entender lo que ha sucedido. Hacerlo comprensible les da fuerzas para enfrentar sus dificultades vitales y evitar que transcurran años de sufrimiento estéril: valorar su lucha por superar lo que está en su mano o aceptar aquello que depende de los demás. Por citar las palabras dichas por una paciente en la sesión inicial cuando como parte de la intervención terapéutica se le presentó el mapa: «*Pues entonces no es tanto como yo pensaba...*».

El mensaje de que existe una vía para salir de la situación desagradable actual y que le acompañaremos en este «*camino*» se transmite con firmeza. La duda está en si continuará en el camino que conduce al sufrimiento inútil o si escogerá el camino del sufrimiento útil que lleva a la satisfacción, pero lo que implícitamente ya no se discute es que este último existe. La clásica «*ilusión de alternativas*» de **Jay Haley**, está implícita en toda la explicación del mapa y se traduce en la transmisión de esperanza. Además se consigue que la persona «*entienda*» cómo ha podido sucederle a ella, sin que en ningún caso exista un

juicio crítico punitivo sobre la misma. El hecho de que es comprensible lo sucedido le permite recobrar su autoestima y reanudar el diálogo interior consigo mismo, que como decía el psiquiatra francés **Henri Grivois** resulta el objetivo fundamental en cualquier persona con riesgo de suicidio.

A continuación, exponemos de forma práctica un ejemplo de presentación del mismo en el curso de una entrevista psicoterapéutica individual, pero igual se realiza en pareja o familia.

### 3. HEMISFERIO DERECHO: PRESENTACIÓN DEL MAPA PSP

«Esfuézate por ser interesante más que por ser preciso; lo que menos se perdona es la pesadez.»

Voltaire

Esto es simplemente una manera de entender lo que le ocurre. Es un plano que sirve para orientarnos en un lugar donde mucha gente se pierde. No es verdad ni mentira es sólo un artificio. Si al final le es de utilidad, guárdelo, en caso contrario podemos tirarlo a la papelera sin ningún miramiento.

Cuando alguien visita por primera vez una ciudad que conocemos bien, podemos ayudar ofreciendo unos puntos de referencia básicos. Si realizamos un esquema de Sevilla, nadie cree que este bosquejo sea realmente Sevilla, ni siquiera se exige que la escala sea perfecta, la calidad de la reproducción máxima o se recojan todos los detalles; tan sólo interesa que las imágenes o datos incluidos **tengan sentido para el que los recibe** y por eso le faciliten la llegada a su destino final. Si no es así, ¡mejor tirarlo a la basura!

Partimos de Ud., de su persona (Fig.2) y sabemos que como cualquier individuo tiene cosas positivas de las que ya puede sentirse legítimamente satisfecho: virtudes, logros, méritos... Pero una persona inteligente al mirar en su interior, a su historia, a su entorno, a sí mismo... descubre algo que no le agrada. A esto lo podemos llamar problema, dificultad, obstáculo... No nos referimos aquí a los «*grandes problemas*» de la humanidad: hambre en África, guerra en Asia, huracanes en América... Hablamos de lo que es particular, estrictamente personal, lo que cada uno de nosotros percibe como una penalidad y vive como irresoluble.

Ante esta situación, en nuestro mapa sólo encontramos dos posibles caminos.

**a) Enfrentar el problema** (Fig. 3: Al final ofrecemos el mapa completo pero en la consulta se construye paso a paso frente al paciente): Si a cualquier persona le preguntamos: «*¿Cómo te sientes inmediatamente después de hacerte cargo de que tienes un problema?*», la respuesta literal e invariable es: «*Mal*». Es evidente que a nadie le gusta sentirse así, por lo que «*es natural*» que intentemos otro camino. En nuestro plano sólo hay otro, veamos a dónde conduce.

**b) No enfrentar el problema:** ¡Qué agradable suena el responder: «*¡No tengo ningún problema!*» La persona se siente «*Bien*», por lo que prosigue por este camino que tan agradable parece al inicio. Pero, ¿cómo se consigue «*no*

*tener ningún problema»?* Pues tapándolo y sepultándolo en las profundidades de nuestra mente. Para ello emplearemos las que hemos dado en llamar las **«Falsas Soluciones Temporales»**.

¿Cuáles son? Todas aquellas que en el algún momento nos sirven para sentirnos a gusto, distraernos, *«desconectar»*... Sabemos lo necesario que resultan las vacaciones, un viaje, disfrutar de una buena música o de una película que nos agrada, saborear nuestra comida favorita o un buen vino, la charla con los amigos, el placer de la lectura, una excursión por la montaña, la tranquilidad de un atardecer en el mar... Son incontables las actividades que sin solucionar nada realmente —esto explicaría su denominación pero más adelante añadiremos otras razones— permiten que la persona pueda reponerse y recuperar fuerzas antes de seguir su camino.

Estos descansos son aconsejables, saludables y necesarios en la vida de cualquier ser humano. Acudimos a ellos cuando sentimos que el camino se hace largo y en ellos buscamos refugio. Al igual que la noche sigue al día, tras un esfuerzo arduo se hace imprescindible el ocio y la distracción. Las contrariedades empiezan cuando no queremos sólo un breve reposo sino que intentamos permanecer allí *sine die*. Sabemos que tras los días de vacaciones, el fin de semana del viaje, las horas del concierto... la realidad nos reclama y volvemos al punto de inicio. Quién intente alargar indefinidamente la estancia en una sala de cine conocerá la experiencia de ser expulsado al acabar la sesión.

Es como si alguien tras disfrutar de una agradable tarde patinando en un lago helado, decidiera que dado lo fascinante de la experiencia, ese es el sitio ideal donde establecer su campamento. Cuando llegue la primavera y el deshielo sea un hecho lamentará amargamente su ligereza de juicio. Todos estamos de acuerdo de que es un lugar perfecto y adecuado para visitar, pero el pretender continuar allí indefinidamente es simplemente imposible. En nuestro mapa, cuando una persona persiste en su deseo de desconexión, de vivir sin esfuerzo, de alivio artificial... tendrá la desagradable sorpresa de ver como el fondo se abre a sus pies y cae a las profundidades de ese lugar, que hasta entonces se mostraba como maravilloso.

Llegamos entonces a las **«Falsas Soluciones Permanentes»**, la consecuencia inevitable de querer hacer duradero algo que sólo puede ser transitorio. En nuestro mapa, cuando se abre *«la trampa»*, podemos caer por tres caminos arrastrando a la persona a los abismos del sufrimiento. No se excluyen entre sí y se entrelazan a modo de cruel laberinto.

**a)** La primera sima es la de las **«Adicciones»**: Sabemos lo placentero que es beber con amigos y es natural pensar que cuando se acabe el efecto de la primera copa viene una segunda. Si ayer estuve estupendo y hoy me encuentro mal, repito la conducta anterior buscando el escape de mi situación actual. Un día se junta con otro y, sin saber cómo y cuándo empezó todo, no podemos pasar sin alcohol y *«somos»* alcohólicos. Hay deterioro físico-psicológico con repercusiones socio-laborales, problemas familiares...

Si cambiamos la palabra *«alcohol»* por cualquier otro tóxico el resultado es idéntico. Y no son sólo las sustancias las que *«producen»* adicción.



Sabemos que las acciones cumplen un papel similar: el juego, el sexo, la comida, el *Internet*... Todo lo que en alguna ocasión ayuda a pasar un buen rato es susceptible de ser transformado en una dependencia. Si llegado a este punto de nuestro mapa preguntamos al paciente como está la persona que llega hasta aquí las respuestas suelen ser: «*Fatal*», «*Muy mal*», «*Horrible*»... Y éste es sólo el primero de los caminos al fondo, veamos el siguiente.

**b)** Alguien con un problema quiere resolverlo a toda costa. Si además otras veces ha sido resolutivo no se rinde fácilmente. Le da vueltas en la cabeza una y otra vez, busca posibilidades, medita alternativas, le dedica tiempo sin rendirse... Si en esta situación le sobreviene un tremendo dolor de muelas, intenso, molesto... ¿dónde queda el primer problema? El dicho de «*lo urgente no deja tiempo para lo importante*» sigue vigente. El terapeuta no es dentista y, por tanto, no acuden por odontalgia sino por un trastorno depresivo, de ansiedad, psicótico, de conducta alimentaria, de personalidad... Es pozo de los «**Trastornos**». El paciente acude por nuestra calidad de psicoterapeutas, y es claro que conoce el altísimo malestar que se vive en esta parte del laberinto. Cuando se le pregunta directamente repite con total conocimiento de causa calificativos como «*fatal*», «*desesperante*», «*horrible*»...

La experiencia enseña cómo tras un cuadro esquizofrénico que «*se cura*» aparece un episodio depresivo postpsicótico, otra persona acude por ansiedad y al tiempo descubre que su «*enfermedad*» es un trastorno obsesivo compulsivo... El juego puede hacerse eterno y a un cuadro sucederle otro *ad infinitum*.

**c)** Finalmente falta la última de las tres maneras en las que una persona puede hundirse. Igual que el cabello se peina desde la raíz volvamos al problema del inicio. La persona intenta resolverlo, aplazarlo, esconderlo, negarlo, volverlo a intentar... pero sigue ahí, inalterado y llega un momento en que el cansancio se hace insoportable. Se ha probado «*todo*», «*no se ve salida*», «*no hay solución posible*»... Todos (¡incluido el terapeuta!) alguna vez hemos pensado en tomar esta vía final pero si estamos hoy en la entrevista es que afortunadamente la hemos desechado. Si preguntamos al paciente *cuál falsa solución permanente* de la que estamos hablando sabe que es de la «**Muerte**», aunque no siempre tiene los arrestos para decirlo sin ayuda. Si alguien niega el que haya considerado alguna vez esta posibilidad, es útil recordar un personaje del artista **Quino** en su tira cómica de *Mafalda* cuando al ser castigado fantaseaba con qué ocurriría si entonces: «*Todos dirían: ¡con lo bueno que era...!*». Es el camino de los suicidios frustrados, los intentos autolíticos, las ideas de muerte... También el de las conductas de riesgo como conducir a altas velocidades en circunstancias inapropiadas, deportes al límite, excesos físicos, juegos de «*ruleta rusa*»... Quien visita esta parte del laberinto y regresa sabe bien que las palabras son insuficientes para expresar el intenso malestar vivido, por eso siente alivio al poder hablarlo ahora.

La persona puede circular en este «*callejón sin salida*» y visitar cada una de estas tres simas o incluso intercambiarlas: «*Ahora que he superado mi alcoholismo tengo un trastorno depresivo; ahora que ya no estoy depresivo decido “libremente” mi suicidio...*». Seguimos tocando fondo y hasta en el papel

se aprecia que por aquí no hay salida aunque permanezcamos meses, años... ¡toda la vida! Entramos por este camino porque al principio nos sentíamos «bien» y ahora comprobamos la «trampa», las tres ramas del laberinto conducen a un sufrimiento interminable y, por tanto, inútil y perpetuo.

Conviene incidir en el por qué de la denominación de «**Falsas soluciones**». Todas tienen en común que en ningún caso solucionan el problema inicial sino tan sólo lo evitan ¡pero a qué precio! Un segundo motivo para este apelativo es que las tres conducen a un sufrimiento mayor que el del inicio. ¡Cómo va a ser una solución si es peor el remedio que la enfermedad! No entraremos en disquisiciones si después de la muerte se sufre o no porque, además, hay una tercera razón que es sin duda la más importante: las tres coinciden en impedir disfrutar de lo bueno, lo positivo que la persona posee en su vida, su entorno, ella misma...

Ya que conocemos este final es hora de regresar y reconsiderar qué ocurre en la otra parte, la que abandonamos al inicio cuando nos sentimos «mal». Paradójicamente ésta es la vía de las «**Verdaderas soluciones**», comparable a una excursión cuyo perfil es una empinada cuesta arriba. Si alguien quiere realizar el *Camino de Santiago* andando sabe que es fácil llegar: «*Sólo hay que dar un pequeño paso... ¡y repetirlo tantas veces como sea necesario!*». Lo que resulta imposible es hacerlo sin parar, hay que alternar etapas y descansos. Un niño nunca podría hacerlo solo: se asustaría y huiría hacia el camino fácil de las «*Falsas soluciones*» o, si es voluntarioso, querría hacerlo «*del tirón*» por lo que se agotaría en el intento. Hay que aprender a controlarse y, aunque se pueda seguir avanzando, en ocasiones es preferible guarecerse en un refugio mejor que arriesgarse a pernoctar al raso o en lugares peligrosos. La tarea del terapeuta es señalar los lugares adecuados para el descanso valorando siempre las fuerzas del excursionista. No podemos asegurar cuánto dura el viaje pero sí que el esfuerzo merece la pena. Y es que llegará el día en el que con un paso como el anterior alcanzamos nuestra meta.

En esta parte del mapa encontramos dos caminos: el de la persona «*sola*» y el de «*con los demás*». Hay infinidad de lugares para ir de vacaciones pero solemos resumirlos en la expresión «*campo o playa*», simplificación burda pero eficaz. Igual ocurre ahora y, como en las vacaciones, no es que una opción sea mejor que la otra sino que se elige libremente según las circunstancias concurrentes y ya resulta significativa la elección que realice. Una vez escogido el camino explicamos la opción elegida.

**a)** Quienes escogen la opción **con los demás** anteponen su entorno relacional a ellos mismos. Ya anteriormente (**Del Pino et al.**, 2001, 2002), comentábamos como durante el duelo por la pérdida de un ser querido se manifiesta con claridad la interacción entre la identidad de la persona y su sistema relacional. Es importante, por tanto, proporcionar las herramientas adecuadas para que mantenga su equilibrio de manera autónoma, sin la necesidad permanente de un *locus* de control externo.

Para ello podemos ofrecer el símil de la necesidad de engañarse que tienen los niños pequeños cuando salen al mundo. Me siento tan insignificante y vulnerable que creo ser «*el centro del universo*» y así nada pueda dañarme.

Narcisismo primario, omnipotencia infantil, todo depende de mí, «yo, mi, me, conmigo»... Y el caso es que funciona porque mientras la vida va bien, es estupendo: «Si mi madre está feliz es que yo lo hago bien; si mis padres se quieren es gracias a mí; si todo funciona es por mí». Pero cuando llegan los problemas se transforma en una trampa mortal: «Si mi madre llora es porque yo lo hago mal, es mi culpa; si mis padres se pelean es que yo tengo la culpa; si mi casa va mal es por mí...». Si preguntamos responde que se siente «culpable». El niño cayó en una trampa de la que no puede salir... ¡salvo que crezca!

Si admite que no lo puede todo, que ni es invulnerable ni omnipotente y que debe asumir sus limitaciones, pierde el placer inmenso del narcisismo primario que se sabe todopoderoso e imprescindible. Abandona la tiranía del bebé que explota a sus progenitores. Debe aceptar que si la madre está triste tiene derecho a estarlo, ¿acaso él no es adulto y puede llorar por algo que no tenga que ver con su madre? Como terapeutas no disfrutamos viendo a alguien sufrir, pero sabemos que hay amarguras inevitables que conducen al bienestar posterior. Si alguien acude a Urgencias con el hombro luxado *al inicio* aumentamos su dolor con una maniobra que *luego* le aliviará de su tormento. Para que el niño aprenda a andar es imprescindible que se le deje de llevar en brazos y se le permita que tropiece y caiga.

La palabra clave es «**Aceptar**»: aceptar el tiempo que cada persona necesita para sus aprendizajes, aceptar nuestras limitaciones, aceptar que no todo depende de nosotros, aceptar que existen sufrimientos inevitables... «¡No se puede hacer una tortilla sin romper huevos!». Cuando con nuestra paciencia y autocontrol colaboramos en el bienestar de alguien disfrutamos de una felicidad inefable: hemos aprendido algo, ayudado a otros, superado el problema... Nos sentimos «satisfechos», «muy bien», ¡qué maravilla!

**b)** Pero ¿qué hay del otro camino? Para quien escoge el de la «*persona sola*» es fundamental que reconozca lo conseguido sin martirizarse por lo que no pudo ser. ¿Qué ocurre con los atletas que ganan medallas cuando las recogen en el podio? El tercero con la de bronce suele estar contento pues a veces ni la esperaba; el primero con la de oro ¡qué vamos a decir!, pero... ¿y el de la medalla de plata? A veces aparenta estar bien pero en otras ¡ni en un funeral estaría tan serio! ¿Qué mala pasada se está haciendo esa persona a sí misma? El paciente no duda y responde que esperaba la medalla de oro, ser el mejor. Se autoexige algo que quizás no pueda realizar y ahí empiezan las complicaciones. Ciertos objetivos llevan implícito el fracaso: conocemos las películas del viejo oeste americano en las que el pistolero desea ser el más rápido y, si lo consigue, le resulta imposible retirarse para saborear su triunfo porque siempre hay alguien que quiere destronarle y alcanzar la gloria a su costa. Podemos entonces preguntar si le parece bueno ponerse un objetivo o una meta que, en el mejor de los casos, no depende sólo de él (¡de nuevo un locus externo!) sino de otras personas, de las circunstancias...

Ahora la palabra clave es «*Perseverar*» o mejor aún «*Valorarse*», pero no en la lucha contra los demás, sino en la paciencia con nosotros mismos para proponer una meta que sea accesible y motivadora. No se trata de ser «e/

*mejor*», sino de hacer las cosas «*lo mejor*» que se pueda según las circunstancias. Como decía el escritor **Max Ehrmann** en su ***Desiderata*** (1927): «*Aunque uséis una sana disciplina, sed benignos con vosotros mismos. [...] Sois hijos del Universo, no menos que las demás personas y las estrellas. Tenéis derecho a estar donde estáis. Lo veáis claro o no, sin duda el Universo discurre como debe. Sean cuales fueren vuestros trabajos y vuestros sueños, conservad, en medio del ruidoso desasosiego de la vida, la paz de vuestro corazón... Procurad ser felices. El mundo es bello.*»

Si permitimos lo anterior, el «*fracaso*» tan problemático se transforma en un nuevo aprendizaje que nos acompaña el resto del viaje. Cuando las expectativas del atleta son simplemente intentar dar lo mejor de sí mismo está feliz con haber llegado a la final, y ¡sí encima consigue una medalla...! La persona habla de «*sentirse muy bien*», «*estupenda*», «*maravillosa*»... Miramos al interior de la persona y vemos que conserva las cosas buenas del inicio y que ahora disfrutamos del mosaico completo, incluyendo todas sus partes.

Pero... ¿es esto el **final**? Hay que saborear el momento de felicidad, y guardarlo en nuestro interior como un tesoro. ¿Para qué? Para emplearlo en la próxima escalada. Ahora se confirma que han aprendido un nuevo camino, el plano les ha orientado, han llegado a un «*paraje nuevo*» y «*han subido la cuesta*» haciendo los descansos pertinentes: tres, siete, veinte... ¡Qué más da cuántos, han sido los necesarios! Probablemente la próxima vez tardemos menos y, alguna vez, tomaremos el otro camino que ahora hemos ignorado porque con toda seguridad el proceso se repetirá más adelante.

La mayoría de las personas nos encontramos habitualmente en la parte de arriba del mapa: subiendo la cuesta, descansando, volviendo a subir...; es el lugar del «*sufrimiento útil*» y las «*Falsas soluciones temporales*» pero sanas. Cada cierto tiempo culminamos nuestra excursión a la cima de la montaña y disfrutamos de un intenso bienestar. Pero todos, y también nuestro paciente, conocemos lo que es caer en el fondo de una sima, en el callejón sin salida del «*sufrimiento inútil*», hundidos en la esterilidad y el abandono.

Cuando terminamos de dibujar el plano completo le preguntamos si lo entiende y le sirve (¡en todos estos años no ha habido ni una persona que responda negativamente!), para pedirle después que él mismo se sitúe donde esté en la actualidad. Cuando lo haga añadiremos las señales para ayudarle en su camino. La importante «*señal de dirección prohibida*» es el **Tratamiento Psicofarmacológico** que al inicio acompaña a la «*valla*» o actúa a modo de válvula cardíaca. Favorece la salida del «*sufrimiento inútil*» y sirve de advertencia para no regresar al mismo una vez fuera. Podemos preguntar al paciente qué ocurre en un monte si una vereda no es transitada: «*se pierde*». Las grandes ciudades precolombinas son muestras evidentes pues en el curso de los años quedaron absorbidas por la selva. Así, la medicación es muy útil al principio hasta que esa senda que conduce al desastre haya desaparecido o, en el otro ejemplo del inicio, reforzando «*el suelo*» mientras la persona descansa en los alivios temporales, evitando que se hunda en alguna de las simas de las «*falsas soluciones permanentes*».

¿Y qué es la «*señal de prohibido estacionar*» por un tiempo limitado?

Son los que llamamos **Ejercicios de Sugestión Personalizada** (E.S.P.) que derivan de la **Hipnosis** de **Milton Erickson**, difundida por terapeutas de la talla de **Jeffrey Zeig**, **Ernest Rossi**, **Stephen Gilligan** o **Teresa García**. Estos E.S.P. son técnicas, naturalistas o formales, que permiten los descansos imprescindibles para seguir adelante y culminar la cima de nuestro recorrido.

Y finalmente, ¿qué es la «*señal de carril para bicicletas*»? La llamada **Psicoterapia** propiamente dicha. Si se caemos en la tentación de ofrecer al paciente la evitación de todo sufrimiento, incluyendo el «*útil*» de subir la cuesta de la vida, acabaremos de nuevo en el fondo de la sima. Un paciente preguntaba: «*Entonces, ¿es inevitable el sufrimiento?*»: Sí, pero la psicoterapia es el proceso de acompañar a la persona en su sufrimiento pero disminuyéndolo y haciéndolo útil. Asistirle en la «*cuesta arriba*» de la vida, en los caminos que conducen a la satisfacción y el bienestar personales. El terapeuta trabaja a modo de guía con el paciente —¡quien realmente sube la pendiente!—, orientándole mediante puntos de referencia y ofreciendo su apoyo y confianza. Debe advertirle de antemano que el camino será recorrido en más de una ocasión, pero siempre con los descansos apropiados. La primera vez que vamos a un paraje nuevo tardamos más, pero cuanto más conocido es el camino más fácil resulta.

Ésta es la explicación y éste es el plano, pero como ya habíamos avisado al inicio no es verdad... ni mentira. Es sólo «*un mapa*», un artificio que sirve para orientarnos en un camino donde muchos se pierden. Es simplemente una manera de entender lo que le ocurre. Si le es de utilidad, guárdelo, es suyo. En caso contrario podemos tirarlo a la papelera sin ningún miramiento.

#### 4. HEMISFERIO IZQUIERDO: LAS COORDENADAS PSP

«Gracias a nuestra ignorancia, que no a nuestros conocimientos, vamos seguros por la vida.»  
Jean GIRADOUX

En 1956 el *Center for the Advanced Study in the Behavioral Sciences* escogió la «*escena del cigarrillo*» de una entrevista de pareja grabada por **Bateson** para un análisis lingüístico-quinésico. Esta secuencia que apenas dura dieciocho segundos dio material de investigación suficiente para la década siguiente. Valga esta anécdota como justificante de la imposibilidad de discutir en el presente trabajo todas las implicaciones terapéuticas que conlleva la creación conjunta de un «*mapa*» durante treinta minutos o más.

Por ello resumimos su valor en tres grandes apartados: como instrumento para la alianza terapéutica, como recurso terapéutico propiamente dicho y como recuperador de la esperanza.

**4.1 Alianza terapéutica.** El conocido dicho de Alfred **Korzybsky** de que «*El mapa no es el territorio*» cobra ahora un sentido literal. Es en esta desigualdad donde reside su utilidad, no se pretende duplicar la realidad sino remedar aquellas partes que nos resultan convenientes. El estadista Benjamín **Disraeli** asevera: «*Lo mejor que podemos hacer por otro no es sólo compartir con él nuestras riquezas, sino mostrarle las suyas*». Es inevitable hacer

referencia a la «*vinculación afectiva tranquilizadora*» de **Ferenczi**, la «*aceptación incondicional*» de **Rogers**... Y dentro propiamente de la Terapia Familiar al énfasis en focalizar lo positivo de **Stierlin**, las técnicas de unión de **Minuchin**, la creación del sistema terapéutico de **Ortega**... Es el trabajo de señalar —implícita o explícitamente— lo que es útil en la reconstrucción de la autoestima del paciente pero sin negar lo erróneo. Igual que la «*buena madre*», según **Winnicott**, gratifica pero también frustra, de una manera adecuada, cuando se necesita.

**4.2 Valor terapéutico.** En el inicio de la relación terapéutica el recurso del plano posee una gran ventaja: la facilidad para cambiar el sistema perceptivo-figurativo del paciente. Añadimos a la categoría sensoperceptiva auditiva, típica de las psicoterapias clásicas, la intervención directa a través del canal visual y con evidentes contenidos cinestésicos. Desde los trabajos de **Erickson**, **Bandler** y **Grinder**, **Zeig**... sabemos que cada persona emplea preferentemente un sistema sensorial para obtener información acerca del mundo que le rodea. También conocemos que este canal predominante acompaña a su estado consciente y es responsable de las limitaciones actuales frente a su problema que le ha conducido a la crisis. Es por ello que podemos utilizar para iniciar el acercamiento el sistema que utilice el sujeto de forma habitual. Una vez conseguido éste favorecer una nueva manera de ver, oír o sentir el problema al enfatizar en el dibujo lo que convenga. La **psicoterapia ericksoniana** sabe de la importancia de interrumpir los patrones habituales de pensamiento para introducir otros novedosos. Es importante llamar la atención del paciente para que salga de donde se encuentra y colabore en la relación. El hecho de que el terapeuta le desvele de una manera apetecible algo personal y desconocido (el «*mapa*» de su manera de entender los problemas de salud mental) y que lo esté creando de forma particular (en su presencia, con y para él) despierta su curiosidad. A esto se le une que es una proposición nunca imposición, ya desde el inicio ofrecemos la posibilidad de elegir: «*Si no le sirve lo arrojamos a la papelera...*».

Además, el mapa no se circunscribe a ninguna teoría de la personalidad o psicoterapia específicas. El filósofo **Karl Popper** previene del riesgo de aferrarse a postulados teóricos como realidades inamovibles y eternas: «*La única cosa verdaderamente cierta que se puede decir de una teoría es que antes o después esta se demostrará como falsa*». Puede hacerse compatible con las circunstancias de cualquier persona. El empleo de palabras o metáforas sin un referente unívoco facilita que el paciente complete su sentido adecuándolas a su experiencia personal: *mapa, caminos, cosas positivas, dificultades, formas de desconectar, sima, pozo, callejón sin salida, cuesta arriba, cima, niño asustado o voluntarioso, adulto flexible, posibilidad de elección como en vacaciones, estado de bienestar, sentimiento de felicidad...* Es similar a las instrucciones de proceso típicas de una inducción hipnótica, cuanto menos precisos seamos más fácil es para el sujeto hacer suyo el mapa. Si el terapeuta, siguiendo a **Zeig**, ajusta su construcción a los datos que va comunicando el paciente, el plano se transforma en algo personalizado, una «*Terapia cortada la medida*».

A pesar de lo anterior debe reconocerse que como **Watchel** advierte:

*«Hay tantas teorías que ofrecen modos justificados de concebir la actividad terapéutica y los fundamentos psicológicos de los problemas de nuestros pacientes, que aquella que elegimos es la que, al menos en parte, encaja con nuestra personalidad y nuestra propia experiencia de la vida».* ¿Cuáles son nuestros postulados implícitos en el desarrollo del mapa?

El axioma del que se parte es que en la vida existen situaciones que sobrepasan a la persona y no están resueltas de manera satisfactoria. Hay quizás una deuda con la *Psicobiología* de **Meyer** y su análisis distributivo de los factores vitales. La crisis es la consecuencia de evitar permanentemente el afrontamiento de dicha situación, por sentirse incapaz de superarla o por el miedo a una solución cuyo coste no es admitido. Es decir, se soslaya una dificultad por dudar de poder resolverla con éxito o por no aceptar las consecuencias del posible desenlace.

Un segundo postulado es que existe una parte de nuestra mente en la que produce todo este drama interno sin que llegue necesariamente hasta la consciencia. ¿Cómo podríamos vivir con un problema permanentemente presente? En los tiempos iniciales del psicoanálisis de **Freud** ya se decía que el trabajo de represión es necesario para la vida cotidiana y que está en la base de cualquier persona «sana». Desde la filosofía, autores como el francés **Bergson** y el británico **Broad** apuntaban como la función original del cerebro no es básicamente productiva sino eliminadora. El cerebro está concebido: *«...para protegernos de ser agobiados y desconcertados por la masa, en gran medida inútil e inoperante, de conocimientos, excluyendo gran parte de lo que deberíamos de otra forma percibir o recordar en cualquier momento, y dejando sólo esa selección pequeña y especial que es probable sea útil en la práctica».* Si fuésemos conscientes en cada momento de todo aquello que tenemos pendiente nos sentiríamos abrumados por la ingente tarea. Así, para realizar las actividades cotidianas necesitamos organizarlas. Desde otra perspectiva el epistemólogo **Bateson** comenta: *«...la mayoría de los procesos mentales (comprendidos en particular los mismos procesos de percepción) no pueden ser controlados por la conciencia. Lo sorprendente, y que por lo tanto requiere una explicación, es el hecho de la conciencia. La inconsciencia es una necesidad de la economía de las organizaciones jerárquicas...».*

En nuestro mapa es innecesario precisar cuál es la situación conflictiva que provoca el atasco y, con frecuencia, tampoco el paciente la conoce conscientemente. Dejemos que la persona decida cuándo y cómo descubrirlo. Si por un sendero le resultó difícil simplemente buscó otro, y ahí surgió el extravío en su recorrido vital. Diremos que caminaba y que escogió el aparentemente bueno sin saber que era una «trampa», en su segunda acepción de puerta que comunica una parte superior con una inferior. Acude a nosotros con una lectura de su vida basada en la irreversibilidad: ha fracasado, no existe otra oportunidad, todo es inútil, nada depende de él... Su actitud confirma la exactitud de su predicción a modo de «*profecía autocumplidora*» de **Watzlawick**. El Nobel de Literatura **Thomas Mann** intuye esta verdad: *«Así como en el sueño es nuestra propia voluntad la que aparece inconscientemente como destino objetivo inexorable, y todo en él procede de nosotros mismos y cada uno de nosotros es el director del teatro secreto de los*

*propios sueños, nuestro destino puede ser el producto de nuestro ser más recóndito, o de nuestras voluntades, y no hacemos más que poner en escena lo que parece que está sucediendo*». La película de **Amenábar** «Abre los ojos» abunda sobre este tema.

Sabemos desde los trabajos de **Festinger** que por el fenómeno de la «*Disonancia cognitiva*» nuestra mente suprime aquellos datos que no encajan con su manera de entender la realidad. Éste fenómeno universal afecta a todos los seres humanos y de nuevo **Watzlawick** advierte de su posible letalidad porque: «*...en cuanto se ha aceptado un engaño como verdad, se produce una especie de ceguera que impide ver las pruebas en contrario*». Ahora utilizamos este mismo mecanismo pero ya en beneficio del paciente.

Resulta imprescindible romper la creencia de haber perdido el control y estar al final, ahí es donde interviene el mapa. Al cambiar la manera de entender su historia se facilita la tarea de reconstrucción de la realidad en el sentido de **Minuchin**. Reencuadramos la perspectiva que trae el paciente de «*sufrir siempre*» por la disyuntiva de «*sufrir inútil y permanentemente*» en un camino sin salida o «*sufrir útil y temporalmente*» enfrentando el que se desechó por doloroso. Ya sabe que hay «*otro camino*» pero ahora es el terapeuta quien insiste en la necesidad de «*darse un tiempo*», hasta que se encuentre «*con fuerzas*» para recorrerlo. Se necesita orientación y tranquilidad para recuperar la dirección adecuada. Ahora puede detenerse «*sabiendo*» que en su momento tomará el camino satisfactorio. Ya no lo hace «*mal*», sino que bajo nuestra indicación sólo «*se toma un respiro*» para recuperar el gobierno de su vida cuando sea oportuno. Instaurada esta idea el sistema de creencias del paciente se transforma. Las «*falsas soluciones temporales*» se utilizan inteligentemente como simples descansos en nuestro largo devenir y, por el «*efecto Zeigarnik*», sabemos que así aumenta su motivación de culminar la tarea.

Abandonemos las prisas pues con frecuencia la urgencia del terapeuta impide al paciente encontrar su propio ritmo, no aceleremos en demasía el proceso de curación. Ya en el siglo XIX el avezado psiquiatra francés **Du Bois** nos advierte: «*He comprobado que esta falsa vergüenza que los pacientes sienten por dejarse llevar por una influencia psicoterapéutica no sólo obstaculiza su curación sino que provoca recaídas cuando regresan a su entorno familiar [...] Experimentan una repugnancia muy natural a confesar a sus vecinos y amigos la rápida curación de sus problemas. Temen que les digan: ¿Qué? ¿Qué te han solucionado en dos meses ese problema que has tenido durante años, y eso sólo con medidas psicoterapéuticas? ¡Pero entonces eso significa que eras un “enfermo imaginario”; podrías haberte curado mucho antes si hubieras tenido más energía. Eso podría habértelo dicho yo! Hay pacientes que temen este juicio y que prolongan voluntariamente su convalecencia a fin de no enfrentarse a tan poco amables bienvenidas*».

El aparente final irrevocable tiene una salida, el plano introduce cambios en la visión fatalista del «*ya todo está perdido*», transformándola en «*aún hay esperanza*». Y precisamente de esto hablaremos en el próximo apartado.

**4.3 Generador de esperanza.** Erik **Erikson** define la esperanza como: «*La creencia perdurable en la posibilidad de realizar deseos fervientes, a pesar*



de las oscuras urgencias y rabias que caracterizan el comienzo de la existencia». Considera que se obtiene en la primera de fase del desarrollo del ser humano y es por tanto la más indispensable de las virtudes inherentes al hecho de vivir. Sin ella es imposible una vida sana e incluso la propia vida. La esperanza articula sentidos, reconstruye el pasado dándole nuevo significado, acrecienta la autoconfianza para cambiar la realidad y, por tanto, su destino. La persona deja atrás el laberinto sin fin del sufrimiento inútil en ocasiones de forma sorprendente. **Haley** reconoce que la experiencia le ha ayudado a: «...abandonar el concepto de que los síntomas están profundamente arraigados en el individuo y a considerarlos adaptativos a un sistema social. Pueden presentarse y desaparecer tal como cambia la situación de una persona en la vida». De igual modo **Cancrini** siguiendo a **Glover** admite que una adicción —entendida como una defensa/castigo frente a un conflicto mental— puede presentar una «remisión espontánea» cuando el sujeto lo resuelve por otra vía. Y con respecto a la tercera «Falsa solución permanente» de «la muerte» se sabe que más de un 80% de personas con intentos autolíticos no reinciden y que hay conductas de riesgo que son abandonadas.

Mientras se va creando el mapa delante del paciente, éste manifiesta su resistencia a ilusionarse indicando tercamente que se encuentra en el lado «malo», que ha seguido el camino erróneo, que se ha equivocado... pero lo importante es que *en ningún momento pone en cuestión la existencia de la salida o camino «adecuado»*. Esta es la semilla que más adelante germinará dando como fruto la superación de la crisis. Que en el plano se dé por hecho la existencia de la salida a la situación crítica transmite de forma inconsciente el anhelo de alcanzarla, recordemos al respecto la potencia del llamado «Efecto Zeigarnik». Esta tendencia se ve magnificada por la actitud del terapeuta, que durante el proceso terapéutico favorece la motivación y la confianza de que el paciente puede superar el penoso presente y alcanzar un futuro confortador.

Lo que ocurre es que una vez salido del pozo de las «falsas soluciones» el paciente también necesita ayuda para enfrentarse al problema que inicialmente evitó. El médico berlinés **Künkel** advertía que el trabajo de terapeuta obliga no sólo a tratar el trastorno del paciente sino ayudarlo a: «...asumir la vida, a reconocer la insuficiencia humana y a aceptar la responsabilidad». **Frankl** insiste al respecto que: «...más importante que la vida placentera o penosa de una persona es que esa vida tenga un sentido, y la mayor o menor duración de una vida humana también pierde relevancia ante la cuestión del sentido. [...] El hombre víctima de dudas o de desesperación acudía antes al director espiritual; pero hoy acude al psiquiatra en demanda de consejo y ayuda. Este hecho no sólo autoriza al médico sino que le compromete a interesarse (más allá de la enfermedad somática y psíquica) por la dolencia espiritual del paciente como ser humano y no como enfermo.»

Vemos que la esperanza es condición necesaria pero no suficiente, el terapeuta permite que crezca este sentimiento pero luego debe ayudar a que el paciente se enfrente a la realidad de su historia vital y elija su destino. Nuevamente acudimos a las palabras de **Frankl** para expresarlo: «La libertad es uno de los fenómenos humanos. Pero es un fenómeno demasiado humano. La libertad humana es finita. El hombre no está libre de condiciones; sólo es

libre de tomar postura frente a ellas. Pero las condiciones no le determinan sin más. Depende del hombre, en última instancia, someterse o no a las condiciones”.

## 5. CONCLUSIÓN

«Mis proposiciones tienen el valor de que, cuando se las entiende, uno se da cuenta de que no sirven para nada, pero hay que entenderlas para superarlas.»

Ludvig Adolf WITTGENSTEIN

Señalamos que la **Psicoterapia Sistémica de la Persona** (PSP) y su triple vertiente posibilita actuar a nivel Intrapsíquico, Relacional y Existencial. Un recurso terapéutico estratégico como la elaboración de un «*mapa*» resulta útil para el paciente y su familia: genera esperanza, aumenta la confianza en sus posibilidades, favorece el desarrollo personal, le capacita en la toma de decisiones, le responsabiliza de su historia vital sin culpabilizar al destino, transforma al paciente en coterapeuta activo en vez de sujeto pasivo de su proceso, le devuelve el protagonismo en su propio camino terapéutico... También reviste utilidad para el terapeuta pues además de ser compatible con diversas orientaciones teóricas, le responsabiliza como guía pero le libera de la incómoda posición de omnipotencia terapéutica y del consiguiente exceso de responsabilidad. Es un elemento que facilita la alianza terapéutica, reconstruye la realidad del paciente, y puede favorecer el desarrollo de cualidades latentes al romper sus limitaciones y patrones habituales de pensamiento.

**Sales** (2005) estudia mediante el Modelo HSCED a pacientes y sus familias tratados desde la perspectiva PSP. Se pregunta dos cuestiones: «¿Cambió el paciente en el transcurso de la terapia?» y «¿Es la terapia la responsable del cambio?» La respuesta es afirmativa en ambos casos. El Modelo HSCED es un método para inferir el cambio y la influencia terapéutica en diseños de caso único mixtos (no-manipulados). En primer lugar se organiza un informe de caso enriquecido («*rich case record*») que reúne toda la información disponible. El informe se designa por «*enriquecido*» porque debe contemplar información de múltiples fuentes y perspectivas de naturaleza cuantitativa y cualitativa, e incluir evidencias tanto a favor como en contra de la influencia de la terapia en el cambio observado en el paciente. En un trabajo reciente la autora (2012) insiste en la necesidad y pertinencia de la evaluación personalizada y no sólo cuantitativa en los tratamientos psicoterapéuticos.

Y ya para terminar parafraseamos al irreplicable Milton **Erickson** al concluir que la PSP es válida... ¡siempre que ayude al paciente, la familia y al terapeuta a desarrollar sus propios procesos y su innata creatividad!

<sup>1</sup>1.539 suicidios en España en el año 2012 (Estadísticas I.N.E. 2014)

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. **DEL PINO MONTESINOS, J.I.; PÉREZ GARCÍA, J. y ORTEGA BEVIÁ, F.** (2002): “Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica” [http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates\\_l/pdf/ESP/434e.pdf](http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_l/pdf/ESP/434e.pdf)
2. **DEL PINO, J.I.; MENA, G.; HORNERO, C.; MÁS, D.** (2001): “La adolescencia: ¿Duelo personal o duelo familiar?”. *Anales de Terapia Familiar*, **Vol. 6**: pp. 99-112.
3. **DEL PINO, J.I.; MENA, G. y HORNERO, C.** (2005): “Los caminos de la psicoterapia”. *Anales de Terapia Familiar*, **Vol. 7**: pp. 21-24.
4. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA** (2012): [www.ine.es](http://www.ine.es) Servidor web © INE 2012 P. de la Castellana, 183 - 28071 - Madrid - España
5. **ORTEGA BEVIÁ, F.** (2001): *Terapia Familiar Sistémica. 2ª Edición*. Ortega (ed.) Ed. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
6. **ORTEGA BEVIÁ, F.** (2008): *Psicoterapia: Teoría y Práctica*. Ed. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
7. **PÉREZ DE AYALA, E.** (1999): *Trabajando con familias. Teoría y Práctica*. Ed. Consejo General T.S. y Libros Certeza, Zaragoza, España.
8. **PINA PRATA, F.X.** (1993): O diagnóstico sistémico na intervenção da psicologia social clínica.
9. **SALES, C.** (2005): *Terapia Familiar en Contexto Psiquiátrico – Aportaciones para la Comprensión del Cambio Psicoterapéutico*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
10. **SALES, C. y ALVES P.** (2012): Individualized Patient-Progress Systems: Why We Need to Move Towards a Personalized Evaluation of Psychological Treatments. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* © 2012 Canadian Psychological Association, **Vol. 53**, No. 2, 115–121

# 7. IMÁGENES

Fig.1



Fig. 2

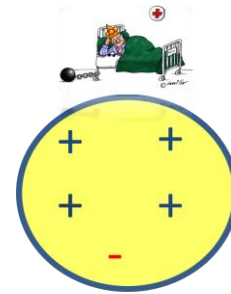


Fig. 3

## Psicoterapia Sistémica de la Persona PSP *Escuela de Sevilla y Lisboa*

