

# terapia familiar

ESTRUCTURA, PATOLOGIA  
Y TERAPEUTICA  
DEL GRUPO FAMILIAR

## 6

**ANALIA KORNBLIT**

Categorías semánticas aplicadas a un caso de drogadicción

**ALFREDO A. CANEVARO**

Terapia familiar con pacientes psicóticos: un abordaje institucional

**CLARA ROITMAN DE MALDAVSKY**

La familia en el origen de la constitución y la organización del yo

**LUIS MAZZOCCO Y JULIO E. CORREA**

La familia del enfermo oncológico: un modelo psicoterapéutico de abordaje

**CARLOS E. SLUZKI**

Migración y conflicto familiar

**ALBERTO SERRANO**

La entrevista diagnóstica de la familia con enfoque en el niño

**ILDA FICHER Y CHERYL BIEMER**

Tratamiento de corta duración, de impotencia basado en un modelo de identificación proyectiva

**CELIA ELZUFAN Y HUGO HIRSCH**

Freud y Haley: el síntoma y su multideterminación

**A. SERRANO, C. DIAZ USANDIVARAS, M. BEKEY, A. CANEVARO,  
R. URRIBARRI, R. SKIADARESSIS Y S. KRAEMER**

Ateneo clínico

**ISRAEL ZWERLING Y ALFREDO A. CANEVARO**

Diálogos



# terapia familiar

Estructura, Patología y Terapéutica  
del grupo familiar

Año III - N° 6 - Diciembre de 1980

## Director

Dr. Alfredo A. Canevaro

## Comité de Redacción

Lic. Stella Maris Molina

Dr. Rafael Skiadarensis

## Consejo de Redacción

Jorge García Badaracco (Buenos Aires)

Isidoro Berenstein (Buenos Aires)

Juan C. Nocetti (Buenos Aires)

Ivan Boszormenyi-Nagy (Filadelfia)

Gerald Zuk (Filadelfia)

Alberto Serrano (Buenos Aires-San Antonio-Texas)

Jacques Rudrauf (París)

Helm Stierlin (Heidelberg)

Maurizio Andolfi (Roma)

Richard Sauber (Massachusetts)

Robin Skynner (Londres)

Mara Selvini Palazzoli (Milán)

Raymundo Macías (México)

Guillermo Vidal (Buenos Aires)

Reynaldo Perrone (Rosario, Argentina-St. Etienne, Francia)

David Rubinstein (Filadelfia)

Donald Bloch (New York)

Ives Colas (Lyon)

C. Sluzki (Buenos Aires-S. Francisco-California)

J. Howells (Ipswich - Inglaterra)

## Director Administrativo

Alberto Cattani

## Secretaria Administrativa

Graciela Rodríguez

## Asesor Editorial

Alfredo Carlino

## Asesor Gráfico

Gabriel Kargieman

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

ALBERTO SERRANO	
La entrevista diagnóstica de la familia con enfoque en el niño . . .	109
ILDA FICHER y CHERYL BIEMER	
Tratamiento de corta duración, de impotencia basado en un modelo de identificación proyectiva . . . . .	129
CELIA ELZUFAN y HUGO HIRSCH	
Freud y Haley: el síntoma y su multideterminación . . . . .	139
A. SERRANO, C. DIAZ USANDIVARAS, M. BEKEY, A. CANEVARO, R. URRIBARRI, R. SKIADARESSIS y S. KRAEMER	
Ateneo Clínico . . . . .	145
ALFREDO A. CANEVARO – ISRAEL ZWERLING	
Diálogo . . . . .	163
SINTESIS DE LIBROS. . . . .	175
INFORMACION GENERAL . . . . .	193

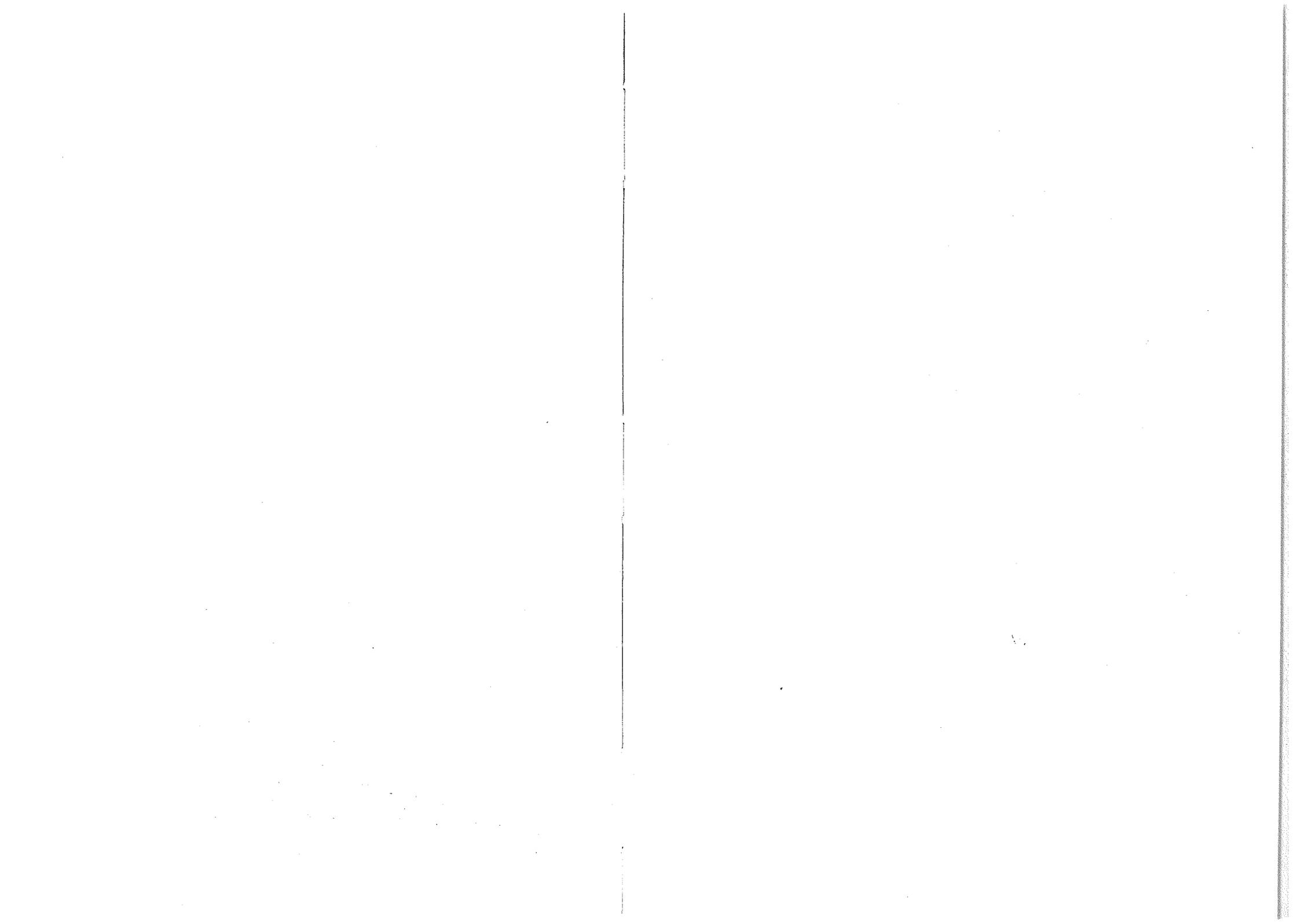
## EDITORIAL

*Han pasado más de tres años del nacimiento de nuestra publicación y cabe realizar una pausa, una reflexión.*

*Como símbolo es válido hablar así de algo que fue pensado y realizado a pesar de los tantos obstáculos que se interponían, que fue creciendo y complejizándose, a la vez que perdía esa pluri-potencialidad de lo embrionario. A mayor crecimiento, mayor diferenciación. . .*

*Quizás el mérito de esta publicación, más allá de los valores ocasionales, temporales, reside en la delimitación de un espacio, espacio que ya existía virtualmente, pero que había que enmarcar y definir claramente.*

*Aquí y en otras realizaciones institucionales (creación de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar y surgimiento de numerosos centros de asistencia e investigación en Buenos Aires y en el interior) se ve la importancia de un movimiento científico-técnico que se va consolidando. Surgen más claramente las discrepancias, las polémicas. . . Pero esto es un signo vital importante.*



Nuestro propósito será describir un núcleo familiar con un paciente identificado como drogadicto, tomando como base ciertos elementos desarrollados por A.J. Greimas y sus colaboradores.

Greimas reconoce como fuentes del análisis del discurso (especialmente narrativo) que él emprende, los aportes de la antropología y la lingüística estructurales, con la salvedad de que el nivel en el que ubica su investigación es el de la semántica, es decir, la exploración del universo de sentidos posibles, de sus efectos y del modo como se constituyen.

Se trata del intento de dar cuenta de la significación, a partir especialmente de la narratividad, o sea del conjunto de leyes que hacen al polifacético hecho del "contar".

La teoría comienza por plantear la existencia de tres tipos de estructuras organizadoras de diferentes niveles semióticos, a través de los cuales "el espíritu humano llega a construir los objetos culturales", partiendo de lo simple a lo complejo.

Estas estructuras, que van de la inmanencia del sentido a su manifestación, son:

a) las *estructuras profundas*, que rigen la manera fundamental de ser de un individuo o de una sociedad, y por ende determinan las condiciones de existencia de los objetos semióticos.

b) las *estructuras superficiales*, que ordenan en forma discursiva los contenidos que son susceptibles de ser manifestados.

c) las *estructuras de manifestación*, que producen y organizan los significantes particulares de cada contenido.

Las estructuras profundas (nivel constitucional) son ordenamientos lógicos de determinados contenidos, tomados por las estructuras superficiales, que proveen "modelos actanciales" (antropomórficos) para que dichos contenidos puedan finalmente manifestarse en forma específica, de acuerdo a un estilo dado.

Este modelo, elaborado para ser aplicado al estudio de un material literario (reconoce sus fuentes en el análisis de Propp del cuento ruso), puede ser redefinido en el plano de la estructura interrelacional familiar que incide para que un sujeto desarrolle una determinada patología psíquica.

El objeto que nos propone describir no tiene que ver con lo narrativa, si bien toma en cuenta lo discursivo, sino específicamente con el modelo de categorías que hipotéticamente pueden haber

sido connotadas por los padres de un determinado paciente y que suponemos que podemos reconstruir a partir de cuál es su encrucijada actual.

Sería éste un método por el cual se llegaría deductivamente a reconstruir a partir de las estructuras de manifestación (en este caso el síndrome psicopatológico), pasando por las estructuras superficiales (los roles específicos desempeñados por los miembros del núcleo familiar), cuál pudo haber sido el modelo lógico propuesto familiarmente al sujeto, a partir del lugar en que lo percibimos ubicado con respecto a ciertos parámetros, que serán específicos según el tipo de patología de que se trate.

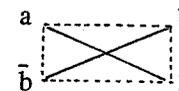
Está de más decir que no asumimos nuestras hipótesis unifactorialmente, sino, sólo como un posible nivel de análisis.

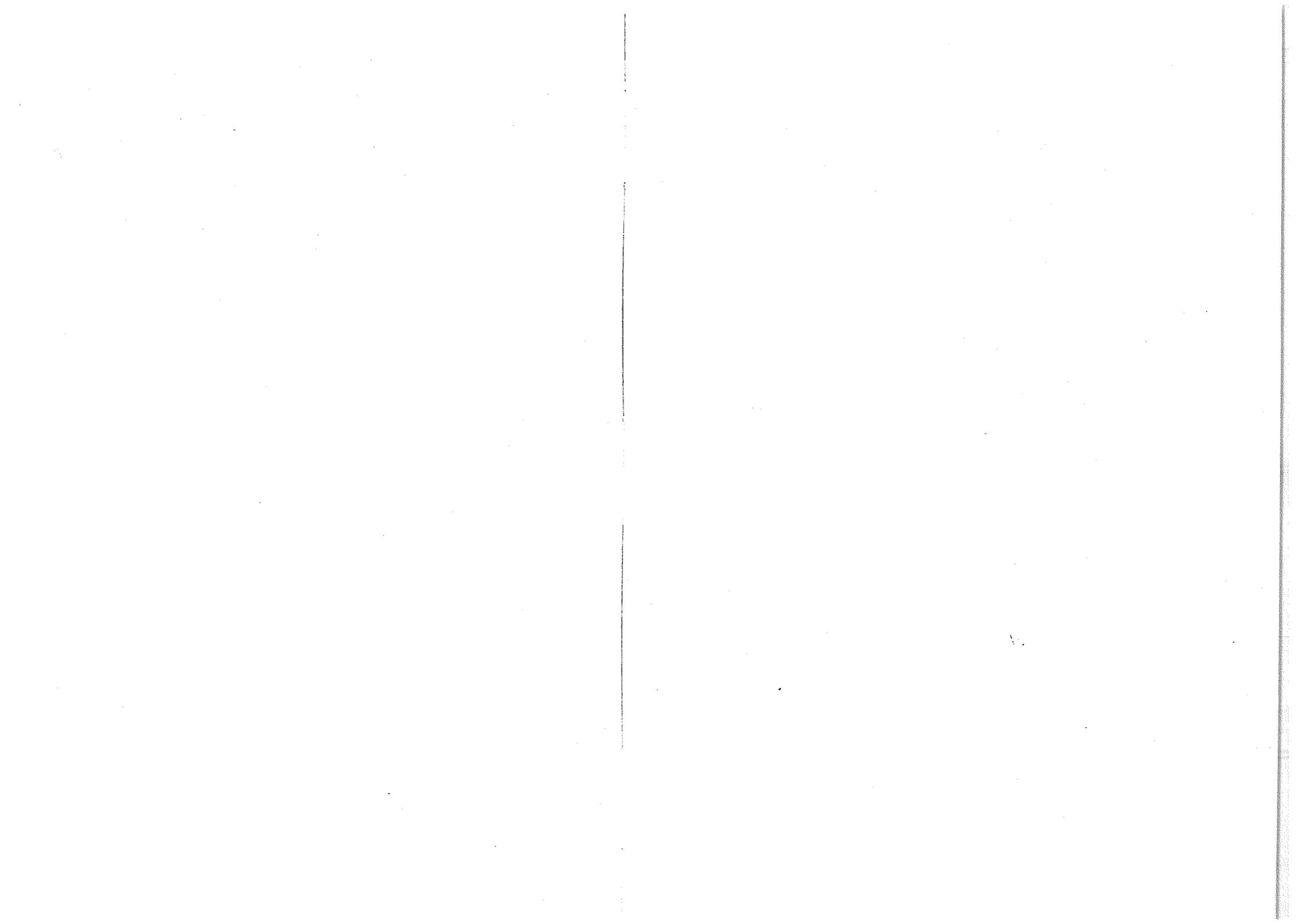
Nuestro objetivo será el de proponer modelos que, situados en un nivel genético con respecto a la manifestación actual que estudiamos (en este caso la configuración de las relaciones familiares hic et nunc la particular patología del paciente identificado), puedan dar cuenta en un sentido, del proceso que pudo haber llevado a la estructuración de las manifestaciones actuales.

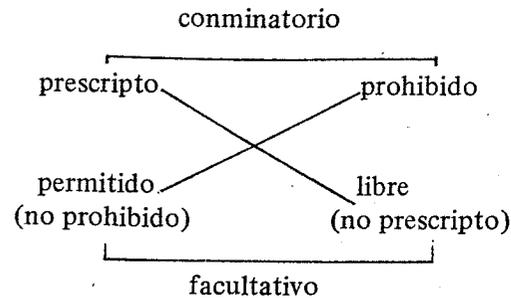
Este tipo de análisis difiere del análisis del nivel textual del discurso de un paciente, o del estudio de los significantes vertidos en una sesión; por el contrario, se remonta a las formas lógicas, estructuradas como modelos, que podemos reconstruir como actuando eficazmente a nivel del sentido y del significado de las acciones y de los discursos de los sujetos que estudiamos.

Comenzaremos definiendo lo que Greimas denomina la estructura elemental de la significación, situada en el nivel profundo, cuyo carácter es lógico-semántico, y que toma la forma de un modelo constitucional: el cuadrado semiótico.

Esquemáticamente, el modelo consta de cuatro términos, relacionados de modo tal que a partir de uno de los cuatro se pueden deducir los restantes.







En términos de la tópica psicoanalítica, lo prescripto correspondería a la función del ideal del yo y lo prohibido a la del super-yo.

En el caso de Daniel podríamos decir, coincidiendo con las formulaciones lacanianas sobre el papel que cumple la función paterna en la posibilidad que tiene un sujeto de pasar del vínculo narcisista con la madre al orden simbólico, no parece haber existido una clara normatividad en cuanto a lo prescripto; que aquí vamos a diferenciar en cuanto al *qué deber hacer* y el *cómo hacerlo*.

Esto nos lleva a plantear el problema de la *competencia*, en el sentido del *saber* necesario para el *hacer*.

Los padres esperan que Daniel sea un genio, y este deseo se ha hecho carne en él, pero no le otorgan, ni él puede adquirir, la competencia necesaria para poder llegar a *hacer* de modo de *ser*.

Para poder llegar a ser competente, Daniel debería haber podido contar con una serie de programaciones que fueran consolidando su ser a partir de la convicción de su posibilidad de hacer.

Según Greimas, el sujeto competente debe además "estar dotado de las 'marcas' de la realización del programa narrativo —lo que para nosotros en este contexto serían las normas que conducen a la posibilidad de la ejecución— es decir, debe poseer un conjunto de modalidades de querer y/o deber y de poder y/o saber hacer".

Con respecto al *querer hacer*, el deseo de Daniel es el deseo del padre, pero al mismo tiempo esta indiscriminación lo coloca en la alternativa del *no-querer hacer* como intento de diferenciarse.

El *deber hacer* aparece aquí también teñido de ambivalencia, tanto desde lo prescripto por el Destinator —el padre— que intenta

dirigir al Destinatario —el hijo—, sin lograr por lo tanto que el deseo de cumplir surja en Daniel, como desde éste último, para quien cumplir con el deber sería cumplir con un padre que no lo diferencia de sí mismo, de lo que se defiende a través de negativismo.

El *saber hacer*, por otra parte, reconoce una dimensión previa en la capacidad de memoria tanto en cuanto a la memoria que podríamos llamar sintagmática, que en el momento del hacer dará lugar a una repetición, como en cuanto a la memoria que podríamos llamar paradigmática, que al tomar en cuenta elementos ya dados, pero no contextuales, da lugar al proceso de la creación.

El hacer implicaría la imitación de un modelo, que por alguna razón Daniel no puede obtener del padre, al mismo tiempo que tampoco existe en él la búsqueda interior de elementos enlazados virtualmente a lo dado, todo lo cual da cuenta en sus períodos de abulia de la *sensación* de un gran vacío.

Cabría pensar acá, aunque parezca una digresión, si se trata de un vacío real de sentido o de sentidos que no pueden ser vivenciados como tales, a la manera como Lacan caracteriza la frigidez: experimentar sin saber.

Es en este saber negado en donde reside el sometimiento y al mismo tiempo el desafío de Daniel a un padre que se postula a sí mismo como poseedor de la verdad absoluta.

El saber hacer implica por otra parte, la inclusión por la memoria, del pasado en el presente, elemento que queda abolido en el acmé del episodio de drogadicción, que crea la ilusión de la atemporalidad a través de la abolición imaginaria y temporaria del cuerpo como materia, por el borramiento de los límites yo-no-yo.

En cuanto al *hacer*, Daniel está claramente en el polo de la impotencia, del que lo saca únicamente, y de modo ilusorio, la droga.

Su incompetencia surge así de esta combinatoria de modalidades, que lo enfrentan con un deseo de hacer, sin la posibilidad de ejecutar.

Estaríamos en presencia de un sujeto que posee la virtualidad del hacer, sin posibilidades de actualizarse en la realización de su proyecto.

Podríamos expresar esto mismo afirmando que existe entre Daniel y su padre un *contrato* que no se cumple (promesas que



Tanto Daniel como el padre están ubicados en el lado derecho del cuadrado, que configura la relación de implicación o deixis de la mentira. Señalemos al pasar que en los esquemas de Greimas lo aceptado culturalmente se ubica en la deixis izquierda, y aquello, como en este caso que se inscribe como lo contrario del "deber ser" se ubica espacialmente en la deixis de la derecha, lugar en el que podemos ubicar como veremos en los restantes cuadros, tanto a Daniel como a su padre, en los distintos parámetros que tomaremos en consideración.

En el caso de Daniel se trata con respecto al cuadrado anterior, de un *no ser*, revelado en los períodos de abstinencia por estados de intensa abulia. (Escribe: "Oh Dios, sacame de este pozo, quiero ser"). *No ser* que se acompaña del *no poder*, en la medida en que como vimos anteriormente, no hubo para él un padre que supiera transmitirle las modalidades apropiadas del hacer como surgiendo de sí mismo, sino que por el contrario aspira a dictarlas siempre él.

El padre está ubicado en este cuadrado semiótico en el polo del *parecer*. Parece ejercer autoridad, representar la ley, cuando en realidad su accionar tiene que ver con el deseo de controlar y dominar, como sucedáneo de la verdadera autoridad, de la que carece. A este respecto cabe citar aquí a M. Safuan: "Qué sucede cuando el padre está totalmente esclavizado por el ideal de dominio? . . . La relación padre-hijo será entonces una relación dual, en la que Eros y Thanatos se mezclarán inextricablemente. . . será siempre una relación sin salida. . ." (op. cit., pág. 141).

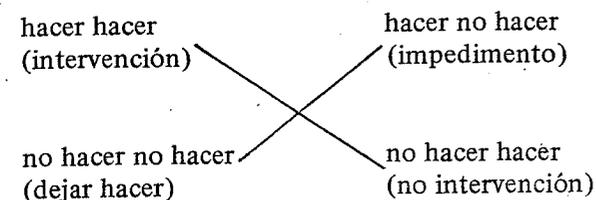
Y esta sin salida es precisamente lo que aparece en el cuadro del núcleo familiar del que hablamos, completada por el rol jugado por la madre, que desde su pretendido lugar de apatía e indiferencia tiende una especie de cama a su pareja, dejándolo actuar "porque es él único que sabe hacer las cosas, según él", para después descalificar su palabra. Su mudo reproche a los hombres (padre alcohólico, marido dominante), encuentra eco en la posición de Daniel, que se atreve a desafiar totalmente a un padre al que ella descalifica como marido, desde su silencio.

### 3) La modalidad factitiva.

La modalidad factitiva del hacer se refiere a la manipulación de lo que en términos del esquema de Greimas es el Destinator (el sujeto que hace hacer) sobre el Destinatario (el sujeto que ejecuta la acción).

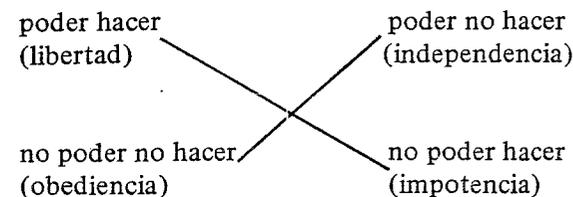
El Destinator, en este caso el padre, se postula como quien *sabe hacer*, y procura *hacer hacer*, pero de forma tal que lo que latentemente transmite, o lo que logra, es *hacer no hacer*.

De acuerdo con la articulación en el cuadrado semiótico tendríamos para esta modalidad:



Mientras que como dijimos podemos suponer que el padre connota el *hacer no hacer*, reteniendo para sí la posibilidad de actuar, podemos postular que la madre se ubica en el polo del *no hacer hacer* (no intervención), abandonando a Daniel a las vicisitudes de su relación con el padre y repitiendo de este modo su propia historia (padre alcohólico, madre distante).

Al nivel del hacer receptivo, tomándolo en cuenta la variable del *poder hacer* por parte del Destinatario, en este caso el hijo, se podrían preveer cuatro posiciones:





- BERENSTEIN, I. : Complejo de Edipo, estructura y significación, Bs. As., Paidós, 1975.
- COURTES, J. : Introducción a la semiótica narrativa y discursiva Bs. As., Hachette, 1980.
- GREIMAS, A. J. : Semántica estructural, Madrid, ed. Gredos, 1971.
- GREIMAS, A. J. : En torno al sentido, Madrid, ed. Fragua, 1973.
- GREIMAS, A. J. y COURTES, J. : Semiótique: dictionnaire raisonné de la théorie du langage, París, ed. Hachette, 1979.
- KALINA, E. y KOVADLOFF, S. : La droga: máscara del miedo, Caradas, ed. Monte Avila, 1979.
- LIBERMAN, D. y MALDAVSKY, D. : Un ensayo de sistematización y distinción de las categorías semánticas, en Rev. Arg. de Psicología, año IV, 1972-73.
- NOCETTI, J. C. : Análisis estructural de la producción verbal del TPI, en Test de la pareja en interacción, de L. J. Juri, Bs. As., ed. Nueva Visión 1979.
- SAFOUAN, M. : Estudios sobre el edipo, Méjico, ed. siglo XXI, 1974.
- VERON, E. y SLUZKI, C. : Comunicación y neurosis, Bs. As., Ed. del instituto, 1970.
- VERON, E. et al. : Lenguaje y comunicación social, Bs. As., ed. Nueva Visión, 1976.

---

Terapia familiar con pacientes psicóticos \*

-Un abordaje institucional-

---

ALFREDO A. CANEVARO \*\*

---

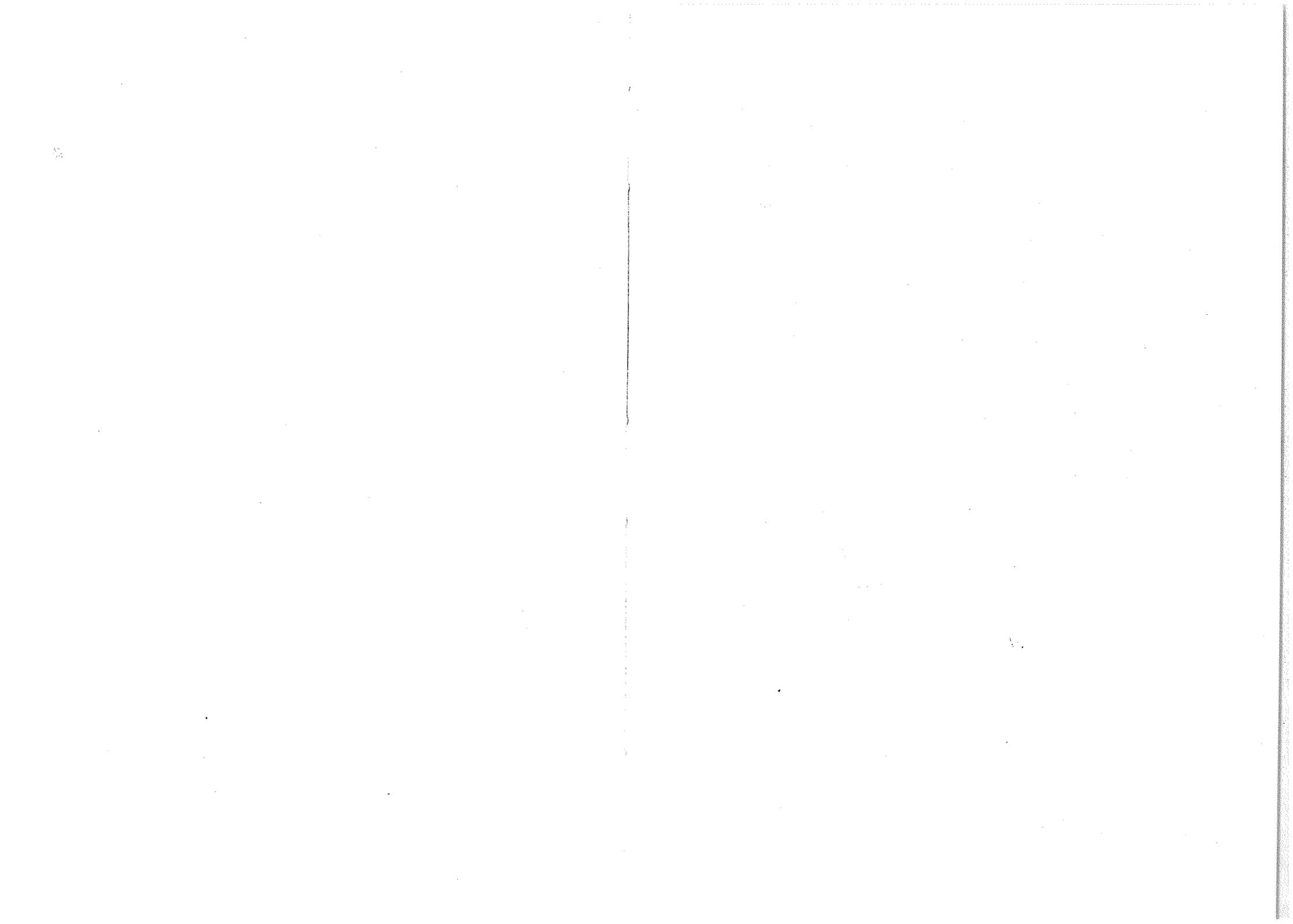
En "el caso Pierre", hablando sobre el estallido de las instituciones Maud Mannoni (5) cita a Iván Illich cuando éste dice:

"Las instituciones, crean certidumbres y cuando se las acepta, el corazón se tranquiliza y la imaginación queda encadenada" y continúa con que "La estructura de toda institución (familiar, escolar, hospitalaria) tiene como función la consevación de lo adquirido (cultural, social, etc.) con fines de reproducción de la herencia recibida" (pág. 18).

La pregunta a responder, en el área de mi especialidad sería: ¿Cómo debe ser una institución que se ocupe de tratar pacientes gravemente perturbados y sus familiares?

\* Publicado en: "Experiencias internacionales de técnicas y teorías relacionales en Terapia Familiar" volumen editado conjuntamente por la revista italiana Terapia Familiare (Nº 9) y la norteamericana Journal of Marital and Family therapy (junio 1981).

\*\* Presidente de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar, Gorostiaga 1731 - (1426) Buenos Aires - Argentina.



A. CANEVARO

grupo familiar, en el "tempo" que cada familia tenga, insertándolos en un contexto multifamiliar, en el cual el equipo terapéutico, deje de jugar roles transferenciales sustitutivos, para convertirse en verdaderos acompañantes terapéuticos, compañeros de ruta de todos los integrantes de ese grupo familiar, en el proceso antes descrito.

Así, distintos miembros del equipo terapéutico, pueden aportar enfoques complementarios de acuerdo a su propio diafragma emocional, captando fragmentos de un rompecabezas que se va reconstruyendo de una realidad que enfoque la globalidad de ese grupo familiar como un sistema natural que se va curando.

Tendremos entonces familias que de entrada invaden una institución "impregnándola" de su problemática desde el primero al último de sus integrantes, así como otras que penosamente se van reconstruyendo sobre el soporte institucional a la manera de una trama, para lo cual habrá que ir convocando poco a poco personajes apartados, temerosos, desconfiados y rabiosos, que ocultan su dolor en una distancia excesiva.

En esto, el equipo y la institución tienen que tener la flexibilidad de acompañar poniendo límites en unas y de acortar distancias con otras, creando un contexto de seguridad emocional que permita ese reencuentro. Reencuentro que no signifique crear una pseudorealidad endogámica que niegue la existencia de un rol social para cada uno de sus integrantes, sino que permita crear un "remanso" que ayude a que la relación con los otros no se convierta en un desplazamiento artificial y desconfiado de relaciones intrafamiliares mal elaboradas, sino en un contacto creativo hacia nuevas realidades que enriquezcan el área experiencial de la persona.

"No se puede separar nada que no haya sido unido previamente", dice un viejo refrán chino. Crear por lo tanto un contexto que permita una real elaboración tanto de la simbiosis como del aislamiento, verdadero par antitético sobre el que reposa la comprensión de la conducta patológica individual. Si ampliamos el diafragma enfocando a toda una red familiar esto nos permite comprender y dar sentido a diversos mecanismos de defensa individuales que regulan y son regulados por las relaciones interpersonales.

Entonces cambia la descripción de ese sistema cuando se lo amplía, cambia su nomenclatura y también cambia la técnica. Sin embargo todo reposa sobre la articulación adecuada del equipo terapéutico y de la institución para enfrentar los afectos universales que según Racamier (6) se mueven en toda institución que se haga cargo de pacientes psiquiátricos: la ansiedad, la hostilidad y la ternura.

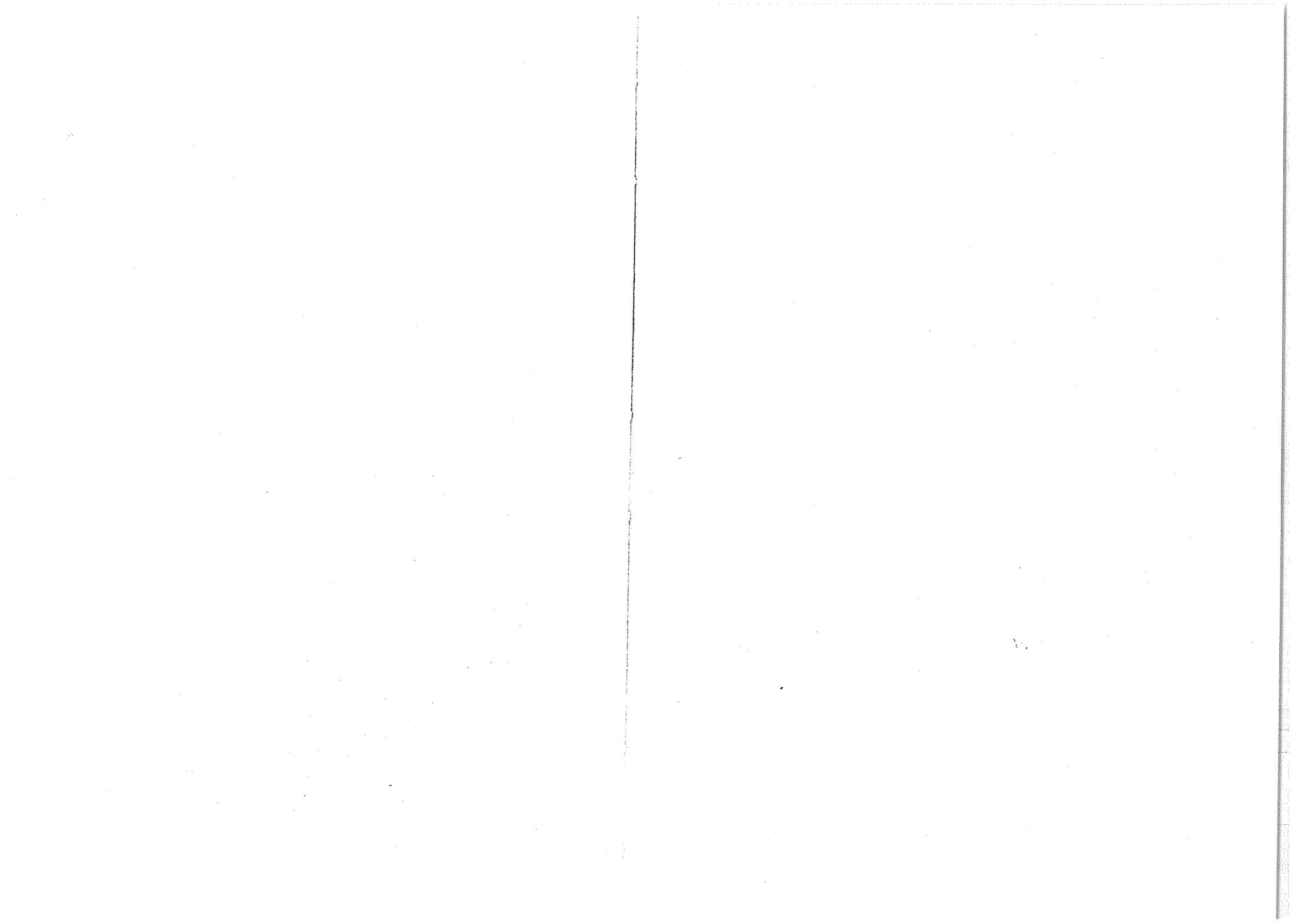
Esto no es tan sencillo, pues implica nada menos que poder aceptar y metabolizar en el equipo estos afectos que por momentos son combinaciones explosivas que desintegran las instituciones. De ahí la dificultad en el mundo entero de encontrar equipos que trabajen varios años con pacientes graves, sin desintegrarse. El análisis extensivo de esta situación queda abierto a la discusión, aunque yo diría que hay ciertos puntos sobre los que radica la clave de la situación:

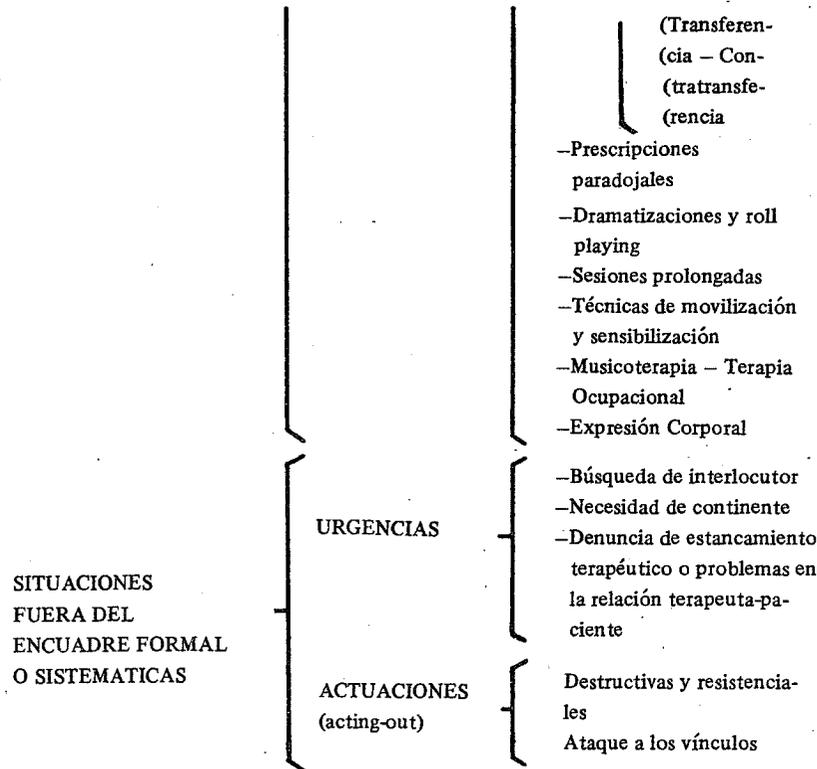
A) La capacidad de cada uno de los integrantes del equipo de comprender su desarrollo individual desde su familia de origen hasta su familia actual, el esclarecimiento de su rol terapéutico y el uso adecuado de su sí mismo en la relación con los pacientes.

B) La valorización de la relación interpersonal como *modelo relacional en todas las áreas* de la institución, diluyendo una dicotomía generalmente nefasta en todas las instituciones que prestan servicios. Así como se tratan los integrantes del equipo entre sí, se tratarán los pacientes entre sí.

C) La posibilidad de que cada paciente y su grupo familiar realice un proceso terapéutico que como insiste García Badaracco (4), se centre más en la carencia que en el conflicto, pasando entonces de una regresión patológica centrada en los síntomas a una regresión sana centrada en las carencias. Una institución debe proveer para todos sus integrantes la posibilidad de desarrollar aspectos inmaduros de su personalidad ampliando la red experiencial con técnicas adecuadas.

Finalmente, una vez más la importancia de la ideología terapéutica que sin negar la dificultad de los problemas a resolver, incorpore una óptica que el desarrollo científico de las últimas décadas autoriza a tener. Es decir, un sano optimismo frente a los problemas psiquiátricos que esté incorporado y cimentado en un desarrollo experiencial clínico que constituye la base de toda aproxima-





La brevedad de este trabajo impide un desarrollo adecuado que facilite la comprensión de este esquema, aunque pensamos que es suficiente para pasar a un par de ejemplos clínicos que muestren algo del estilo de tratamiento con familias de diversa estructura y funcionamiento.

**Caso 1:**

Susana, una paciente drogadicta, de 32 años, con varios intentos de suicidio, 3 matrimonios fallidos, varias internaciones y 17 tratamientos psicoterapéuticos frustrados. Sus hijos son criados por los abuelos. Ingresa por una ingestión masiva de barbitúricos.

Desde el primer momento se advierte un intenso resentimiento recíproco entre padres e hija

por una permanente y mutua frustración en sus relaciones. Madre fría y distante, huérfana de pequeña, hipercrítica respecto de Susana. Padre, manipulador y seductor, pretende ocupar un lugar jerárquico familiar que nunca pudo tener debido a la omnipotente figura de su suegro. Muy desesperanzado por el resultado terapéutico con su hija. Hijo mayor, aliado con la madre en contra del padre, cínico, absolutamente refractario al tratamiento. Hijo menor, ambiguo, busca refugio en un tratamiento psicoterapéutico individual.

Se ve un sistema familiar desencontrado, con descalificaciones permanentes, divorcio emocional profundo de los padres, hijos infantilizados, con fracasos afectivos en sus parejas. "El tiempo no pasa". Todo está como era entonces. . . Los padres, en algunos aspectos funcionan con sus nietos como veinte años atrás funcionaban con sus hijos. Estos, desesperadamente, intentan ser reconocidos como adultos, presentando sin embargo reivindicaciones infantiles. Los padres "deben" entonces seguir siendo padres, pues como abuelos no tienen seguridad de poder ser reemplazados efectivamente por hijos tan inmaduros.

Con técnicas de abordaje variadas, 7 u 8 entrevistas de grupo familiar nuclear y otras tantas multifamiliares, se va desmembrando el círculo reiterativo. La estrategia consistió en favorecer el acercamiento del padre con la hija, permitiendo que ella pueda vivir en las sesiones una relación afectiva y de acercamiento físico que quedó bloqueada en su infancia. El padre, al darle todo el apoyo a su hija, queda enfrentado con la madre, quien por algunas sesiones no concurre. En ese tiempo se le permite al padre expresar toda su filosofía personal sobre su familia y sobre la vida en general. Los hijos disfrutaban de ese tiempo. Poco a poco se insiste en que la hija vaya tomando contacto con la madre y sólo

peuta de tanto en tanto, como para informarlo de su vida.

Los padres guardan una actitud entre temerosa y respetuosa hacia la institución, aún cuando no pierden ocasión para criticarla.

### Caso 2.

Roberto, 20 años, fue traído a la internación, bajo engaño. Su madre le dijo que ella debía hacer una consulta ginecológica y le pidió que la acompañara. En la primer reunión, de 3 horas de duración, se ayudó a la madre para que le explicara el verdadero motivo. Roberto venía con un diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica, desde los 15 años de edad y era considerado incurable luego de varios tratamientos biológicos y psicofarmacológicos. Volvieron al día siguiente con el padre y ahí comenzó la puesta a prueba de éste, por parte de Roberto, para ver si realmente lo quería internar. En ese momento la madre demostró tener el mayor poder de convicción y Roberto, finalmente, accedió a la internación. Su aspecto era desmañado, con un lenguaje incoherente y gestos animalescos, tenía un aspecto subhumano. En las primeras sesiones surge que hay una hermana, Violeta, de 23 años, con el mismo diagnóstico que Roberto y dos hermanos mayores (un varón y una mujer), sanos, ambos casados y con hijos.

A poco andar se ve claramente un sistema familiar con padres con un divorcio emocional marcado. El padre, absolutamente dedicado a los negocios, en compañía de sus hermanos, vivió entregado a hacer dinero y con una incapacidad muy grande de hacerse cargo dentro de la familia de un rol afectivo y protector. La madre, muy deprimida luego del suicidio de una hermana, pasó largos años emborrachándose y jugando, cuidada por una en-

fermera. Muy resentida con su marido, instrumentaba a sus hijos en contra de él.

Este sistema familiar tenía una marcada escisión, la pareja de hijos esquizofrénicos representando los aspectos psicóticos disociados de ambos padres y la pareja de hijos "sanos" identificándose más con los aspectos sanos de los padres. Eran como dos familias.

La primer etapa del tratamiento consistió en la "humanización" de Roberto, acompañado por su madre y junto con sus compañeros en la comunidad. La madre lo acompañaba y trabajaba junto con él en todos los grupos terapéuticos, laborterapia, musicoterapia y juntos, en los grupos multifamiliares cuando venía el padre. Cuando Roberto mejoró marcadamente la madre viene a internar a su hija Violeta, con gran oposición paterna. Roberto ayuda mucho a su hermana y ésta pasa de estar completamente inhibida, con un delirio místico, a rebelarse abiertamente, mostrándose sumamente agresiva y reivindicando la figura femenina, tradicionalmente sometida en esa familia. El padre, de familia italiana tradicional, no podía tolerar estos cuestionamientos (expresión de la callada agresión de su mujer) y a veces tenía actitudes verbales violentas con amenazas de agresión física a su hija. Pasado el período de gran agitación, Violeta entró en una etapa reflexiva y de real maduración. Completado este proceso, ambos hijos se dedican mucho a la atención de la madre, quien necesita 3 días de internación por una crisis aguda depresiva, que le permite centrarse más en sí misma y volcarse en la comunidad y en sus hijos, pidiendo ayuda para ella, cosa que no había hecho hasta entonces.

En este proceso de "convertirse en persona" el padre tenía un rol de acompañante y facilitador, aún cuando más resistente a revisar sus propias dificultades.

En varias reuniones prolongadas con todos los hijos y sus cónyuges, se trabajó con terapia gestáltica y escultura familiar, consiguiendo luego de varias horas de trabajo con todo el equipo, que se develaran secretos familiares y que se franquearan unos con otros. El sentimiento compartido fué que desde la época de la niñez de los hijos, la familia no se había sentido tan bien.

El padre superó en forma ambulatoria un proceso depresivo, y partieron todos de regreso a su provincia. La mejoría más notable fue la de Violeta y su madre, ambas con un cambio notorio de conducta y de personalidad. La madre, recién al final de su proceso terapéutico, nos reveló su móvil oculto al venir a internar a su hijo y que era conseguir un buen lugar de tratamiento para él y así poder suicidarse.

Roberto y el padre cambiaron menos, aún cuando el diagnóstico de hebefrenia quedó en el recuerdo y en la expresión atónita del psiquiatra que lo firmó, según cuentan.

El padre, junto con sus dos hijos varones está iniciando un nuevo negocio, esta vez sin sus hermanos. La pareja, luego de varias crisis, concertó un nuevo acuerdo más saludable. Ella tiene un manejo más autónomo de su persona y de sus bienes y ambos, según manifestaron, se casaron "realmente" durante el tratamiento, ya que en realidad él suyo había sido un matrimonio concertado, en el cual los dos se habían sometido a designios de ambas familias de origen.

El proceso terapéutico duró 2 años y medio con un follow-up de dos años en que sigue habiendo mejorías.

No es habitual que tantos integrantes de una familia sean internados, ya que posiblemente la gravedad de esta familia así lo requirió. Tenemos sí, algunos casos de dos o tres pacientes de una misma

familia ampliada, internados casi simultáneamente, lo que permite un trabajo en red familiar, como describiremos en otro artículo.

### Comentario

Es evidente cómo ambas familias son distintas y en ambos casos la estrategia fue diferente. En la primera se consiguió un éxito parcial al poder la paciente designada modificar sus síntomas desprendiéndose de su grupo familiar, como una adolescente, a partir de la oposición. Esto sucede cronológicamente 10 ó 15 años más tarde, como si realizara una etapa incompleta, en la cual tanto los matrimonios como los intentos terapéuticos fracasaban porque no había un real desprendimiento sino una pseudoadulterez.

La institución fue vivida competitivamente por los integrantes del grupo familiar como una familia que funcionaba mejor que la de ellos y que les mostraba el inexorable paso del tiempo. Esto significó un gran dolor que fué a duras penas tolerado e impidió un cambio más profundo del sistema.

La segunda familia se insertó dentro de la comunidad como si ésta fuera su familia ampliada y pudo vivir en ella una maduración permitida y alentada que le permitió recorrer las etapas de un ciclo familiar detenido reiterativamente en sus primeras etapas. El hecho de constituir una familia cohesiva centrípeta, muy dependiente de las familias de origen, les permitió adentrarse en la comunidad, infiltrándose en ella como requiriendo una mayor ayuda. El posterior desprendimiento de la comunidad en una buena relación les permitió mejorar su contacto con ambas familias de origen, sin someterse a ellas, pudiendo funcionar mejor como grupo más autónomo.

¿Cuál es la visión comprensiva que articula todo este proceso? Es posible que al involucrar a toda la familia en tratamiento se les dé un mensaje paradójico: "Al enloquecerse, dejan de estar locos". ¿Qué quiere decir esto? Que, probablemente, todo el proceso de "convertirse en persona" tal como muchos pacientes refieren, ayuda a su integración individual y que se convierta en realidad aquella frase de Searles: "A mayor integración, mayor discriminación".

La posibilidad de que cada uno de los miembros significativos del sistema familiar realice este proceso, permite que el grupo vaya elaborando en conjunto duelos patológicos, ya sea heredados psicológicamente por delegación generacional, ya sea por no llegar a los ideales de una "familia unida y feliz". Aquí es cuando se cierra el círculo y se comprende cómo los brotes psicóticos, las enfermedades somáticas y las conductas sociopáticas son la expresión del dolor compartido y un intento desesperado de negar esa realidad.

La tristeza que invade a todos, cuando es tolerada por el equipo terapéutico, ayuda al pasaje de la autoidealización a la desidealización, momento difícil y que si no se maneja bien, genera acting-outs graves. (2) Es el momento del cambio del sistema, momento de morfogénesis que permite pasar a relaciones menos tiránicas y donde la realidad esté más presente.

Finalmente ¿cómo entender el proceso terapéutico, cuando hay que observar tantas variables, cuando hay que integrar tantas técnicas, cuando hay que comunicarse entre tantos terapeutas? Si bien es necesario una disociación operativa, para desarrollar una técnica que facilite los procesos de cambio y que esta técnica enriquezca la teoría en una espiral dialéctica, la experiencia clínica nos muestra complementariamente algo distinto. La realidad clínica de los pacientes se convierte en la piedra de toque en todo este recorrido, que nos permite ir corrigiendo la articulación de los recursos terapéuticos de acuerdo a las necesidades del campo.

Así entonces pueden haber distintos abordajes según los momentos que atraviesa ese proceso terapéutico. En un momento, al "calor de la psicoterapia", las técnicas gestálticas pueden ayudar a disolver racionalizaciones excesivas, o romper barreras estereotipadas entre los miembros del grupo familiar. Otras veces, las prescripciones paradójicas, en momentos de "impasse" terapéutico ayudan a un desbloqueo de situaciones resistenciales y favorecen un cambio. En otros momentos la interpretación de lo sucedido puede brindar un marco de comprensión integradora de todo ese proceso. Siempre la instrumentación de la técnica está al servicio de una estrategia que puede requerir la entrada o salida de distintos integrantes del equipo, la coterapia, la simultaneidad de varias psicoterapias, para poder tener siempre el control terapéutico del

campo psicológico, control permanentemente cuestionado y atacado como la esencia misma de la terapia. La resultante de ese flujo y reflujo es la que va a marcar un proceso de cambio que generalmente se prolonga más allá del momento terapéutico reglado, siempre y cuando se haya incidido en los mecanismos estereotipados que perpetúan los desencuentros.

En una comunidad terapéutica con un encuadre familiar que tenga presente las múltiples necesidades, se irán integrando individuos y grupos, así como estructura y proceso, forma y contenido pensamiento y acción. De la misma manera en que en un corte diacrónico reconstruiremos la historia de una familia, en un corte sincrónico podremos ver su interacción. Así como no siempre el insight modifica la conducta, ni esta modificación produce siempre un cambio subjetivo perdurable, las técnicas interpretativas y las técnicas de acción tienen que combinarse potenciándose mutuamente.

Así entonces, este esfuerzo de integración quizás no haga más que responder a la necesidad de una realidad compartida y que esta integración, como una familia sana enseña a valorar respete a cada uno de sus integrantes, en sus individualidades, en función de la salud y de la creatividad del grupo mismo.

#### Bibliografía

- (1) CANEVARO, A.A., "Algunas observaciones acerca de la terapia familiar con pacientes psicóticos". VI Congreso Mundial de Psiquiatría, Honolulu, Hawai - Agosto 1977.
- (2) CANEVARO, A.A., "La transferencia idealizada del grupo familiar". Trabajo escrito para el 1er. Congreso Argentino de Psicopatología del Grupo Familiar. Buenos Aires, 1970. Publicado en las actas del 4º Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática Buenos Aires, 1972.
- (3) GARCIA BADARACCO, J.E. y CANEVARO, A.A., "La reacción terapéutica negativa y la influencia familiar". Actas del 1er. Congreso de Psicopatología del Grupo Familiar". Ediciones Fundación ACTA, Buenos Aires, 1970.
- (4) GARCIA BADARACCO, J., "La Familia como Contexto real de todo Proceso Terapéutico", Terapia Familiar Nº 1, Editorial ACE, Buenos Aires, 1978.

- (5) MANNONI, M., "El caso Pierre", Cuadernos Sigmund Freud 2/3, Editorial Nueva Visión 1973. Buenos Aires.
- (6) RACAMIER, P.C., "La psychanaliste sans divan". Ed. Payot, París, 1973.
- (7) STAROBINSKY, J., Actas Psychosomatics, "Historia del tratamiento de la melancolía". Documenta Geigy, 1962.

#### Bibliografía general

Obviamente en este trabajo están comprendidas nociones básicas del psicoanálisis, la teoría general de los sistemas, cibernética y en general teorías de la comunicación aplicadas al estudio de la terapia familiar. Básicamente también a través de las obras pioneras de aquellos investigadores que desde hace décadas se interesan en la terapia familiar y a quienes se dirige nuestro reconocimiento.

#### Summary

The author states some interrogators about how an institution specialized in psychotic patients treatment and their relatives must be.

He presents an introduction about the importance of centralizing the treatment on the whole family group and its insertion in a multifamily structure.

In the same way he gives importance to the system formed by the staff, which should receive the same attention as the patients to get the best out of the therapeutic community.

He gives a brief description of the therapeutic context and a whole focusing on the clinic fact.

He presents and comments briefly two cases.

---

**La familia en el origen de la constitución y organización del Yo \***

---

**CLARA ROITMAN DE MALDAVSKY**

*Malabia 3319 - 5° B*

*1425 Bs. As.*

---

## **I Introducción**

El presente trabajo es un intento de dar respuesta dentro del marco de la teoría psicoanalítica freudiana, a una serie de interrogantes que se me presentaron desde la clínica y el desarrollo evolutivo, vinculados a las perturbaciones en el funcionamiento del cuerpo y de sus representaciones.

La primera hipótesis explicativa de estas perturbaciones que encontré en la teoría psicoanalítica era la hipótesis de las series complementarias.

La segunda de las series complementarias incluye las vicisitudes de la primera infancia, lo que implica:

a) Una teoría acerca de la estructuración creciente del aparato psíquico, enfocado desde el desarrollo del Yo.

\*Trabajo presentado al VII Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo, realizado en Copenhagen - Agosto de 1980.

b) El papel de la familia en estos momentos tempranos del desarrollo.

Me interesa fundamentalmente analizar en este trabajo los puntos recién mencionados y considero que las hipótesis correspondientes me permitirán abordar el problema de aquellos trastornos tempranos, previos al complejo de Edipo y a la represión, observados desde el punto de vista del desarrollo evolutivo y sus alteraciones.

También intento dar respuesta a ciertos problemas de la clínica en algunos pacientes adultos, con trastornos en las representaciones del cuerpo, vinculados con una no organización, o una desorganización de las representaciones corporales, debido a traumas tempranos.

En la teoría psicoanalítica se puede estudiar al Yo desde tres enfoques:

- a) el de las representaciones.
- b) el de las identificaciones.
- c) el de las funciones.

El análisis de la estructuración del Yo hace necesario articular distintas teorías, vinculadas al mismo. Una de ellas toma el desarrollo de las representaciones, desde las primeras inscripciones o signos perceptivos, las huellas mnémicas vinculadas a la vivencia de satisfacción, la organización de representaciones-cosa (y cuerpo) y representaciones-palabra.

Tomo también al aspecto de la teoría de las identificaciones, dado que el desarrollo del aparato psíquico se organiza desde un vínculo de identificación primaria, donde no hay discriminación en la relación sujeto-objeto, y en la cual el vínculo entre el sujeto y el objeto se da como una relación de ser, de fusión entre ambos ("ser con"), hasta las identificaciones secundarias donde la relación entre el sujeto y el objeto se da en un vínculo de "ser como el objeto", investido como alguien diferente al sujeto. En esta teoría tengo en cuenta que estas identificaciones secundarias dan origen no sólo al sujeto, recortado como diferente del objeto, y al Yo, diferenciado del no-Yo, sino también al Superyó.

Desde la teoría que se refiere a las funciones, tomo aquel aspecto del Yo vinculado al reconocimiento de la realidad, la rea-

lidad del no-Yo, lo que está fuera del Yo que impone una regulación y control de las pulsiones, y una postergación del logro de un placer inmediato, por el logro de un placer postergado y más adecuado a la realidad o al principio de realidad.

Tras esta introducción aclaratoria deseo exponer mi plan expositivo.

Analizaré los tres tiempos lógicos en la constitución del Yo tal como lo plantea Freud (8,12). Freud plantea tres tiempos lógicos en la constitución del Yo:

- Yo real primitivo
- Yo de placer purificado.
- Yo real definitivo'

Además consideraré, en relación con estos tres tiempos lógicos, el papel de la familia en la estructuración del Yo, en cuanto a dos funciones primordiales (materna y paterna), y un sistema de identificaciones, que culmina en el complejo de Edipo.

Hago este planteo considerando al Yo en términos de una subestructura del aparato psíquico y me refiero a los padres como funciones, y no como personas, dado que me propongo lograr un nivel de abstracción que vaya más allá de los agentes que llevan a cabo una función. Por otra parte tengo en cuenta que en la relación entre el niño y la familia no hay una acción unidireccional de la familia al niño, sino que la acción es recíproca, es decir que hay un aparato psíquico en formación que puede tener o no mayor fuerza o debilidad, como algo constitucional, y hay una serie de funciones, ejercidas desde la familia, que pueden dejar su marca en el aparato psíquico. El tomar en cuenta este vínculo de interacción recíproca nos permite comprender por qué ciertas personas presentan alteraciones graves, y sin embargo no pertenecen a un grupo familiar tan enfermo, o bien que parejas de padres con una patología seria tienen sin embargo algunos de los hijos con un funcionamiento psíquico adecuado, equilibrado.

Al considerar el papel de la familia trato de sistematizar cuáles funciones pueden ser desempeñadas más adecuadamente por un agente femenino o por un agente masculino, en los tres Yo mencionados.

## II Organización del Yo

### Yo real primitivo:

Es aquel que permite distinguir los estímulos exógenos, registrados en la periferia exterior, de aquellos registrados en la periferia interior, o endógenos, tal como Freud los plantea en (6) y posteriormente en (12).

Freud describe a los estímulos endógenos como aquellos que tienen un carácter de perentoriedad y constancia, y que requieren, para ser satisfechos, de la asistencia de un agente exterior, que a través de una acción específica, cancele la necesidad en la fuente del estímulo, y lo haga cesar convirtiendo el displacer en placer y provocando una vivencia de satisfacción.

De los estímulos exógenos es posible liberarse primero a través de una acción refleja del sistema nervioso, masiva y difusa en el organismo. Luego este mecanismo se hace más específico, en un intento de fuga de la fuente de estimulación. A través de estos mecanismos el estímulo proveniente de una fuente externa llega a ser indiferente para el sistema.

En cambio los estímulos endógenos, pulsionales, no pueden llegar a ser indiferentes ya que mantienen su carácter de empuje constante.

Mientras que los estímulos del mundo exterior son indiferentes, para el sistema neuronal los endógenos (de los que no es posible liberarse) constituyen un primer signo o marca para la discriminación entre sujeto (Yo) - objeto (mundo exterior).

En relación con este primer momento se pueden considerar algunas fallas tempranas (o que surgen posteriormente, pero en relación con esta estructuración) en la constitución del aparato psíquico:

a) — que los estímulos que provienen del exterior sean tratados como estímulos que provienen del interior, y que el aparato psíquico funcione según el modelo de las reacciones que se registran con el nacimiento, donde frente a un cambio contextual se producen alteraciones en el medio interno; por ejemplo ciertos individuos modifican su cuerpo en lugar del modo externo: órgano-neurosis: asma, trastornos cardíacos,

úlceras, etc. (el ejecutivo que frente a un problema en la empresa hace un infarto).

b) — que los estímulos que provienen del interior sean tratados como externos, siguiendo el modelo de descarga reflejo, masivo, o el de fuga del estímulo, por ejemplo hiperkinesias, cuando el niño, frente a un aumento de tensión de necesidad (hambre, sueño), lo descarga a través del movimiento o descarga muscular. El sujeto no puede reconocerse la sede de sus propias necesidades, y éstas son expulsadas al exterior y tratadas como algo de afuera.

Este mecanismo utilizado en forma extrema se observa en las epilepsias, donde la descarga lleva a la desaparición del estímulo porque se borra el sujeto que lo percibe.

Sobre este Yo real primitivo se asienta un Yo de placer purificado al que a continuación nos referiremos.

### Yo de placer purificado:

No se estructura en torno del éxito o fracaso del mecanismo de fuga sino en torno de la polaridad displacer-placer, es decir, en torno de una cualificación de la cantidad, que registra los aumentos de excitación provocados por los estímulos endógenos en términos de displacer, y su alivio a través de la acción específica que provoca la vivencia de satisfacción, en términos de placer.

El alivio de tensión (disminución cuantitativa) es cualificado (transformado en cualidad) por el aparato psíquico. Esta cualificación es la dominante en el aparato psíquico.

Esta vivencia de satisfacción, a nivel de la teoría de las representaciones, permite el registro de tres huellas mnémicas (6):

- un registro de una huella mnémica del objeto que calma la necesidad.
- un registro de una acción refleja motriz, que tiende a la satisfacción
- un registro del alivio de necesidad, que toma características placenteras.

Cuando aparece la tensión de necesidad, surge la reactivación

de una huella mnémica, en forma alucinatoria, tratando de calmarla.

Dentro del aparato psíquico surgen dos características (12):

– la prevalencia de las sensaciones displacer-placer, por sobre todas las otras excitaciones exteriores.

– la orientación de la conducta contra aquellas excitaciones interiores que traen consigo un aumento muy grande de displacer.

Este Yo de placer purificado es aquel que reconoce como propios los estímulos placenteros y proyecta los displacenteros.

### Yo real definitivo:

Freud (8) dice que cuando la vivencia alucinatoria fracasa, el Yo tiene que encontrar una forma de satisfacer sus necesidades, a través de la realidad externa, que sea más acorde con sus posibilidades, y más “realista” que la alucinación. Esto conduce al desarrollo de una serie de *funciones* yoicas, que lleva a que la realidad externa pueda ser modificada. Para ello es necesario que esta realidad quede representada (fielmente) en el aparato psíquico, en cuyo caso el Yo despliega una serie de funciones, ya más discriminadas y desarrolladas.

El principio de realidad toma el comando por sobre el principio del placer, aún cuando éste nunca queda totalmente desplazado, y se mantiene en el inconsciente.

Esta adecuación al principio de realidad y este desarrollo de funciones se vincula a la organización del aparato psíquico según las leyes del proceso secundario, gobernando el proceso primario, que va a seguir operando en el inconsciente.

Este proceso secundario va a tener lugar en el preconscious.

Estamos en un momento que es clave en la organización del aparato psíquico, dado que al hablar del Yo real definitivo y de funciones, también estamos hablando de la organización del sistema preconscious, que va a establecer una diferencia entre el sistema inconsciente y el sistema percepción-conciencia.

También se origina un cambio en las relaciones con el objeto, que dejan de estar estructuradas sobre la base de identificaciones primarias para organizarse como investiduras de objeto (pasaje del ser al tener).

En el Yo real definitivo se desarrollan funciones que tienen que ver con la mayor importancia que se le da a la realidad externa, y por lo tanto a los órganos de los sentidos, que son aquellos que captan la realidad, pero tomando partículas de ella, tamizada.

Se le asigna mayor importancia a la conciencia, que está enlazada al sistema perceptivo.

Se va a constituir la atención, lo que implica una dirección del sistema percepción-conciencia a través de los órganos de los sentidos, dirigidos al mundo exterior: el Yo tantea el mundo exterior y recoge datos útiles para cuando surja la necesidad.

Se establece un sistema que recoge los resultados de esta actividad, dando lugar a rudimentos de memoria, que ya no va a pertenecer a este sistema percepción-conciencia, sino a un otro sistema, que es el preconscious.

La descarga motora, que era una de las formas de derivación de las cargas, utilizada por los Yo anteriores, es utilizada por este Yo para modificar la realidad, transformándose en una acción regulada por el pensamiento. Este, a su vez, contiene las huellas mnémicas, acumuladas en la memoria, permiten guardar un reconocimiento de la realidad que puede ser usado cuando aparezca la necesidad.

La acción pierde su carácter de descarga motora refleja, y se pone al servicio del proceso secundario, en la tentativa de modificación de la realidad.

El aplazamiento de la descarga motora es posible gracias a la acción del pensamiento. Para que el pensamiento sea posible, algo se ha constituido en el sistema de las representaciones.

¿Qué pasa en este sistema de representaciones? En él, primero se inscriben los signos perceptivos, que son como signos puntiformes de las percepciones. Estos signos se van organizando en huellas mnémicas inconscientes, que es el único sistema constituido en un primer momento, diferenciado del sistema percepción-conciencia.

Las huellas mnémicas inconscientes son las que Freud llama representaciones-cosa, asociadas a signos perceptivos, con características visuales, olfativas, auditivas, táctiles, conestésicas, kinestésicas, pero vinculados al objeto, que implica también representación-cuerpo. El preconscious permite que estas representaciones

C. ROITMAN

accedan, aunque transformadas, a la conciencia.

Para que se constituya otro sistema, el preconscious, debe enlazarse la representación-cosa a la representación-palabra, en que ésta es considerada en un comienzo como parte de la cosa.

La palabra surge en un principio como un atributo más asociado a la cosa, y es por ello que hablar es para el Yo equivalente a repetir la experiencia.

Cuando este atributo sonido toma características más abstractas puede representar a la cosa no presente. Estas representaciones-palabra constituyen el fundamento del sistema preconscious, y se vinculan a través de un tipo de enlace específico, que es el que corresponde al proceso secundario (por ejemplo respeto por la ordenación temporal y causal) que es diferente del tipo de organización inconsciente.

En el inconsciente las cargas se desplazan con mayor libertad de una representación-cosa a otra, se condensan varias representaciones en una sola, no se sigue un decurso temporal, no existe contradicción, etc. En el preconscious sí se respetan estas leyes, de no contradicción, secuencia temporal, y además el sistema es más acorde al principio de realidad. Las cargas no circulan con la misma libertad, y la causalidad es distinta a la del inconsciente.

En relación a las identificaciones e investiduras de objeto, en este Yo real definitivo se pasa de un vínculo de identificación primaria, de fusión e indiscriminación, de "ser con el objeto" a un reconocimiento de éste, primero a través de la hostilidad y de la pulsión de dominio (10) y posteriormente, en la fase fálica, a través de una investidura de objeto total —de hostilidad y de amor— investidura correspondiente a los deseos incestuosos, edípicos.

Esta fase fálica implica una salida de la relación exclusivamente narcisista. En el vínculo de identificación primaria no se reconocían las diferencias sexuales como tales; sí se van a reconocer en esta fase fálica, a través de la dominancia de un organizador de tipo visual. Esto origina en ambos sexos una posición diferente ante la fantasía de castración y los deseos edípicos.

En el varón: "lo que tengo", el falo, es contradictorio con el surgimiento de deseos edípicos.

En la nena: "lo que no tengo", impulsa hacia el ingreso en el complejo de Edipo positivo (ya que espera recibir el falo del pa-

dre) y el abandono del anterior complejo de Edipo invertido.

El complejo de Edipo sufre la represión y/o se convierte en identificaciones secundarias que constituyen el Superyó. En éste predominan en primer lugar las identificaciones con figuras y luego con normas.

### III Papel de la familia en la constitución del aparato psíquico

Ya había dicho que las determinantes de la constitución del aparato psíquico son tanto interiores como exteriores a él.

En los momentos iniciales de la constitución de este aparato psíquico pareciera ser necesaria en forma predominante, la función materna, y la paterna toma lugar como un tiempo lógico posterior, ensamblándose con ésta.

Acá se entrecruzan dos tipos de hipótesis:

a) función materna: es mejor desempeñada por un agente femenino; función paterna, es mejor desempeñada por un agente masculino.

#### Función materna

La función materna en la constitución del Yo real primitivo consiste en suministrar un tipo de experiencia de satisfacción tal que para el sistema la necesidad no adquiera un carácter desbordante, doloroso, y desencadene en consecuencia mecanismos reflejos, como si se tratara de expulsar una estimulación proveniente del exterior. Igualmente, la madre debe suministrar un tipo de estimulación de la cual el infante puede sustraerse mediante la fuga motriz, porque de lo contrario, si la madre se propone al niño como un estímulo hiperpresente, el niño no puede fugarse de ella, y por lo tanto se convertirá en un estímulo endógeno, y no exógeno, con la consiguiente perturbación del Yo real primitivo, que es aquel que distingue estímulos endógenos sobre la base del fracaso o el éxito en el uso del mecanismo de fuga.

Además, la función materna se vincula luego con la apertura y ligadura de las zonas erógenas, Para que las zonas erógenas se "abran", las cargas de órgano, que primeramente se dirigieron a co-

razón y pulmones, sistemas indispensables para la vida en el momento del nacimiento (15), se dirigen posteriormente a zonas especialmente sensibles de piel y mucosas, y a sistemas vinculados al equilibrio (kinestesia) (7).

Estas cargas pueden dirigirse, desde corazón y pulmones, hacia los otros sistemas gracias a una estimulación adecuada. Esto sería la apertura de las zonas erógenas, que se constituyen en representaciones aisladas entre sí, a la manera de islotes mnémicos (21). Una característica necesaria para que la estimulación resulte adecuada es que sea rítmica.

Un paso posterior es que estas representaciones de zonas erógenas aisladas se ligen entre sí, bajo el comando de un Yo, sujeto de las pulsiones libidinales, investido por éstas.

La función materna permite también establecer una conexión entre alivio de la necesidad, placer y sensorialidad en la periferia exterior. Es decir que las pulsiones libidinales se articulan con las de autoconservación en una zona erógena. Cuando esto no sucede nos encontramos frente a patologías del tipo, por ejemplo, de algunos casos de obesidad, donde el paciente come constantemente, como el bebé que está siempre con la galletita en la mano, no llegando a sentir ni la necesidad ni la satisfacción.

La función materna actuaría también como tamiz o paragolpes de los estímulos provenientes tanto del interior como del exterior (27). En relación a los primeros debe lograr que no lleguen a tener una característica tan intensa que los torne en agudos, ya que la necesidad insatisfecha se convierte en dolor, que desorganiza. También debe lograr que los estímulos no lleguen a tener características crónicas.

La articulación entre necesidad y alivio, entre displacer y placer, y el ritmo que hace que la estimulación se vuelva placentera, podrían ser la base a partir de la cual posteriormente se organizará la categoría "temporalidad", que es propia del proceso secundario, preconsciente.

La función paterna pareciera estar más íntimamente vinculada con interoreceptores (víceras y órganos) y propioceptores, relacionados estos últimos con: equilibrio, postura, posición, movimiento, y aquellos elementos del sostén vinculados con la resistencia a la gravedad: peso, volumen, masa corporal.

La madre tiene además un papel de importancia en relación con la actividad de *ligadura* de las zonas erógenas en el niño (con lo cual se constituye el *Yo de placer purificado*), puesto que si suministra estímulos autocontradictorios (darle de comer mientras lo distrae haciéndolo mirar por la ventana) se verá dificultada la labor de totalización en torno del principio de placer, como corresponde al mencionado Yo de placer purificado. Igualmente, se verá perturbada esta unificación si la madre sobreestimula una zona erógena en detrimento de las demás, a las que no excita (ej. dar de comer sin sostener, o sin acariciar, o sin hablar).

Las alteraciones de las representaciones del cuerpo correspondientes a una perturbación (por fijación o regresión) de este momento, consisten no sólo en las del Yo real primitivo, ya descritas, sino también en que las zonas erógenas y sus representaciones pierden su ligadura recíproca y se manifiestan con independencia, como puede observarse en la hipocondría esquizofrénica.

La *función paterna* pareciera estar más vinculada al sostén (junto con la materna), tal como lo sugirió I. Berenstein, en un principio, organizando la propioceptividad, y posteriormente la acción muscular controlada, al servicio del sadismo, del control del objeto (fase anal). Especialmente permite el pasaje de la pasividad a la actividad: el niño, pasivo frente a sus necesidades, dependiente de la asistencia externa, pasa a hacer activamente, lo sufrido pasivamente: juego del carretel; no es la madre quien desaparece sino él que hace desaparecer al objeto.

También la función del padre da al niño la posibilidad de salida de la órbita simbiótica de la relación madre-hijo (21).

Cuando en el niño surge esta tendencia a la actividad, relacionada habitualmente con el vínculo con el padre, la madre tiene también un papel importante, consistente en no impedir esta transformación alegando, por ejemplo, que la actividad del niño es dañina.

Las alteraciones de estas funciones pueden consistir precisamente en una dificultad en el uso de la motricidad en forma hostil, o bien en una hipertrofia de este mecanismo hostil, que se vuelve entonces peligroso para el niño mismo (accidentes, caídas graves, serios problemas con otros niños).

### Función materna y paterna, femineidad y masculinidad.

¿Por qué pienso que la función materna está más vinculada a una figura femenina, y la paterna a una figura masculina?

Esta hipótesis se basa, en principio, en una estructura anatómica fisiológica: el cuerpo de la mujer, y el del hombre, desde el punto de vista óseomuscular y funcional son diferentes.

Esta estructura y función se hacen más notables a partir de la pubertad ya que está vinculada con el funcionamiento de las glándulas sexuales, lo que da características diferenciales a posturas y movimientos llevados a cabo por el hombre y por la mujer.

En la mujer los movimientos son menos intensos que en el hombre, denotan menor energía y fuerza. Por otra parte hay un menor desarrollo de masa muscular.

Además la mujer está sujeta a cambios cíclicos que la ponen en vinculación constante con su cenestesia. En la mujer, además, luego de la resolución adecuada de su complejo de Edipo, existe una representación de un espacio en su cuerpo que espera ser llenado (14), en tanto que en el hombre existe la representación de un espacio externo a ser conquistado (9, 16). (27)

Esto es lo que me lleva a plantear que determinadas funciones pueden ser mejor ejecutadas por una figura femenina, que está más conectada a su cenestesia, y que puede por lo tanto inferir lo que proviene de la cenestesia del bebé, por identificación, es decir, puede comprender cuál es la necesidad (o demanda), específica, y cuál puede ser la satisfacción más adecuada.

Por eso veo la función paterna, también por interjuego de identificaciones, vinculada más con control de la musculatura, estado de actividad, y transformación del mundo externo en forma activa.

Este planteo tiene sus restricciones, ya que la mujer (madre) puede ubicarse en una función activa, y el hombre (padre) en una función pasiva (25), y el niño identificarse con aspectos activos de la madre, o aspectos pasivo-receptivos del padre.

El registro corporal, que hace el niño de los otros, antes de la fase fálica, en términos de estas identificaciones primarias, en términos posturales-kinéticos, tiene que ver entonces con una diferenciación doble:

- Hombres — mujeres (y no fálico-castrado);
- Adultos — niños.

¿Qué es lo que lleva al niño a identificarse con el progenitor del mismo sexo? Antes de la resolución edípica podríamos hablar de una facilitación corporal (4), con la restricción antes planteada respecto a en qué posición esté el padre o la madre.

En cuanto a la *organización del preconscious en el Yo real definitivo*, y el paso de representaciones-cosa a representaciones-palabra, diré brevemente que en un principio el infante percibe sonidos, líneas melódicas, que, de acuerdo a lo planteado por Anzieu (1), constituirían uno de los envoltorios del Yo: el envoltorio sonoro.

Estos sonidos los va diferenciando y ejercitando.

En un principio la palabra es un atributo de la cosa, y el infante podría suponer que es la figura materna quien se la da (19). Esta figura es quien liga las múltiples sensaciones de una experiencia con una palabra. Liga fundamentalmente vista, motricidad y palabra.

En un segundo tiempo el niño puede comprobar que el lenguaje que el padre usa con él es distinto al que usa la madre con él, y hace un pasaje del lenguaje que la madre tiene con él (lenguaje íntimo) al lenguaje que el padre tiene con él (lenguaje convencional), suponiendo al padre como creador del lenguaje. Finalmente comprende que la fuente del lenguaje está en la cultura y no en sus propios progenitores.

### Los padres en la constitución del Yo real definitivo.

Pero si deseamos esclarecer cuál es el papel de los padres cuando surge el *Yo real definitivo*, es necesario describir el complejo de Edipo en términos de relaciones entre posiciones o lugares, como lo hizo Freud.

Los lugares psíquicos a los que me refiero son:

- . sujeto (el que experimenta el deseo)
- . objeto (sobre el que recae el deseo)
- . modelo: aquel como el que se desea ser para conquistar el amor del objeto, y que se transforma en rival en cuanto al amor del objeto.

El varón, sujeto del deseo, que había establecido un vínculo de identificación primaria con ambos padres, mantiene este vínculo con el padre, tomándolo como modelo, cuyo lugar desea ocupar para lograr el amor de la madre, instalada como objeto de deseo. El padre se transforma también en rival. El temor a la castración, más la imposibilidad de llevar a cabo sus fantasías, hacen declinar este complejo (que queda reprimido en el inconsciente) e instaurar un complejo sistema de normas, origen del Superyó.

En la mujer, el complejo de castración y la frustración en relación a la madre por lo que ésta no le dió, hacen que realice un pasaje desde ésta, que había sido tomada en un principio como objeto de deseo y modelo, hacia el padre, tomado como objeto de amor. La madre se convierte en rival en la relación buscada con este nuevo objeto de amor.

En relación a la *función fraterna* se podría establecer la hipótesis de que son representaciones intermedias en relación a estos lugares psíquicos correspondientes al complejo de Edipo.

Si los hermanos son menores, funcionan como rivales del sujeto en relación al objeto de amor, y el sujeto puede evitar la situación de lucha fratricida, identificándose con el modelo, asumiendo un papel activo y ubicando al hermano menor en el papel de un doble anterior (como el carretel, en el juego del carretel). Se hace con el otro activamente, lo que se sufrió pasivamente, tanto en lo positivo como en lo negativo. Se lo puede ubicar también en un papel de ayudante, tanto en la lucha con el rival como para la consecución del objeto de deseo.

Cuando los hermanos son mayores, el sujeto puede ubicar en ellos aquellos lugares asignados originariamente a los padres, tanto el de modelo, como el de objeto de deseo. Como esto se da en un interjuego de fantasías inconscientes recíprocas, se pueden dar una serie de variaciones en cuanto a los lugares (20).

Para que estos lugares se constituyan en el aparato psíquico es necesario que en un principio ambos miembros de la pareja asuman su propia función, como miembros de la pareja, y como partes de la familia, y respeten la función del otro. (25)

Una patología frecuente que se puede ver en este interjuego de fuerzas es como las pulsiones parciales que no pueden ser integradas genitalmente en la pareja adulta, y actúan como fantasías

inconscientes perversas, son desplazadas hacia los hijos, llevando a que uno o varios de éstos jueguen el papel complementario con uno de los miembros de la pareja, constituyéndose un vínculo inconsciente perverso o incestuoso.

El resto de las patologías correspondiente a este período las agruparía en aquellas en que se altera una o varias funciones yoicas (trastornos de aprendizaje en los niños escolares) o inhibiciones vinculadas con el uso de los mecanismos defensivos, tema que no desarrollo en el presente trabajo.

### Síntesis

Me he propuesto plantear en este trabajo el interjuego recíproco que se constituye entre la constitución y la organización del aparato psíquico, enfocando éste principalmente desde la organización del Yo, y las fuerzas derivadas del entorno familiar.

Destaco la importancia de los agentes maternantes y pater-nantes, de acuerdo al tiempo lógico de constitución de dicho aparato, y las fallas tempranas que esto puede traer, centrándome especialmente en el período pre-edípico.

Destaco la importancia de la vivencia de satisfacción para la constitución del sistema de representaciones, las identificaciones primarias de tipo kinético y otras que llevan a la organización de un sistema de representaciones corporales, y finalmente señalo que se producen cambios en el período edípico, derivados de la organización del preconscious, y el funcionamiento de defensa.

### Bibliografía

- 1 - ANZIEU, D.: "La envoltura sonora del sí (soi)", Nouvelle Revue de Psychanalyse, XIII, 1976.
- 2 - "El Yo piel", Conferencia dictada en la Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1980.
- 3 - BERENSTEIN, I.: "Notas sobre la noción de sujeto en psicoanálisis", Rev. de Psicoanálisis, XXXII, 2, 1975.
- 4 - "El complejo de Edipo. Estructura y significación". Paidós, Bs. As. 1976.
- 5 - ERICKSON, E.: "Niñez y adolescencia", Ed. Hormé.
- 6 - FREUD, S.: "Proyecto de una psicología para neurólogos", 1895.
- 7 - "Tres ensayos sobre una teoría sexual", 1905.

## C. ROITMAN

- 8 – “Los dos principios del suceder psíquico”, 1911.
- 9 – “Tótem y tabú”, 1912.
- 10 – “La disposición a la neurosis obsesiva”, 1913.
- 11 – “Introducción del narcisismo”, 1914.
- 12 – “Las pulsiones y sus destinos”, 1915.
- 13 – “Psicología de las masas y análisis del Yo”, 1921.
- 14 – “Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias sexuales anatómicas”, 1924.
- 15 – “Inhibición, síntoma y angustia”, 1926.
- 16 – “Malestar en la cultura”, 1931.
- 17 – MALDAVSKY, D: “Teoría de las representaciones”, Nueva Visión, Bs. As., 1977.
- 18 – “El aparato psíquico como sistema de huellas mnémicas”, *Rev. Psicoanálisis*, XXXVI, 2, 1979.
- 19 – “La lógica de la constitución del preconsciente”. Relato presentado en las Primeras Jornadas Nacionales del Niño y la Familia, Universidad del Salvador, Bs. As., 1979.
- 20 – MALDAVSKY, D y ROITMAN, C: “Fallas en la constitución del Yo real primitivo, determinantes intersubjetivas, y los caminos de la sexualidad masculina en una hiperkinesia infantil”, *Actualidad Psicológica*, Año IV, N° 43, 1979.
- 21 – MAHLER, M.: “El nacimiento psicológico del infante humano”, Ed. Mairinsur, 1977.
- 22 – PREVER, M., LIENLISOV, N., BUSHKOVICH: “Anatomía humana”, T. II, Ed. Mir, Moscú, 1975. (Trad. Castellana).
- 23 – ROITMAN, C.: “Representación del cuerpo e identidad femenina”, *Temario Psicopatológico*, I - 2, 1979.
- 24 – “Empatía cenestésica, determinantes de ésta, y su función en la constitución del Yo real primitivo y del Yo de placer purificado”, presentado a las Primeras Jornadas Nacionales del Niño y la familia, Universidad del Salvador, Bs. As., 1979. “Actualidad psicológica” (en prensa).
- 25 – “La estructura inconsciente perversa de una relación de pareja”, *Actualidad Psicológica*, Año VI, 57, 1980.
- 26 – SPITZ: “El primer año de vida del niño”, Ed Aguilar.
- 27 – WINNICOTT, D.M. : “La familia y el desarrollo del individuo”, Hormé, 1967.

---

## La familia del enfermo oncológico: un modelo psicoterapéutico de abordaje.

---

L. MAZZOCCO<sup>1</sup> y J.E. CORREA<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Av. Vergara 3821 (1686) Hurlingham, Prov. de Buenos Aires.

<sup>2</sup>Departamento de Investigaciones. Instituto de Oncología “Angel H. Roffo” Av. San Martín 5481 (1417) Buenos Aires.

---

## INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es el de desarrollar la fundamentación y metodología del tratamiento de familias en las cuales existe un enfermo oncológico.

Haremos una reseña de los antecedentes sobre lo concerniente al cáncer y sus implicaciones psicológicas en la familia del portador. Es a partir de este último, de donde surge la necesidad de la inclusión del grupo familiar para llevar adelante una terapéutica integral del paciente con cáncer, ya que se ha establecido la conveniencia de considerar además de los aspectos biológicos, la influencia de los psicodinamismos actuantes.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hemos observado que las experiencias de abandono o separación efectiva durante el curso de la enfermedad pueden empeorar la evolución del paciente (6, 7).

Es a través de este nuevo concepto que el terapeuta familiar se incluye y contribuye al tratamiento multidisciplinario de la enfermedad, siguiendo las pautas y recomendaciones del último Congreso Internacional del Cáncer.

## ANTECEDENTES

Muchos son los investigadores que se han abocado a este nuevo enfoque multidisciplinario de las enfermedades neoplásicas. Es muy representativo el aporte de C. Bahnson (1), quien analiza, entre otros puntos, el problema del diagnóstico al paciente y a su familia, y las reacciones de ésta frente al cáncer.

La respuesta familiar al cáncer estará condicionada por el medio cultural y social que normalmente regula la vida familiar (5, 22) influenciando su actuación sobre el paciente, su enfermedad, su tratamiento, y su médico (22). Dichas presiones socioculturales se ejercen a través de diferentes canales. Por ejemplo: 1) organizaciones sociales diferentes, como en los grupos étnicos americanos de origen español o indio donde existen redes familiares extensas que funcionan como sistemas de apoyo para la familia nuclear (5); 2) tener un sistema de creencias que enfatize más la naturaleza y la religión que la información científica (5); 3) exigencias económicas que influyen en las posibilidades asistenciales y de recuperación incrementando el clima de ansiedad (14).

La posibilidad de atender psicológicamente a la familia también puede verse condicionado por factores socioculturales que operan sobre la institución. Kübler-Ross (19), describió las actividades de un programa destinado a proporcionar apoyo psicológico a los pacientes con cáncer y a sus familias, haciendo notar especialmente la resistencia inicial de los profesionales a aceptar el rol de una unidad tal para la atención del paciente. El Servicio de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (24), (N. York), pone el acento y su esfuerzo en crear en el ambiente hospitalario una mayor conciencia de los problemas psiquiátricos de los pacientes con cáncer y de sus familias. Benoliel (3) propone servicios comunitarios para proveer asistencia a la familia, coordinado por un enfermero especializado. En otros centros (23, 28) este servicio es prestado por trabajadores sociales entrenados en terapia fa-

miliar. Los mismos coordinan la asistencia a la familia a partir de necesidades prácticas, realizando luego el apoyo emocional (28). Es decir, se utilizan los conflictos reales como motivación para un acercamiento inicial, que luego se profundizará en caso de detectarse crisis emocionales.

Pieroní (28) enfatiza además las diferencias entre los sistemas familiares pediátricos y adultos, en tanto los primeros son más amplios, efectivos, y pueden incluir a otros miembros no familiares.

El impacto del cáncer en las familias de niños enfermos se ha estudiado sobre todo en los padres y hermanos (16, 27). En un grupo de 24 familias de niños con leucemia aguda y tumor de Wilms (29), las madres expresaron mayor ansiedad que los padres. Ambos progenitores refirieron que su mayor fuente de ayuda residía en el médico encargado del tratamiento del niño, y luego en los abuelos que proveían apoyo práctico y emocional. Los amigos eran una importante fuente de apoyo sobre todo para el padre. Por lo menos la mitad de los padres informaron que no existía comunicación libre entre ellos y sus hijos acerca de los problemas de salud. Mientras que seis grupos familiares informaron que se habían vuelto más unidos luego del diagnóstico, en seis familias los matrimonios se disolvieron, y en otro la madre murió trágicamente luego del diagnóstico. La mitad de las familias manifestaron problemas en los hermanos de los niños enfermos. En los primeros el cáncer pediátrico produce diferentes experiencias de pérdida (16):

- 1) ruptura de relaciones interpersonales, especialmente con los padres, hermano enfermo, y pares.
- 2) distorsión en la percepción física del hermano enfermo;
- 3) disturbios en la rutina de la vida familiar;
- 4) alteraciones en el medio ambiental.

Frente a la enorme cantidad de estudios que contemplan el sistema familiar del paciente pediátrico, se destaca la escasez de trabajos en el sistema familiar del paciente adulto. De estos, es de destacar el trabajo de Dyk y Sutherland (10) en la adaptación familiar al paciente colostomizado. Estos autores puntualizan que las relaciones interfamiliares durante la enfermedad, serán siempre un reflejo de sus relaciones con anterioridad a la misma. Fellner (11) analiza un cuadro en el cual se produce una ruptura familiar seria luego de la cura definitiva del cáncer. Por otro lado, se describe rei-

teradamente al incremento de morbilidad y trastornos conductuales en miembros familiares del paciente pediátrico (16) y adulto (26).

En general, excepto algunas propuestas novedosas como la atención grupal de padres de niños fallecidos (28), no hemos encontrado aportes teórico-técnicos para la actuación psicoterapéutica familiar.

En este trabajo desarrollaremos los objetivos y un modelo de abordaje psicoterapéutico de la familia del paciente oncológico.

## OBJETIVOS

Por qué pensamos en la necesidad de la inclusión del grupo familiar en el tratamiento integral del enfermo con cáncer?

Probablemente el análisis nos llevaría a recorrer un camino paralelo al de la historia del tratamiento del paciente psicótico y los porqué de la inclusión del grupo familiar de éste.

Básicamente, se trata de que poseen una pauta común, y es la existencia de un enfermedad desestructurante. Consecuentemente se produce una *crisis*, profunda la mayoría de las veces, que requiere un rol activo de la familia en el acompañamiento del enfermo. Esto se traduce en que el terapeuta deba abordar a la familia mediante dos tipos de intervenciones:

A) El apoyo psíquico, a fin de lograr "disminuir la tensión del grupo familiar y permitir así a sus integrantes desempeñarse casi normalmente, a pesar de tener un enfermo grave en su seno" (20).

B) La coordinación de aspectos prácticos (alimentación, horarios, aseo, relación con el médico, enfermeras, etc.)

Es frecuente que el enfermo o la familia desafíen la autoridad del médico, evadiendo las citas, postergando las terapias, comportándose inconvenientemente con otros miembros de la familia o del equipo médico. Al ayudar a un paciente, familiar, médico o enfermera a comprender la génesis de los comportamientos se pueden evitar o eliminar gran parte de la ansiedad (18).

Esta enfermedad con su concepción ecuacional Cáncer = Muerte, rompe generalmente los equilibrios preexistentes produciendo hondas modificaciones en el seno familiar, ya que obliga a sus miembros a incorporar el fenómeno de la muerte. Los nuevos equilibrios que se crean, que además suelen ser generados bruscamente, favorecen la génesis de accesos de disturbio mental de diversos grados, e incremento de condiciones que conducen a una mayor morbilidad (21). Por lo tanto, considerando estas dos posibilidades existe además un objetivo psicoprofiláctico. Este se lograría, si juntamente a la confección y entrega del diagnóstico clínico del enfermo, se desarrollara, paralelamente, una actividad psicodiagnóstica familiar a fin de detectar necesidades. De esta forma el terapeuta estará en condiciones de predecir las conductas futuras de acuerdo a las reacciones familiares detectadas en las primeras fases de la enfermedad.

En el hospital de St. Christopher (26), Londres, se evalúan a todos los familiares del enfermo internado, y se detectan los más predispuestos a generar patología luego de la pérdida. Este conjunto resultó ser de alrededor de un 20% del total evaluado. Dos semanas después del funeral son visitados en sus hogares, continuando la ayuda, si es necesario, en las semanas siguientes. Las visitas son llevadas a cabo por un profesional que conoce previamente la dinámica familiar. Actualmente se está realizando un ensayo donde se compararon 19 miembros familiares de "alto riesgo", que recibieron este tipo de apoyo, con 22 que no lo recibieron, (grupo control). A los 22 meses posteriores a la pérdida, el grupo que recibió apoyo era distinto del grupo control en ser sensiblemente menores la depresión, los síntomas psicósomáticos y la inclinación al consumo de alcohol, tabaco, drogas y tranquilizantes. Concluyen que un pequeño apoyo dado antes de la muerte del paciente y durante las primeras semanas de la pérdida puede tener importantes perspectivas.

Estos objetivos psicoterapéuticos, organizadores y psicoprofilácticos de la terapia familiar del paciente oncológico, no alcanzarán su propósito si la familia no opera siempre en función de las necesidades del paciente. Según la Dra. Langer incluso la ayuda familiar al enfermo de cáncer trasunta los obvios beneficios psíquicos para ejercer influencia en el plano orgánico del enfermo (20).

Estos criterios están avalados por el estudio de Weissmann and Worden, (30), donde se corroboró que los pacientes que tuvieron mayor sobrevida que la esperada, eran aquellos que habían tenido mejores relaciones con los demás, habían aceptado la seriedad de su enfermedad, y habían recibido un apoyo más continente de su familia y sus amigos.

En síntesis, la terapia familiar del paciente oncológico debe cumplir con los siguientes requisitos:

A. Atender las necesidades de la familia en sí misma.

B. Promover la colaboración con el enfermo para su recuperación, o el logro de una muerte "sana", natural.

A su vez, este conjunto debe ser considerado en función de la particular fenomenología que presenta el cáncer, ya que existen características diferenciales que pasamos a enunciar:

.La perentoriedad: frecuentemente se cuenta con un margen de tiempo limitado.

.La expectativa: si bien sólo alrededor de la tercera parte de los cancerosos sufren dolor físico intenso, que además puede ser controlado por lo general, siempre existe el temor al dolor físico intenso y a la agonía (17).

.Las fantasías específicas que despierta:

- El tiempo adquiere una significación de características trágicas debido a la angustiada espera, incierta en cuanto al momento de una muerte que aparece como una inevitable sentencia.

- Las fantasías de destrucción, aniquilamiento, y avance arrollador fuera de control (4).

- Las fantasías de un martirio atroz como forma de lavar culpas. El cáncer mismo sería vivido como la expresión de un designio de castigo (4).

- Las fantasías de abandono y de dependencia infantil, que son fantasías básicas que se reactivan en los estados regresivos correspondientes a todo proceso de ataque por la adversidad (8)<sup>1</sup>.

- Las fantasías de contagio o de rechazo físico, generadoras del aislamiento social.

<sup>1</sup> En un estudio de cuentos espontáneos creados con intención terapéutica para pacientes con cáncer avanzado, se determinó que en su totalidad expresaron la estructura de la fantasía de abandono y protección por los padres (8).

Este conjunto conforma un halo desestructurante de características muy particulares, que nos remite al cuestionamiento del tipo de técnica de abordaje, y más aún, la posibilidad de ajustarla de acuerdo a los distintos momentos y circunstancias. Respecto al tratamiento del paciente con cáncer terminal, Langer (20) señala que "todas las técnicas son discutibles cuando se convierten en reglas absolutas, ya que en ninguna otra situación terapéutica tenemos que ser tan flexibles y adaptarnos tanto a la estructura y el momento actual de cada caso, como en la atención al enfermo grave y cercano a la muerte. Esto es así debido al poco tiempo que por lo general disponemos y a la enorme angustia que se debe elaborar".

### MODELO TEORICO - TECNICO DE ABORDAJE\*

#### Los distintos momentos en la asistencia del grupo familiar.

Se ha reconocido que las situaciones vitales específicas que atraviesan el paciente, la familia y el cuerpo médico, recorren distintos momentos (9).

Harari (15) plantea una hipótesis de trabajo sobre esta particular terapia familiar, aclarando que la misma es una transposición teórica de una metodología que se ha revelado fructífera en otras situaciones clínicas. Referente a la estructura del abordaje terapéutico realiza una división del trabajo en dos momentos o fases; la primera Preoperatoria y una segunda fase de Rehabilitación. A continuación agregaremos una tercera fase alternativa, que es la de Duelo, iniciada a partir del agravamiento del paciente.

#### 1. Fase: Preoperatoria.

El concepto de fase preoperatoria surge de tomar como punto nodal la frecuente intervención quirúrgica del enfermo —u otros tipos de tratamiento que marcan una línea divisoria neta—, como son la radioterapia o la quimioterapia.

\*Los casos con que ejemplificamos en este desarrollo corresponden a nuestra práctica en diferentes ámbitos: hospitalarios, obras sociales, y privados.

En esta primera fase se proponen dos recomendaciones técnicas específicas:

A. La asistencia se debe realizar con los familiares en ausencia del paciente.

B. La conveniencia de contratar con la familia una tarea-guía manifiesta, que defina un objetivo más accesible y aceptable, y trabajar con una tarea-guía latente, que es la que persigue nuestro esfuerzo profesional (15).

A partir de nuestra experiencia hospitalaria y privada podemos ratificar la precisión y utilidad de esta propuesta. Proponemos además incorporar en esta fase un proceso diagnóstico con devolución, de características estructurales semejantes al trabajo psicoterapéutico común.

Esta fase preoperatoria no existe en muchas situaciones en que el grupo familiar es derivado luego de superado el momento crítico, pero en ese caso los principios metodológicos serán idénticos.

#### A. Inclusión o no del paciente.

En este período preoperatorio es frecuente el accionar con la familia sin la presencia del paciente. De hecho siempre la primera entrevista se debe realizar de esta manera. Condición ampliamente corroborada en la práctica hospitalaria. Existe, sin embargo, la tendencia a continuar operando luego con la familia por separado, en lugar de intentar una integración lo más inmediata que permitan las diversas circunstancias; más aún cuando nos encontramos con familiares con una buena adaptación a la crisis, donde el paciente pide no sólo la verdad diagnóstica sino también la participación plena en las decisiones<sup>1</sup>.

La posibilidad de ver juntos los problemas que se viven, como ser: los aspectos económicos, el dónde intervenir, con quién, cuándo, ejerce una influencia muy positiva en los aspectos intrapsíquicos de cada miembro de la familia y consecuentemente en la dinámica interpersonal.

<sup>1</sup>M. Langer (20) cita un hecho en la vida de S. Freud que nos resulta representativo. "Años después de que se había diagnosticado su cáncer, después de largos sufrimientos y frecuentes operaciones, algunos de sus allegados le comentó que al principio habían pensado en no comunicarle el verdadero carácter de su enfermedad. Freud miró primeramente extrañado y después con indignación preguntó, "y con qué derecho?"

Esta forma de actuación —participación y diálogo— alivia el monto de ansiedad y favorece la disolución de aspectos regresivos y fantasías inconscientes que se tejen en torno a la enfermedad y sus consecuencias.

El desarrollo que seguimos nos hace desembocar inevitablemente en uno de los puntos más álgidos de este problema, y es el de la *verdad diagnóstica*. Debido a que mucho se ha escrito sobre este tema, sólo dejamos constancia de su trascendencia en esta particular situación que propugnamos, —la terapia con la familia—, mencionando dos premisas fundamentales que deben guiar la acción. Estas son, que tanto el paciente como su familia escuchan lo que "desean" o están preparados para escuchar, y la siguiente, en función de la primera, sería dar información pero no más que aquella que el grupo pueda asimilar. Además, como medida práctica, L. Bleger (4) recomienda en primera instancia "ponerse en contacto con el integrante del grupo familiar que conserve una parte de su personalidad intacta".

Continuando con el replanteo de la presencia o ausencia del enfermo, existe otra variante estructural (no realizada en el medio hospitalario, sino en el privado), y es la del accionar de dos terapias, el familiar y el individual en forma paralela. Pero teniendo siempre en cuenta la inclusión final del enfermo en la terapia familiar, independientemente de su labor psicoterapéutica individual.

Otro punto a considerar es la forma en que se operará con el sistema familiar en lo referente al modo de inclusión en el proceso terapéutico. Sabemos ya que el tiempo disponible para el logro de los objetivos mínimos es frecuentemente escaso; por tal motivo, el terapeuta familiar deberá instrumentar métodos que acorten el proceso. La división del grupo en diversos subsistemas, si las circunstancias lo requieren, puede ser un instrumente útil.

Mantener la familia permanentemente unida para lograr comunicaciones abiertas, fue nuestra primera forma de abordaje; con experiencias trucas ya que el deceso del paciente se producía frecuentemente, antes del logro de algún resultado, con lo consecuentes bloqueos que dificultaban enormemente el desarrollo futuro, sobre todo en la fase de duelo. Además, estos bloqueos afectivos frecuentemente no permitían el despliegue de los secretos y fantasías familiares, por lo cual el trabajo, al menos el inicial, con los

subsistemas conyugal por un lado y filial por otro, fue de resultados más satisfactorios.

Recordamos aquí los particulares casos de adaptación de la familia y en forma muy especial del cónyuge, frente a las colostomías. Siendo ésta una de las formas más injuriosas a la autoestima del enfermo, la respuesta del cónyuge sano puede jugar un rol crítico en la adaptación del paciente, ya que suelen ocurrir sentimientos de asco, rechazo, y miedo a la mutilación corporal del enfermo. No todos son capaces de dar cuidado corporal (limpieza de la herida perineal y contacto con la materia fecal), que requiere esta intervención quirúrgica. Las relaciones frágiles previas pueden alterarse seriamente; básicamente se deterioran las relaciones sexuales, siendo más frecuente que las esposas de los varones colostomizados sufran frigidez y distanciamiento sexual (10). Si bien la intensidad de este deterioro está altamente correlacionado a las malas relaciones sexuales preoperatorias, requerirán una atención particular del terapeuta a través de la labor con el subsistema conyugal.

En general, no se observó que esta dinámica de trabajo produjera alianzas peligrosas e irreversibles, como en vez podemos suponer en otros contextos terapéuticos. También esta alternativa tiene siempre como objetivo el trabajo final con el grupo familiar todo.

### B. Trabajo manifiesto y trabajo latente.

Nuestra labor terapéutica habitual está dirigida y tiene como meta el logro de cambios en la estructura y funciones del grupo familiar (2). Es aquí donde se presenta la primera dificultad que impone una revisión.

La familia que acude en ayuda en las condiciones a que hacemos referencia en este artículo, lo hace bajo circunstancias muy particulares. Es una situación de frustración real que vive actual y *repentinamente*, y es sobre ella que debemos operar (tarea guía manifiesta) (15).

Si pretendiéramos un cambio de estructuras intrapsíquicas, que nos obligaría a incursiones profundas que también consideramos vedadas en este proceso —al menos en un primer momento

terapéutico—, correríamos el riesgo de incrementar peligrosamente las resistencias ya que, generalmente, no es hecho el pedido de ayuda bajo esas condiciones.

La trascendencia de este concepto radica en que deberemos exponerlo inevitablemente en la consigna inicial, siendo absolutamente necesario que aquélla sea clara en los siguientes puntos:

- . estamos para brindar una mejor ayuda al enfermo,
- . no es necesariamente nuestro objetivo hacer incursiones referenciales al pasado individual y familiar..

Hemos comprobado manifiestamente el efecto reductor de ansiedades y mecanismos defensivos que produce esta consigna aclaratoria. Sobre todo en el ambiente hospitalario donde la familia nunca acude al terapeuta por propia motivación, sino que es "invitada", y su acercamiento por lo general es receloso.

Como consecuencia de que la familia M., en su entrevista inicial escuchó una consigna que no incluyó claramente el segundo punto que recalamos anteriormente, el primer comentario de la hija mayor fue: "siento que va a reventar una olla". Es decir, los conflictos familiares, previos a la enfermedad, adquirieron preponderancia sobre el cáncer del enfermo (padre), que amenazó con paralizar la labor específica más urgente y prioritaria.

Esta metodología no descarta que si la terapia avanza se pueda realizar otro tipo de intervenciones, pero por ahora, consideramos que la familia está en crisis y lo primero que busca es un camino para salir de ella. Luego estará en condiciones de abordar nuevos y más amplios problemas de valores, (Tarea-guía latente) (15). Obviamente, hacemos la excepción ante brotes agudos de enfermedad mental.

Otro aspecto de particular consideración en las entrevistas iniciales es la actividad esquiva y muy frecuentes abandonos por parte de los miembros de la familia. Para su solución se replanteó la postura clásica del terapeuta en los métodos psicoterapéuticos habituales, intentando un mecanismo de unión y acomodamiento a la organización y estilo de la familia. Se constituye "lo que ha-

bría de ser la base de la terapia. Si el terapeuta no puede asociarse a la familia en el establecimiento de un sistema terapéutico, las modificaciones no pueden producirse y todo intento de alcanzar los objetivos fracasará". (25) La utilización de esta técnica, impone no sólo una relación más estrecha con la familia, sino hasta una adaptación al estilo familiar y a sus modalidades afectivas, sobre todo en los primeros momentos diagnósticos.

Arriesgamos esta circunstancia en favor de las medidas que nos garanticen el retorno del familiar a la sesión siguiente, sin el cual no pueden alcanzarse los objetivos terapéuticos. No obstante, siempre deberá prevalecer en los esquemas tácticos del terapeuta, la idea de que llegará un momento en el proceso en que la familia necesitará contar con un rol de líder.

Como otro aspecto fundamental consideramos en estas primeras entrevistas "la necesidad de no abrir áreas de estrés antes de que el sistema terapéutico está en condiciones de asumirlo". (25) Este error llevaría a un incremento de las conductas resistenciales, hecho comprobado fundamentalmente en el Servicio Hospitalario.

Los aspectos neuróticos existentes en el sistema siempre surgirán, y habrá posibilidad de abordarlos más adelante. Este principio, si bien puede ser válido para toda psicoterapia, adquiere en esta labor específica una significación relevante. Más aún, es a veces la propia familia la que incluye desde la primera entrevista diagnóstica aspectos conflictivos familiares o individuales, no vinculados al paciente oncológico. En este caso, creemos conveniente registrarlo como un aspecto o área para una investigación futura y centrarse nuevamente en el motivo manifiesto de consulta. En términos generales, esto nos lleva a considerar la necesidad de detenernos más tiempo en el conflicto original, ya que las variantes son múltiples.

### C. Evaluación, diagnóstico, devolución y contrato.

En esta fase preoperatoria ya mencionamos aspectos a tener en cuenta en las primeras entrevistas diagnósticas. Ampliaremos el cuadro, incluyendo ahora los diversos puntos a evaluar, los cuales nos servirán de patrón de medida para ubicarnos en el tipo de asistencia familiar e intensidad del tratamiento:

- . Qué tipo de relaciones transferenciales existen entre el cuerpo médico, la familia y el paciente.
- . Qué actitud existe hacia la enfermedad.
- . Qué actitud ante la ausencia-muerte.
- . Cómo se vincula la familia al enfermo.
- . Si hay riesgos de disturbio mental y de que tipo.
- . Cómo funciona la culpa, casi siempre presente, y que manejo hace de ella el grupo familiar.
- . Qué tipo de conductas reparatorias, en caso de existir, instrumenta el grupo familiar.

. Qué tipo de atención práctica brinda, o no, al enfermo.

Al igual que en otras situaciones terapéuticas, será primordial observar la elasticidad y sensibilidad del sistema ante las intervenciones del terapeuta, ya que éstas nos darán una pauta no sólo sobre el diagnóstico, sino también sobre la prognosis de la situación. Las intervenciones abarcan un amplio espectro, desde una elaboración y ensayo de soluciones concretas, hasta ciertas construcciones interpretativas a modo de prueba o "sondeo", al efecto de justipreciar la permeabilidad o accesibilidad de la familia ante la tarea correctora a convenirse. (15)

A partir de esto llegamos a la configuración de un diagnóstico que creemos conveniente efectuarlo en tres niveles.

El primero donde determinamos la estructura familiar básica del tipo sano, neurótico o con una patología franca. Cuando estas dos últimas categorías se manifiestan, nosotros podemos definir dos tipos en base a la relación con el paciente: familias abandonicas y simbióticas. Ambos tipos polares de actitud familiar con el paciente son por lo general de mal pronóstico para éste, de no mediar un proceso terapéutico.

En el primer tipo, abandonico, los familiares se alternan esporádicamente en el acompañamiento del paciente, cuyo cuidado termina relegado a un miembro de menor importancia afectiva.

La hija de L. deja de atender a su madre cuando aparecen las metástasis, entonces sus hermanos comienzan a hacerlo esporádicamente y en forma alternativa, hasta que finalmente, en los períodos fuera de internación, va a la casa de una amiga, y

en el período terminal es atendida por la suegra (mujer que incidió negativamente en la separación con su esposo.)

Este abandono, en algunos casos, deja de ser un rasgo o actitud, para transformarse en una actuación masiva. Es el abandono total.

Ante el agravamiento marcado del cáncer de útero de A., y su evidente irreversibilidad, el esposo la abandonó y la suegra se lleva los hijos a un país limítrofe de donde son oriundos.

En el segundo tipo, simbiótico, los grupos familiares presentan como el anterior, disgregación afectiva de los componentes, y la carga de la atención del enfermo está mal repartida, recargando intensamente a uno de los miembros, que asume responsabilidades grupales y toma características simbióticas con el paciente.

El marido se hace cargo absoluto de la enfermedad de la esposa, y permanece durante las sesiones psicoterapéuticas individuales, sentado en una silla, al lado de la puerta de la habitación.

En general, estos grupos muestran actitudes ambivalentes encubiertas de protección y abandono, manifestado por ejemplo, en que frecuentemente llaman al terapeuta a un lugar apartado del paciente, solicitándole el silencio sobre la verdad diagnóstica, pero poniendo a su vez de manifiesto una inquietud sospechosa por los datos del desenlace.

Muchas veces el rol de protector sobrecargado se origina por ausencia efectiva de otros miembros, pero también puede deberse a que este componente familiar ha monopolizado las funciones por desplazamiento de los otros. En ese caso es indicado el tratamiento individual de ese miembro, que de alguna manera, expresa una descompensación psíquica seria que afecta al grupo y al enfermo.

Y. presentaba cáncer de próstata. Se trata de un paciente anciano, viudo, con cinco hijos adultos.

Al comienzo de su sintomatología es acompañado por su hija mayor, soltera, al sanatorio. Esta le oculta el diagnóstico a sus hermanos y posteriormente decide por sí misma la suspensión del tratamiento, racionalizando y negando las evidencias del cuadro, situación que produce un agravamiento del enfermo. Frente a esta situación, el hijo que acude a la entrevista expone, "lo que pasó es que ella cargó con toda la enfermedad de mi padre sola, y no nos dio oportunidad para que nosotros interviniéramos y la forzáramos a hacer cosas que ambos no estaban dispuestos a realizar. Era como estar defendiéndolo y en una especie de desconfianza hacia nosotros. Después que todos empezamos a intervenir mejoraron mucho las cosas".

Otras veces los roles de sobreprotector y de abandonante se distribuyen en diferentes miembros de un mismo sistema familiar.

El hijo trabaja para mantener la casa paterna y su propia familia, la medicación de la enfermedad del padre, lo acompaña, le aplica inyecciones, etc. Por otro lado la esposa del enfermo teme el mal desenlace y establece finalmente una relación eutanásica con el médico. La resultante fue una muerte probablemente adelantada, ya que se trataba de un paciente que si bien estaba acosado por terribles dolores, no tenía nuevos indicios clínicos de progresión de su tumor que había sido totalmente extirpado.

Este poder de la familia sobre la vida del paciente, no sólo la ejerce sobre la decisión de cuando éste debe morir, sino también sobre la producción de fantasías mágicas de curación, evitando otros tratamientos, a menudo creando falsas expectativas, o bien, demorando o evitando decisiones que podrían ser cruciales para la sobrevida o el buen morir del enfermo.

M. inicia un tratamiento psicoterapéutico de apoyo y muestra una buena adaptación y respuesta a éste. Inesperadamente se comunica con la familia un médico que conocía a la paciente desde la infancia y que le promete "hacerla caminar y curarse en 30 días" (Teniendo la enferma un cáncer de mama avanzado con metástasis óseas y hepáticas). El psicoterapeuta advierte a todo el sistema familiar sobre la eventual depresión y empeoramiento que podría sobrevenir al cabo del mes, cuando la paciente no notara los cambios prometidos.

La familia no "escucha" esto —ni otras sugerencias—, y contrata los servicios de ese profesional que no sólo no logra ninguna mejoría, al cabo del mes, sino que además abandona a la paciente. Consecuentemente, ésta entra en un estado depresivo profundo y de agravación física, dificultándose aún más el trabajo del terapeuta.

La familia reincide y vuelve a contratar otro profesional de características similares al anterior.

El ejemplo inverso, en una familia con buen funcionamiento, también da pruebas del mencionado poder de la familia sobre la vida del enfermo.

R. de 69 años, con cáncer de pulmón, sufre un agravamiento, haciendo temer su desenlace y la muerte por asfixia. La familia inicia trámites para internarlo y suministrarle medicación que lo mantenga en estado inconsciente. El terapeuta plantea que en esta situación crítica el paciente puede ser más ayudado (Tarea-guía manifiesta), si continúa recibiendo apoyo terapéutico, de lo que derivará una muerte serena y eventualmente una mejoría; (Tarea-guía latente que a la vez evitará una muy

probable situación culposa futura). La familia colabora con el equipo y el paciente se recupera totalmente de este episodio, pudiéndose de esta manera acceder a mayores logros psicoterapéuticos familiares.

Estos dos últimos ejemplos traducen comportamientos de familias neuróticas y sanas respectivamente; de allí la importancia de establecer ese nivel diagnóstico previamente.

Un pronóstico terapéutico positivo estará dado por un grupo familiar que espontáneamente reparte sus funciones de acompañamiento al paciente, con alejamientos relativos y periódicos de cada uno de sus miembros.

El segundo nivel diagnóstico sería aquél en el cual valorizamos particularmente el conflicto de foco que caracteriza a un grupo familiar. Hace referencia a aspectos más específicos que definirán la dinámica profunda, inconsciente, del modo de actuación familiar que a su vez han determinado, sin duda, los tipos de conducta descriptos más arriba.

Algunos de los items específicos a considerar aquí, son; el nivel de alarma familiar. Es este de fundamental trascendencia diagnóstica, ya que su ausencia marcaría el mayor grado de patología, y consecuentemente la mayor dedicación terapéutica. Son considerados también los mecanismos de defensa predominantes y su grado de plasticidad; las fantasías, ya comentadas, que se tejen en torno del cáncer y la muerte; el quantum de agresión reinante; y todos aquellos aspectos enumerados anteriormente que pueden llegar a jerarquizarse como el conflicto de foco y por ende en el punto de urgencia donde operamos en primera instancia.

Este conflicto de foco a descubrir no debería ser diagnosticado sin antes hacer lo propio con el enfermo. Debemos considerar y evaluar, entonces, en primer lugar, en que momento de la enfermedad se halla.

Kübler-Ross (19) describió cinco etapas de la respuesta

del paciente a su enfermedad terminal. Por orden sucesivo, estas etapas son: negación, resentimiento, negociación, depresión y aceptación. Según el paciente y según la enfermedad terminal, estas etapas duran un tiempo variable y la secuencia puede ser incompleta. Además, ciertos elementos de cada etapa aparecen en forma intermitente durante toda la evolución clínica. Así, algunos pacientes apelan a la negación como mecanismo de defensa durante la porción principal de la enfermedad, o bien la negación sólo representa un breve episodio seguido por una prolongada etapa de resentimiento o depresión. La negociación suele ser tibia, pero puede ocurrir en varios puntos, y no es raro ver que el resentimiento se manifiesta en forma intermitente durante toda la evolución de la enfermedad. La aceptación de la muerte inminente suele ser un fenómeno relativamente breve que ocurre poco antes de morir y se asocia con una gradual separación voluntaria del paciente con respecto a sus familiares y amigos.

Por lo general la familia del paciente pasa por una sucesión de etapas *similares* en su adaptación a la enfermedad de aquel. Es en virtud de esto último, que debemos confeccionar el diagnóstico familiar paralelamente con el del enfermo. Pero teniendo en cuenta la posible asintonía enfermo-familia, por ejemplo, en el nivel de alarma. Pues, si bien tomamos como premisa que la familia atraviesa idéntico camino que el enfermo, ocurre que comunmente, los miembros familiares empiezan *antes* el proceso de adaptación a la realidad porque reciben mayor y más temprana información.

Un tercer nivel diagnóstico a realizar sería el que establece la composición sociológica del grupo familiar, considerando las variables socioculturales que expusimos al comienzo de este trabajo. Pueden integrarse por creencias o costumbres diversas, niveles socioeconómicos que implican un compromiso distinto en la repartición de gastos, o bien una historia de antagonismos y conflictos. Por éstas causas puede originarse una mala distribución de roles, revelando familias desmembradas, agrupadas ficticiamente alrededor del paciente, quien representa la encrucijada

jada de rencores y culpas que separan y aun a la vez a los distintos subgrupos.

Ante la enfermedad terminal de E. y la declaración de su testamento, que divide sus bienes entre su marido y el subsistema fraterno, revela y potencia un conflicto latente entre estas dos partes. Esto incrementa el aislamiento de la enferma y además deteriora la participación conjunta necesaria para su asistencia.

El establecer la composición sociológica e historicidad de la familia cobra particular importancia en el pronóstico del tipo de vínculos familiares que se desarrollarán durante la enfermedad. Asociado a ello se ha visto que la forma en que la familia sobrellevará el conocimiento de la muerte, dependerá en gran medida de la manera en que reaccionó frente a situaciones difíciles en su propia historia vital (13).

Con todos estos elementos, obtenemos el diagnóstico sin mayores diferencias en relación a lo que la teoría y la práctica ha estipulado para el tratamiento de los grupos familiares en general; aunque siempre considerando la premisa de no abrir áreas de estrés que resulten abrumadoras, visto la situación real de crisis por la presencia del cáncer.

Idénticamente, las fórmulas del contrato siguen las pautas generales de la labor terapéutica familiar. Aquí el punto a tener presente, como más descollante, es que frente al posible deceso del enfermo la labor terapéutica no sólo no se interrumpe, sino que probablemente se incrementará, mediante un nuevo convenio.

## 2.ª Fase: Rehabilitación.

J. Schavelzon (29) define la rehabilitación como "la posibilidad de adquirir nuevamente, por tratamiento apropiado, una conducta o actitud que le permita al enfermo, reanudar sus actividades en la mejor manera posible". No siempre se cumple con

estos requisitos y no sólo porque el paciente presenta deterioros en su capacidad de rehabilitación, sino porque existen hechos concretos que no dependen sólo del enfermo (29); siendo el contexto familiar uno de ellos y de allí la necesidad de la presencia del terapeuta familiar. Suele haber casos en los cuales la consulta con el psicoterapeuta sea tan necesaria e indicada como la actividad del clínico (20).

Aquel deberá operar frecuentemente en un problema común en esta fase como son los efectos producidos por la pérdida temporal —internación— del familiar y las fantasías paralelas de no retorno. Cuando uno de los integrantes abandona la familia se deben negociar una serie de ajustes (25), pero esto no siempre puede lograrse debido a bloqueos que se producen en estas negociaciones, con la secuela negativa en la rehabilitación del enfermo; como es el caso paradójico de las rupturas familiares, luego de la curación o durante una rehabilitación con buen pronóstico. Fellner (11) cita el del paciente que luego de recibir la información de su curación total, reacciona con una crisis depresiva debido al rechazo que desde entonces expresara su mujer.

El autor entiende que este fenómeno es producido por un mal manejo de la información por parte del médico especialista, ya que depositó permanentemente la carga del diagnóstico en su esposa, obligándola a tomar un rol activo y de absoluta pasividad en su cónyuge, hecho que reeditaba conductas previas.

Obviamente, suponemos la existencia de una historia que determinó esta conducta de rechazo, pero no podemos dejar de considerar los perjudiciales efectos que produce la depositación masiva del diagnóstico en un solo individuo del sistema familiar. Este encubrimiento diagnóstico significó la imposibilidad de acceder a una negociación, y con ello a los ajustes necesarios que darían una mayor probabilidad de continuar conviviendo.

El caso contrario, es decir, el agravamiento del enfermo durante esta fase, suele provocar conductas familiares de alto riesgo en la eventual recuperación de aquél, o bien en su forma de morir. Ello se debe a la muerte psicológica que se produce antes de la muerte real, cuando el paciente "deja de ser bienvenido" en la familia, cuando ésta ya se ha separado de él para encontrar nuevas soluciones que no lo incluyen (1). Frente a dicha situación,

aún al terapeuta familiar le será extremadamente difícil conseguir que los familiares vuelvan a intervenir en la provisión de apoyo y afecto durante los últimos días de la vida del paciente, o en su rehabilitación. Aquí, si bien no se lleva a cabo un abandono físico como los descritos anteriormente, la retracción afectiva produce lesiones similares en la posible readaptación del enfermo.

Por último, consideramos que así como el alejamiento del paciente —internación— genera conductas y fantasías específicas en el sistema, su reingreso al hogar también las produce debido a la desubicación temporal-espacial en el enfermo y su familia, respecto al marco de referencia anterior a su enfermedad. Frecuentemente se establecen actitudes familiares sobreprotectoras, lo que resulta en una inhibición latente al proceso de rehabilitación, ya que no favorecen la formación de conductas familiares que ayuden al enfermo a hacerse lo más independiente y autosuficiente que sea posible (28).

En las situaciones mencionadas de separación, —debidas a internación o agravación del paciente, o bien de reunión por su reingreso—, se hace imperioso introducir señalamientos de la situación. Ello puede conducirnos a poner en funcionamiento pleno la Tarea guía latente. Esto es, llevar al grupo familiar a un conocimiento más profundo de sus conductas abandonicas y sobreprotectoras.

### 3º Fase: Duelo.

En el grupo familiar de cada enfermo se movilizan ansiedades y sus defensas correspondientes. Obligadamente se da una reestructuración de roles y funciones entre los distintos integrantes del sistema; ya que un cambio en una parte del mismo, genera la reorganización del resto. Siempre que uno de sus integrantes entra en enfermedad terminal y escapa a los estrechos vínculos con el resto de la familia, el sistema procura reestablecer el equilibrio, redistribuyendo las cargas hostiles y afectivas entre los restantes miembros de la familia (1).

Estos fenómenos "reorganizativos" comienzan generalmente antes del deceso del enfermo, y están estrechamente vinculados

al duelo, que también tiene sus raíces iniciales en estos primeros momentos.

Desde el instante en que la familia recibe el diagnóstico de cáncer, comienzan estas movilizaciones que adquieren mayor dimensión durante las fases siguientes; con mayor intensidad aún en el caso de mal pronóstico, o bien ante el agravamiento del enfermo, y la percepción manifiesta o latente en el grupo familiar de que aquél se encuentra en la fase terminal. Las diferencias se presentan de acuerdo a si el paciente terminal es un niño, adulto con hijos pequeños, sin hijos, anciano con familia independiente, u otras variantes.

Nuestra experiencia no incluyó la labor oncológica infantil, que presenta particularísimas características; aunque tuvimos la oportunidad de participar en el acompañamiento de jóvenes adolescentes y de sus familias. Frente a estos casos singulares, a las familias le resulta más difícil acomodarse a la enfermedad terminal. Consecuentemente la labor de duelo adquiere una magnitud especial. Los progenitores reaccionan con intensa culpa y conductas autodestructivas, hurgando en el pasado errores reales o imaginarios.

Es por ello que en esta fase es necesario un replanteo de los objetivos de la terapia familiar; ya que si bien señalamos anteriormente que la familia debe estar en función del enfermo, aquí pasan a primer plano las necesidades de ella en sí misma, prioritariamente la de no permitir la estructuración de un duelo patológico grupal.

Este concepto será válido para todo grupo familiar, independientemente de la edad u otras características del paciente terminal.

Si bien el enfermo podrá morir, la familia *continúa viviendo*, y será nuestra meta que esta existencia pueda evolucionar y no se estanque morbosamente. Freud (12) diferencia claramente uno u otro camino. El duelo es un fenómeno reactivo natural ante la pérdida de un ser amado. Pero, bajo estas mismas circunstancias, surge en algunas personas a las que por lo mismo se le atribuye una predisposición morbosa, la melancolía en lugar del duelo, provocando la génesis de un estado de ánimo profundamente doloroso con cesación del interés por el mundo externo, la pér-

da de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esto último se traduce en reproches y acusaciones que el sujeto se hace a sí mismo, pudiendo llegar incluso a una delirante espera de castigo.

Por otro lado; puede ocurrir que sea el propio paciente, adulto o joven, el que fomenta el duelo patológico interfiriendo sádicamente en la futura elaboración de su ausencia.

C. es una niña de 13 años, que sufre de un cáncer de ovarios, con metástasis generalizadas. Para lograr la atención absoluta de los padres magnifica los síntomas y dolores de su enfermedad. Esto debido a la existencia de un hermano menor que sufría alteraciones mentales y que también requería gran exigencia afectiva. Ante este manejo —que surgía en su tratamiento individual— francamente psicopático, hacía que los padres, impotentes, vivieran una frustración y culpa aplastante que comprometía su salud y consecuentemente la asistencia al hijo menor que continuaría requiriéndolos.

El enfermo canceroso puede reaccionar inconscientemente con envidia hacia el que sobrevivirá (20). Por esto es importante, previo al trabajo familiar, conocer la personalidad premórbida del paciente, y particularmente su capacidad de trascender y proyectar en los demás sus ansiedades específicas y sus mecanismos de defensa. Aquí el terapeuta familiar pone en juego sus técnicas psicodinámicas para hacer consciente, en todo el sistema, esta situación que podrá despertar intensas fantasías de culpa. Intentará lograrlo en las fases iniciales, ya que su persistencia después de la muerte ejercerá una acción corrosiva que se irá haciendo cada vez más inconsciente y su elaboración posterior será más difícil y de un mayor costo emocional.

Siguiendo en el plano de la prevención, hemos visto que la desestructuración familiar puede expresarse en la frecuente enfermedad de otros integrantes del sistema, durante el difícil período

do en que transcurre la enfermedad incurable o después de la muerte del paciente terminal (16, 21, 26). Este aumento de la morbilidad, que frecuentemente es de similar patología, está demostrado estadísticamente, y es otra forma destructiva de restituir el equilibrio familiar, de combatir la culpa, y de elaborar el duelo.

A partir de la muerte de G., el hijo menor deja de salir y trabajar, sumiéndose en un estado autista; la hija —que había sufrido tos irritativa durante la enfermedad del padre (Cáncer de pulmón)—, tiene dos intentos de suicidio; mientras la esposa comienza con episodios de inconsciencia y caídas.

Aquí, tal como sucede en otros aspectos de la salud, la anticipación y la prevención suelen ser más eficaces que el posible tratamiento posterior. Ello sólo será posible si existe una actitud psicoprofiláctica. Resistiendo esta labor figura la presunción médica de que la familia está mejor que el paciente, negándose las necesidades de ésta lo que genera frecuentemente en el equipo profesional una crisis de conducción (26). No considerar desde un principio a la familia en sus necesidades de apoyo terapéutico, puede contribuir a la negativa familiar a concurrir al hospital para su atención, luego del fallecimiento del enfermo.

La esposa del paciente S. expresó: "Me cuesta volver al cementerio, quiero decir al hospital".

Así mismo, el posible abandono institucional del paciente es otro factor que indirectamente puede atentar contra la salud familiar, incrementando las condiciones para un duelo patológico.

P. padecía una depresión severa de dos años de evolución, iniciada luego de la muerte del esposo por cáncer de pulmón. "Yo hablé mucho con los médicos para que no lo abandonaran de esa

forma. Iban a ver a otros enfermos y a él lo pasaban de largo, yo andaba detrás de ellos para que lo atendieran; estuve internada acompañándolo, le daba las pastillas, lo llevaba al baño, lo higienizaba, era la enfermera y el médico a la vez. El no quería que me moviera de su lado: si vos te vas yo me voy a morir. Yo sufrí horrores por él, porque clamaba por un médico pero no lo tenía. Por eso yo no me resigno a haber perdido a mi marido".

El alivio sintomático del paciente terminal puede ser de fundamental importancia para la aceptación de la muerte en el familiar. Parkes relata el caso de un enfermo con un tumor de mandíbula muy extendido. Inicialmente su esposa rechazaba la idea de la muerte, pero al lograrse el alivio de su dolor y administrarse un tratamiento que hizo su vida tolerable, aquella lo aceptó, "ahora estoy lista para que él se vaya"; muriendo el paciente silenciosamente al día siguiente. El apoyo psicoterapéutico del paciente oncológico terminal (6) simultáneamente al familiar, redundará beneficiosamente en todo el sistema.

La posibilidad de una muerte sana, natural, del enfermo, será un factor decisivo para la elaboración del duelo y la pérdida en su familia, ya que favorecerá tanto el proceso discriminatorio de "puntos ciegos", como las relaciones ambivalentes con el paciente, propios del duelo no normal, y que luego de la muerte incrementarán la culpa.

### Resumen

El cáncer es una enfermedad desestructurante que produce una crisis familiar, requiriendo un rol activo de la familia en el acompañamiento del enfermo. Consecuentemente, el abordaje terapéutico exige, además del apoyo psicológico familiar, la coordinación de aspectos prácticos, y una actividad diagnóstica con los fines de lograr la terapia indicada, y conseguir objetivos psicoprofilácticos. El terapeuta deberá tomar en cuenta la fenomenología de la enfermedad: perentoriedad, tipo de muerte, fantasías específicas que despierta (destrucción, castigo, abandono y dependencia). Los objetivos de la terapia familiar serán entonces los de atender: a) las necesidades de la familia en si misma, b) la colaboración de ésta en la asistencia del paciente.

Se propone un modelo teórico-técnico de abordaje, estructurado sobre los distintos momentos vitales que atraviesa el paciente y su familia: fases preoperatoria, de rehabilitación, y de duelo. Se discute y ejemplifica sobre las técnicas a emplear en cada una. En la *fase preoperatoria* se analiza: 1) La conveniencia del tratamiento del grupo familiar en ausencia o no del paciente; estableciéndose que si bien su exclusión puede ser necesaria en las primeras entrevistas, el objetivo final es el de trabajar con el grupo familiar todo. 2) El trabajo con una tarea-guía manifiesta (situacional), y con una tarea guía latente (los aspectos neuróticos). Para ello se implementa una metodología terapéutica basada en operaciones de asociación, instrumentada a través de los mecanismos de unión y acomodamiento a la organización y estilo de la familia, que tenga en consideración no abrir nuevas áreas de estrés, que se sumen a la producida por el cáncer. El trabajo de la tarea guía latente se desarrollará de ser posible en un segundo tiempo (rehabilitación). 3) El momento de diagnóstico y de devolución. Se determinan tres niveles: I. Diagnóstico de la familia sana, neurótica, o con patología franca; determinándose además conductas abandonicas o simbióticas, o bien si se reparten espontáneamente las funciones de acompañar al paciente entre sus miembros. II. Detección del conflicto de foco particular al grupo familiar. Cuando el paciente mejora, o por el contrario, fallece, la labor terapéutica no se interrumpe, sino que pasará a un nuevo estadio, mediante un nuevo convenio. En la *fase de rehabilitación* se comentan los efectos producidos en el grupo familiar por la separación temporal del paciente debido a internación o posible agravación, y la reunión luego de la recuperación y vuelta al hogar. El trabajo terapéutico consiste en señalar estas situaciones, lo que podrá dar lugar al trabajo de descubrir las causas profundas de las conductas de sobreprotección y abandono desencadenadas. Por último, en la *fase de duelo*, el objetivo será el de no permitir un duelo patológico grupal —con posibles consecuencias sobre la salud de los miembros familiares—, recordando que la enfermedad, el mismo paciente, o la Institución, podrán facilitarlos. Se enfatiza la necesidad de que se logre una muerte natural del paciente, como favorecedora de la elaboración posterior del duelo.

#### Bibliografía

- (1) BAHNSON C.B. "Cuestiones psicológicas y emocionales en cáncer: asistencia psicoterapéutica del paciente canceroso". En: Terapia de apoyo del paciente canceroso, Seminarios de Oncología, Buenos Aires, Panamericana, 1977. pp 38-47.
- (2) BELL J.E. "Una posición teórica para la terapia del grupo familiar". En: Grupos de la familia. N. W. Ackerman y Otros. Buenos Aires, Hormé, 1976. pp 19-34.

- (3) BENOLIEL J.Q., Mc CORKLE R. "A holistic approach to terminal illness". Cancer Nursing, 1977, 1 (2): 143-149.
- (4) BLEGER L. "El paciente y el cáncer". En: Psicología y Cáncer. J. Schavelzon y Cols. Buenos Aires, Hormé, 1965. pp 77-89.
- (5) CLAUSEN J.P. "Cancer diagnosis in children: cultural factors influencing parent/child reactions". Cancer Nursing, 1978, 1 (5): 395-401.
- (6) CORREA J.E., DRAGO R., QUINTANA N., y Otros. "Algunas consideraciones sobre pacientes terminales internados en un Servicio de oncología". Actualidad Psicológica, 1977, Año 3 (31): 8-9.
- (7) CORREA J.E., LEMA A.E., y de ARTIAGOITIA M. "Una dinámica de pérdidas en la historia vital del enfermo con cáncer". Acta Psiquiátrica Psicológica America Latina, 1980, 26 (3): 228.
- (8) CORREA J.E., y VAZQUEZ OFELIA R. de "Los dos cuentos: una investigación psicoanalítica del cuento de estructura maravillosa". Ludo, 1980, (4-5): 10-29.
- (9) DÍ CAGNO L. "Psychological implications en children with neoplastic diseases and in their families". XI International Cancer Congress, Florence, 1974. Abstr. 4: 887-888.
- (10) DYK R.B. and SUTHERLAND A.M. "Adaptation of the spouse and other family members to the colostomy patient". In: The psychological impact of cancer. N York, American Cancer Society (Professional Education Publication), 1974. pp 72-87.
- (11) FELLNER C.H. "Family disruption after cancer cure". American Family Physician, 1973, 8 (4): 169-172.
- (12) FREUD S. "La aflicción y la melancolía". (1917). Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948. I: 1075.
- (13) FRIEDMAN B.D. "Coping with cancer: a guide for health care professionals". Cancer Nursing, 1980, 3 (2): 105-110.
- (14) GARCIA ORCOYEN J. "Bienestar del paciente y su familia". En: Cancer Control (II), Advances in Medical Oncol., Res. and Educat Ed. A. Canónico y Otros. Oxford, Pergamon Press, 1979. pp.141-143.
- (15) HARARI R. "La familia y el paciente con cáncer". Rev. Argentina de Psicología, 1970. Año 2 (6): 38-51.
- (16) ILES J.P. "Children with cancer: healthy siblings perceptions during the illness experience". Cancer Nursing, 1979, 2 (5): 371-377.
- (17) LUCE J.K. y DAWSON J. "Vivir mejor". En: Terapia de apoyo del paciente canceroso, Seminarios de Oncología, Buenos Aires, Panamericana, 1977 pp 57-64.
- (18) KRANT M. "El oncólogo y el psicólogo". En: Impacto psicológico del cáncer. J. Schavelzon y Otros. Buenos Aires, Galerna, 1978. pp 71-82.
- (19) KUBLER-ROSS E. "On death and dying". New York, Macmillan,

1969. Citado por Konior G.S. y Levine A. S. "Miedo a la muerte: como se comportan los pacientes y sus médicos". En: *Terapia de apoyo del paciente canceroso*, Seminarios de Oncología, Buenos Aires, Panamericana, 1977. pp 38-47.
- (20) LANGER M. "El miedo a la muerte". En: *Psicología y cáncer*. J. Schavelzon y Cols. Buenos Aires, Hormé, 1965 pp 121.
- (21) MAGUIRE P. "Interviewing Patients with serious physical illness and their families". Department of Psychiatry, South Manchester University Hospital, U.K. (Enviado para publicación).
- (22) MARSILLAC J. de "La comunicación de la verdad en cancerología". En: *Impacto psicológico del cáncer*. J. Schavelzon y Otros. Buenos Aires, Galerna, 1978. pp 83-95.
- (23) MEERWEIN F. "The rehabilitation of the cancer patient". En: *Cancer Control (II)*, Advances in Medical Oncol., Res, and Educat. Ed. A. Canónico y Otros. Oxford, Pergamon Press, 1979. pp 145-151.
- (24) MEMORIAL SLOAN-KETTRING CANCER CENTER, "Annual Report", Psychiatry Service, N. York, 1979.
- (25) MINUCHIN S. "Familias y Terapia Familiar". Barcelona, Gránica, 1977.
- (26) PARKES C. M. "The emotional impact of cancer on patients and their families". *J. Laryngol. Otol.*, 1975, 89 (12): 1271-1279.
- (27) PECK B. "Effects of childhood cancer on long-term survivors and their families". *Brit. Med. Journal*, 1979, 1 (6174): 1327-1329.
- (28) PIERONI A.L. "The welfare of the patient with cancer and his family". En: *Cancer Control (II)*, Advances in Medical Oncol., Res., and Educat. Ed. A. Canónico y Otros. Oxford, Pergamon Press, 1979. pp 135-139.
- (29) SCHAVELZON J. "Rehabilitación del canceroso". En: *Cáncer. Enfoque psicológico*. Schavelzon J. y Cols. Buenos Aires, Galerna, 1978. pp 87-91.
- (30) WEISMAN A.D. and WORDEN J.W. "Psychosocial analysis of cancer deaths". *Omega: J. Death Dting*, 1975, 6 (1): 61-75. Citado por (26).

## Summary

Cancer is a life-threatening illness that brings about a familiar crisis; needing an active role of their members attending the patient. Therefore, the psychotherapeutic approach has to consider, along with the emotional help, the coordination of practical matters and a diagnostic procedure in order to plan psychoprophylactic measures. The therapist must take into account the particular traits of cancer: peremptoriness, type of death, specific fantasies (destruction, punishment, forlornness and dependency). The

aims of this kind of familiar therapy are assisting: a) familiar needs, and b) in collaboration en the patient's attendance.

A theoretical-technical model of a family psychological approach is proposed. This model is built up keeping in mind the different stages of the patient and the family: presurgical, rehabilitation, and mourning phases. Case examples and techniques employed in each one are discussed.

At the presurgical period are considered: 1) The convenience of treating the family including or not the patient: observing that such an exclusion could be necessary at the initial interviews, but not later, seeking to work with all the family group. 2) Psychotherapy operating with psychoanalytical framework will take care of a conscious task (urgencies i. e. hospitalization) and an unconscious one (neurotic aspects). For the first working level, an association based therapy is required, using bonding and adjusting techniques for attaching to the family organizations and styles; opening new stress areas must be circumvented, for they may add to cancer stress. Work in the unconscious level will rest until the rehabilitation period. 3) Diagnosis must be obtained in three levels: I. Family mental health, distinguishing neglecting and overprotective behaviours, or else a good distribution of functions among relatives. II. Key problems of each particular family. III. Sociocultural characteristics and life-history of the family group.

Should the patient improve, or else die, therapeutical work does not finish, but instead comes to a second stage, through a new agreement

At the rehabilitation phase, family dynamics is described, concerning patient's temporal separation due to hospitalization or possible aggravation, and getting together after discharged home or recovery. Psychotherapy will be supported on clarification of these circumstances, that in turn could lead to work with the unconscious task, centered in showing the reasons of neglect or overprotection that could have arisen.

Finally, in the mourning stage, the therapeutic goal should be not to allow morbid grief —with possible consequences over relative's health—, remaining aware that cancer, the patient itself, or the Institution, can facilitate it. The importance of a natural death of the patient is pointed out, as it will help to cope with grief processes.

---

**Migración y conflicto familiar.\***

---

**CARLOS E. SLUZKI \*\***

---

Se describen las etapas del proceso de migración y la influencia de cada una en el conflicto familiar y en la correspondiente intervención terapéutica.

Todos los años emigran millones de personas. Lo hacen solas o en grupos organizados, por propia decisión u obligadas por decisiones ajenas o por cataclismos naturales, llevando consigo carga-

\* Este trabajo es producto de una tarea colectiva. Comenzó en dos seminarios sobre "Migración y Conflicto Familiar" conducidos por el autor en el Segundo Congreso Internacional de Terapia Familiar, reunido en Jerusalén entre el 14 y 19 de agosto de 1977. Las ideas presentadas en los seminarios, enriquecidas por la activa intervención de los miembros, fueron sintetizadas y remitidas a los participantes, muchos de los cuales las devolvieron con nuevos enfoques. Estas ideas se presentaron posteriormente y fueron mejoradas más aún en una variedad de contextos profesionales. El autor desea expresar su cálido reconocimiento a todos los numerosos participantes en ese diálogo.

\*\* Director del Mental Research Institute 555 Midle de Palo Alto California.

-Publicado en Family Process Vol 18 N° 4 - Dic 1979 - USA -  
-Publicado con permiso del autor de la editorial.

C. SLUZKI

mentos de enseres domésticos o un atado con los elementos indispensables. Viajan en un vapor de lujo o amontonados en la bodega de un *sampan*, son recibidos con conferencias de prensa o ingresan durante la noche arrastrándose bajo alambradas de púas. Miran hacia el futuro con esperanza o hacia el pasado con temor. Pertenecen a una cultura en que la activa movilidad geográfica es la norma y cuentan con aptitudes para enfrentar el proceso de la migración o se han criado en una cultura fuertemente sedentaria en la que el desarraigo significa casi una catástrofe. Están plenamente familiarizadas o ignoran por completo la situación que les espera a la llegada, la lengua y las costumbres del nuevo lugar, la gente, la situación habitacional, la ocupación que van a conseguir. De una manera o de otra, cantidades innumerables de personas logran desligarse de sus estructuras básicas de sostén, cortar sus vínculos con lugares y personas y trasplantar su hogar, su nido, sus planes para la vida, sus sueños, sus espíritus.

Hay un drama singular que caracteriza a la migración en cada caso. En realidad, este drama forma parte a menudo de la heredad atesorada en cada familia. La anécdota abarca el espectro más amplio. Puede consistir en el traslado protegido de costa a costa de la familia de un ejecutivo en razón de una promoción en su empleo o en el precario desplazamiento de la familia de un refugiado político a quien se le ha dado asilo en otro país como alternativa al presidio permanente y torturas. Puede ser el esperanzado traslado de una familia a un centro médico donde alguno de los hijos pueda ser objeto de tratamiento constante para una enfermedad crónica o la atribulada mudanza de un portorriqueño de una ocupación mal remunerada en San Juan a otra ocupación mal pagada en el Bronx. Puede ser el traslado obligado por la persecución racial y religiosa de Alemania nazi o de Uganda o del sudeste asiático de la actualidad y así sucesivamente, con interminables variantes.

Sin embargo, a pesar de este cúmulo de anécdotas y argumentos derivados de la cultura y las circunstancias de cada familia, el proceso de migración —a través de las culturas y a través de regiones dentro de las culturas— presenta regularidades sobresalientes. En realidad, si enfocamos la atención en los patterns más que en el contenido (como lo vamos a hacer en este comentario) podremos elaborar un modelo de proceso migratorio que tenga un grado ra-

zonable de validez pancultural, un modelo que sea “independiente de la cultura”, con prescindencia de lo culturalmente específicos que puedan ser los estilos de resolución de las dificultades y los temas predominantes.<sup>1</sup>

### Etapas del proceso de migración.

La continuidad del proceso de migración puede descomponerse en los siguientes pasos distintos: (I) *etapa preparatoria*; (II) *acto de la migración*; (III) *periodo de sobrecompensación*; (IV) *periodo de descompensación*; (V) *fenómenos transgeneracionales*. Cada paso tiene características propias, activa diferentes tipos de contención familiar y desencadena diferentes tipos de conflictos y síntomas. En este trabajo se describirá detalladamente cada una de estas fases básicas del proceso migratorio, con énfasis en tipos específicos de urgencias, conflictos y crisis. Seguirán a esto algunas pautas generales para las intervenciones preventivas y terapéuticas apropiadas para cuando se trate con familias que presenten conflictos relacionados con el proceso migratorio.

El intento de representar gráficamente la continuidad de la migración produce una forma bien conocida por los estudiosos en el campo de la biología y de la psicología experimental: *la curva*

<sup>1</sup> Cabría observar que algunas sociedades con elevado nivel de movilidad geográfica han incorporado a su cultura normas y modalidades destinadas bastante específicamente a hacer frente a las tensiones derivadas de la migración. Estas modalidades de resolución, estas respuestas de adaptabilidad, varían considerablemente de acuerdo con la cultura específica. A veces acrecientan la adaptabilidad de sus integrantes al nuevo ambiente a expensas de la reducción de la afiliación colectiva o de una perspectiva histórica. En otras sociedades, las fidelidades intragrupalas proscriben prácticamente la mimesis de adaptación, pero retienen, en cambio, un fuerte grupo de pertenencia. En algunas otras, toda la red significativa y la estructura de referencia emigran colectivamente, eliminando, casi por definición, cualquier cambio de importancia. Comparemos, por ejemplo, el estilo de adaptación activado por la migración en un norteamericano de clase media, en un judío del “ghetto” y en un iraní (tal como lo presenta Bakhtiari en la película “People of the Wind”). Este tema es vasto y fascinante, pero lamentablemente sale de los límites de este trabajo.

del comportamiento bajo "stress". En la figura 1 se reproduce una adaptación de la misma, ilustrativa del ciclo y de los distintos puntos de intervención preventiva y terapéutica.

### I. Etapa preparatoria.

Este prólogo a la migración se inicia cuando los miembros de la familia realizan los primeros actos concretos dirigidos al compromiso de emigrar. Estos actos pueden consistir en un intercambio de cartas, en el pedido de un formulario de solicitud de visa o en cualquier otro que materialice la intención de emigrar. La duración de esta etapa varía evidentemente según las circunstancias, pero en la mayoría de los casos coincide con el estilo familiar (desde una decisión "explosiva" hasta una larga rumiación).

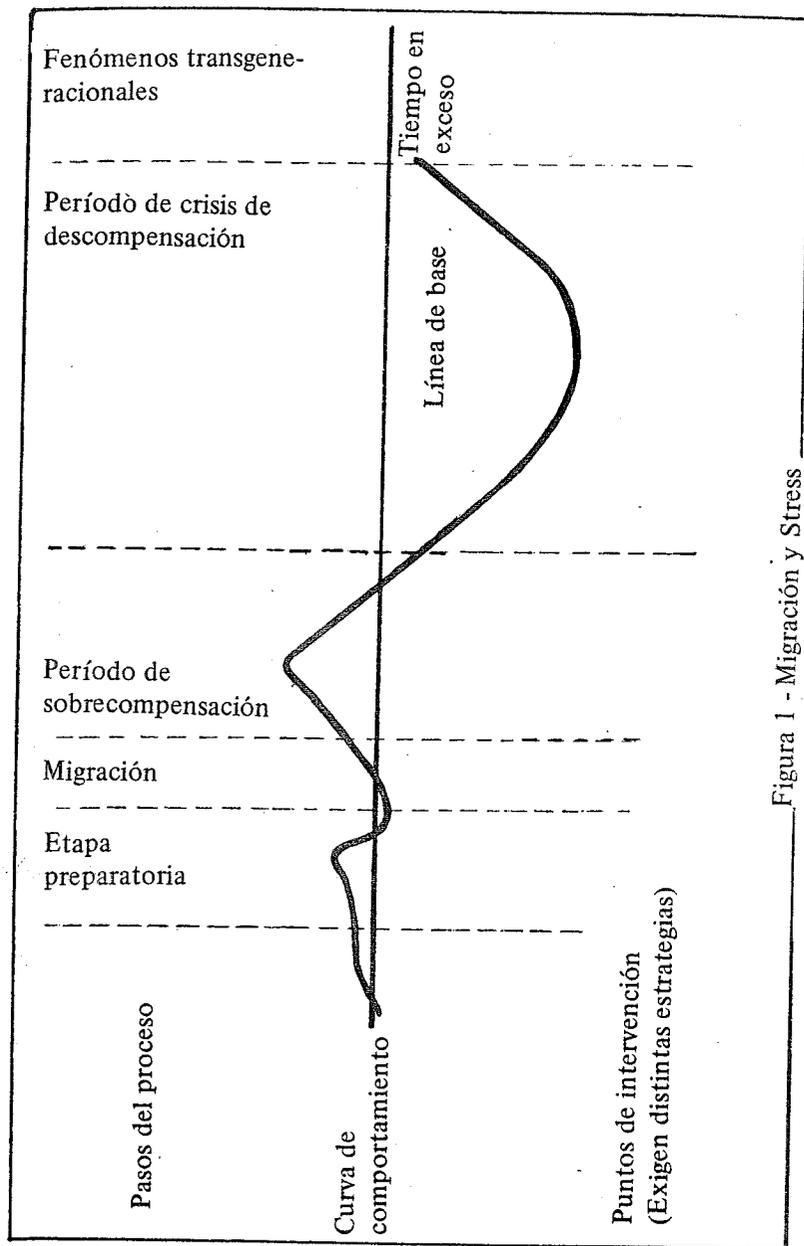
En el curso de la etapa preparatoria aparecerá con frecuencia una curva con "subidas y bajadas", representativa de un breve período de euforia y de un período, también breve, de sobrecarga, desaliento, pobreza de desempeño, que por lo general no adquiere grandes proporciones y que tiende a explicarse como resultante natural de esfuerzos, tensiones, emociones. Sin embargo, mientras se producen esas subidas y bajadas, entre los miembros de la familia empiezan a pactarse nuevas reglas para los roles y funciones relacionadas con la migración. Estas reglas, exploradas durante la etapa preliminar, quedarán totalmente incorporadas una vez que tenga lugar la migración.

Los emigrantes definen a la migración como un acto cargado, ya sea de motivaciones y connotaciones negativas (tales como "para escapar de la opresión política") o de connotaciones positivas (tales como "para vivir mejor"). Es importante comprender que la elección de una connotación dada suele ser razonable algunas veces, pero que en otras ocasiones se hace en forma bastante arbitraria, si no al acaso. Así que "para vivir mejor" (positiva) puede significar "para escapar de una situación de penuria" (negativa). La elección —con el juicio de valor que le corresponde— puede proporcionarnos valiosos indicios respecto de los estilos de contención de la familia, incluyendo normas relativas a los roles que deberá representar cada miembro de la familia.

A pesar de que la migración suele ser el resultado de una decisión colectiva, se tiende a calificar a alguna persona como "responsable" o motivadora de la misma. ¿Se mudaron debido a que era conveniente para el empleo o la carrera de un miembro de la familia —con mayor frecuencia el esposo— mientras que el otro —con mayor frecuencia la esposa— era arrastrado detrás de aquel? ¿Se mudaron porque uno de los niños padecía de una enfermedad crónica y necesitaban radicarse cerca de un establecimiento médico adecuado? En tal caso, ¿quién insistió en el traslado, y éste resultó de utilidad para la atención de la enfermedad? ¿La mudanza salvó a alguien? ¿Quién sufrió la mayor pérdida en la mudanza? Las anécdotas que consolidan los papeles de héroes y villanos, víctimas y opresores, se conservan frecuentemente como mitos familiares y aparecen reiteradamente como temas de desavenencia familiar o como "los esqueletos que hay en el armario", de los que no se habla.

Otra cuestión importante en esta materia surge de la frecuente suposición de que si la mudanza tuvo una motivación positiva y hasta superó con exceso las expectativas familiares en cuanto a las ventajas logradas, no hay razón para lamentar lo que se dejó atrás: cualquier tristeza o lamentación es calificada inmediatamente de patológica o como muestra de mala voluntad. En realidad, aquellos miembros de la familia "encargados" de las lamentaciones cuentan con las mayores probabilidades de verse designados "chivos expiatorios" por los demás (de modo de aislar a los miembros de la familia encargados de la penosa tarea de ponerse de acuerdo con el pasado).

También puede encontrarse la situación opuesta. Familias que han escapado de situaciones extremas, tal como un total exterminio, pueden seguir ancladas al pasado, en un estado de recuerdo colectivo permanente, de duelo y de identificación con aquellas terribles circunstancias de las cuales ellas —y no otras— escaparon. En estos casos, el miembro de la familia que primero se desliga del duelo familiar colectivo suele ser segregado frecuentemente por traidor (a la familia, a los que se quedaron atrás, etc.). A pesar de la confrontación, este rol llena una necesidad colectiva: la de poner a prueba la nueva realidad (realizada por el "traidor")



mientras que se apacigua la culpabilidad (efectuado por los "acusadores").

## II. El acto de la migración.

La migración es una transición con pocos o ningún rito. En la mayoría de las culturas y circunstancias, se deja a los emigrantes entenderse por sí solos con el doloroso acto de la migración con sus ritos particulares. La excepción más notable tiene lugar en Israel, donde el Ulpan —un programa inicial de residencia y de enseñanza intensiva del hebreo a los nuevos inmigrantes— entraña un completo y complejo ritual de iniciación. También hay excepciones de menor importancia en otras culturas, tales como el ritual de la "carreta de bienvenida" ofrecido por los vecinos a las familias recién venidas entre los norteamericanos de clase media.

Hay que tener presente que aunque el acto mismo de la migración puede constituir una breve transición (un salto de tres horas en avión), en muchos otros casos el acto propiamente dicho puede llevar un tiempo considerable. Tal es con frecuencia el caso de la gente desplazada por guerras y de gente que emigra con escalas intermedias en países de transición o en campos de internación. Este prolongado proceso puede conducir al establecimiento de sólidas lealtades entre personas expuestas a las mismas vicisitudes, hasta el punto de llegar a constituir una red primaria tan fuerte como la que se dejó en el país de origen. Tal ha sido el caso, por ejemplo, de los judíos europeos huyendo del holocausto que compartían largas peregrinaciones a bordo de barcos antes de llegar a un país que los aceptara (lo que conducía a denominaciones de parentesco substitutivas como las de "schiffbrudern" y "schiffschwester" (hermanos de barco y hermanas de barco). Lo mismo ocurre actualmente con la "gente de los botes" procedente de Vietnam.

La modalidad o el *estilo del acto migratorio* varía considerablemente. Algunas familias "quemán las naves" y el acto de la migración tiene carácter de algo definitivo e inmutable. Por el contrario, otros afirman que emigran "sólo por un corto tiempo", sin tomar en cuenta la improbabilidad de un regreso. Algunas familias deciden a priori que el país que han elegido es el mejor, en tanto que otras familias explícitamente incluyen en sus planes períodos

de prueba con el objeto de decidir entre varios países. Algunas familias emigran en bloque y a ciegas, sin previa exploración alguna del terreno. Otras organizan el traslado cautelosamente, enviando algunos miembros como exploradores a fin de preparar el terreno, procurarse empleos y alojamientos, etc. Algunas familias emigran legalmente y pueden tener acceso a las instituciones del país de adopción, mientras que otras emigran ilegalmente, de manera que acrecientan su desconfianza (funcional y adaptativa) y alejamiento de las instituciones oficiales. Finalmente, algunas familias optan por emigrar y otras están obligadas a hacerlo.

### III. Período de Sobrecompensación.

El "stress" migratorio no produce sus mayores efectos en las semanas ni aun en los meses que siguen inmediatamente a la migración. Al contrario, es frecuente que los participantes no tengan noción de la naturaleza violenta de la experiencia y de su impacto acumulativo. En realidad, es un período durante el cual puede observarse un aumento de la eficiencia en el trabajo, acompañado por un aumento de la separación entre los roles "instrumentales" y "afectivos" en el seno de la familia, al servicio de una necesidad básica de sobrevivir y de adaptarse a un medio y a una cultura que son, en mayor o menor grado, extraños.

La etnicidad puede definirse en función de la orientación que proporciona al individuo al delinearle normas, valores, modalidades interaccionales, rituales, significados y metas colectivas. Dicha orientación —dicho *weltanschauung*— no actúa en el vacío sino que está sostenida dialécticamente por regularidades del ambiente que generan la experiencia de la *consonancia*. Una persona que camine por la calle con una baguette bajo el brazo es consonante —para una modalidad perceptual parisina, no para Boston—<sup>2</sup>. El hecho de estar rodeado principalmente por gente rubia es con-

<sup>2</sup> Para un parisien, la falta de baguette bajo el brazo configura una disonancia, del mismo modo que la reiteración de la experiencia de la baguette (además de centenares de otras experiencias, en su mayoría intrínsecamente tan minúsculas como ésta) genera disonancia en el ciudadano de Omaha emigrado a París.

sonante —para Estocolmo, pero no para San Juan—. Que dos hombres anden tomados del brazo es consonante —para Roma, pero no para Omaha—. Un intervalo para la siesta entre la una y las cuatro de la tarde es consonante —para Nueva Orleans en verano, o para Jamaica, pero no para Brooklyn—. En realidad, cada individuo se adhiere a cierta organización de la realidad y, de acuerdo con ella, formula constantes predicciones acerca de cómo van a ser las cosas y de cómo va a actuar y a reaccionar la gente. Cada variación imprevista de cualquiera de estas características destroza las premisas de esa persona acerca de la realidad y exige una complicada calibración sea de las percepciones ("¿puedo confiar en mis sentidos?") o de la predicción ("¿puedo confiar en mis valores o en mi sentido común?"). Estos mecanismos de calibración, de adaptación, son movilizados por la *disonancia* resultante de cualquier discordancia entre las expectativas y el ambiente<sup>3</sup>.

En el período inmediato a la migración, la primera prioridad de la familia es nada más que sobrevivir, es decir satisfacer sus necesidades básicas. Dadas esas prioridades, el proceso de eliminación de la disonancia o de negación de su impacto subjetivo es máximo precisamente en el período en que también es máximo el bombardeo de las experiencias disonantes. Como consecuencia de este mecanismo, no es infrecuente observar que los recién llegados muestren un claro enfoque de la atención —estado consciente— mientras que el campo de la conciencia en general se encuentra borroso o nublado (como en algunos pacientes con conmoción cerebral que se presentan totalmente aturridos y confundidos pero conservan un estrecho foco de clara conciencia).

La concurrencia de situaciones límite más la carencia de capacidad para resolver dificultades puede desencadenar crisis masivas en este período, con desorganización de la familia o síntomas múltiples. Pero no es esta la regla. En realidad, la mayoría de las familias de emigrantes logran establecer y conservar durante varios meses una relativa moratoria en el proceso de adaptación a la cul-

(3) El lector puede consultar un estudio particularmente atractivo sobre el concepto de la disonancia en la obra clásica de Colin Cherry titulada "On Human Communication" (1). El subtítulo específico está titulado "A Priori Knowledge: Psychological Expectancy". o "Set II", y forma parte de un capítulo denominado con toda propiedad "Reality and Nightmare".

tura y de acomodación. Por lo tanto, durante este período que sigue inmediatamente a la migración, los conflictos y síntomas tienden a permanecer latentes. La única característica observable es que las anteriores normas y estilos de la familia tienden a parecer ligeramente exageradas. Por ejemplo, si los miembros eran unidos entre sí, física o emocionalmente, parecerán más unidos aún; y si eran desunidos, aumentarán más sus autonomías, pese al hecho de que la falta de una red social extensa pueda obligarlos a pasar más tiempo juntos.

Una técnica dilatoria que se emplea ocasionalmente es el mito colectivo de que "regresarán al país de origen al cabo de algún tiempo". Las familias se mantienen adheridas a las normas del antiguo país y se niegan a identificarse con el nuevo ambiente. Ni falta hace decir que esa estrategia sólo puede tener escasa duración y oportunamente la fantasía se va a desmoronar bajo la presión de la nueva realidad, precipitando una crisis de importancia.

De una manera u otra, el período de aparente calma y sobrecompensación cede paso, unos seis meses después de haber comenzado, a una etapa de crisis importante, en la que tienen lugar las respuestas a largo plazo a la migración.

#### IV. Período de descompensación o crisis.

Este período es tormentoso, plagado de conflictos, síntomas y dificultades. En realidad, la mayoría de las familias emigradas que se hacen atender por terapeutas de familia pueden ubicarse en algún punto de esta fase de descompensación. En el curso de la misma tiene lugar la tarea principal de la familia recientemente emigrada: la de dar forma a su nueva realidad, maximizando tanto sea la continuidad de la familia en términos de identidad como su compatibilidad con el medio. Estas dos facetas de la tarea compiten a veces y exigen un cierto grado de transigencia para su cumplimiento. Es verdaderamente frecuente y necesaria como adaptación la conservación de ciertos hábitos familiares, aunque difieran de los del nuevo contexto, al mismo tiempo que se desligan de otros rasgos que van muy a contramano de la cultura de adopción o

que exigirían la presencia de una familia ampliada que ya no está disponible. El equilibrio es delicado y difícil de lograr. La tarea colectiva en su totalidad es compleja, penosa e inevitable. Con frecuencia la crisis se introduce en la familia a través de los hijos: las criaturas tienden a asimilar la nueva cultura y el nuevo lenguaje (oral y no oral) con mayor rapidez que los padres, con lo que se produce un choque de valores y estilos que afecta al núcleo familiar.

Muchas normas y valores familiares que eran eficaces en el país de origen pueden resultar menos adaptables a la cultura y a las circunstancias del país de adopción. Pero para que una familia cambie sus estilos y normas (algunos de los cuales pueden haber sido cardinales) es necesario que el grupo elabore delicadas y complejas reglas para la modificación de las normas. En muchos casos las familias no han establecido previamente estas reglas para la modificación de normas y se embarcan en la tarea más difícil aún de elaborarlas de *novo*<sup>4</sup>. Por ejemplo: ¿cómo pueden los padres llegar a un acuerdo sobre la forma de conversar con las hijas adolescentes criadas en los Estados Unidos acerca de la prevención de la preñez cuando las normas de su cultura —y por consiguiente sus normas actuales— les prohíben tratar explícitamente temas de sexualidad ni siquiera entre ambos cónyuges?

El efecto de los más o menos exitosos mecanismos de resolución en el contexto de la nueva cultura de los problemas de la familia es acumulativo y se pondrá de manifiesto al cabo de meses y hasta de años después de la migración. Muchas de las normas familiares en vigencia resultarán adaptables a las dos culturas y no sufrirán cambios. Muchas otras habrán sufrido cambios relativos a la distribución de los roles y normas que podrán involucrar a todos los miembros de la familia. Finalmente, muchos otros *patterns* se conservarán al precio de cierto grado de alejamiento del mundo extrafamiliar. Algunos de estos *patterns* se mantienen porque se convierten en el centro de la identidad familiar, algo así como un ritual cohesionante. Otros se mantienen sencillamente porque la

<sup>4</sup> Una de las muchas razones de la dificultad inherente a la elaboración de metarreglas para el cambio de reglas es que estos procesos suelen tener lugar únicamente por connotación, o implícita más que explícitamente, modalidad que aumenta las probabilidades de desinteligancias.

familia no ha sido capaz de idear medios para enfrentar los problemas con los cambios de roles resultantes de los cambios de las normas.

Como se mencionó precedentemente, con el fin de manejarse con la proximidad de la migración, hay familias que con frecuencia crean una separación entre los roles instrumentales y los afectivos: un miembro —generalmente el varón— se ocupa de las actividades instrumentales (presentes y con orientación al futuro) que entrañan una vinculación con el medio actual y el otro miembro —generalmente la mujer— se concentra en actividades afectivas presentes y con orientación al pasado que entrañan una sostenida vinculación con el medio anterior (comprendidas tareas de mantenimiento como correspondencia, llamadas telefónicas, etc., y lamentación de lo que se dejó atrás)<sup>5</sup>. Esta norma sobre la distribución de los roles, que puede ser adaptativa durante los primeros meses, si se mantiene con rigidez es potencialmente una estampida catastrófica. El miembro orientado hacia afuera desarrollará rasgos adoptivos autónomos y establecerá una nueva red satisfactoria para sí y el miembro orientado hacia adentro conservará un aislamiento relativo que se hace más notable en comparación. El miembro autónomo interpretará que el otro, relativamente ignorante de las normas y costumbres del nuevo medio y con menos relaciones y amistades, interfiere con la necesidad instrumental y reacciona ante tal situación con más autonomía aún. Esto aísla más y aumenta el sentimiento de soledad del miembro ya aislado y orientado al pasado, quien responderá sea aferrándose más al pasado o aferrándose más al otro miembro, quien a su vez sentirá hundirse por tal situación y acrecentará su desvinculación. Todo el proceso va creciendo progresivamente hasta desembocar en una grave crisis de la relación<sup>6</sup> .).

<sup>5</sup> Esta descripción, así como otras a lo largo del artículo sirve tanto para una familia guatemalteca de bajo nivel socioeducacional que acaba de inmigrar a los Estados Unidos y tiene que salvar una brecha importante entre las culturas y las lenguas, como para una familia norteamericana de clase media que se ha mudado dentro del país por exigencias del empleo de uno de los cónyuges.

<sup>6</sup> Esta escalada ha sido denominada por Maruyama, proceso amplificadorio de la desviación (5), en el cual el comportamiento de cada miembro del siste-

Es interesante observar el poder de esta regla relativa a la polarización de los roles. En aquellas familias en que esta separación de los roles se agranda hasta llegar al divorcio, puede observarse que el miembro orientado al pasado se libera del rol fijo *sólo después de la separación*. Forzado al principio por la necesidad de resolver la situación, pronto “descubre” sus dotes inexploradas para entendiérselas con el medio ambiente actual y para planear el futuro.

Un caso inverso, no infrecuente en familias emigrantes de origen rural, es que la mujer encontrará con más facilidad que el hombre, una ocupación en la ciudad que no exige capacidad especial de modo que desafía así la estructura y los roles anteriores de la familia. En estas circunstancias, aunque alguna vez puede producirse una conmutación de los roles sin consecuencias, mucho más frecuentemente el hombre se tornará sintomático (deprimido, alcohólico o sufrirá dolencias somáticas) o sobrevendrá una grave crisis de desorganización de la familia.

Algunas familias consiguen lamentar lo que han dejado atrás e integrarlo constructivamente en una mezcla de antiguas y nuevas reglas, modelos y hábitos que constituyen su nueva realidad. Para ellas, el lado positivo de la experiencia pesa más que la índole disruptiva del “stress” y emergen del proceso —unos tres años después de la migración— con nuevas fuerzas individuales y colectivas. En otras familias, lo que sea que hayan dejado atrás en el país de origen puede ir idealizándose en forma creciente (lo que hace más difícil la adaptación) o denigrándose (haciendo más difícil el duelo y la elaboración de la pérdida) (Ver la figura 2). La gravedad de los enfrentamientos intrafamiliares puede llevar a la familia a consultar a un terapeuta, representando algunos miembros los valores del país de origen y otros los de la nueva sociedad. La formación de subgrupos aparecerá como tensión y conflicto manifiesto entre los cónyuges, con el tironeamiento por parte de los subgrupos filiales —o como un problema generacional—, con estrechamiento de

ma intensifica el comportamiento del otro, que a su vez intensifica el comportamiento del primero, de manera que se genera una apertura cibernética. En Hoffman (4) puede encontrarse un erudito estudio de la pertinencia de este concepto en los procesos familiares.

las coaliciones intrageneracionales. Estas tendencias llegan a constituir una grave crisis interpersonal o cristalizan en una enfermedad clínica o psiquiátrica. En realidad, con el fin de hacer frente o de expresar la acumulación de "stress", tensión, dolor y conflicto, los miembros de la familia invocarán con frecuencia el modelo socialmente aceptable y poderoso de la "enfermedad somática" o del "problema psiquiátrico" y, en algunas ocasiones, el modelo socialmente menos aceptable del "desviado social" (v. g. como el delincuente juvenil).

### V. Impacto transgeneracional.

Las familias, en su función de principales agentes socializantes, llevan consigo, no sólo las normas y costumbres de su cultura en general, sino también los estilos, modos, valores y mitos específicos que constituyen una visión ad hoc, específicamente familiar, del mundo y de su propia historia. No es sorprendente, entonces, descubrir que cualquier retardo prolongado en el proceso de adaptación de la familia tenderá a hacerse aparente cuando se tenga una segunda generación en el país de adopción.

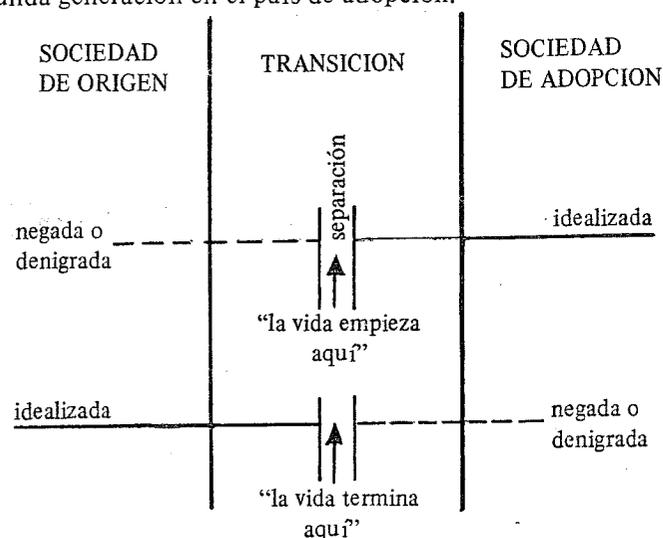


Fig. 2 - Divergencias entre la idealización y denigración.

Lo que se haya evitado en una primera generación aparecerá en la segunda, generalmente *expresado como choque entre generaciones*.

Este choque se hace evidente al máximo en familias pertenecientes a grupos que han estado encerrados en "ghettos" por opción o por la fuerza en el país de adopción. Una vecindad que imita al país de origen constituye un medio que amortigua la exposición intercultural y demora cualquier cambio adaptativo. Si la segunda generación se socializa en el mismo medio apartado, el proceso se repetirá sin consecuencias aparentes. Sin embargo, si el proceso de socialización tiene lugar en un medio que refleja las normas y los valores del nuevo país, lo que se haya demorado en la primera generación asumirá la forma de un conflicto intergeneracional de valores.

Tal es el caso, por ejemplo, de las familias de origen chino que viven en barrios chinos en los Estados Unidos. Los hijos de inmigrantes criados en los Estados Unidos, de activa interacción con la sociedad mayor por intermedio de escuelas, medios masivos de comunicación y contactos formales e informales de diversos orígenes, tienden a chocar dramáticamente con sus padres en materia de valores, normas y costumbres<sup>7</sup>).

En forma más o menos sutil, este choque intergeneracional se produce en casi todas las familias de inmigrantes con una intensidad que muestra una correlación inversa con la capacidad previa de elaborar cabalmente el complejo proceso de la migración.

Sin embargo, en muchos casos el choque es intercultural más que intergeneracional. El conflicto entre el estilo de enfrentar y manejar las dificultades predominante en el niño —congruente con la cultura de la familia— y los límites y reglas definidos dentro de sectores del mundo extrafamiliar de manera distinta, resulta en una <sup>7</sup> Ese choque se ha producido con frecuencia entre las segunda y tercera generaciones de sinoamericanos. Los hijos de la segunda generación criados en los Estados Unidos antes de la década de los años sesenta acostumbraban concurrir a escuelas particulares de la colectividad de habla china y permanecían algo aislados en su propia comunidad. Esa tendencia se ha invertido en las décadas recientes y sus hijos se han socializado en las escuelas públicas, etc., llevando consigo al seno de la familia valores radicalmente distintos y haciendo aflorar los conflictos de adaptación cultural largamente demorados.

rotulación de "delincuencia" para el comportamiento del niño y sus consecuencias (ver Minuchin y otros, - 6, págs. 351 - 352).

### Implicaciones de este modelo en la prevención y la terapia.

Como habrá podido observarse en toda la descripción del proceso migratorio, cada paso ofrece su propia fenomenología, sus propios tipos específicos de conflictos y de las modalidades propias con que cuentan para enfrentarlo y resolverlo. Cada paso implica un nivel normal de conflicto para la familia y una capacidad potencial para hacer estallar una crisis familiar. La índole de la crisis depende del propio estilo y recursos de la familia, o de la falta de ellos, y de la presencia de apoyo ambiental o de tensión agregada.

Pueden derivarse varias *implicaciones preventivas*, centradas ya sea en las etapas preparatorias o en las inmediatamente siguientes a la migración. Sería importante informar a las familias que tienen proyectado emigrar acerca de la conveniencia de: (a) prever y anticipar períodos de soledad y desarraigo (con el fin de legitimizar esa experiencia y evitar cualquier calificación negativa)<sup>8</sup>; asegurarse de que se mantendrá contacto con gente del "terruño" y resistirse a la tentación de aplicar tratamiento "quirúrgico" a esos vínculos; (c) aprender la lengua del nuevo país antes del traslado (de ser factible); (d) de adquirir información previa acerca de las cosas prácticas de la nueva realidad (v.g. ¿cómo se consigue un médico?) así como del área más sutil de las reglas sociales (v.g. ¿la gente se estrecha las manos cuando se saludan?); (e) asegurarse de algún grado de continuidad de su propio ambiente físico al llevar consigo aquellos objetos significativos —cuadros, piezas decorativas— que eran marcadores de su espacio privado y colocarlos de in-

<sup>8</sup> Las recomendaciones positivas, tales como "aprovechen todas las ventajas y estímulos que puedan conseguir en las nuevas circunstancias", o "el ser desconocidos en un lugar desconocido les permitirá explorar con más libertad las áreas vocacionales, artísticas o interpersonales", por sabias que puedan ser, deberán emplearse con parquedad ya que atribuyen un rótulo implícitamente negativo a la falta de voluntad de proceder así, correspondiente a la sensación frecuente de vacuidad, generalmente temporaria.

mediato en el nuevo alojamiento a fin de generar un sentido de familiaridad y continuidad.

Son evidentes los prejuicios de la clase media respecto de los puntos recién mencionados, con la posible excepción del primero de ellos. En su mayoría requieren el lujo de tiempo y dinero, así como una firme orientación futura. Las soluciones que crucen a lo largo de las clases sociales y se ocupen especialmente de las familias menos protegidas de los niveles socioeconómicos más bajos, deberían incorporarse a los procedimientos normales de protección de la salud. Por ejemplo, el impacto de la migración podría atenuarse considerablemente mediante organizaciones comunitarias ad hoc o por proyectos colectivos equivalentes destinados a brindar redes de pertenencia intermedias en los países de destino a las familias en proceso de inmigración. Estos subrogados de familias ampliadas podrían prestar inmensa ayuda en cuanto a proporcionar tanto experiencia práctica como apoyo emocional durante el duro período inicial de inserción. Sin embargo, cabe observar que la orientación individualista de clase media de la política sanitaria en la mayoría de los países del hemisferio occidental determina que estos problemas y cuestiones de política deben ser responsabilidad de los que resultan afectados por ellos más que de la sociedad en general.

Con respecto a las *implicaciones terapéuticas*, las familias pueden relacionar explícitamente sus conflictos o crisis con el proceso de migración, o la relación entre síntomas y conflictos y la migración se pondrá de manifiesto únicamente mediante la investigación del terapeuta. Por lo general, las familias que se encuentran en la fase preliminar —es decir, que están planeando la migración— o en el comienzo de la fase de descompensación, relacionarán frecuentemente los conflictos o síntomas emergentes con el proceso migratorio. Si consultan en el período que sigue de inmediato al traslado, tal vez mencionen la migración en función del contexto, pero con frecuencia no alcanzan a percibir la relación entre la mudanza y sus conflictos. En el período de descompensación, con la excepción mencionada precedentemente, en general establecerán la relación entre su conflicto y la migración, pero únicamente en función de un vínculo histórico, desencadenante,

causal, como si el conflicto se hubiera liberado del contexto, en vez de que el contexto sigue chocando con la capacidad de adaptación de la familia. De una manera o de otra, el terapeuta debe transmitir la opinión de que el proceso migratorio es intrínsecamente "stressante" y reconocer el hecho de que los problemas actuales son un subproducto comprensible y no inusual del mismo. Esta manifestación del terapeuta puede hacer que el problema se contextualice o que deje de ser considerado patológico (especialmente las crisis agudas que pueden aparecer en la primera o en la segunda fase) y prepara el terreno para las intervenciones específicas que apuntan a ocuparse de la función interpersonal de los síntomas en ese sistema familiar.

En el curso del examen del terapeuta, es menester que se percate de las discrepancias entre el mismo y la familia en función de la visión del mundo y de las prioridades para la adaptación. Examinemos algunos ejemplos. Las culturas occidentales están en favor de la igualdad; sin embargo, dicho valor debe calibrarse con cuidado cuando se trata con familias de culturas con orientación autocrática, tales como los latinos o los chinos. Los valores de la clase media tienden a realzar la orientación futura y las obras a mediano y a largo plazo; estos valores pueden chocar con la orientación de obras a corto plazo que es más adaptable y predominante en familias pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos. Los valores occidentales de clase media orientan a los terapeutas positivamente hacia la diferenciación e independencia de los miembros de la familia; sin embargo, en familias de otras culturas —italianos meridionales, árabes, chinos, entre otros— la dependencia mutua puede ser equiparada con la lealtad, y cualquier intento de acrecentar la independencia de los miembros será considerada como un ataque a los valores básicos de la familia.

Si el terapeuta no está bien compenetrado de la cultura de origen de la familia, deberá explorar las normas de crianza de las criaturas, la delimitación de las funciones y los hábitos antes de intentar una intervención que pueda relacionarse con estos rasgos (ver figura 3). Los dos tipos de errores en que pueden incurrir los terapeutas corresponden estrictamente a lo que en la investigación se denominan "errores de tipo A" o "positivos falsos", y los "errores de tipo B" o "negativos falsos". En el caso de los primeros, el

terapeuta atribuirá erróneamente a la cultura rasgos que son en realidad idiosincracia de la familia. En el segundo caso, el terapeuta tratará a los rasgos culturales como idiosincracia de la familia. Para complicar más las cosas, los estereotipos etnocéntricos propios del terapeuta pueden desencadenar una profecía autocumplida, el terapeuta intentará abordar a la familia tratando a sus miembros de una cierta manera, presumiendo que esa es la forma *de ellos*, a lo que ellos le responderán siguiendo esa forma dada, en la presunción de que ésta es la forma *del terapeuta*, "confirmando la hipótesis" <sup>9</sup>. Por ejemplo, si el terapeuta actúa con expresiva formalidad en su trato con una familia norteamericana de ascendencia japonesa, presumiendo que así es su estilo habitual, el grupo responderá hiperformalmente (como reaccionaría una familia de *cualquier ascendencia* ante un terapeuta muy formal). Ese comportamiento, a su vez, *confirmaría* la presunción del terapeuta de que son muy formales.

Una parte del empeño del terapeuta consistirá en eliminar los juicios de valor que frecuentemente acompañan la disonancia cultural. Cuando se comparan circunstancias, costumbres, estilo, hábitos diarios, etc, entre los dos países, áreas o culturas, es fundamental transmitir en todo momento la postura de que las cosas pueden ser diferentes, pero que intrínsecamente no son buenas ni malas (es innecesario decir que esta referencia excluye las cuestiones cargadas de valor tales como opresión, represión, etc.).

En el transcurso de la primera entrevista con la familia, el terapeuta debe determinar en qué fase del proceso de migración se encuentra actualmente la familia y en qué forma han enfrentado las vicisitudes de las fases anteriores. Esto puede constituir una guía valiosísima, que le proporciona una base para el interrogatorio y el proceso del tratamiento.

Dentro de la estructura general se desenvolverá un programa terapéutico para estas familias. Lo específico de cada fase y de cada caso señalarán la estrategia terapéutica adecuada. Sería pertinente agregar que no obstante la cultura específica, la introduc-

<sup>9</sup> Celia J. Falicov y Betty M. Karrer del Programa de Sistemas Familiares, Instituto para la Investigación de la Juventud, de Chicago, Illinois, tienen el mérito de haber planteado estos puntos (2).

ción de una cierta dosis de orientación futura y planeamiento pueden ser de particular utilidad en familias aturdidas y confundidas

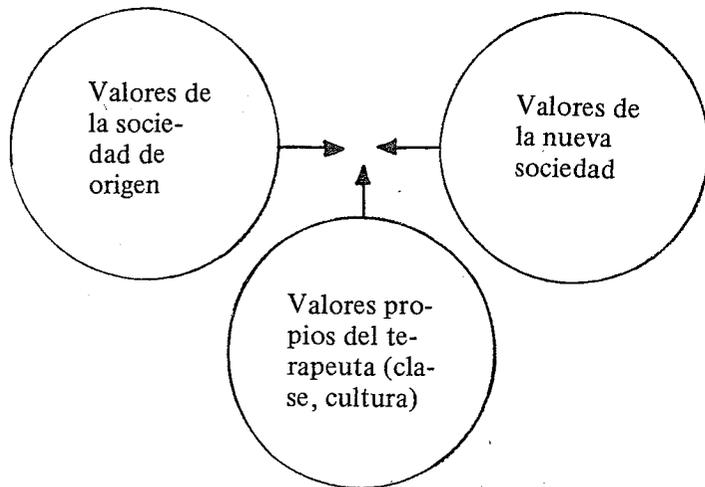


Fig. 3 - Tres culturas coinciden en la situación terapéutica.

por la experiencia de la migración. También puede resultar muy beneficioso un intento de diferenciación en familias “pegoteadas” y, por lo contrario, una cierta dosis de diferenciación y de intimidad puede ser favorable en familias extremadamente disociadas. En las familias desorganizadas, a su vez, el reconocimiento y el refuerzo de patterns generacionales pueden resultar muy valiosos. Deberá instarse a los miembros de la familia y ayudarles a establecer algún “espacio privado” (a veces puede servir un cajón privado), que suele faltar crudamente en las viviendas de los inmigrantes, así como algún “tiempo privado” especialmente para las mujeres totalmente enfrascadas en el rol de madre y ama de casa. En todos los casos es valioso indagar la situación de la familia frente a la colectividad y, en caso necesario, el terapeuta debe convertirse en guía o intermediario entre la familia y el sistema extrafamiliar. De tal modo se favorecerá el “anclaje” al nuevo ambiente mientras la familia reestructura su realidad interna —reglas, normas, estilos— para entretarse más eficientemente con el inevitable “stress” de la migración.

Para concluir este estudio, hay que reconocer que el modelo general que hace de sostén a esta presentación, más que específico para el proceso migratorio es aplicable a muchos otros cambios sistemáticos y ambientales a los que están expuestas las familias en el curso de su ciclo vital. Sobre su descriptiva y pragmática versatilidad descansa, precisamente, la fuerza de este paradigma.

### Bibliografía

- (1) CHERRY, Colin: “On human Communication”, Cambridge y Londres. The MIT Press (segunda edición), 1966.
- (2) FALICOV, Celia y Betty M. KARRER: “Acculturation and Family Development in Mexican-Americans”, conferencia pronunciada en el Foro de la Familia, San Francisco, 11/XI/1976.
- (3) FLUGELMAN, Ronaldo Juan y Susana H., “Foreign Student Families at the University of California at Berkeley: a Group at Risk”, estudio preparado para el Programa de Salud Mental de la Comunidad de la Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley, 1977.
- (4) HOFFMAN, Lynn: “Deviation-Amplifying Processes in Natural Groups”. Editor J. Haley (“Changing Families”), Nueva York, Grunne & Stratton, 1971.
- (5) MARUYAMA, Magoroh: “The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes”. American Scientist, 51: 164-79, 1963. Reimpreso por W. Buckley ediciones “Modern Systems Research for the Behavioral Scientist”, Chicago, Aldine, 1968.
- (6) MINUCHIN, S., MONTALVO, B., GUERNEY, B. G., ROSMAN, B. L. y SCHUMER, F.: “Families of the Slums”, Nueva York, Basic Books, 1967.
- (7) SLUZKI, Carlos E.: “Acculturation and Family Conflict in the Latino Family”, conferencia pronunciada en el Foro de la Familia, San Francisco, 11/XI/1976.

Traducción: Luis E. Vieyra

### Introducción

Para poder explicar mejor el uso de una entrevista diagnóstica de la familia con enfoque en el niño identificado, incluiremos una descripción de una entrevista típica, paso por paso, para ilustrar no solamente la técnica, sino También “el por qué”. Asimismo, debemos tratar de comprender la preparación, la construcción y la interpretación de tal entrevista con una perspectiva global.

Al describir este enfoque esperamos poder explicar que: al realizar una evaluación diagnóstica y al establecer las bases para el tratamiento, es de gran utilidad para el clínico entrevistar al niño con problemas en el contexto de su familia (1).

La formulación diagnóstica de los trastornos emocionales, de conducta o del aprendizaje no pueden ser explicados a través de un modelo teórico o eteológico único. El equipo multidisciplinario que tradicionalmente entrevista al niño y a la familia por separado,

\*Una versión diferente de este artículo fue publicada como “A Child-Centered Family Diagnostic Interview” en el Basic Handbook of Child Psychiatry. Basic Books. Volume I, 1979.

\*\* Director del Departamento de Psiquiatría infantil y de adolescencia de la Universidad de Texas - 2135 Babcock Road, San Antonio, Texas.

arriesga no conseguir integrar conceptos teóricos o el poder explicar objetivamente como emergen los síntomas (2). El tratar de estudiar estos síntomas de forma aislada nos hace perder la oportunidad de comprenderlos en el contexto transaccional en el cual más a menudo se manifiestan (3).

Durante la entrevista diagnóstica de la familia podremos observar al niño como parte de ese sistema, reconociendo al mismo tiempo su sistema como individuo. Lo veremos ya no solamente como "el problema", sino como el componente de un contexto mayor. Aún cuando sus síntomas son con frecuencia una reflexión de trastornos familiares, lo más común es que el niño no sea ni víctima, ni victimario.

El observar al niño y su familia en interacción nos ofrece la posibilidad de obtener información emergiendo en el "aquí y el ahora". El niño aprende a sentir, a pensar y a percibir el mundo que lo rodea en la matriz social básica de la familia de donde recibe apoyo instrumental y emocional. Los síntomas que presente aparecerán con mayor frecuencia en el contexto de la vida familiar cotidiana: la familia lo influencia y es así mismo influenciada por él continuamente. Además, como clínicos tendremos la oportunidad de observar muchas de las conductas "problema" en *statu nascendi*. Podremos notar como *interacciona* cada miembro de la familia, lo cual nos dará información de gran relevancia y en el contexto ecológico en el cual se pueden evaluar los síntomas. También son valiosas las observaciones acerca del aspecto físico de los miembros de la familia, de la posición que asumen al sentarse en el consultorio; por ejemplo en todos los aspectos de la comunicación verbal y no-verbal manifestados durante la sesión (4). Es importante distinguir también transacciones que enfoquen hacia lo extrafamiliar, así como hacia lo más tradicionalmente intrapsíquico individual.

Debemos además reconocer que la familia funciona en el contexto de la matriz social en la cual está ubicada, y, si hemos de desarrollar una comprensión integral del caso, debemos tener en cuenta la influencia de los factores étnicos y culturales de la familia, de no hacerlo podemos caer en el error de proyectar clichés culturales que puedan contaminar la formulación diagnóstica y el plan de tratamiento.

Se puede obtener una ventaja adicional al incluir al niño con su familia en la evaluación inicial. Tenemos evidencia de que la objetividad del terapeuta con respecto a evaluar a la familia como sistema se afecta cuando ve a los padres primero (5). Creemos que también es beneficioso para el niño o el adolescente saber que no fuera "juizado" de antemano y que, padres y terapeutas no tengan una relación preexistente.

#### **Es necesario aclarar nuestro rol y el de la familia antes de la entrevista diagnóstica.**

Los miembros de la familia viviendo bajo el mismo techo son invitados para la primera sesión. Eso incluye los niños más pequeños, así como otros miembros de la familia y otras personas importantes que jueguen un rol importante y estén dispuestos a participar en la sesión (6). Es necesario aclarar que la invitación a los miembros de la familia se debe a que necesitamos su participación para que nos ayuden a comprender el problema. Queremos estimular su asistencia, presentando un enfoque positivo para poder resolver un conflicto de posible interés común. La individualidad de cada miembro debe ser reconocida, así como la del rol que tengan en relación con "el problema". Con frecuencia surgen resistencias a ésta invitación y es a veces necesario persuadirlos de que los hermanos que están "bien" no serán contaminados con la experiencia y que en realidad tendrán la oportunidad de participar a resolver un problema que posiblemente los esté afectando también. Es muy útil, en caso de familias resistentes, el llamar por teléfono para explicar el procedimiento y describir la experiencia como una ocasión donde se va a obtener información de una manera no acusatoria, sin confrontaciones o decisiones definitivas. Con frecuencia es posible conseguir que un padre sin motivación se interese más cuando un terapeuta del sexo masculino lo llama por teléfono para discutir la evaluación y solicitar su participación (7). Es de crucial importancia que al definir la invitación se haga de manera que se pueda crear un mínimo de presión adicional en el niño referido. Lo más simple es que al urgir a los miembros de la familia a participar, se haga énfasis en que nos vamos a reunir en un esfuerzo conjunto para resolver un problema de posible interés mutuo.

### Algunos aspectos especiales acerca del rol y de la actitud del terapeuta familiar.

Sabemos qué difícil es aprender a diagnosticar y tratar individuos. Cuando se trata de evaluar familias, nuestro rol se complica enormemente. Lo más común es que la familia nos pida que le examinemos a su "hijo problema". Es una tentación para el principiante tratar de diagnosticar la patología en los padres o el niño, señalando tal vez, otros aspectos de disfunción individual o familiar, basados en información fragmentada u obtenida de manera indirecta. Si bien el niño referido debe ser nuestro foco inicial, debemos abocarnos por igual a la comprensión de su contexto social básico. De no hacerlo así, pudiéramos estar reforzando, sin quererlo, su rol de "chivo expiatorio". Debemos también reconocer que el entrevistar una familia nos pone con frecuencia en posición de desventaja. La familia tiene como grupo natural, con pasado, presente y futuro, poderosas relaciones y lealtades sumamente entrelazadas. Con frecuencia, los síntomas que motivan la consulta son vividos como extraños a la economía familiar, aún cuando en nuestra experiencia clínica, los reconoceremos como estabilizadores y necesarios. Debemos también anticipar que, con frecuencia, la culpa es proyectada por distintos miembros en el niño referido, en causas extrafamiliares, acusándose a sí mismos, o unos a otros. Si hemos de ganar su confianza, estaremos dispuestos a ser observadores-participantes, manteniéndonos respetuosos de las defensas y de los límites individuales y de subsistemas (padres-hijos-abuelos) (7).

Debemos aprender a sentirnos confortables pese al número de personas con las que participamos y con las presiones que nos ejerzan, que pueden empujarnos a ofrecer soluciones "fáciles" o a polarizarnos como juez o referí. Es muy importante mantenernos flexibles en nuestros procedimientos y es muy útil mantener un buen sentido del humor, que debemos utilizar con prudencia. Más aún, debemos estar preparados para mantener nuestra objetividad cuando llega el momento en que la familia nos deja entrar en su mundo y las presiones aumentan aún más.

### Las ventajas del uso de co-terapia

Ya dijimos que para entender a más de un individuo, se multiplican las complejidades clínicas, hasta el punto que un terapeuta interviniendo sólo esta en desventaja. Los problemas transferenciales múltiples pueden ser reducidos en gran parte con el uso de co-terapia. En nuestra experiencia, incluimos Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Enfermeras Psiquiátricas, Psicopedagogos, formados o en residencia, de acuerdo a las necesidades clínicas o de entrenamiento.

La co-terapia es con frecuencia utilizada como un modelo de entrenamiento: el terapeuta de experiencia asociado con otro en formación funcionando idealmente como modelo de identificación y la mismo tiempo como un supervisor "activo". La situación co-terapéutica nos puede ofrecer una percepción más amplia y profunda de la familia; nos da la oportunidad de compartir responsabilidades y al mismo tiempo, el co-terapeuta actúa como agente de triangulación entre el otro terapeuta y la familia (8).

El equipo de co-terapia ideal debe ofrecer un clima de pulida colaboración, franqueza, flexibilidad, buen sentido del humor, respeto y camaradería, unidos a un alto nivel de competencia clínica.

Hemos visto en nuestra experiencia que es a menudo de especial valor para los niños y los adolescentes, tener la oportunidad de observar e interactuar con adultos capaces de ser abiertos y honestos, tanto en situaciones de acuerdo o de conflicto, que saben reconocer y respetar diferencias y opiniones individuales.

**El ambiente del consultorio puede proveer valiosas herramientas diagnósticas al mismo tiempo que facilite que todos los participantes se encuentren cómodos.**

Se intenta crear una atmósfera de franqueza, informalidad, y libertad, sin dejar de mantener límites claros. El consultorio ideal permite ofrecer una atmósfera de tipo "living-room", incluyendo sillas confortables y un sofá no muy grande; varios juguetes blandos, papel y lápices o tizas de colores para los niños más pequeños. Desde el momento en que la familia entre en la habitación, tomaremos nota de una amplia y notable gama de conductas verbales no

no-verbales: la manera de saludar, de vestir, la apariencia, postura, el orden en que se sienten, sus gestos, contactos visuales y táctiles, los alineamientos familiares, las aparentes cercanías y distancias emocionales y físicas. ¿Quién se muestra enojado, triste, temeroso, indiferente, nervioso, apático o contento? ¿Donde se sienta el paciente identificado? ¿Cuál es su actitud? ¿Es su conducta típica para la edad, de acuerdo a su desarrollo físico, emocional, intelectual y sociocultural? ¿Cómo se relaciona verbal y no-verbalmente con cada miembro de su familia y con el terapeuta que lo interviene? Será de gran utilidad comparar las actitudes que se presentaron en entrevistas individuales. ¿Está ausente algún miembro importante? Estos son algunos de los muchos items accesibles a nuestra limitada percepción y movilizan todos nuestros sentidos ajenos a alcanzar, a detectar una fracción pequeña de lo que está sucediendo.

La siguiente secuencia sucedió durante los primeros cinco minutos de una primer entrevista e ilustra el rápido ritmo de algunas de estas primeras transacciones.

Tomás de 8 años de edad, es traído a la consulta debido a su conducta inmadura, enuresis y celos extremados de su hermano menor. Al entrar al consultorio observamos que Tomás está algo ansioso y agitado, se sienta en un sillón cerca de su madre, mientras el padre elige una silla del lado opuesto. Juan, su hermano de 4 años camina libremente por la sala y empieza a provocar a Tomás verbal y físicamente. En cuanto Tomás responde de manera similar, su padre reacciona, poniéndose tenso y entonces explica que Juan es juguetón y simpático, mientras acusa a Tomás de ser muy grosero, inmaduro y sin sentido del humor. En ese momento, la madre empieza a llorar y se acusa de haber sobreprotegido a Tomás por ser el primer hijo. El padre se hunde en la silla, parece cansado y disgustado, empieza a quejarse de sus largas horas de trabajo y su impaciencia por las exigencias de Tomás.

### Entrevista en el hogar.

En muchos casos una visita al hogar puede ser un excelente complemento durante la formación de los terapeutas. También al prestar servicios especialmente a familias menos privilegiadas que por la distancia o falta de transporte tengan problemas en visitar la clínica. En general, una visita al hogar nos ofrece información muy útil acerca del clima emocional del hogar y de su identidad sociocultural (9). También se pueden observar otras interacciones importantes como ser la familia extendida, empleados, amigos, vecinos y hasta con animales domésticos.

Este tipo de interacciones no sólo nos provee de considerable información acerca de pautas de maladaptación, sino que también nos puede indicar cuales son los recursos saludables existentes o de potencial curativo. Aún más, encontramos a menudo de gran valor, una visita a la escuela donde se puedan incluir observaciones de la clase, entrevistas y consultas con maestros y personal escolar.

### Estructurando la entrevista

Durante un período breve de bienvenida e introducciones, es importante estructurar la experiencia haciendo un resumen del plan diagnóstico. Para la mayoría de las familias reunirse como grupo y discutir de manera abierta problemas personales, en presencia de extraños, es una nueva experiencia. No debe sorprendernos que la familia se sienta tensa e incómoda al comenzar la primer sesión. Encontramos indicado que se concedan de 1 - 1/2 a 2 horas para un diagnóstico familiar (7). Esto incluye tiempo suficiente para una sesión inicial con todos los miembros presentes de unos 45 minutos, seguida de sesiones simultáneas individuales o de subgrupo. Una entrevista individual con el niño referido es casi siempre esencial pero puede ser postergada para otro día.

En todos los casos recomendamos que por lo menos unos pocos minutos puedan ser dedicados a una sesión de clausura con la familia para resumir impresiones, formulaciones preliminares y recomendaciones iniciales para intervenciones futuras.

Al conducir la conferencia inicial, debemos reconocer el balance

**del poder en la familia, los límites de autoridad, de roles y de funciones; en particular tratar de descifrar cual es el rol del paciente referido en el balance y la política de la familia.**

Cautela y tacto deben ser ejercitados al explorar "hasta donde", la familia está dispuesta a revelarse frente a los demás. El niño referido está posiblemente acostumbrado a que sus problemas sean discutidos a sus espaldas. La familia con frecuencia se incomoda con la idea de discutir la situación en presencia del "paciente". No es raro que la experiencia sea novedosa para él y le suela traer inesperado alivio.

Alicia es una adolescente de 17 años, con una historia de tratamiento psiquiátrico por abuso de drogas, promiscuidad, conducta impulsiva, tendencias suicidas. En la consulta inicial ofreció resistencia a una sesión con sus padres y hermanos menores, anticipando que la familia la acusaría de ser su único problema: los primeros minutos fueron tal como predijera, pero subsiguiente exploración reveló dificultades maritales de mucha duración y la presencia de conductas sintomáticas en varios miembros. Sus problemas no podían ya ser explicados como reacciones a los conflictos de Alicia. Mientras esta revelación movilizó considerable ansiedad e inquietud en la familia, Alicia tuvo una reacción de sorpresa y alivio. Aunque sospechaba no ser la única persona "enferma" en la familia, el "secreto" no se había hecho público hasta este momento.

Luego de una resistencia inicial, la mayoría de las familias abren sus "puertas" y comienzan a relatar la historia de sus quejas.

Al entrar en una fase interaccional generalmente uno de los padres se convierte en el portavoz. Con frecuencia esa persona tiene miedo de hablar, no sólo frente al paciente referido, sino también frente a los otros hijos, a quienes se les atribuye desconocimiento de la situación, sobre todo los más pequeños. Es importante apoyar al portavoz, estimulando la participación de los otros miembros. También se les recuerda que habrán oportunidades para discusiones en privado, si es necesario. Al mismo tiempo se los

estimula a manifestar sus preocupaciones y teorías acerca de las causas de los problemas. Participación de hermanos y de otros miembros de la familia a menudo revela material de crucial importancia.

Siguiendo el caso anterior:

Alicia tiene una hermana de 15 años, María, que es "la buena". La habían descripto como una muchacha sensitiva, inteligente, obediente, siempre dispuesta a ayudar a su familia, maestros y a los amigos. Insistían que era feliz, fuerte, de éxito escolar y social, madura y sin problemas. María reveló durante la sesión haber estado deprimida, frustrada y resentida. Expresó que por años se había ocupado de los trabajos de la casa, debido a que la madre pasaba mucho tiempo como voluntaria en organizaciones religiosas y de beneficencia. También reveló que el padre se aislaba con frecuencia leyendo a solas largas horas encerrado en su cuarto. Los hermanos menores dependían de María en las comidas, la ropa, para ayuda con los deberes de la escuela y con la disciplina. María anunció al final su intención de mudarse a casa de vecinos amigos, creando shock y confusión en sus padres. Los problemas de Alicia se tornaron menos centrales al hacerse manifiestos otros aspectos disfuncionales de la familia.

**Es importante reconocer que el paciente referido se siente en la "silla de los acusados", cuando su familia presenta sus problemas.**

Cuando invitamos a que la familia presente "sus problemas" es típico que uno de los padres sea el portavoz y el que recite todos los "cargos" que se le hacen al paciente referido. El ya sabe que la familia pide ayuda por su culpa. Es importante en ese momento poder dirigir el diálogo a todos los miembros, en un esfuerzo de obtener información acerca de cual es la estructura de la familia y que función juegan diversos miembros. Cuando es obvio que la familia acorrala al paciente referido, es importante ofrecer-

le apoyo durante la sesión, para neutralizar el ataque sin polarizarlos contra el resto de la familia. Debemos entonces asegurarle que deseamos escuchar sus opiniones frente a la familia, pero que también tendrá oportunidad de discutirlos de manera individual.

La presencia de niños pequeños que se expresan con gran honestidad, a través de acciones y juegos, es de suma importancia (6).

Suzy de 12 años, que es la mayor de 4 hermanos, es descrita por su madre como egoísta, irresponsable e insensible; alguien en quien no se puede confiar. Durante el comienzo de la primera sesión, Carlitos, de casi un año, se cae de una silla baja y comienza a llorar. Mientras la madre continúa su relato sin interrumpirse, Carlitos le extiende los brazos a Suzy, llamándola. Ella responde sin demora y lo tranquiliza cariñosamente. Más tarde los hermanitos revelan que esta no es una conducta habitual. Sin la presencia de Carlitos y sus hermanos de 5 y 8 años, esta importante información se hubiera perdido.

**En lugar de tratar de obtener una historia cronológica formal y se busca que el material histórico se desarrolle gradualmente.**

Al poco tiempo surge una expresión más espontánea de sentimientos con creciente tensión. Esto nos permite ser testigos de las reacciones de cada miembro; ver como manejan sus emociones y poder reconocer pautas familiares e individuales de defensa contra la ansiedad. A medida que las defensas se ablandan, se empieza a vislumbrar más claramente cual es el rol jugado por el paciente referido y el significado homeostático de sus síntomas en el contexto de la estructura y las funciones de la familia. Su desarrollo como individuo se comienza a ver en mejor perspectiva. También es posible ahora obtener la información histórica de los antecedentes de los padres, que pueda ilustrar cómo fue para ellos ser niños y adolescentes, lo cual nos ayuda a apreciar sus relaciones objetales tempranas, áreas de competencia y de carencia. Esto nos puede ayudar a comprender que modelo de identificación y de adaptación

están proyectando en el grupo familiar y en especial como se externaliza a través del paciente referido. ¿Cómo manejó cada miembro su fase de separación e individualización? ¿Respetan sus diferencias individuales o están simbiotizados o desconectados?. Ahora podemos empezar a reconocer áreas de fijación, de arresto o de regresión que tal vez parezcan más prominentes en el paciente identificado, pero que también se pueden percibir en otros miembros de la familia, cuyos conflictos ahora se ponen de manifiesto (12).

Es de utilidad poder dividir a la familia como un sistema social básico que tiene tres subsistemas. 1) Padres-hijos; 2) Marital y 3) Fraternal. En las familias con tres generaciones, incluiremos dos subsistemas más; 4) Abuelos-padres; 5) Abuelos-nietos. El clan familiar es de especial interés y típicamente incluye varias familias nucleares con intereses comunes y tradiciones fuertes. Poder reconocer las dinámicas funcionales y disfuncionales en los Subsistemas es de gran utilidad pronóstica. En los extremos vemos a las familias desorganizadas, caóticas y a las simbiotizadas. Con frecuencia encontramos en ellas la presencia de carencias o excesos en muchos aspectos de su economía. Es importante, no obstante, reconocer que aún las familias más patológicas tienen aspectos funcionales que deben ser reconocidos en uno o más de los subsistemas.

Al continuar el proceso, nuevas discrepancias e incongruencias se suelen poner de manifiesto, y que paradójicamente ayudan a aclarar el problema inicial. Es importante no tratar de profundizar el proceso demasiado rápido, llevándolo más allá del nivel que la familia está dispuesta a aceptar o tolerar en esta etapa de nuestra relación. El contrato inicial nos autoriza a examinar al hijo con síntomas de trastornos emocionales, de conducta o de aprendizaje y no es respetuoso abusar de esa autorización sin negociar una ampliación del contrato terapéutico. A medida que otras áreas de conflicto se hacen más claras, nuestra intervención debe mantener un clima de respeto, interés, franqueza, curiosidad, salpicado, si es posible con sentido del humor que no sea a costas de la familia. Los clínicos con experiencia funcionan como facilitadores, intermediarios, se prestan a veces como puentes de comunicación entre miembros de la familia (10), mientras consultan uno con el otro para compartir información, impresiones y emociones.

Debe dejarse para más adelante que uno de los clínicos se ponga del lado de un miembro de la familia. Así como el uso de confrontaciones, interpretaciones, debe ser excepcionalmente utilizado. Citando a Ackerman, diremos que haciéndoles cosquillas a las defensas de la familia probamos la receptividad de la misma con respecto al cambio terapéutico.

### **El terapeuta estimula sinceras expresiones de emoción**

Frecuentemente el paciente y otros miembros de la familia encuentran que las presiones aumentan hasta hacerse intolerables. Alguien que comienza a llorar con frecuencia precipita otras expresiones emotivas, incluyendo enojo, tristeza, culpa, miedo, confusión, delicadeza, excitación, hasta temer perder el control. A menudo miembros de la familia se confrontan o polarizan, atacando o defendiendo al paciente referido. Se ponen de manifiesto alianzas y coaliciones que no eran evidentes.

Luego de cerca de una hora con la familia, típicamente se alcanza una fase en la cual las áreas de conflicto se definen con más claridad. La familia se ha movilizadо lo bastante como para sentirse aliviados cuando se los invita a entrevistas separadas para individuos y subgrupos.

### **Es muy útil que la entrevista familiar inicial sea seguida por sesiones separadas**

El niño referido ha tenido oportunidad de participar en interacciones (aún cuando tal vez no lo aprecie aún) con clínicos que tratan de ser neutrales, con su familia, cuyos miembros han tenido la oportunidad de comunicarse abiertamente, no sólo acerca de los problemas que motivaron la consulta, sino también cubriendo otros aspectos históricos y actuales. El sabe que la información que tiene el terapeuta fue obtenida en forma directa en su mayor parte. Esto con frecuencia le otorga al profesional mayor credibilidad y facilita que el paciente pueda sentirse más cómodo y espontáneo en su sesión individual. Con frecuencia el niño actúa de manera distinta, a la que mostró antes.

Pedro, un niño de 10 años de edad, es descrito por sus padres como inmaduro, juguetón y enurético. Es un muchacho gordito, nervioso, quien en presencia de sus padres y hermanos hablaba con una voz infantil y plañidera. En la sesión individual se tranquilizó y pudo hablar de sus preocupaciones, de su familia, de sus amigos, de la escuela. Se condujo como un niño inteligente de 10 años, que reflejó estar interesado en asumir nueva responsabilidad por su enuresis y preguntó si existía la posibilidad de tratamiento.

La entrevista individual con el paciente nos ayuda a documentar más formalmente la evaluación diagnóstica. Al mismo tiempo le provee al niño la oportunidad privada de discutir sus puntos de vista acerca de su problema. La confidencialidad es un factor muy importante. El terapeuta tiene que utilizar un balance cuidadoso de juicio clínico, tacto y honestidad para proteger la confianza individual que le presta cada individuo o subgrupo familiar y al mismo tiempo debe de proteger la integridad de la familia. En consecuencia, gran cuidado deberá ser ejercido para facilitar que individuos puedan compartir material con otros miembros, para facilitar nuevos puentes de comunicación y posibles vías de negociación. La confianza del terapeuta puede ser mantenida en la medida en que se cuide de no crear nuevos "splits" en la familia. Es aquí cuando la discreción y el buen juicio clínico de los más expertos puede ofrecer un buen modelo de identificación en coterapia con los terapeutas en formación o de menor experiencia con "familias".

Sesiones por separado con familias, con el subgrupo de padres, de hermanos, de abuelos o de otro tipo, son planeadas de acuerdo a la estructura de la familia, tipo de problema, las impresiones del equipo, nivel de experiencia y muchos otros factores. A menudo es útil entrevistar a los hermanos juntos, antes de ver al paciente referido individualmente. Si bien se busca comprender a la familia como un "todo", también se definen las transacciones interpersonales, incluyendo diversas diadas, tríadas y coaliciones; no debemos perder de vista la importancia de cada individuo. Por

el otro lado, debemos tener presente el contexto histórico, social, cultural y étnico de la familia.

La Sra. Jones reconoció que algunas de las dificultades que tenía su hija de 8 años eran similares a las que ella tuvo de niña. Compartió que su madre todavía está muy envuelta en su vida personal y que tenía miedo de ser directa y franca con ella. La posibilidad de invitar a la abuela se comienza a negociar.

El Sr. Fernández nos dice que los desacuerdos y peleas que tiene con su esposa, acerca de como manejar la disciplina de sus hijos, están basados en que él tiene derecho, como Mejicano-Americano, a ejercer su autoridad de padre sin que interfiera la mujer. Su esposa también Mejicana-Americana, pero con más educación, de familia más liberal, argue que las ideas del esposo son demasiado rígidas. Exploración de la historia familiar aclara que actitudes aparentemente arbitrarias en el Sr. Fernández, cubrían duelos no resueltos, además de sus más obvios problemas de transición cultural que presentan muchos Mejicano-Americanos.

En el familia Smth, tres generaciones de mujeres han ejercido el liderazgo ejecutivo de la familia y son capaces de establecer fuertes coaliciones. A los hombres se les ve como débiles, sin recursos, inmaduros, irresponsables, inefectivos. El problema de Richard, que es un muchacho de 14 años, inseguro frágil, con una identidad sexual confusa y marcada ambivalencia con las mujeres se comprende más en el contexto de estos antecedentes.

El Sr. Albertson interfiere abiertamente con la autoridad de su esposa cuando trata de disciplinar a sus hijos. La critica sarcásticamente frente a ellos

y cancela sus restricciones. Las dos hijas adolescentes manifiestan conducta rebelde, con escolaridad deficiente, alcoholismo y posible delincuencia. Muy poca lealtad o cariño son reconocidos y se niegan toda clase de sentimientos tiernos. Cada miembro de la familia, por separado presenta información que refleja dolor por buenas intenciones rechazadas y con resentimiento porque sus esfuerzos no son recibidos o apreciados. Las coaliciones son inestables y típicamente se tratan de explotar los unos a los otros. Ninguno de los padres tuvo una niñez en una familia estable. Ambos crecieron entre divorcios múltiples, negligencia y maltrato.

#### Completando la primer entrevista diagnóstica familiar

Es necesario comenzar a integrar la información acumulada en las entrevistas, incluyendo los datos en la ficha de ingreso, además de informes previos de otras fuentes como educadores, psicólogos, pediatras, terapeutas, etc. Antes de finalizar la evaluación inicial, el equipo se reúne por breves minutos, para compartir impresiones, reacciones, emociones y planear recomendaciones. Es típico que los clínicos menos experimentados se sientan abrumados por el gran volúmen de información verbal y no-verbal, acumulada sin tiempo de procesar. No es raro que se sientan absorbidos por las poderosas fuerzas dinámicas de la familia, polarizándose hacia uno o más miembros. Es de gran utilidad el exámen de las contratransferencias, para comprender con más claridad cómo el equilibrio dinámico de la familia afecta ya no sólo a sus miembros sino que ahora también tratan de incorporar a miembros del equipo diagnóstico. También podemos ser testigos de cómo el paciente referido contribuye con su conducta al mantenimiento del equilibrio homeostático.

En la reunión de equipo, un joven residente sugiere que los padres de la adolescente de 15 años evaluada esa mañana deberían ser confrontados con la "normalidad" de su conducta, subrayando la necesidad de darle más libertad. En la sesión individual la joven le contó que el papá en especial, era muy estricto y arbitrario. El

residente se había identificado con la adolescente antes de darse tiempo de integrar la información de la otras entrevistas, donde aprendimos que la madre había interferido con la disciplina por muchos años, protegiendo a sus hijos por miedo a la posible reacción violenta de su esposo. La hija había admitido que tomaba alcohol y usaba drogas con frecuencia y que tenía activas relaciones sexuales con varios muchachos mayores. La vida monótona de la madre parecía animarse con las aventuras y confidencias de la hija. Por otra parte, su conducta rebelde forzaba la atención del padre, quien de esa manera nuevamente envuelto con la familia de manera activa, aún cuando fuera en el rol de perseguidor o rescatador. El padre por separado comentó que si no fuera que su presencia era esencial para proveer algún vestigio de orden y disciplina, él ya se hubiera alejado de la familia años antes . . .

La necesidad de integrar síntomas en un contexto histórico y actual necesitaba poner todos estos factores en un cuadro más completo.

#### La entrevista de clausura

Cuando el equipo diagnóstico concluye las entrevistas iniciales con la familia, una de las tareas más importantes será la de evaluar su motivación para un cambio, pudiendo identificar quién o quienes parecen más interesados. Es esencial evaluar la motivación antes de pasar a una fase de tratamiento. Idealmente podemos ver con más claridad cuales son los elementos funcionales y disfuncionales de la estructura familiar.

Después de haber estado cerca de dos horas en intensa interacción con el equipo, con frecuencia la familia consigue por sí misma, tener una nueva visión de sus dificultades, experiencia que surgiera en un clima de respeto, honestidad y flexibilidad.

Los síntomas que atrajeron nuestra consulta se pueden comprender mejor y tal vez ya sean aceptados como parte de la economía familiar. Esto no sucede cuando información esencial es suprimida, o existen tal vez secretos patológicos, manipulaciones o intimidaciones por miembros de la familia. En algunos casos el uso cuidadoso de confrontación e interpretación está entonces indicado. Este tipo de intervención puede precipitar a algo que puede ser de valor terapéutico, pero que requiere cuidadoso

“timing” y considerable auto-evaluación por parte del equipo terapéutico, ya que se arriesga el maltratar a la familia en una lucha de control. Un terapeuta que no tiene claros los límites de su rol y de su autoridad, puede confundirse y creer estar envuelto en una confrontación terapéutica, cuando en realidad está haciendo una actuación de sus fantasías de poder.

Durante esos minutos finales, el equipo debe presentar un resumen de sus impresiones y recomendaciones para tratamiento o ulteriores consultas, incluyendo otros estudios psiquiátricos, psicológicos, neurológicos, psicoeducacionales, así como sesiones extendidas de tipo diagnóstico, antes de entrar en una fase de tratamiento, no necesariamente terapia familiar.

En seguida de haber concluido la sesión familiar es muy útil que el equipo se reúna con un consultante o supervisor con el propósito de discutir diagnósticos, plan de tratamiento, descargar tensiones, discutir cualquier otro aspecto relacionado con el caso. También aquí pueden aclararse planes para otros estudios diagnósticos necesarios o del uso de otras alternativas terapéuticas.

#### La entrevista con la familia nos ofrece un contexto para entender mejor el nivel de desarrollo biopsicosocial del niño referido.

En muchos casos, una de las preguntas difíciles de contestar en el diagnóstico de problemas de conducta y emocionales, es el poder discernir hasta donde los síntomas son reflejo de conflictos biológicos o emociones individuales o representan patología interpersonal o social primaria.

Henry, un niño de 7 años de edad, fue traído a la consulta debido a su marcada inmadurez y el proceso lento en su desarrollo. El menor en la familia de 5 hijos, se le había asignado desde el comienzo el rol de “bebé”, papel que parecía jugar muy bien. Si bien sería fácil acusar a los padres, hermanos y abuelos, por haber reforzado la conducta infantil del niño, todos estos años, también fue importante reconocer la conjunta participación de los factores biológicos reflejando inmadureces

neurofisiológicas no totalmente atribuibles a la actitud de la familia.

La entrevista familiar también nos ayuda a evaluar las reacciones de la familia con los otros hijos. ¿Saben los padres reconocer y respetar las necesidades básicas de sus hijos, a medida que se desarrollan? ¿Qué hacen cuando un niño es diferente? ¿sobrestiman o subestiman la capacidad de sus hijos para razonar, sentir o decidir como personas autónomas? ¿Reflejan los padres tener una fuerte o débil coalición entre ellos? ¿Qué clase de matrimonio tienen? ¿Es el liderazgo horizontal o vertical? ¿Cuales son las reglas que regulan la comunicación? ¿Hay secretos? ¿Cómo se expresan las emociones? ¿Son aceptadas? ¿Tiene edad o sexo algún significado especial en esta familia? ¿Qué capacidad tiene la familia para resolver problemas y crisis? ¿Qué nivel de conexión tienen entre sí, o con las familias de origen, amigos, núcleos sociales, vecinos, escuela, iglesias, clubs, etc? ¿Qué visión tiene la familia de su destino y el destino de sus hijos? Estas y muchas otras preguntas nos debemos hacer si es que habremos de apreciar la enorme complejidad y riqueza del sistema familiar que tiene enorme potencial curativo, así como patogénico.

#### Algunos comentarios finales

La entrevista diagnóstica de la familia nos provee con un marco referencial de gran valor clínico. Como terapeutas, el tener una orientación de sistemas nos ofrece una visión global muy práctica. Creo no obstante, que no debemos limitar nuestro armamentario terapéutico a la terapia familiar. El uso indicado de técnicas individuales y grupales aplicadas con flexibilidad y competencia es también esencial, así como estar familiarizado con terapias de drogas, de conducta y educacionales y diferentes formas de intervención terapéutica.

#### Bibliografía

- (1) WILLIAMS, F. (1968) "Family Therapy". In modern Psychoanalysis edited by Judd Marmor. Basic Books, Inc., New York. p. 387-406.
- (2) AUERSWALD, E. (1968) "Interdisciplinary Versus Ecological Approach". Family Process, Vol. 7, Nº 2, p. 202-215.

- (3) FRAMO, J. (1972) "Symptoms From a Family Transactional View Point" Sager and Kaplan, Progress in Group and Family Therapy, Brunner-Mazel, New York, p. 271-308.
- (4) ACKERMAN, N. (1970) "Family Psychotherapy and Psychoanalysis: The implications of difference". Family Process, Basic Books, New York, p. 5-18.
- (5) STEDMAN, J., GAINES, T., MORRIS, R. "A Study of Conceptualization of Family Structure By Experienced Family Therapists". Family Therapy, Volume VI, number 3, 1979, N.Y., p. 137-143.
- (6) ZILBACH, J., BERGEL, E., and GASS, C. (1972) "The Role of the Young Child in Family Therapy" Sager and Kaplan, Progress in Group and Family Therapy, Brunner-Mazel, New York, p. 385-399.
- (7) SERRANO, A. (1974) "Multiple Impact Therapy with Families - Current Practical Applications" In Hardy, and Cull. Techniques and Approaches to Marriage and Family Counseling, Charles Thomas, Springfield, p. 143-158.
- (8) WHITAKER, C. and NAPIER, A. (1972) "A Conversation About Co-therapy" FARBER, A., MENDELSON, M. and NAPIER, A. The Book of Family Therapy, Science Houser New York, p. 480-506.
- (9) ACKERMAN, N. (1966) "Family Therapy" in Arieti's Handbook of Psychiatry, Basic Books, New York, Vol 3, p. 201-210.
- (10) ZUK, G. (1971) "Family Therapy: A Triadic-Basic Approach" Behavioral Publications, New York, p. 43-82.
- (11) MAC GREGOR, R., RITCHIE AGNES, SERRANO, A.C., et al (1964) "Multiple Impact Therapy with Families" McGraw Hill, New York, p. 200-210.
- (12) SERRANO, A., McDANALD, E., GOOLISHIAN, et al (1962) "Adolescent Maladjustment and Family Dynamics" American Journal of Psychiatry, Vol. 118, Nº 10, p. 897-901.

---

**Tratamiento de corta duración de impotencia basado en un modelo de identificación proyectiva.**

---

**ILDA FICHER \***  
**CHERYL BIEMER \*\***

---

Algunas tendencias recientes en la literatura que existe sobre terapia para problemas sexuales, acentúan la importancia que tiene el comprender tanto las causas inmediatas como las raíces subyacentes de las disfunciones sexuales. Este trabajo sugiere que un mecanismo subyacente que frecuentemente existe y opera en parejas para crear y mantener dificultades sexuales, es la identificación proyectiva. Se presenta acá un caso en el que se aplica un modelo de terapia de corta duración para parejas, propuesto por Greenspan y Mannino (4) y basado en identificación protectora. Se trata de un caso de impotencia. El tratamiento se aplicó durante un período de cinco meses e involucró tanto la interpretación de algunos componentes inconscientes del problema como el aporte de diálogos guiados en las sesiones con el objeto de clarificar mutuas distorsiones perceptivas. El follow-up, tres meses después de la terminación del tratamiento mostró que no

\* Es profesora del Departamento de Ciencias de la Salud Mental, Hahnemann Medical College.

\*\* Es profesora ayudante del Departamento de Ciencias de la Salud Mental, Hahnemann Medical College.

existía evidencia de otras dificultades sexuales y un más alto nivel de satisfacción marital en todos los sentidos.

Hace unos años, la psiquiatría tradicional, ha puesto el acento en tratamientos de larga duración de las disfunciones sexuales, a través de la comprensión y resolución de causas intra-psíquicas remotas, en tanto que ignoraba esencialmente las precipitantes inmediatas del problema. Por otro lado, muchos de los nuevos enfoques terapéuticos se han centrado en la rápida modificación de las precipitantes inmediatas de la disfunción sexual, tendiendo a ignorar las causas más remotas. Helen Kaplan (5) acentúa la importancia de elegir un enfoque multi-causal para comprender y tratar las dificultades sexuales y dice:

Si el clínico que trata dificultades sexuales va a ir más allá del rol de técnico que administra sus remedios en forma mecánica. . . si va a trascender el "centro sensible" (sensate focus) y "exprimir" (squeeze), debe, además de comprender y desarrollar habilidades para modificar las causas inmediatas de la disfunción sexual, ganar insight de la dinámica de las muchas causas más profundas de las cuales brotan las dificultades sexuales y debe desarrollar las habilidades terapéuticas necesarias para modificar las raíces más profundas de la dificultad, si es necesario (p. 67).

Un enfoque como este caracterizado por Kaplan (5) ha constituido desde hace mucho la base para el tratamiento de la disfunción sexual en la Clínica Psiquiátrica Van Hammett del Hospital y Colegio Médico Hahnemann. Se nos ha hecho evidente, que la disfunción en si misma es frecuentemente sólo la parte visible del iceberg y que algunas dificultades sexuales subyacentes son a veces conflictos intra-psíquicos inconscientes que derivan de tempranas experiencias familiares de ambos miembros de la pareja. Estas tempranas relaciones íntimas contribuyen a determinar la manera como cada cónyuge es visto o percibido por el otro en el presente. El mecanismo psicodinámico que es frecuentemente operativo en este proceso es la identificación proyectiva, mecanismo por el cual algunos conflictos internos son transferidos a formas concretas de percibir y comportarse en relaciones cer-

canas. Desde que el término fuera usado por primera vez por Melanie Klein (6) muchos autores se han referido a él bajo una cantidad de diferentes denominaciones. Wynne (7) se refiere al mismo como "comercio de disociaciones" (trading of Dissociations), Dicks (3) como "proceso colutorio inconsciente" "unconscious collusive process", Bowin (2) "proceso de proyección familiar" y Boszormenyi-Nagy (1) como "amalgama o fusión" (merging). Un mecanismo tal como la identificación proyectiva consiste en una cantidad de defensas específicas (ej. identificación, proyección, negativa y desplazamiento) pero el rasgo más importante de este mecanismo, tal como aparece en parejas, es que cada uno de los miembros de la misma proyecta en el otro atributos que frecuentemente están más relacionados con sus propias imágenes internalizadas del sexo opuesto que con el verdadero comportamiento del cónyuge. Esto puede resultar en distorsiones perceptivas del uno por el otro y en secuencias de interacción que tienden a repetir cada una de sus relaciones íntimas previas. Esto, hasta un cierto punto, se verifica en la mayor parte de las parejas, pero allí donde las experiencias previas hayan sido destructivas, el proceso de identificación proyectiva puede resultar un daño para la relación conyugal y un desarrollo de sintomatología en uno de los cónyuges.

Para aplicar tal marco de referencia al tratamiento de la disfunción sexual, no es necesario que se aplique el enfoque tradicional de larga duración para manejar los conflictos internos de cada uno de los individuos y trabajar para acercarse a la resolución intra-psíquica. Nuestra experiencia ha demostrado que el mismo puede utilizarse dentro de un modelo de terapia de parejas, de corta duración. Greenspan y Mannino (4) han propuesto un modelo general para intervención breve en parejas, basado en identificación proyectiva. Según el mismo, el terapeuta interviene con alguna interpretación de los componentes inconscientes responsables de las falsas percepciones y ayuda a los miembros de la pareja a advertir el uno en el otro conductas que no habían percibido previamente.

Presentamos en este documento un caso de importancia tratado en nuestra clínica en el cual el mecanismo de identificación proyectiva, al actuar hasta cierto punto en ambos miembros de

la pareja, jugó una parte importante en la creación de la disfunción sexual y nos proponemos demostrar cómo un enfoque de tratamiento como el sugerido por Greenspan y Mannino puede aplicarse con éxito en casos en que la dificultad sea de orden sexual que provocara la consulta y contribuir a lograr percepciones más ajustadas a la realidad, del comportamiento del cónyuge. El curso del tratamiento sobre el que se informa, se extendió durante un período de cinco meses e incluyó un total de 16 sesiones. Se vió a la pareja junta en once ocasiones y se llevaron a cabo cinco sesiones individuales. Estas tuvieron lugar durante el primer mes de tratamiento para obtener información detallada de la historia familiar y sexual de ambos cónyuges. Terapeuta: una psicóloga de 32 años en el último año de preparación para su doctorado.

#### Caso de referencia

El matrimonio S, es una pareja de color, de 26 años con seis meses de casada. El marido es un hombre buen mozo y bien vestido que ha terminado sus estudios superiores y está completando su M.B.A.

La señora S, es una mujer muy atractiva con todo el aspecto de una modelo profesional. Han tenido relaciones sexuales satisfactorias previas al matrimonio y durante su viaje de bodas, pero desde entonces, el Sr. S ha estado teniendo dificultades cada vez mayores para mantener erección cuando trataban de mantener una relación sexual. No han tenido éxito durante sus intentos de mantener relaciones sexuales durante las tres semanas previas a su primera cita en la clínica. Se presentaron como una pareja con alto nivel de compatibilidad que no tenía dificultades excepto "el problema de él con las erecciones".

Lo que se tornó claro ya en las primeras sesiones, a medida que se obtenía información sobre la historia de ambos es que los dos habían tenido experiencias anteriores con el sexo opuesto que estaban afectando las percepciones que tenían el uno del otro y que estaban "fusionándose" (merging) para crear y mantener el problema de impotencia. La señora S. había tenido una serie de experiencias destructivas con los hombres desde sus primeros a-

ños de edad. Recordaba que a los 3 años de edad había descubierto a su padre y a una mujer desconocida mientras estaban en la cama y que había contado esto a su madre. Este hecho motivó una pelea entre sus padres después de la cual el padre dejó el hogar definitivamente para vivir con la otra mujer. Las experiencias más tempranas de la señora S en cuanto a sexualidad, por lo tanto, estaban asociadas con rechazo subsiguiente. Más adelante, a los 12 años, su madre la envió a vivir con su tía y su tío en Italia lo que fue el comienzo de una relación incestuosa y abusiva en el curso de la cual la Sra. S fue obligada a mantener relaciones sexuales con su tío durante un período de 9 meses. A esto siguió un desafortunado primer matrimonio, a los 19 años, con un hombre con el que nunca pudo alcanzar el orgasmo. Ella describía la relación sexual con ese hombre diciendo "No quería que me tocara".

Los efectos de estas experiencias se hicieron evidentes durante las primeras semanas de tratamiento cuando la pareja comenzó a hablar respecto de la impotencia y de lo que sentían frente a ella. La Sra. S evidenció una depresión más y más acentuada, faltó a algunas sesiones sin razón aparente y se tornó cada vez más renuente a involucrarse en cualquier contacto íntimo con el Sr. S o a tratar de colaborar para resolver el problema.

Durante las sesiones de pareja, las descripciones que ella hacía de cómo percibía al Sr. S correspondían estrechamente a una condensación de sus descripciones previas de su padre y de su tío. Habló de sentirse "rechazada y traicionada" por el Sr. S, de sentirse "intimidada cuando él me toca", de considerar al sexo "sucio y desagradable", de "me pregunte siempre si él va a forzarme a hacerlo y nunca se qué responderme" y de "una pared que se interpone entre nosotros cuando intentamos tener una relación sexual". En un sentido, la impotencia la había protegido de tener que enfrentar estos sentimientos ambivalentes y muy llenos de carga respecto de las relaciones sexuales. En el curso de las sesiones, a medida que se hablaba de estos sentimientos, ella se tornó más capaz de discriminar entre sentimientos previos y aquellos que realmente existían en el presente en su marido. Esto se logró a través de un diálogo continuo que mantuvo la pareja en el curso del cual ella tuvo la oportunidad de revisar y clarificar con el Sr. S hasta qué punto sus percepciones (de ella) se ajustaban a la reali-

dad de la situación y cómo (ella) estaba distorsionando lo que ocurría. Las intervenciones de la terapeuta tenían como objetivo el esclarecer los posibles orígenes de esas percepciones y se intercambiaban en momentos apropiados del proceso.

En cuanto a los antecedentes aportados por el Sr. S, éstos incluían un pobre modelo de rol paterno. En efecto, en su concepto su padre había sido un hombre apartado, distante, siempre regañado por su mujer, informó también sobre el hecho que su familia había establecido muy altos standars para él —en el sentido que esperaba que alcanzara metas muy ambiciosas— y que nunca estaba satisfecha con lo que él lograba, habló de una madre por él percibida como regañona, sermoneadora y que había generado en él un enojo considerable hacia las mujeres en general, también relató que había sido rechazado y humillado por la mujer con la que previamente a su actual matrimonio, había estado seriamente involucrado. Declaró enfáticamente durante todo el relato que hizo de su historia “no haber sentido nunca cercanía con alguna mujer”. En el caso del Sr. S, la impotencia parecía servir como una forma de expresar su ambivalencia, temores e ira hacia las mujeres y sus temores de ser nuevamente rechazado. Gradualmente él pudo darse cuenta de hasta qué punto sus experiencias anteriores estaban afectando sus percepciones sobre su mujer y pudo ver que su conducta real estaba siendo distorsionada para adecuarla a sus expectativas con respecto de las mujeres y para afectar su habilidad en el desempeño sexual. Esto se logró a través de diálogos que mantuvo con su mujer durante las sesiones en las que pudo clarificar la exactitud de sus percepciones con respecto a ella y a la relación de ambos.

Durante los primeros cuatro meses de tratamiento, el matrimonio S no intentó el tener relaciones sexuales debido a la depresión periódica de la Sra. S. a la ansiedad creciente respecto de las relaciones sexuales y a la recomendación de la terapeuta en el sentido de que se abstuvieran de tratar nuevamente hasta que ambos se sintieran dispuestos y cómodos para hacerlo. La depresión de la Sra. S comenzó a ceder gradualmente a medida que ganaba insight del origen de sus sentimientos respecto de las relaciones sexuales y a medida que sus percepciones del Sr. S cambiaban. Al finalizar el cuarto mes de tratamiento, ambos sintieron que es-

taban preparados para abordar directamente su problema sexual y se les asignó el que realizaran en su hogar ejercicios placenteros no exigentes. Esto se hizo para que pudieran encontrarse cómodos otra vez en una situación de contacto íntimo para disminuir la ansiedad que ambos experimentaban respecto de sus continuos fracasos sexuales. Estos ejercicios movilizaron algunos de los temores previos de la Sra. S respecto del contacto sexual y ella informó en una sesión “sentirme como un trozo de hielo cuando él me toca”. A medida que estas impresiones emergían se las abordaba y trataba en las sesiones de pareja en la forma previamente descripta y comenzaron a ceder de manera notable.

Un incidente que tuvo lugar a comienzos del quinto mes de tratamiento sirvió para arrojar luz sobre un componente adicional del problema y constituyó el comienzo de su resolución final. La pareja pasó su primer fin de semana lejos de casa, desde el comienzo del tratamiento y durante ese fin de semana tuvieron varias relaciones sexuales satisfactorias. Informaron que todo había sido exactamente igual que antes de que se casaran y que ninguno de ellos había experimentado nada de la incomodidad habitual. Al volver a casa, sin embargo, ambos sintieron las mismas ansiedades y fueron renuentes a tratar de tener intercambio sexual. En el curso de las siguientes sesiones se exploraron y clarificaron las diferencias que podrían determinar el tener relaciones sexuales fuera de la casa o en ella.

Esto aceleró la comprensión, por parte de la Sra. S del hecho que durante toda su vida ella había estado incómoda respecto de tener relaciones sexuales “en casa”. Esto había funcionado así tanto durante sus citas como con su primer marido. Ella pudo entonces explorar cuáles eran sus asociaciones con las relaciones sexuales “en casa” y los pensamientos relacionados con su hogar. Un segmento tomado de la última sesión de la pareja nuestra en qué forma habían variado las percepciones que ambos tenían del problema y que tenían el uno del otro:

*Sr. S:* Ahora sé cosas respecto de — que antes nunca supe, como hasta qué punto puede deprimirse y también sé que ella es realmente diferente de las otras mujeres que he conocido y que puedo confiarle lo que siento.

También advierto cómo lo que ocurrió a ambos en el pasado es la verdadera causa del problema que yo pensé que sólo yo provocaba.

*Sra S:* Creo que sólo ahora puedo entender qué es lo que ha estado molestándome y también que eso mismo ya no tiene tanto poder sobre mí. Aún me deprimó algunas veces pero ahora puedo comprender mejor porqué esto ocurre. Si no hubiéramos recurrido al tratamiento, probablemente yo hubiera resuelto mis problemas buscando una relación sexual fuera del matrimonio como lo hice cuando estuve casada anteriormente.

El follow-up con la pareja tres meses después del fin del tratamiento no evidenció que existieran otras dificultades sexuales mostrando, en cambio, que ésta había alcanzado un alto nivel de satisfacción conyugal en todos los aspectos.

#### Comentario

El caso precedente sirve para ilustrar cómo es factible y a la vez eficaz el tratar un caso multi-determinado de impotencia en terapia de pareja intensiva y de corta duración. El método utilizado incluyó algo de interpretación de los componentes inconscientes y diálogo guiado en las sesiones dirigido a clarificar mutuas distorsiones. El resultado satisfactorio en este caso parece haber sido incrementado por diversos factores. La pareja recurrió al tratamiento poco después que la disfunción sexual se tornara aparente y, por eso fue posible la intervención antes que se estableciera firmemente un ciclo de fracaso y frustración mutua. Esto se menciona no como una pre-condición necesaria para la aplicación de tal enfoque sino como ciertamente beneficiosa. Es importante el hecho también que ambos fueran individuos verbales inteligentes con un funcionamiento esencialmente intacto del ego. La última de estas características es de capital importancia en la aplicación del modelo sugerido tal como también lo enfatizan Greenspan y Mannino (4). Podría dudarse más en encarar una interpretación directa de material inconsciente en individuos con psicopatología subyacente más severa. Si ese fuera el caso, la recolección de información histórica detallada de ambos miembros

de la pareja es un importante primer paso en el proceso de tratamiento. El aporte de ese marco referencial también provee la necesaria entrada en la comprensión del terapeuta de los componentes genéticos de la disfunción así como de sus precipitantes inmediatos.

La aplicación del modelo de referencia también requiere un conocimiento de la habilidad de cada uno de los miembros de la pareja para asimilar material genético doloroso. Esto, por supuesto, se verifica en toda terapia, pero es particularmente importante en un enfoque de corta duración. El curso del tratamiento de la pareja S involucró una aceptación inicial, por parte del terapeuta, de la comprensión que ellos tenían del origen del problema puramente como "el problema de él con respecto a erecciones" y sólo una gradual introducción de los componentes genéticos y relacionales. La fluctuación o desplazamiento del centro (focus) fue lograda con resistencia inicial para alcanzar después una aceptación creciente. Numerosos encuentros no se llevaron a cabo, algunos fueron cancelados durante el curso del tratamiento y esto fue visto por la terapeuta como la forma que tenía la pareja S de ralentar el proceso para que éste se correspondiera con su habilidad para asimilar el material que se conversaba. Puede ser visto como una forma de resistencia, pero aparentemente una forma de resistencia necesaria. Las sesiones a las que la pareja no concurren fueron manejadas con aceptación y una actitud flexible en el sentido de fijar otra fecha por parte de la terapeuta. Existía acuerdo anterior al tratamiento en el sentido que la pareja pagaría por todas las sesiones programadas.

La utilización exitosa del modelo en este caso no intenta sugerir que éste puede o debiera utilizarse en todos los casos de impotencia u otras formas de disfunción sexual. Un análisis detallado de las precipitantes inmediatas y subyacentes es un primer paso necesario frente a la elección de cualquier técnica terapéutica específica y, en muchos casos un más directo enfoque de la conducta puede, de hecho, ser el tratamiento de elección. La posición que se ha tomado en este documento es que, en ciertos casos, en que el proceso de identificación proyectiva está actuando en los miembros de la pareja para crear y mantener una disfunción sexual, el modelo de corta duración propuesto por Greenspan y

Comunmente, no es un hombre histérico ni una mujer histérica el único miembro neurótico de una familia. Una disposición a la alarma o ligera inquietud por parte de padres y parientes solo lleva a la excitación del paciente o su disposición a producir síntomas aun más intensos. Si por ejemplo, un ataque tuvo lugar varios días a la misma hora, la madre del paciente espera uno similar nuevamente para la misma hora del día siguiente. Pregunta con temor a su criatura si ya se está sintiendo mal otra vez, y produce de este modo, con seguridad, el evento temido. Solo en los casos más raros se logra llevar a los familiares a que afronten con total tranquilidad y aparente indiferencia el ataque histérico del hijo. La regla es que el medio familiar debe ser sustituido, durante un tiempo, por una institución médica, a lo que se resisten habitualmente los familiares mucho más intensamente que los propios pacientes". (Freud, 1888, en su época preanalítica).

Pese a que en ese momento Freud sostenía en líneas generales la posición de Charcot respecto a la etiología hereditaria de la histeria, no podía dejar de percibir con su aguda mirada el papel de la familia. Aquí, las relaciones familiares juegan un rol, si no etiológico, por lo menos reforzador del síntoma.

Algún tiempo después, en 1893 ya empieza a evidenciarse en Freud la tendencia a prestar mayor atención a los factores internos que a las dificultades interpersonales en la familia. Así, en el caso Emmy, podemos encontrar su afirmación de que en los pacientes las ideas y los propósitos se contraponen entre sí. Con todo, esta es también la época en la que se desarrolla la teoría de la seducción.

Esta teoría surgió de las historias vitales de pacientes que le contaban recuerdos infantiles acerca de las seducciones sexuales por parte de los adultos. Los pensamientos y sentimientos ligados a estas vivencias eran reprimidos fuera de la conciencia y transformados en síntomas somáticos. Freud supuso que el síntoma representaba el trauma en forma simbólica, pero que era al mismo tiempo utilizado para dominar y manipular personas importantes para el paciente, esto es, obtener beneficios secundarios. Al desechar esta teoría, Freud se inclinó definitivamente hacia el estudio de los factores intrapsíquicos, del conflicto interno del que el síntoma sería la resultante.

Si bien, como todos sabemos el pensamiento de Freud continuo desarrollándose en nuevas y fructíferas direcciones a lo largo de toda su vida, queda en firme la tendencia a dar prioridad a los conflictos internos, particularmente en sus aspectos inconcientes, como determinantes del síntoma. Aunque ciertamente prestó atención a los factores externos en su esquema de las series complementarias, debemos decir que estos fueron conceptualizados sobre todo en tanto moldeadores de las experiencias infantiles y disparadores traumáticos de la sintomatología presente. No prestó suficiente atención, en cambio, al contexto actual que permite y promueve el mantenimiento de la conducta sintomática.

Quedó para otros explorar las condiciones ambientales que favorecen la aparición del síntoma y lo mantienen. Recién a partir de los trabajos comenzados en 1954 por el grupo de Bateson, se estudiaron el forma sistematizada la incidencia de las relaciones actuales sobre la conducta sintomática y su reforzamiento.

No vamos a profundizar sobre la teoría freudiana, por ser esta audiencia, perfectamente conocedora de la misma. Nos gustaría en cambio, ahondar un poco más, en las características de la visión interaccional sobre la conducta sintomática, Haley en particular.

Haley define el síntoma como un tipo de comportamiento que forma parte de una secuencia de actos entre diversas personas, en consecuencia, es una etiqueta, una cristalización de una parte de una secuencia en una organización social.

Se puede pensar en síntomas tales como "depresión" o "fobias" en términos de contratos entre individuos y por lo tanto actos adaptativos a relaciones. Se pueden describir los síntomas, como actos comunicacionales que cumplen una función en el red interpersonal.

El síntoma es una analogía que tiene como referencia a los múltiples aspectos situacionales de la persona, incluyendo su relación con el terapeuta. Desde el momento que la conducta del paciente es una respuesta a su situación con sus íntimos, la situación debe cambiar si la comunicación cambia y viceversa.

Para Haley, la pareja es en realidad una tríada pues es definida incluyendo o excluyendo a un tercer miembro. Si uno piensa en unidades compuestas por tres personas, el matrimonio no exis-

te como entidad independiente. Para describirlo debemos incluir un observador, un terapeuta, un padre, un hijo o cualquier otra tercera persona.

Si una tercera persona es activada regularmente para estabilizar a una díada, la unidad deja de ser diádica, para ser, por lo menos, una tríada. En este punto de vista la unidad entonces se transforma en una unidad de tres personas. Por ejemplo, si un marido y su mujer se comunican regularmente uno con el otro, a través de un hijo, "la pareja" son tres. La observación que un hijo con síntoma estabiliza (equilibra) a la díada marital llevó a la idea de que la unidad básica de la terapia de familia debería componerse de padres e hijo. Estas observaciones fueron ya hechas por Gregory Bateson en el libro "Navon" describiendo culturas primitivas, en 1956.

En la teoría psicoanalítica se sostiene que el Complejo de Edipo es un punto focal en la etiología de las perturbaciones psiquiátricas. Como ya lo dijéramos, Sigmund Freud llegó en un momento, a la conclusión de que la historia era el resultado de ataques sexuales perpetrados en el paciente por parientes mayores. En este sentido él proponía la existencia de rupturas generacionales que no debieron ocurrir, y por haber sido un acto secreto, podría ser considerada una coalición encubierta intergeneracional.

Cosa rara en él, Haley dice que gracias a Freud uno puede descubrir esta pauta en la mayoría de los dramas y ficciones que la humanidad disfruta.

Podemos afirmar entonces que Haley considera buena parte de los síntomas como fragmentos cristalizados de una secuencia comunicativa en un sistema caracterizado por coaliciones intergeneracionales encubiertas. En el caso Dora, por ejemplo, es bastante sencillo aplicar un punto de vista según el cual la conducta sintomática de la paciente forma parte de una secuencia de interacciones entre padre, madre y el matrimonio K, y es muy evidente también la coalición entre el padre y la paciente.

Es importante destacar que en la medida en que el síntoma aparece como un fragmento destacado de una estructura compleja en la que se den simultáneamente muchos niveles de comunicación, también es posible decir que el síntoma está multideterminado, pero desde el afuera, desde la red que constituye al individuo y a la que este contribuye.

En síntesis, tanto en Freud como en el enfoque sistémico se hace justicia a la complejidad de la estructura de la que el forma parte, sólo que en cada concepción las estructuras que se miran son distintas: una es "interna", la otra "externa". Esta diferencia en la mirada lleva a enfoques terapéuticos muy distintos: en el primero se trata de evitar toda interferencia de los íntimos del paciente, de modo que se pueda trabajar sobre el develamiento del sujeto y su interioridad; en la segunda se presupone que no hay cambio posible para nadie sin cambios simultáneos en su contexto. Por lo tanto la unidad conceptual de operación no es nunca un individuo.

Este viraje de la unidad individual a lo social de dos o más personas, tiene consecuencias para el terapeuta, ya que lo obliga a considerarse como parte de la unidad social que contiene el problema o síntoma.

En tanto Freud afirmaba que el hombre es impulsado por fuerzas inconscientes internas que es incapaz de controlar, el punto de vista actual en terapia familiar también afirma que el hombre es impulsado sin control, pero por la gente en torno a él en el sistema que habita. Quizás esto reduzca aún más la perspectiva que el hombre tiene de sí mismo, porque la "causa de su conducta" ya ni siquiera está en su interior, sino en su contexto. Empero, este punto de vista también implica que él participa, al crear ese contexto.

Los dos enfoques no se excluyen entre sí, puesto que se refieren a órdenes de fenómenos diferentes y son producto de épocas diferentes. Con todo, es curioso que desde el enfoque interaccional sea posible descubrir una vez más el genio de Freud, esa increíble capacidad de observación que le permitió convertirse también en pionero de un campo que no estaba destinado a explorar.

#### Bibliografía

- FREUD, SIGMUND: "Obras Completas".
- HALEY, JAY: "Problem Solving Therapy" - Jossey-Bass, 1977.
- "Toward a Theory of Pathological Systems" in "Family

Therapy and Disturbed Families”.

Editado por Gerald H. Zud y Ivan Boszormenyi-Nagy.

- SANDER, FRED: “Familia y Matrimonio en los Escritos de Sigmund Freud”, Familien und Dynamik, 1978, N° 2.
- SLIPP, SAMUEL: “Factores Interpersonales de la Histeria; la Teoría de la Seducción de Freud y el Caso Dora”.  
Journal American Academy of Psychoanalysis 1977, N° 3.

---

ATENEEO CLINICO

---

INTEGRANTES

Dr. Alberto Serrano  
Dr. Sebastian Kraemer  
Dr. Carlos Díaz Usandivaras  
Dra. Marta Bekey  
Dr. Alfredo Canevaro  
Lic. Rofolfo Urribarri  
Dr. Rafael Skiadaressis

---

Los datos de la historia familiar fueron extraídos de una entrevista grabada en video-tape a una familia de cuatro miembros, con la coordinación de los Dres. Carlos Díaz Usandivaras y Alberto Serrano. Los demás integrantes del panel participaron de la misma como observadores simultáneamente.

**Composición del grupo familiar:****Madre:** Marta 55 años**Padre:** Raúl 61 años**Hijo:** Pablo 27 años**Hija:** Alicia 22 años**Historia de la familia:**

Los padres llevan 35 años de casados.

Motivo de la consulta: La madre consulta por problemas afectivos de la hija solicitando tratamiento psicológico para la misma.

En la primera entrevista con Alicia, ante el tipo de problemas planteados, se le propone tratamiento familiar el que es aceptado por el grupo; posponiendo la terapia individual de Alicia para un momento posterior.

**Desarrollo de la sesión familiar:**

El primer tema que aparece es una referencia a la llamada "la mejor época de la familia".

En el año 1967 viajaron todos a EE.UU por el trabajo de Raúl, pero éste se vuelve un año después, dos años más tarde regresan la madre y Alicia, Pablo es el último que regresa tres años más tarde.

El transcurso de la sesión va perfilando el conflicto de la pareja de los padres, que ocupa prácticamente todo el campo, quedando reducidos los hijos a meros expectadores. Ellos tienen dificultad para acercarse a sus padres planteando problemas por miedo a ser mal interpretados y desencadenar una crisis con la madre.

Marta activa y enérgica, es la que toma la palabra con mayor frecuencia, exponiendo sus quejas en forma permanente. Raúl, en el relato de su esposa es descripto como alguien "con quien no se puede contar", alcoholista, sádico, extremadamente celoso, "que hace 30 años se dedica a humillarla".

En la sesión Raúl aparece como alguien desdibujado, empujado y resignado, que reconoce haber pasado un período de

alcoholismo, del que, y por sus propios medios se ha recuperado.

Llevan 35 años de casados, y según Marta, 25 años sin contacto sexual, hecho que se contradice con la edad de Alicia (según observa Raúl) quien tiene 22 años.

Marta dice ocuparse mucho de su familia: "para mí, es lo más importante". Tiene reacciones emocionales muy intensas (en las que surge un gran resentimiento hacia su esposo) que desembocan en peleas. Franca, extrovertida, habla mucho sobre quejas y reproches referidos a su situación matrimonial.

Es huérfana de padre desde los 6 años, vivió entonces con su hermana y su madre la que no volvió a formar pareja.

La madre de Marta convive con el matrimonio durante varios años hasta su fallecimiento. Marta trabajó durante años como voluntaria en un hospital y ha tenido varias actividades laborales con bastante éxito, que por alguna razón, abandonó sucesivamente. En su opinión estos abandonos se debieron a la influencia de Raúl, que le hacía muy difícil desenvolverse con eficiencia debido a sus excesivos celos; le hacía escenas donde la acusaba de inmoral.

De acuerdo a lo manifestado en la entrevista, el primer conflicto grave de la pareja de los padres es una supuesta relación extramatrimonial, sucedida hace muchos años, de Raúl con la muca de la casa; de la que es testigo la madre de Marta. Marta reaccionó poniendo al marido "de patas en la calle" quien se va a casa de sus padres durante tres días.

En el interín, la madre ruega a Marta que no deshaga el hogar porque este es lo más importante para una mujer católica.

"Yo le abrí las puertas de la casa, dice Marta pero le impuse dos condiciones: que dejara el alcohol y el cigarrillo, él lo prometió, pero lo olvidó rápidamente hasta el día de hoy".

Otro suceso importante en la historia de la familia, está relacionado con la prescindibilidad de Raúl en la empresa donde trabajaba.

En relación a esto dice Raúl: "Me dejaron prescindible en forma arbitraria, así lo reconocieron mis amigos y familiares, quienes me manifestaron su solidaridad en ese momento. La única persona que no tuvo una palabra de simpatía fue Marta, peor aún, hasta hoy es inevitable que en cada discusión no me reproche que me echaron del trabajo. Luego de eso, ella decide alquilar un de-

partamento y se queda esporádicamente a dormir en él”.

Sobre este problema Marta opina: “Yo no sabía nada del asunto, nunca nos lo había comentado, un día llegó a casa y nos dijo que no lo llamemos más a la oficina porque lo habían dejado prescindible. Esa es la manera como yo me enteré.

Yo traté de defenderlo sin que él lo supiera y fuí a hablar con uno de los jefes de la empresa”.

En relación al alquiler del departamento, dice Marta: “Yo trabajaba en una compañía de ventas y cuando tenía reuniones con el equipo de trabajo Raúl me reprochaba que me fuera de casa, entonces empecé a realizar las reuniones en casa, quedándonos hasta tarde con mis compañeros de trabajo. Raúl llegaba temprano, con mala cara, no saludaba a la gente y yo pasaba mucha vergüenza. Como la empresa estaba de refacciones carecía de espacio para ubicar nuestras reuniones, eso me decidió a alquilar un lugar exclusivamente mío donde trabajar”.

Otro episodio de esa época se produce cuando Raúl obliga a Marta a apagar una vela que ella enciende, en el dormitorio de ambos, en homenaje al aniversario de la muerte de la madre y la echa de la cama y de la casa.

Un año después de ser despedido Raúl, Marta plantea la separación, pero no hace nada al respecto.

Durante ese año, hace tres intentos de suicidio con sedantes. Dichos intentos no son reconocidos como tales, sino como un medio de evasión de los problemas familiares por dos o tres días.

Al año siguiente Pablo ingresa al Seminario, consiguiendo de esa manera alejarse del campo de batalla de sus padres. Allí queda Alicia, sola con su conflicto de lealtades: si apoya a uno de sus padres, está traicionando al otro.

Marta decide dejar de intentar separarse para: “no perjudicar la carrera eclesiástica de su hijo”. Comienza a concurrir a algunas reuniones de ALANOI por consejo de una amiga, cuyo marido también es alcoholista.

En ese sentido Raúl expresa que ha dejado de beber porque ha comprendido que no debía preocuparse más por las actitudes de su esposa, todo quedaba en reproches y nada más. Tampoco cree conveniente intentar la separación, porque: “ya es mayor el tiempo que vivimos juntos que el que nos queda por vivir, será me-

jor tolerarnos que pensar en cambios a esta altura de la vida”.

Según Marta, su marido quiere mucho a Alicia y por eso acepta la terapia de familia, porque se hace a pedido de su hija.

#### Discusión:

**Dr. Serrano:** Quiero saber qué sintieron, que fue lo que vieron. Primero sería interesante la respuesta, el reflejo, el sentimiento general de la sesión. Ustedes que la vieron desde afuera que pueden ver algo global y después podemos ir un poquito más adentro, a detalles, secuencias. . .

**Dra. Bekey:** Yo tuve la sensación que para Alicia, por quién se ha hecho todo esto, era un poco cruel la cosa. Yo haría terapia de pareja aunque ya se dijo que hay poca probabilidad de cambio. Esto de cruel yo lo pensé al verla sentada ahí como un patito mojado, que casi no abrió la boca.

**Dr. Serrano:** Lo importante, en vez de discutir esto, es que cada uno pueda expresar digamos un reflejo, un comentario. Primero entregamos un poco de materia prima y después vemos como la procesamos.

**Dr. Kraemer:** Es muy hermoso ver a la familia producir un sistema que consiste en una serie de secuencias que se repiten permanentemente. La manera en que el hijo está envuelto en la relación de los padres y el “feed back” que se le pide a la familia es muy valioso para mí. Yo jamás pido esta información a una familia y es muy recompensante darse cuenta de que en este momento la familia se siente libre como para decir lo que quieren, particularmente el comentario de la madre que dijo: “es una manera liviana de tocar cosas profundas”.

**Dr. Serrano:** Sobre todo cuando ella pudo acordar que el sentido del humor no era ofensivo. Ese tipo de “feed back” es importante. Da una noción de si se persiguieron, aunque el uso del humor es muy delicado.

**Lic. Urribarri:** Además es importante, como situación, como se van a ir después, como salen de una situación tan intensa.

**Dr. Serrano:** Es como una cámara de descompresión.

**Lic. Urribarri:** Es dar la posibilidad de que la salida no sea tan intensa. Pero volviendo otra vez a los comentarios, una cosa llamativa en cuanto al movimiento de la familia, es la repetición de un modo que tiene larga data, 30 años de estereotipo más o menos. Lo importante es la preocupación de donde vino esta familia, como la preocupación por Alicia porque es la que queda más tapada por esta situación, más tomada y más comprometida, con menos posibilidades de salir de la misma. El muchacho tiene otros recursos, ha podido poner algunas distancias mal o bien, y los padres están en esta lucha armónica desde hace muchos años. Lo que impacta es la situación de la joven.

**Dr. Serrano:** Es la que tiene el rol menos claro, el menor papel. Es la depositaria, digamos, la heredera de la moralidad de la familia.

**Lic. Urribarri:** Sí, la continuadora de la posta. Esto es una posta, una carrera de postas.

**Dr. Díaz usandivaras:** Este es el motivo principal por el cual yo pensé en la terapia de familia en vez de la terapia individual. La madre constantemente le reprocha a ella que ella no toma decididamente partido en la pareja por la madre. Alicia trata de mantener una cierta neutralidad y la madre le reprocha esto.

**Dr. Serrano:** La madre hizo una alianza con el hijo, pero el hijo de una manera saludable no está simbiotizado con ella. Quizás lo estuviera antes pero ahora se mantiene equidistante, entonces la madre tiene que buscar a otro aliado. Lo femenino es importante. La alianza que tenía con su madre quiere hacerla con la hija, es decir: "nosotras las mujeres somos fuertes, leales, morales y sobrevivimos y tenemos que unirnos las unas con las otras"; le molesta que esta hija está viviendo separada, fuera de la cultura tradicio-

nal y no la está respetando y aprobando. Parte de lo que vemos es la exigencia de la madre, lo que dijo el muchacho también, que la madre exige que todo el mundo haga las cosas de la misma manera. Ella esta siempre controlando, y esta necesidad de control es decir como los quiere de un modo simbiótico.

**Lic. Urribarri:** Acercándome a esto que decís, lo interesante es ver como la fecha en que el muchacho entra al seminario, o sea que se produce el retiro del hogar, coincide con la de última crisis. El puede tomar alguna distancia, en cambio la hermana es la que quedó adentro, yo tengo la impresión que esto tiene que ver con lo de masculino y femenino que comentábamos, y lo veo más en los términos de la relación de Marta con su madre. A mí me pareció claro en la entrevista el episodio en que ella rendía un homenaje a su madre —sabemos que Marta es una huérfana temprana— esto me lleva a pensar que ella hizo una relación muy especial con esta que tiende a repetir con Alicia y que Alicia está como atrapada en esta situación.

**Dr. Serrano:** Ella quisiera que su hija perpetue eso.

**Lic. Urribarri:** Que perpetue eso, y que repita el matrimonio madre-hija.

**Dr. Serrano:** La hija no está haciendo eso, por más que tiene problemas con su novio.

**Lic. Urribarri:** La hija no puede terminar de estar y no estar. Digamos está y está detenida ahí, ella tardó exactamente una hora de entrevista en hablar y fue a partir de una pregunta tuya. No puede terminar de salir pero tampoco puede terminar de estar o sea está en una situación indecisa.

**Dr. Canevaro:** La participación de ella, Alberto, la participación de Alicia de acuerdo al movimiento del sistema cuando estaba terminando la sesión. Pienso que tiene que ver con el juego del sistema en que a mi juicio están envueltos, un juego sin fin en la medida que se van quedando o que hay intentos de salida del sis-

tema como dijo Roberto. A mi me da la impresión que lo que más preocupa a ese sistema es la ida de Pablo al seminario, pienso que el motivo de consulta es aparentemente por la chica, pero el verdadero fondo es que el muchacho se está desprendiendo. Pienso eso ya que creo que el muchacho fue recapturado en el sistema por toda su participación. Si ustedes analizan esta participación fue siempre a la manera de un terapeuta, de un pacificador. Entonces evidentemente tenía que surgir por algún lado la patología que revela el silencio de Alicia. Ella rompe el silencio, se reabre. A mi me impresionaron dos cosas una es tu manera sutil y agradable de hacer un par de abordajes paradójales. El último fue claramente: "tengan cuidado porque si Raúl vuelve a tomar alcohol se van a divorciar". Es una intervención sutil que me pareció muy interesante, habría que estudiar bien que pasa en esta familia después de 15 días o 1 mes. Lo que me extrañó mucho fue que en cada tercio de la entrevista, primero fue la madre que en algún momento comenzó a emocionarse, después el padre, eso se intentará desdibujar, es decir se tenderá a neutralizar el impacto emocional. La madre comenzó a emocionarse y eso fue neutralizado en parte por el hijo, cuando el padre empieza a emocionarse intensamente esto no se explora sino que es neutralizado por uno de los terapeutas. O sea que ahí hubo como movimientos en el sistema terapéutico y familiar que neutralizaron algo que podría ser vivido como muy peligroso. Acá me gustaría hacer una pregunta concreta: si vos registraste eso, y lo hiciste, porque no propiciaste en que ellos se expresaran?

**Dr. Serrano:** La pregunta es muy buena porque yo registré eso pero inconscientemente preferí quedarme en lo que estaba en ese momento. En una consulta que para mí es una primera visita sin tener clara visión de como están funcionando; yo prefería tener más una visión panorámica que meterme en profundidad en un área donde lo que hubiera sucedido es que nos hubiéramos quedado ahí. Yo tenía necesidad de ampliar el campo. Ayudar al terapeuta para que él pueda seguir en los próximos meses. No lo tenemos que hacer hoy, yo no estoy tan preocupado con ayudar a la familia y que el cambio sea hoy y aquí, sino que él tenga una idea. A mí no me interesa el cambio fácil y rápido, ya que esta gente

ha estado con este tipo de estructura por tantos años, sería absurdo pensar que van a cambiar hoy, pero lo que podemos hacer hoy es vislumbrar cuales son las áreas que tienen posición para el cambio y cuál de los miembros de la familia está dispuesto a facilitar el cambio. Es así que pensé que los hijos podían ser un factor de cambio enseñando, por así decirlo, modelos de identificación para los padres.

**Lic. Urribarri:** Dándole vuelta los modelos de identificación, y que ellos se comporten como una pareja racional.

**Dra. Bekey:** Desde el punto de vista femenino me parece importante que el detonante quizás ha sido la crisis de Alicia con el novio, ya que esto va en contra del esquema de la madre, con quién mantiene una relación tremendamente agresiva o destructiva.

**Lic. Urribarri:** A mi hay algo que no me queda del todo claro. Me está dando vueltas pero no me queda del todo claro. Yo sigo pensando que hay una cosa muy dominante que es la relación interna de esta mujer, Marta con su propia madre. Por ejemplo, pareciera ser que ella quiere perpetuar un modelo: que se pueda vivir sin hombres, o que se podría mantener toda una vida así —lleva muchos años sin relaciones sexuales—.

**Dr. Serrano:** Se me ocurrió ahora como patología ¿qué edad tenía la madre de Marta cuando murió el marido? ¿Dejó de tener relaciones sexuales desde entonces?

**Lic. Urribarri:** Es probable que haya un patrón así, por el cual Marta trató de inducir esto en sus propios hijos, de tal manera que Pablo para salir del medio se va pero se va a una vida religiosa pero Alicia que hace un intento exogámico tiene que frustrarlo y quedarse sin novio. Ellos quedan atrapados y ella sigue con la vela. Marta parte de una cosa muy dramática que ella estaba rindiéndole un homenaje a su madre y, el marido irrumpe y le apaga la vela. Por otro lado ponerse a hacer un homenaje a su madre en la cama y con la vela es una situación donde Raúl, su marido reac-

ción porque la cama no es para hacer homenajes a los muertos sino para que vivan los vivos.

**Dr. Serrano:** Los problemas de esta mujer son pre-edípicos, es decir que la relación con Raúl es como la relación con la madre. Ella quería que este hombre fuera su mamá. La vela la pone en la cama porque esa es la cama de ellos, ahí está la mamá y también está el marido.

**Dr. Skiadaressis:** Esta pregunta que se la hago a todos: de qué familia se trata, de qué familia estamos hablando cuando hablamos de esta familia? Se puede decir que una familia sea la gente que cohabita la misma casa? o hay otra cosa que está sucediendo con esta supuesta familia? Porque una de las cosas que llama poderosamente la atención es toda la linealidad que existe en la conjugación del funcionamiento de este grupo de personas, como si la familia vigente hoy en día fuera la familia del pasado de Marta en tanto que ella mantiene un "feedback" continuo con sus hijos. Sin embargo parecería ser que por el lado de su hijo él necesita buscar la vocación religiosa como para reconocer un padre tal vez en Dios, mientras que su hija tiene problemas con su novio en tanto que esto significa hacer una pareja ¿pero a la imagen de quién? de su madre, de su abuela? Marta no encuentra en su marido ni siquiera un padre que pueda protegerla en determinados momentos, recurre a los hospitales como voluntaria buscando ese médico perdido tal vez en el sur. Ahí es donde yo hago la pregunta, es una familia?

**Dr. Serrano:** Si las familias tienen muchas formas. Hay familias de familias.

**Lic. Urribarri:** Yo no tendría muchas dudas que es una familia. Que es una familia con una conformación patológica, que hay más personajes que los presentes; porque la madre muerta está tan presente como si estuviera ahí en el medio con cajón y todo.

**Dr. Serrano:** Si yo hiciera la escultura de esta familia haría que la madre de Marta tuviera un lugar.

**Lic. Urribarri:** Lo que no me quedó claro es que cosas de Raúl hicieron que él se enganche en esto. Porque aparece con cierta claridad, me parece, algunos elementos de Marta con su madre, con esta repetición. Me faltarían algunos elementos históricos del pasado familiar de Raúl. Qué trajo él para enganchar en esta situación de Marta?

**Dr. Serrano:** No tenemos bastante información. La única que yo tengo, por eso hay que buscar unos años más en la familia de origen de Raúl quien tenía una familia con la cual no estaba muy conectado directamente y se casó con una mujer que no es expresiva. Aparentemente sería atractivo, seductor. Tal vez él pensó que ella tenía algo que su familia no tenía. Supongo que habrá creído que ella era más expresiva.

**Dr. Canevaro:** La pregunta de Rafael acerca de si es una familia, no me da la impresión que apunta a la unión, es decir siguen más unidos con su familia de origen. Raúl dice: "mi padre a pesar de que es un hombre que quiero mucho y que quise. . ." —este falleció hace años— expresa al parecer que está muerto pero que sigue viviendo dentro de él. Es así como dan la impresión que son dos personas muy inmaduras que no han terminado de desprenderse de sus respectivas familias.

**Dr. Kraemer:** La formulación principal acá es que los chicos se han convertido en abuelos por eso es que no pueden irse de la casa porque son necesitados por sus propios padres. Quiero hacer un comentario sobre este tipo de supervisiones como la de hoy porque lo he hecho durante toda esta semana en Bs. As. y pienso que las familias hacen un esfuerzo especial cuando hay un visitante de otro país que viene para estas supervisiones. Esto hace que sea más fácil para el supervisor. Pienso que el terapeuta de la familia no tendría que tomar parte en la sesión pero sí estar sentado sin decir nada. Es importante que vos, Alberto hayas apoyado la terapia. Lo que fue evidente era la competencia que había entre el

terapeuta de familia y el hijo para ver cual de los dos era mejor terapeuta con su familia. El Dr. Serrano pudo moverse envuelto en esto porque él viene por una sesión y nada más.

**Dr. Serrano:** Es muy importante, y esto lo hemos hablado mucho con otro terapeuta, por ejemplo con William Burn, el hecho de que en USA cuando se hace una consulta de este tipo se le pide al terapeuta que esté detrás de la cámara o esté sentado pero esté pasivo, es decir, que el consultante se hace totalmente cargo de la sesión, y hace lo que le parezca. Yo disiento con esta posición y quisiera, Carlos, que me comentaras si vos hubieras preferido estar callado, que no te dijera nada, que resolviera o que hablara con vos.

**Dr. Díaz Usandivaras:** Yo en todo momento tuve muy clara la idea de que tenía que adoptar una actitud pasiva, que el que tenía que dirigir la sesión eras vos. Tenía que darte la información necesaria o la que vos me pidieras y creo que esto fue lo que hice. En algunas pocas oportunidades hice algún señalamiento o agregué algo más.

**Dr. Serrano:** Agregaste elementos como por ejemplo el asunto de la posibilidad de la amante de Raúl.

**Dr. Díaz Usandivaras:** Pensaba que la sesión estaba por terminar y consideraba que eso era muy importante. Los 3 me habían hablado de la circunstancia en que la madre de Marta lo había descubierto a él queriendo besar a la sirvienta.

**Dr. Serrano:** Lo importante no es tanto eso, sino el hecho de que por ejemplo el terapeuta primario con frecuencia está absolutamente callado, no dice nada. Si bien tomaste una actitud más pasiva, es verdad, a título de demostración yo quería, y lo hiciste, que participaras, que vos tomaras iniciativa en aclarar algo, en agregar algo, y además el hecho de que yo pudiera hablar con vos frente a la familia de 2 o 3 veces en la sesión es algo que yo hago pero que casi nadie hace.

**Dr. Díaz Usandivaras:** Eso tiene mucho que ver con el "feedback" de que hablaba porque pienso que ese feedback no se dió solamente al final de la sesión sino en cada intervención, en cada comentario que hacíamos entre nosotros era una forma de demostrarles algo a ellos.

**Dr. Serrano:** Parte de lo que yo formulo, es que nosotros somos un subsistema, un subsistema terapéutico, entonces parte del problema de ellos es el pegoteo simbiótico, digamos así, que tienen; entonces quiero que esta gente vea claramente que nosotros no estamos pegoteados, que estamos con ellos pero somos separados pudiendo funcionar como individuos teniendo iniciativas o comentarios y también, como subsistema terapéutico. De la misma manera 2 ó 3 veces haciendo varios comentarios acerca del subsistema marital y el de los hijos tratamos de aclarar los límites, las fronteras entre diversos individuos, las relaciones interpersonales; es así como uno enseña mucho más demostrando que diciendo, tratando activamente de demostrar la diferenciación de roles.

**Dr. Skiadaressis:** Una de las cosas que yo decía y por lo cual me planteaba si era una familia, insisto en la pregunta, era algo que tenía que ver con la función paterna que estaba disfuncionante, por decirlo de alguna manera. En lo que vos propones del trabajo de las fronteras incluirías categorizar esta función por ejemplo?

**Dr. Serrano:** La función de padre? Sí, porque parte de lo que veo en esta familia pensándolo más, es que desgraciadamente no son familia en el sentido que uno piensa, en la tri-relación del grupo familiar; esta familia todavía está funcionando en diádas, no triangularmente. Por eso la madre rechaza al padre como triángulo y él la rechaza a ella como triángulo.

**Dr. Canevaro:** Triángulo hasta que se fue el hijo seminarista o sea, la madre y los 2 hijos.

**Dr. Serrano:** Era la madre con un hijo y el padre con el hijo pero el triángulo no se cerraba. Eran dos diádas conectadas por un ángulo pero no un triángulo cerrado.

**Dr. Canevaro:** En esta sesión.

**Lic. Urribarri:** A lo que se refiere Alfredo es que era madre e hija e hijo triangulado para afuera.

**Dr. Canevaro:** Cuando Pablo se fué al seminario se rompió y eclosionó.

**Lic. Urribarri:** Sería como si dos díadas unidas así: hijo-hija, padre-madre, solamente coincidieran en el lado hijo-hija.

**Dr. Serrano:** Lo que uno haría en un diagrama sería idealmente encontrar que la relación, la fusión o la conexión marido y mujer, padre y madre, fuera la más fuerte, la primera, o sea la que pueda perdurar después que los hijos se van.

**Dr. Kraemer:** Estoy muy impresionado; Alberto, bien impresionado por la connotación positiva que el diste al alcoholismo del padre. Lo que me pregunto es si en el momento de hoy no era más necesario señalar positivamente el grado de involucramiento que tienen los hijos en la relación de los padres, entonces la estrategia terapéutica debería ser: tratar de sacar esos muchachos de la casa, de la familia; para que los padres puedan entonces enfrentarse con su propia relación. El problema de los padres es enfrentar su relación, que es con sus propios padres, mientras los hijos no se vayan de la casa, los padres no van a poder enfrentarse con sus padres o sea con los abuelos.

**Dr. Serrano:** Yo hablé de eso como un paso transicional. Parte de lo que no puedo hacer es utilizar a los hijos de una manera transicional como coterapeutas para realizar todo tipo de cosas con las energías naturales existentes en el sistema. Pero reconstruida la información, entonces eventualmente podrían separarse y uno trabajar con los padres haciendo un trabajo a fondo en ellos.

**Dr. Skiadaressis:** Yo no estoy de acuerdo con el plan de sepa-

rar a los hijos porque, aunque en un principio había pensado ¿por qué no tratar sólo a la pareja? ya que los hijos están sosteniéndola. Me dí cuenta en el transcurso de la sesión que esa pareja no era sin sus hijos, sus hijos tampoco eran sin sus padres, entonces, los intentos de salida por la religión o en una pareja con problemas, como le pasa a Alicia, lo único que hacían era volver a repetir o a recrear las situaciones existentes. Pensaba que la mejor indicación, evidentemente, era la terapia familiar para que ellos puedan irse.

**Dr. Kraemer:** Estoy totalmente de acuerdo. Tiene que haber terapia familiar. La estrategia es que los hijos decidan irse de la casa, si quieren. Yo no recomendaría terapia de pareja en este momento. Escribí un mensaje para mandarlo durante el descanso de 5' que estoy acostumbrado hacer cuando trabajo con familias, pero como no sucedió, me lo guarde en el bolsillo. Ahora aunque no está la familia quiero leerlo. Usandivaras se da cuenta que Alicia es sensitiva a esta crisis familiar por esto es recomendable terapia familiar. Solamente Pablo parece comprender la incertidumbre de la madre hacia el padre y su amor por él. Durante 25 años Pablo estuvo tratando de aprender esto. El padre parece no poder decir; hasta ahora no ha aprendido a poder expresar lo que su mujer necesita, aunque sea un divorcio o no. Entonces Pablo necesita explicarle al padre de que modo el padre tiene que decirle a la madre lo que sabe en vez de no decírselo, así ella no va a necesitar preguntar. Lo que yo recomendaría es que Pablo se quede cerca de su familia para poder enseñarle al padre cómo tiene que hacer las cosas, pero Alicia puede hacer lo que quiera, puede tomar terapia individual si quiere y si puede, en otro lado y Pablo tiene que quedarse para seguir las instrucciones terapéuticas con los padres, para ayudar en la terapia de sus padres. Si Alicia está trabajando tiene que pagar su propia terapia y que los padres le paguen a Pablo por ayudarlos en la terapia como terapeuta, que le paguen honorarios terapéuticos por la ayuda que él está haciendo. La idea es originar una crisis para que el hijo, Pablo, repita esto porque va a ser Pablo el terapeuta de sus padres.

**Lic. Urribarri:** Tal vez esto tiene que ver con la idea que yo había planteado de que en un futuro Alicia podría tener

una terapia individual. Yo no pensé específicamente en Pablo, que eventualmente también tendría que hacer una terapia. Yo pienso que esta familia tendrá que involucrar en el futuro hacia una terapia de pareja de los padres y una terapia individual de cada uno de los hijos en el momento que se desenganchen. Mi idea es que si el proceso funciona bien los hijos podrán desprenderse de la situación familiar, de la situación de conflicto de la pareja y podrán dejar que la pareja arregle sus cosas. En ese momento tal vez, o depende de las posibilidades de la pareja de mejorar que pueda convenir una terapia para ellos y los hijos puedan recién entonces iniciar una terapia individual.

**Dr. Skiadaressis:** Vos ya estabas dando por supuesto la estrategia. Yo creo que los hijos van a tomar terapia individual si ellos quieren, pero creo que en lo que decías estaba el germen de la estrategia: llevar a que la pareja haga su vida de pareja juntos o separados y los hijos puedan desligarse. Lo que decías era correcto, no estaba de acuerdo con la forma de formularlo, porque podría aparecer como confusa la indicación inclusive de terapia cuando uno piensa voy a programar...

**Dr. Díaz Usandivaras:** Pero eso está condicionado a una cantidad de cambios...

**Dr. Canevaro:** La respuesta de Carlos es exactamente contraria a la tuya. Yo creo que habría que analizarlo como un movimiento. Son dos parámetros distintos creo que debiéramos quedarnos en analizar qué pasó acá. Son 2 representantes de 2 posturas distintas.

**Dr. Kraemer:** La única idea para sugerirle a Alicia de que tenga terapia es porque ella lo pidió. Es apropiado que una joven adulta como ella quiera tener terapia. Pablo va a darse cuenta que está perdiendo independencia si ellos hacen terapia y él no. Cuando Pablo escuche esta sugerencia a Alicia, esto ya mismo lo va a hacer pensar. Lo que observo en esta familia es que el muchacho es el que

está triangulado y ella no, ella está afuera y no le importa nada. El necesita salir no sólo con terapia individual.

**Dr. Serrano:** El problema de la prescripción, por lo menos mi propia resistencia a prescripciones tan largas, que es lo que a S. Pallazoli le gusta hacer, con todo respeto de que son precisas, es como si Moisés viniera desde el monte y trajera las tablas, te das cuenta? y eso es pesado. Yo lo encuentro muy pesado incluso si bien es útil y, Moisés pudo juntar a toda su gente, la comunidad es un sentido de identidad, evidentemente.

**Dr. Díaz Usandivaras:** Una de las cosas que uno puede pensar como terapeuta es si se puede disminuir la situación de sometimiento de las figuras parentales infantiles, y si ese tipo de prescripciones no podría tender a reforzar estas figuras parentales, siendo entonces el riesgo de que, en vez de ayudarlos con esa prescripción a abrirse a una situación más adulta, se vuelva a reforzar el nivel infantil.

---

## DIALOGOS

---

**Diálogo del Dr. Canevaro con el Dr. Israel Zwerling, médico psicoanalista y doctorado en psicología, director del departamento de salud mental del Hahneman College de Filadelfia, USA realizado en Buenos Aires en junio 1980.**

---

**Dr. Canevaro:** ¿Cuál considera usted un buen programa de terapia familiar que pueda integrar diferentes sub-programas en una adecuada organización de sistemas en salud mental? Con esto quiero decir que usted, muchas veces señala en sus artículos, que hay programas para alcoholismo, para drogas, y para muchas otras cosas que no están realmente integrados en un nivel general o nacional. Dada su gran experiencia en centros de salud mental, quisiera saber si usted considera a la terapia familiar como un enfoque coordinador en salud mental. No sólo como una técnica apartada sino como un programa.

**Dr. Zwerling:** Usted me hace una pregunta compleja. Para empezar me gustaría darle una perspectiva desde la cual sea posible entender lo que estoy tratando de decir. La perspectiva es reconocer el paralelo que existe en USA entre el desarrollo de la psiquiatría comunitaria y el desarrollo de la terapia familiar. Esto comenzó inmediatamente después de la segunda guerra mundial y creo que esto no fue una circunstancia feliz, sino un accidente temporal. Yo pienso que refleja de qué manera los determinantes sociales y culturales de la conducta accionan recíprocamente con los biológicos y psicológicos. Fue ese un período de dar importancia a las diferencias entre la gente. En ese momento USA tenía slogans como por ejemplo: "La guerra contra la pobreza", "Movimiento para los derechos civiles". Todo esto estaba orientado hacia el reconocimiento del hombre por el hombre. En este contexto sucedieron varias cosas. Se comenzó a brindar servicios de salud mental en las comunidades en vez de en los hospitales estatales geográficamente más lejanos. Los comienzos de la psiquiatría comunitaria pueden ser claramente documentados a principios de la década del 50 con el establecimiento de los hospitales de día, los hospitales parciales y los hogares intermedios. Hoy todavía no están integrados dentro de un sistema de salud mental comunitaria pero algunos elementos han empezado a aparecer. Al mismo tiempo Ackerman en Nueva York, Lidz en Baltimore, Murray Bowen en Washington y Don Jackson en Palo Alto, por separado comenzaron a tratar familias enteras. Me parece interesante destacar que el reconocimiento oficial de la terapia familiar como una entidad en salud mental estuvo señalada por la aparición en 1962 de la revista Family Process, la primera publicación especializada específicamente en terapia familiar. En 1963 es el primer reconocimiento oficial de la psiquiatría comunitaria en USA cuando el presidente Kennedy en su discurso en el Congreso hizo una exposición sobre el community mental health act. Esto me parece a mí el reconocimiento de la necesidad de un abordaje más comprensivo y humano acerca de la salud y la enfermedad. Esto era posible en los días de la terapia individual, de la psiquiatría privada, otra cosa eran los hospitales estatales para los pobres. Ahora el punto que nos interesa es si nosotros estamos seguros de establecer un abordaje global en la política nacional sobre salud mental. Por abordaje glo-

bal quiero significar un abordaje que reconozca las complejas e interrelacionadas maneras del enfermar y del curar de cada uno y que tenga presente el desarrollo y el crecimiento, la realización de la potencialidad humana, y de qué manera todo esto en una persona está integrado; y que además estemos seguros de que haya una autoridad sanitaria que reconozca esto. Cualquier terapeuta de familia sabe que cuando hay perturbaciones en la familia el síntoma que emerge es hasta cierto punto un accidente de uno de los miembros, o una señal peculiar en la vida de un individuo dentro de la familia. Cuando un adolescente se droga, o una adolescente queda embarazada, o cuando se fuga de la casa, o cuando se suicida ése no es realmente el problema sino una pauta de conducta particular que refleja las perturbaciones de las fuerzas que son el continente de esa persona y su familia. La manera particular de cómo las perturbaciones se manifiestan me parece secundario; lo más importante es que seguramente hay una perturbación en la unidad social. Cuando hay un problema de drogas, en vez de reconocer esta unidad y abordarla, nosotros usamos un programa para drogas, como si fuera la solución del problema familiar. Con una adolescente embarazada nosotros utilizamos un programa para adolescentes embarazadas como si esto pudiera solucionar el problema familiar. Terminamos en realidad disputando programas, ¿disputándonos qué? Compitiendo profesionalmente sobre entrenamientos o programas familiares. En vez de organizar, coordinar o integrar sistemas de abordaje que enlacen lo que está pasando en la sociedad o en las familias de esa sociedad.

**Dr. Canevaro:** Si nosotros entendemos que un grupo familiar puede estar enfermo —en diferentes niveles— por ejemplo un miembro de ese grupo con un problema psicótico, otro con un problema somático, otro con un problema antisocial; todo el grupo está sufriendo. Usted está hablando desde un punto de vista integral de la familia. Ahora bien, esta familia imaginariamente enferma: primero tenemos que diagnosticarla para darnos cuenta que está enferma, quiero decir que primero debemos diagnosticar que toda esa familia necesita ayuda. ¿Cómo podemos hacer? Una política sanitaria, sí, pero a través de qué? A través de un centro de salud mental o a través del terapeuta de familia?

**Dr. Zwerling:** Nosotros tenemos en USA una ley bastante buena que llamamos la "ley del impacto en el medio ambiente". Cualquier ley tiene que pasar a través de un comité que estudia qué impacto tiene esa ley sobre la ecología y el medio ambiente. ¿Porqué no tenemos un comité establecido especialmente para analizar cuál es el impacto de esa ley sobre la familia? Puedo contestar porqué. No lo tenemos porque eso significaría un gran cambio de orientación en las prioridades de la sociedad. No sé que pasa en Argentina, en USA por cierto no estamos preparados todavía.

**Dr. Canevaro:** No todavía.

**Dr. Zwerling:** No todavía, si usted quiere podemos tratar esto como uno de los muchos temas de la política sanitaria. Permítame darle mi punto de vista. Estoy tratando de desarrollar con usted el hecho de que la política nacional sobre familias no surgirá desde la cima. Es mucho más probable que se desarrolle a través de la aparición de grupos comenzando con la introducción del abordaje familiar, el abordaje sistémico.

**Dr. Canevaro:** ¿Porqué el planeamiento de la Conferencia Nacional sobre familia fue un problema en USA?

**Dr. Zwerling:** Esto es un buen ejemplo de lo que estoy tratando de decir. En 1978, en la primavera de 1978, se anunció una conferencia de la Casa Blanca sobre la familia. El esquema de la conferencia fue presentado. Se reunirían economistas, sociólogos, antropólogos, psiquiatras, psicólogos, historiadores; una variedad de personas en lo referente a familia. Ibamos a presentar en término trabajos de diferentes personas; un selecto grupo central con discusiones de donde surgiría una política nacional para la familia. Designaron una mujer negra, Mrs. Patsy Flemming como directora de la conferencia. Negra, divorciada, madre de 2 ó 3 chicos. Hubo una protesta inmediata de la comunidad católica especialmente por ser divorciada y negra. Era la persona adecuada para dirigir, pero como si el hecho de ser divorciada la hiciera incompetente para coordinar esta clase de conferencia. Como respuesta a la tormenta de protestas Califano (el ministro de Salud Pública) la nombró co-

directora y se designó con ella un co-director para compartir responsabilidades. Designado un hombre blanco Mrs. Flemming renunció. Califano pudo ver que, designado un director, sin ella, la tormenta de protestas iba a ser aún peor; y entonces bajaron la cortina. Ahora iniciaron una cosa completamente distinta, es un circo. Viajan a través de todo el país invitando grupos de personas. Yo estuve presente en Filadelfia y era enfermante. Gente que hablaba y hacía este tipo de preguntas: ¿Porqué mi hijo no me escucha? ¿Porqué mi hijo se escapa? etc. Esto que le estoy dando a usted es el testimonio directo.

**Dr. Canevaro:** Cree usted que la conferencia no tuvo ningún resultado?

**Dr. Zwerling:** Absolutamente.

**Dr. Canevaro:** Cambiaría con otro gobierno?

**Dr. Zwerling:** No, USA no está preparado para ese tipo de replanteo de prioridades.

**Dr. Canevaro:** Entiendo que de 2 a 3 años a esta parte hay un gran problema de familia en USA.

**Dr. Zwerling:** En todo el mundo.

**Dr. Canevaro:** En todo el mundo. Es un problema general y se detecta a través de la TV, los libros, las revistas. ¿Porqué es usted tan pesimista con respecto a las leyes?

**Dr. Zwerling:** Como pesimista yo no veo ninguna solución que pueda establecer realmente una posición central de la familia en una comunidad sensible.

**Dr. Canevaro:** ¿Ello depende de la organización económico-social?

**Dr. Zwerling:** Absolutamente. Requiere mayores cambios en las prioridades socio-económicas.

**Dr. Canevaro:** Un pequeño ejemplo. La publicidad está realmente orientada para la gratificación narcisística. En los avisos no hay nada referente a la familia. La mayoría muestra las necesidades del hombre, de la mujer o de los chicos pero no de toda la familia. Este es uno de los grandes problemas que veo pero soy optimista acerca de un posible cambio. Tal vez esto dependa de un cambio mayor. ¿Es esta su opinión?

**Dr. Zwerling:** Mi opinión es que lo que usted describe es muy claro y exacto. Esto es consecuencia de la creciente erosión de las presiones sociales o de las presiones alienantes. Esas presiones que dirigen este tipo de orientación narcisística que usted menciona. Un escritor popular americano Tom Walk escribió unos versos sobre nuestra sociedad que él llamó "la generación del yo".

**Dr. Canevaro:** Tal vez en este momento existan diferencias entre USA y Argentina.

**Dr. Zwerling:** Si, pero de la manera en que están funcionando ustedes, están yendo en la misma dirección y van a terminar exactamente de la misma manera. Por ejemplo, cuando llegamos Ilda me dijo que estaba ansiosa por conocer el nuevo departamento de su hermana. ¿Cuántas familias viven en nuevos departamentos? ¿Con qué frecuencia la gente se muda? Esto para mí es familiar. En USA se mudan 40.000.000 de personas por año.

**Dr. Canevaro:** Acá en Argentina no. Tal vez por comodidad o status, pero no geográficamente.

**Dr. Zwerling:** Déjeme señalarle las consecuencias de esa mudanza por status de la que usted habla. Cuando yo era chico vivíamos en una comunidad. Mi madre tenía que salir de compras y nosotros nos quedábamos en la casa de los Bears (nuestros vecinos durante 20 años), yo era el chico Zwerling que iba a lo de Noony

a comprar el pan. ¿Qué pasa ahora? Aunque usted se mude por status, ¿qué pasa? Cuánta gente conoce a su hermana en el nuevo edificio? y que esfuerzos tiene que hacer para conocer a sus nuevos vecinos? Ellos se mudan, yo me mudo. ¿Ve usted mi punto de vista? La fragilidad del parentesco y eso es cada día peor.

**Dr. Canevaro:** Creo que, tal vez para este punto de vista, habría que pensar en otra clase de organización familiar, tal como son los grupos multifamiliares, o la comunidad multifamiliar. Yo he oído que en Israel los kibbutzim han cambiado, que ahora se han organizado como grupos multifamiliares. Este puede ser un cambio muy importante. ¿De qué manera podemos nosotros hacer lo mismo en esta civilización experimental, en esta sociedad industrial, super desarrollada?

**Dr. Zwerling:** Es muy interesante lo que usted señala acerca de los kibbutzim, porque me parece que en mi país hay grandes presiones hacia un tipo de organización similar. Por ejemplo en USA hay un movimiento para reducir la edad de la educación obligatoria, y yo entiendo porqué. Porque no hay nada que hacer con ninguna perspectiva social ni con el reconocimiento de cuales son las necesidades de los chicos. Esto tiene que ver con el hecho que, durante los años del boom de los nacimientos que siguió a la Segunda Guerra Mundial, y después, hace 15 o 20 años atrás, los colegios estaban llenos de chicos, porque había muchos chicos. Hoy, en cambio, entre los maestros, hay un desempleo masivo y los sistemas escolares, continúan cerrando colegios. Hoy, en Filadelfia, se está pensando en cerrar entre 14 y 17 colegios. Ha disminuído el número de chicos y el subsidio público para la educación. Los maestros han organizado en USA un sindicato muy fuerte, el cual está luchando ahora para disminuir la edad de la educación obligatoria a 3 años.

**Dr. Canevaro:** ¿El estado está controlando eso?

**Dr. Zwerling:** Exactamente. USA está controlando los chicos individualmente, pero no hace un control multifamiliar. Esto es muy diferente.

**Dr. Canevaro:** Pero mucho más alienante para los chicos.

**Dr. Zwerling:** Correcto. Pero es un paso más dentro de la manera organizada de agrupar familias.

**Dr. Canevaro:** Pero usted no cree que la familia podría hacer mucho más por sus hijos de lo que hace ahora?

**Dr. Zwerling:** Por supuesto. Pero ése es el punto sobre el cuál usted me preguntó; y es por eso que yo esboqué estas líneas. Usted me preguntó porqué mi pesimismo. Mi pesimismo se debe a que todas las fuerzas que yo puedo ver contribuyen a aumentar la alienación. La separación de la gente de sus vecinos, los chicos de sus padres, las familias nucleares de las familias ampliadas. ¿Qué es lo que va a pasar, por ejemplo, con el subsidio para la educación pública? Hoy nosotros hablamos en USA de 22.000.000 de personas por encima de los 65 años. La tendencia de la población indica que para el año 2000 habrá 30.000.000. Si a los 22.000.000, usted le agrega los chicos que son demasiado jóvenes para trabajar, tendremos una situación donde el 70 % de la población está trabajando o buscando trabajo. Está trabajando para mantener a ese 30 % que es o demasiado joven o, demasiado viejo para trabajar, y hoy está protestando. Hay un gran movimiento de proposiciones. Yo no sé qué lugar ha alcanzado en Argentina, pero empezó en California con el referendum, y lo que la gente votó en California fue una muy masiva reducción de impuestos. ¿Y cuál fue la consecuencia? La reducción del subsidio abarcó todo el país. Este año, por ejemplo, ciudades importantes como Cleveland o los Angeles no tenían suficiente dinero para finalizar el año escolar, el año escolar! No hablemos de subsidios para hospitales psiquiátricos. Las escuelas públicas son una prioridad local muy importante. Si el 70 % de la población no está dispuesto a mantener al 30 %. ¿Qué pasará cuando el 60 % tenga que mantener al 40 % ? Y esto no está muy lejos, 15 años a lo sumo. Por eso soy pesimista porque no veo otra cosa que acrecentarse las presiones que alienan, que separan a las personas de sus familias, de sus vecinos, de sus comunidades, Usted me ha dicho bien, que el movimiento acá en la Argen-

tina, es generalmente un movimiento local, una mudanza a edificios de muchos pisos, pero yo le diré cómo avanzará esto. Tal vez comenzará con un incremento del movimiento industrial. El proceso industrial tiende a formar conglomerados y alguien en algún momento dirá: fulano de tal de la ciudad de Buenos Aires es la persona indicada para llevar a cabo un programa en Tierra del Fuego, y lo harán muy atractivo para que viaje con su familia. Nosotros en USA no tenemos problemas porque las empresas lo hacen. Ellos facilitan las cosas. Si usted no puede vender su casa, ellos le compran la casa a buen precio, retienen el dinero porque usted está apurado por mudarse; ellos no quieren que usted pierda dinero. Compran, ayudan a mudarse y a encontrar una nueva casa. Los asesoran, son profesionales psicólogos, psicólogos industriales que aconsejan a la gente y a las familias como manejar los problemas de la mudanza, pero continúan mudándose.

**Dr. Canevaro:** Aquí la gente que va a vivir al interior lo hace buscando una nueva calidad de vida. Yo he escuchado gente que se va, de Bs. As. al interior, decir: allí podemos respirar y ver el cielo. A propósito de este tema, yo pienso que la terapia familiar aborda problemas ecológicos como lo fue el de la polución hace 10 o 15 años atrás. Ahora se está tratando de mantener a salvo el desarrollo natural de los individuos.

**Dr. Zwerling:** Esa es mi gran esperanza.

**Dr. Canevaro:** Nosotros somos profesionales técnicos pero a veces también, somos un raro grupo de personas que miran hacia el futuro. De alguna manera usted es pesimista pero de otra usted es optimista.

**Dr. Zwerling:** Yo espero que movimientos, como el de la terapia familiar, muestren el camino para la comprensión de las consecuencias de la alienación. Yo hice hace poco tiempo, terapia familiar con una pareja divorciada con cuatro hijos. La mujer dejó a su familia, consiguió el divorcio y se casó con otro hombre, y el marido quedó a cargo de sus cuatro hijos. El era director de un

diario muy importante, en Filadelfia. La firma le ofreció el cargo de presidente del diario en Detroit. Pero él no fue, no aceptó la promoción.

**Dr. Canevaro:** Kramer vs. Kramer.

**Dr. Zwerling:** Exactamente. El no aceptó su nueva posición porque vió el impacto de la destrucción en la familia, en los chicos, y no quiso la inestabilidad.

A pesar de mi pesimismo, tengo confianza en que la terapia familiar dará los recursos necesarios para que la gente empiece a reconocer las interrelaciones de los problemas en vez de la presión narcisística atribuída a esta generación del yo.

**Dr. Canevaro:** Referente a lo que usted acaba de decir; usted recuerda muy bien que hace 30 años el psicoanálisis fue también una esperanza para mucha gente que quería cambiar de manera de pensar. Yo conozco el psicoanálisis y sus enseñanzas, por eso mi pregunta es: ¿Es la terapia familiar otro movimiento social, otra esperanza, como una filosofía, más que una ciencia o una técnica? Porque en mi experiencia cuando yo hablo de terapia familiar tengo convicciones científicas que están basadas en mi experiencia profesional y en mi vida familiar. Pero a veces tengo una convicción casi religiosa de que la terapia familiar no es solamente una técnica. ¿Qué es para usted?

**Dr. Zwerling:** Yo comparto completamente su opinión. Aparte de ser la terapia familiar un sistema de técnicas para resolver los problemas de la gente, es una filosofía. Esa es una manera de anteponerse al mundo que confirió esa dirección narcisística e individualista.

**Dr. Canevaro:** Es esto peligroso para el desarrollo científico de la terapia familiar?

**Dr. Zwerling:** No, no creo. Y a propósito, ve usted el movimiento psicoanalítico como un movimiento social?

**Dr. Canevaro:** Pienso que el psicoanálisis pudo ser una influencia social que hoy en día está decreciendo. Es un punto de vista personal. Estaba centrado casi exclusivamente sobre el individuo. Ese fue su error.

**Dr. Zwerling:** Exactamente. Cuando yo ingresé a la Universidad uno de los años más personalmente determinantes en mi vida fue el que yo pasé aprendiendo psicología social con Arrow Climber. Fue él quien me llevó a comprender cómo la sociedad determinaba lo que yo era, lo que yo hacía y cuando lo hacía.

Yo respeto la brillantez de los insights sobre mecanismos intrapsíquicos pero, por Dios! no se queden ahí.

**Dr. Canevaro:** Realmente es muy alentador escucharlo porque nosotros debemos luchar contra muchas resistencias.

**Dr. Zwerling:** Mi problema es, cómo gente que supuestamente tienen que ser los más seguros y los más estables se sienten inseguros y quieren mantener esa territorialidad y la están defendiendo tanto. Ellos no escuchan cuando uno les dice que la terapia familiar no es en vez de, sino además de. Ellos no escuchan. . .

Traducción: Graciela Rodríguez.

---

## SINTESIS DE LIBROS

---

... "Vidéo. . . Formation et thérapie. D'autres images de son corps".

**Yannick Geoffroy, Patrick Accolla, Anne Ancelin Schützenberger.**

Esta síntesis entraña dos salvedades: 1) de la primera parte del libro he sacrificado aspectos de erudita concatenación de desarrollos técnicos. Intento rescatar parte de dicho panorama adjuntando las obras citadas. 2) de la parte clínica he elegido ejemplos correspondientes a familia. Resulta, por lo tanto, empobrecida la aplicación del video en otros tipos de grupos.

Desde tres perspectivas: histórica, teórica y clínica, la obra se centra en el fenómeno de la confrontación, ambiciosamente llamado en los Estados Unidos "Video-terapia".

Las dos primeras perspectivas son consideradas por Geoffroy y Accolla, investigadores y docentes de la Universidad de Niza, interesados como psicólogos y "cameramen" en la relación que se establece, entre el video, un individuo, sus imágenes y los procesos de difusión en un grupo. Schützenberger, docente de la Universidad de Suiza y Directora del Laboratorio de Psicología Social de dicha Universidad, aporta su experiencia como psicóloga clínica y como terapeuta de grupos.

### **1ra parte: Video, formación y terapia: perspectiva teórica Patrick y Accolla y Yannick Geoffroy**

Las primeras experiencias utilizando el circuito cerrado y el video portátil como instrumentos terapéuticos en sí mismos se realizaron en 1968-70, época en que se multiplicaron formas de grupo como la bioenergía, la terapia gestáltica, el rolfing, etc, en las que se otorgó una importancia particular al cuerpo y a la dimensión simbólica de su expresión. La articulación entre el video y el grupo reposa sobre dos principios fundamentales que, a cierto nivel de análisis son uno: la confrontación y el feed-back.

La confrontación es todo proceso por el cual un individuo es colocado frente a su comportamiento, sus apariencias, tales como pueda percibir las el medio ambiente que las recibe: una ó muchas personas, un elemento material (pantalla, espejo, reflejo sonoro ó visual).

Los diferentes métodos, distintos del video play-back, utilizados para la confrontación en los grupos y en sesiones individuales son: confronta-

ción colectiva diferida, confrontación individual en directo, las imágenes múltiples, las posibilidades del directo y del diferido. La relación perceptiva de un sujeto con su propia imagen es denominada autoscopia y difiere de la confrontación. Consiste en que el sujeto se hable y se vea, que pueda verse mientras se hable y hablarse mientras se vé. La autoscopia está incluida en la confrontación, y ésta puede prolongarse a través del video play-back. Es la confrontación en directo, la que de acuerdo a los autores tiene mayor impacto, sobre los pacientes y a ella se atienden en este libro; sin suscribir a la video terapia como instrumento terapéutico por sí mismo.

En el contexto grupal se da una triple confrontación:

- Confrontación con la realidad “aquí y ahora” de la imagen proyectada.
- Confrontación con los otros, en la medida en que el grupo tiene acceso a esta imagen proyectada, y
- Confrontación con los propios deseos, las propias defensas, con referencia a la imagen que se ha podido construir de sí mismo en relación a la propia evolución.

Esta triple situación determina una particular complejidad del análisis a lo que se agrega el hecho de que el reflejo no es fijo sino que participa de la dinámica del proceso de confrontación. La temática es tratada con prudencia y múltiples interrogantes.

Los temas siguientes son: la importancia del primer reflejo, imagen y reflejo, dependencia del cuerpo a la imagen hasta llegar a las teorías de

Félix Deutsch. Este autor publica en Estados Unidos, en 1962, bajo el título de “Body, mind and the sensory gateways”, investigaciones que son el fundamento del video en la psicoterapia.

DEUTSCH utiliza la denominación “anamnesis asociativa” para referirse a una situación de entrevista en la cual, a partir de un estímulo sensorial dado al comienzo, el sujeto sería conducido a realizar asociaciones verbales que permitirán evidenciar parte importante de sus defensas. Estas hipótesis acentúan la posibilidad de la memoria del cuerpo situada por Deutsch en el estadio del narcisismo primario. Desde esta perspectiva cada parte del cuerpo encuentra su identidad en su relación con un objeto particular. A partir del momento en el cual el objeto desaparece, se dará un proceso de simbolización que reemplazará la relación con el objeto y por lo tanto la transformará. Geffroy y Accolla se interrogan sobre la articulación particularmente compleja que puede haber entre función simbólica, estímulos sensoriales, procesos asociativos y en qué medida esta articulación da lugar a una intervención particularmente eficaz a nivel del proceso terapéutico.

Para F. Deutsch la simbolización constituye un sustituto por la dimensión de la pérdida que el objeto perdido represente para el individuo. Entonces, a partir de procesos psíquicos eventualmente suscitados en el sujeto por la percepción de su imagen, la técnica que produce la imagen marca una cierta pérdida de la realidad y conlleva un potencial simbólico e imaginario. Su devenir a través

de la percepción visual del sujeto es sumamente peculiar. No es posible negarle importancia a esta ambigüedad realidad-ficción en las técnicas de confrontación de video.

El concepto de proyección es delimitado en el marco de la confrontación asignándosele al terapeuta experimentado la posibilidad de discernir en que momento sí y en cuál no, se considera a la proyección una defensa asociada, por lo tanto, a aspectos conflictivos del sujeto.

La experiencia clínica evidencia que en una situación de confrontación de video, en directo, el sujeto elige relacionarse en especial con algunas partes de su persona, esencialmente el rostro y las manos, aunque éstas y otras partes del cuerpo están investidas en función de la personalidad, del pasado y del presente de la persona confrontada.

A partir de esta observación clínica se estudia detalladamente el mito de Narciso, el precursor del espejo, el juego del espejo, los yo de la imagen.

Siguen un exhaustivo tratamiento de los lugares del rostro (piel, rostro izquierdo y derecho: simetría y disimetría, zonas altas bajas del rostro, nariz, perfil, boca, labios, lengua, dientes y paladar). Los siguientes subcapítulos de esta primera parte toman las manos, la silueta, el sonido, las voces de las imágenes.

Se pasa luego a examinar los problemas, de intervención y tal vez de intrusión, que plantean la presencia del material del video y de los técnicos en el contexto terapéutico. Resalta la importancia del trabajo del equipo incluido en una dinámica coterapéutica. Se evidencia que el video ha sobrepasado su función habitual de

testimoniar documentalmente, para estar integrado a una acción directa, implicando al individuo en una situación nueva. Se señala asimismo el peligro de la utilización de una técnica de este tipo a menos que se tomen en cuenta precauciones esenciales.

Dos anexos de esta primera parte están dedicados, una a las implicancias legales relativas a la utilización del video en los grupos, y otra a la elección del equipo material.

## 2da parte: Video, formación y terapia: perspectiva Clínica Anne Ancelin Achutzenberger

Ser uno mismo, pasa en general por el hecho de encontrar un sentido a la propia vida, y a menudo por reencontrarse en un espacio-tiempo, en un grupo, en el propio cuerpo. Por comprenderse, por conocerse, por aceptarse, por abrirse y ser aceptado por otros en la identidad personal, profesional, cultural,

Comprenderse realmente, es comprenderse en situación, en co-presencia, en co-acción, aceptarse tal como se es y muy a menudo, poder cambiar, percibir y comprender la interacción con otros y ser también capaz de transformarla según sea necesario.

Este proceso normal de evolución personal y de maduración, incluye a menudo una terapia individual o de grupo, o una “formación”, en alguna de las múltiples formas de “grupos de formación”, en la que se tiene la chance de “comprenderse mejor” y de “verse en relaciones”, en las que uno pueda “mirarse en el espejo social del grupo” y diferenciar ser en sí, ser para otros y comprender el juego del ser en relación: otro puede amis-

tosamente reenviarnos a nuestra imagen y darnos la información, el "feed-back" sobre nuestro comportamiento real, explicarnos cómo somos, qué efecto producimos, qué reacción provocamos en él hic et nunc.

Pero también una toma de conciencia que permita una modificación inmediata de la actitud y de los comportamientos, o de los cambios por aproximaciones sucesivas, en las cuales las transformaciones son más rápidas y también más duraderas, en cuanto a la conducta y al estilo de los intercambios.

Al "re-envío" verbal, o actuado (en psicodrama o juego del rol), por otro, del propio comportamiento, se agrega, quince años después, la posibilidad de verse y escucharse uno mismo, reenviándose después, en un film, o inmediatamente por el uso de la televisión en circuito cerrado.

Schützenberger comenzó a filmar sus grupos de formación y de terapia de adultos en 1956, y a veces a mostrarlos a los participantes, después a utilizar, esencialmente con Patrick Accolla y Yannick Geffroy a partir de 1974, el video en terapia, en formación y en investigación centrado en la interacción verbal y no verbal.

La utilización del video feed-back esclarece y a menudo transforma la interacción, por el impacto de la imagen sonora, y por la evidencia de lo que aparece, y por la posibilidad de "continuado", y por así decirlo, del estudio del texto repasando la banda, muchas veces, a velocidad normal y también por un estudio lentificado, como también por la yuxtaposición de muchas imágenes o secuencias, tomadas en momentos distintos o bajo diferentes ángulos, y también por la

percepción y el análisis de distintos canales de comunicación al mismo tiempo (lenguaje, kinesia, proximidad, para-lenguaje).

Schützenberger trabaja con grupos de duración media (tres a cinco días) o prolongada (seis meses, un año universitario, dos ó tres años).

Algunas veces (sobre todo en el extranjero) con grupos que se reúnen muchas veces por año, durante varios años, siempre el mismo grupo, o un "grupo lentamente abierto", de análisis grupal, con psicodrama y a veces ejercicios, en una perspectiva llamada triádica, con polireferentes. (Freud, Lewin y Moreno en un sistema abierto).

Este plazo temporal es clínicamente importante, porque otorga a los participantes y a los terapeutas el tiempo y los medios de movilizar y metabolizar lo dicho y permite evitar un impacto brutal que puede ser —y a veces es— peligroso en un contexto de encuentros breves.

En muchas situaciones interpersonales, para obtener un cambio, uno está tentado "de hacer más de lo mismo" (como lo dijo Watzlawick) sin percibir inmediatamente que esto no tiene ningún efecto ó el inverso del deseado.

Ejemplo: si una madre dice a su hija: "Ponete derecha" el efecto de la repetición puede aburrir a la hija, estimular su rebeldía ("¡dejame tranquila!"), ó hacer que se incline más aún. Cuando una familia puede ver el efecto real de sus reproches, le es posible, a veces, bajo el estímulo del impacto visual y con la ayuda del grupo y de los terapeutas compren-

der y modificar conductas. La madre puede ver por sí misma en el video que el resultado de su ayuda inhibe a su hija y en consecuencia podrá cambiar su comportamiento, lo que per-

mitirá a su hija cambiar y transformara las relaciones, por la transformación de las fuerzas del "campo de vida" del grupo familiar, según la óptica de Kurt Lewin.

### Diferentes formas de utilización del video rever la banda de video: el "feed-back"

El "video feed-back" permite rever una secuencia importante, observar el encadenamiento de acontecimientos o clarificar algunos puntos.

Muchas veces es objeto de controversia el "origen de las cosas", "quién comenzó" . . . Rever la banda, permite rectificar errores de memoria (individual o colectiva) o proyecciones grupales y a menudo captar la complejidad de mensajes concientes e inconcientes, verbales y "mimo-gestuales", es decir lo no percibido durante la sesión, o poco perceptible para la mirada no alerta (percepción sub-liminal), pero que tiene un impacto real.

Una de las especificidades de esta aproximación terapéutica, a la vez analítica y triádica es el hacer idas y vueltas entre el ahora y el antes, entre lo que se dice ahora y lo que se había dicho antes, y que ahora cobra sentido, si se puede, por una "interpretación conmutativa" (expresión de Eduardo Cortesao), relacionar distintos niveles (como en un sillón capitonné según la imagen de Jacques Lacan) "entre muchos significados y muchos niveles (interpretación que hace comunicar, que conmuta, los distintos niveles de comunicación y los coloca a nivel de la trans-

ferencia de grupo y de la interpretación de la transferencia) esta interpretación conmutativa sólo cobra movimiento cuando los orígenes del conflicto son reexperimentados y reactivados en la "neurosis de transferencia" de grupo, de tal manera que los afectos que invisten el conflicto original y las relaciones de objeto arcaicas son reinvestidas. Esta interpretación conmutativa dada al comienzo por el terapeuta puede ser hecha, a veces, por los miembros del grupo.

Pero la terapia, como la vida, se apoya sobre la falible memoria humana. El video permite volver a ver y re-trabajar en el grupo, como en un texto escrito, y hacer un análisis del contenido.

### Repasar muchas veces la secuencia

Puede hacerse con velocidad común o lentamente.

Ejemplo: se filma con cámara fija, con "gran ángulo" una sesión de terapia familiar. A primera vista, nada digno de ser remarcado: al terapeuta, un niño cerca de él, la madre sentada a una mesa en el consultorio, conversan sin expresar nada significativo. Una jarra, dos vasos, un ceni-

cero, un pequeño florero sobre la mesa. La sesión dura media hora. Una familia cualquiera, el hijo tiene dificultades escolares. No se nota ningún problema específico. El hijo es "tímido" y habla poco. La madre explica la situación. Se mira la secuencia para estudiarla en un grupo de trabajo (aunque parece clásica). Después de la quinta vez se advierte que de vez en cuando alguien toma agua, es verano, ¿qué hay de extraño? Después de la décima vez se advierte que siempre bebe la misma persona: el hijo. Después de treinta veces se advierte que el hijo, toma el vaso y lo lleva a sus labios cada vez que el terapeuta pregunta: "y el padre?".

Habiendo considerado una secuencia repetitiva, en un análisis contextual, uno se pregunta por qué. Los datos sociales de la familia muestran que el padre es alcohólico, y que el tema está prohibido en la familia. Pero lo que no se dice se expresa en la conducta.

Es como si el niño no pudiera violar verbalmente el tabú pero respondiera inconscientemente y no verbalmente a la pregunta. Su inserción familiar y su curación tienen ese precio.

### El video como catalizador

Mostrar los films, las bandas, pueden aportar beneficios inmediatos al desencadenar la expresión de emociones reprimidas.

Verse en el video puede tener un efecto positivo en quienes tienen una imagen deformada de sí mismos. (Ejemplos de personas que han tenido accidentes).

### Qué ver y cuándo en el video

Se utilizan muchos métodos. Se puede registrar una sesión completa y preveer otra (extra ó no) para verla antes de la sesión siguiente. En terapia familiar, especialistas como IAN ALGER no encuentran inconvenientes en que una familia puede re-veer sola —y entre sesiones— en su propia casa, los registros. Schützenberger por su parte piensa, que surge un material tan rico cada vez que se vé un film ó se escuchan las bandas que culmina en una interpretación ó en una catarsis, y prefiere terapéuticamente el material, y no dejar la familia ó el grupo librado a una terapia salvaje. Si, es una de las opciones para los grupos que tienen sesiones alternadas sin terapeuta. Otro método es registrar arbitrariamente pequeñas secuencias.

Este último método es importante para dos situaciones:

1) Para acercar a una familia o a un grupo al video de manera que puedan ir perdiendo sus temores al mismo.

2) Para ayudar a quienes vean el material (profesionales o pacientes) a aprender lentamente el lenguaje del cuerpo y la complejidad del juego de las interacciones.

Es importante que el video está a disposición de todos y que todos (pacientes y terapeutas) se sientan libres para utilizarlo.

### Reconocerse y reconocer a otros. Constitución de la imagen de sí.

Enfermos con lesiones occipitales que tienen dificultad para reconocer rostros (propios y de familiares), pa-

cientes con perturbaciones del esquema corporal, pacientes que integran en ese esquema imágenes inexactas del cuerpo, casos perdidos (traumatismos o enfermos terminales) pueden tener curas espectaculares e inesperadas.

### Video-confrontación

Verse, volverse a ver, puede ser aún más eficaz si se completa el video feed-back con los video confrontación.

### Video y pertenencia familiar

Por lo general la identidad pasa por una inscripción en una familia, una genealogía, una historia familiar, una cultura, en la cual un sujeto se singulariza y se individualiza.

Ejemplo: Un expósito, que se pregunta acerca de su verdadera familia (huérfano de madre y de padre desconocido, se sabe que el sujeto es de una determinada ciudad). Vé sus espaldas en una confrontación de multi-imágenes (perfiles múltiples), le parece "reconocer" a uno de los hombres de su pueblo (muerto después) en la espalda, la nuca, la calvicie.

Le parece que en cierta forma reconoce a su "padre" - que había deseado conocer - y esto lo reasegura - el recuerdo, de un hombre (el del padre del hombre muerto que se parece al suyo) y la imagen le ayudan a reencontrarse mediante el proceso terapéutico. Y aunque no podrá tener certidumbre legal de quién es su progenitor se siente reasegurado en el plano de lo imaginario.

### Imagen, rostro, rasgos, familia

En una situación simple los sujetos remarcan su rostro y cuerpo, delgadez, nariz poco armoniosa, defectos físicos, imagen de la madre (rechazada o amada) y/o del padre, a veces un rechazo de su ser corporal real, de su edad, por la percepción no de sí, sino de la generación parental. Es el progenitor del mismo sexo el que aparece más fuerte en el momento de la "confrontación video".

Siguen ejemplos de distintos tipos de impacto personal y grupal de la confrontación.

### Problemática del impacto de la imagen de sí y de la formación de quienes la utilizan en pedagogía y psicoterapia

El impacto de la imagen desencadena una serie de asociaciones y reacciones imprevistas.

1) Aceleración del proceso. Es sumamente riesgosa por lo que es un método que sólo pueden utilizarlo psicoterapeutas expertos. Se puede *no* sobrevivir a la afrenta de la "imagen ideal del yo" . . .

### 2) Resistencia al video.

Consultar a un profesional que incluye el video en su metodología de trabajo no significa querer ver la propia imagen. El terapeuta debe manejar la resistencia al video con la misma prudencia que otras resistencias, precedida de suficiente información acerca de su uso.

### 3) Problemas de la formación y de la sensibilización clínica de quienes utilizan el video

Trabajos recientes cuestionan que el video sea un auxiliar pedagógico

más. Se ha puesto en evidencia un triple fenómeno de voyeurismo, sadomasoquismo y juego de poder, que se desarrolla muy a menudo de manera más o menos inconciente y que no carece de incidencia sobre las modalidades y efectos de esta práctica.

Las reacciones difieren de acuerdo al tipo de personalidad, llegando hasta tentativas de suicidio. Respecto a este último aspecto es peligrosa, la autoscopia utilizada para promoción personal, en presencia de las altas jerarquías de la institución a la que pertenece.

El éxito de la utilización de la técnica parece apoyarse en los siguientes factores:

- Clima "permisivo", tolerante, aceptador del grupo.
- Resolución de los problemas de poder en el grupo, en particular la relación de los miembros con el coordinador y también la relación positiva del equipo (terapeutas-observadores-operadores).
- La formación sería de los miembros del equipo.

Es necesario un cierto tiempo para saber utilizar el video, aceptarlo e integrarlo.

En cuanto al rol del cameramen debe ser considerado desde la perspectiva de un detallado trabajo en equipo.

Schützenberger ejemplifica la aplicación del video al campo de la pedagogía.

Esta síntesis retoma su ejemplificación en psicoterapia. Algunos tipos de terapia se centran más en el video feed-back y sobre análisis de films que sobre la video-confrontación en directo. Algunos ejemplos: ALGER, BERGER, WHITAKER.

### Terapia familiar y terapia de pareja

De acuerdo al método del grupo de Palo Alto (Paul Watzlavick, Mara Selvini), la utilización del video en una sesión es un método rápido de introducir un feed-back específico en la familia, durante la sesión, para que los miembros de la familia puedan hacer una toma de conciencia inmediata y modificar y corregir sobre el campo su percepción y su comportamiento.

De acuerdo a esta hipótesis de trabajo el terapeuta forma parte del sistema familiar y por lo tanto es importante que sea filmado al mismo tiempo que la familia y tratado en un pie de igualdad.

La terapia familiar hace evidente la importancia del contexto y del sistema de comportamiento verbal y no verbal y las señales, algunas veces inconcientes, que las personas emiten y a los cuales el "individuo supuestamente enfermo" responde de manera especial.

Los ejemplos aportados por Schützenberger muestran el control social ejercido mediante el lenguaje del cuerpo en familias y parejas a través de la ambivalencia, la complejidad y reciprocidad de comportamientos y mensajes, mensajes verbales y no verbales, la contradicción entre niveles de comunicación no verbales.

La discusión con los pacientes permite no sólo la rectificación de comportamientos, da también una segunda oportunidad de expresar sentimientos reprimidos, y la ilustración de cómo puede llegar a excluirse a uno de los miembros.

Un ejemplo: En una pareja con difi-

cultades, mientras que la mujer habla, su marido escucha con una sonrisa de aprobación, pero al mismo tiempo está sentado con las piernas cruzadas indicando con el movimiento de sus hombros su falta de solidaridad con ella ("cold shoulder"): se advierte la contradicción entre dos niveles no verbales de comunicación.

Como conclusión, psicociólo-

gos, terapeutas, docentes, tienen con el video un medio para trabajar sobre el grupo y la familia y estudiarlos objetivamente de manera que los efectos del feed-back sean abarcados en el proceso grupal.

Esta obra es también un estímulo para comprender la complejidad de las consecuencias de la intervención del video.

Lic. Maria Cristina Vila de Gerlic

### GREGORY BATESON \*

por Mara Selvini Palazzoli

Gregory Bateson pertenece a aquella categoría de genios innovadores para los cuales el reconocimiento universal tiene que esperar largo tiempo. Hablo de reconocimiento universal ya que en el terreno especializado se ha diseminado su iter de investigador aparentemente atraído por muchos intereses, desde la etnología a la biología, psiquiatría, etología, política, ecología. Sin embargo, para definirlo, es indispensable usar el adverbio "aparentemente", dado que su investigación es la más unitaria que se pueda imaginar: en efecto es una "meta-investigación". Explicitamente, lo reconoce él mismo (con su tono usual algo "dejado"), en el segundo epílogo que en 1958 agregó a la segunda edición de Naven

"El acmé de ese libro fue el descubrimiento, descrito en el primer epílogo —y realizado sólo pocos días antes de ir a imprenta— de lo que hoy aparece como un truísmo: que "ethos", "eidos", sociología, economía, estructura cultural, estructura social, y todas las otras palabras ahí empleadas, refieren solamente las maneras usadas por el científico para juntar las piezas del puzzle. Estos conceptos, teóricos poseen un grado de realidad objetiva. Ellos son "verdaderamente" descripciones de los *procedimientos para conocer*, que el científico ha adoptado; pero, el sugerir que "ethos" o "estructura social" puedan poseer alguna verdad que vaya más allá equivaldría caer en la trampa de una concretización fuera

\* Título original en italiano: "Un avvenimento culturale: la traduzione italiana dell'opera di Gregory Bateson" publicado en "Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria" año XXXVIII (1977), fasc. IV.

—Publicado con permiso del autor y del editor—.

de lugar. Sin embargo la trampa y la ilusión se desvanecen cuando se llega a una tipificación lógica correcta. Si "ethos", "estructura social", "economía", etc. son palabras de un lenguaje describe solamente de qué manera los científicos organizan sus datos, entonces tales palabras no pueden ser usadas para "explicar" los fenómenos, no pueden existir categorías de fenómenos del tipo "categoría etológica" o categoría económica". Las personas están ciertamente influenciadas por las teorías económicas, o por los errores económicos, o por el hambre, pero no pueden estar influenciadas por la "Economía". La "Economía" es una clase de explicaciones y no una explicación en sí misma. Una vez descubierto el error, está abierto el camino para una ciencia completamente nueva, que es ya fundamental para el pensamiento moderno. Esta nueva ciencia no tiene todavía una denominación satisfactoria. Una parte de ella está incluida en lo que ahora se llama Teoría de la Comunicación, una parte está en la Cibernética, una parte en la Lógica matemática. El conjunto ha sido sólo parcialmente visualizado y todavía no tiene nombre".

Partiendo en 1936 de esta fundamental intuición sobre la "naturalidad de las explicaciones", Bateson continuó durante casi cuatro décadas, como observa Verón, una reflexión obsesionada por algunos problemas siempre marginados de las modas corrientes e introduciéndose de tanto en tanto en territorios que no parecían de su incumbencia. Irrespetuoso de las fronteras que superó siempre con naturalidad, fué yendo adonde lo

conducían sus preocupaciones epistemológicas, desconcertando a los aduaneros. Insensible a los mitos institucionales y ajeno a todo academismo, tuvo amargas expresiones sobre las ilusiones de los "especialistas".

"El así denominado especialista en ciencias humanas, que ignora todo sobre la estructura fundamental de la ciencia y de los tres mil años de reflexiones filosóficas sobre el hombre, que no puede definir, por ejemplo, que es la entropía o qué es un sacramento, haría mejor en callar en lugar de agregar su contribución a la actual jungla de hipótesis equivocadas".

Naven (si se exceptúa *Percival's narrative*, edición de una autobiografía de un esquizofrénico) fué el primer y último libro de Bateson, cuyas conferencias y ensayos fueron publicados por diversas revistas científicas y simposios.

Fué sólo en 1972 que, por iniciativa de un joven alumno suyo, Mark Engel, sus escritos más importantes fueron reunidos en un volumen publicado por Chandler (San Francisco) con el título: *Steps to an ecology of mind*.

La edición, que se agotó al poco tiempo, (un fenómeno curiosamente repetitivo para las publicaciones de Bateson, ya sea para Naven, como para *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*, escrita en colaboración con Fuesch) llevaba, además del prefacio de su discípulo, los famosos *Metálogos*, una serie de diálogos socráticos imaginariamente conducidos entre el autor y su hija acerca de los problemas más inusitados: "¿Porqué las cosas terminan en desorden?", "¿Porqué las cosas tienen contornos?". "¿Porqué un cisne?".

Estos *Metálogos*, eran una suerte de introducción al procedimiento primariamente deductivo, y no inductivo, que Bateson propuso para una nueva epistemología. La siguiente edición, impresa por el editor Ballantine, omitió los *Metálogos*. Fué mérito del Editor Adelphi el haberlos publicados en la edición italiana, vivamente auspiciada por muchos que no habían podido procurarse la edición original.

"Hacia una ecología de la mente está repartida en cinco partes que representan las cinco "fronteras" superadas por un explorador que, como él mismo dice, no posea una guía que le indicara qué visitar, sino sólo algo de misterioso que lo empujara "hacia experiencias y pensamientos relativos a problemas que de alguna manera son suyos, mucho antes de que pueda adquirir alguna noción consciente de sus fines". Dirá que es justamente por la declaración mencionada que aconsejó al lector acometer los "Metálogos" (o diálogo sobre el diálogo) después de leer el resto del libro, y esto porque requieren desde el vamos la posesión de ese algo de misterioso que empujó a Bateson hacia territorios concretos para ocuparse substancialmente de un problema abstracto: de cómo conocerlos. En efecto, los "Metálogos", que él llama una especie de catecismo, didácticamente, resultaron un fracaso. Los jóvenes psiquiatras a los cuales Bateson dictaba un curso en Palo Alto, después de algunas clases, a pesar de seguirlas diligentemente y con gran interés, le preguntaban invariablemente: "¿Pero cuál es el tema de este curso?".

El motivo del fracaso le resultó a Bateson particularmente claro: los alumnos estaban acostumbrados a pensar de manera opuesta a la suya. La manera de pensar de ellos era "inductiva": partiendo de los así llamados datos concretos, ellos argumentaban para llegar a hipótesis más generales, mientras que no estaban preparados para "deducir", o sea poner las hipótesis basándose en los fundamentos de la filosofía y matemáticas. En otras palabras, los jóvenes psiquiatras ignoraban que ya en la recolección de datos estamos influenciados por creencias más o menos conocidas. La introducción al pensamiento deductivo será más accesible después de haber leído los sucesivos ensayos en los cuales Bateson supo unir las abstracciones más elevadas al deseo de hacer comprensibles los comportamientos concretos de los organismos vivientes.

En la primera parte, la antropológica, presenta el concepto de esquismogénesis, que hizo célebre a Naven. Este concepto fue un auténtico descubrimiento que utilizó "antelitteram" el modelo cibernético de retroalimentación aplicado a las ciencias sociales. La formulación de la esquismogénesis, a posteriori ampliamente aplicada a las ciencias del comportamiento social, nació de la observación sobre el campo de un ceremonial usado con fines de paz por los Iatmul de la Nueva Guinea y justamente llamado, en el idioma indígena, Naven. En ese estudio Bateson demostraba que existen procesos sociales de refuerzo recíproco (identificados después como feedback positivos) que conducen a una diferencia-

ción social siempre más elevada, hasta el riesgo de una ruptura (schism). Para evitar ésto tiene lugar la introducción de un modelo de comportamiento opuesto (feedback negativo) que tiene el efecto de llevar nuevamente el sistema social a una posición de equilibrio.

En la segunda parte, concerniente a la forma y la patología de la relación, fundamental para los operadores de campo, emerge la propuesta radicalmente innovadora de una teoría del aprendizaje basada sobre una óptica lógico- comunicacional. La premisa epistemológica de Bateson empieza con considerar que todos los fenómenos naturales tienen en común el hecho de basarse sobre la *transmisión de informaciones*. Sin la transmisión de informaciones no habría vida. Las leyes de la comunicación pueden así ser generalizadas a todos los dominios. Con tales premisas Bateson elaboró una original teoría del aprendizaje donde el punto central fué el estudio de la posibilidad de aplicar la teoría de los Tipos Lógicos de Russel y Whitehead. Esta teoría ofreció el instrumento para una teoría de la clasificación. Tratándose siempre de *comunicación*, él llegó a una teoría de las categorías lógicas de la comunicación y del aprendizaje, donde la distinción entre clase y elemento de esa clase es un principio ordenador fundamental.

Agréguese que para Bateson, conforme a lo demostrado por la cibernética, el verdadero aprendizaje es siempre un cambio consiguiente al proceso de ensayo y error. Empezando por el aprendizaje cero, que es el simple recibir una información en la cual no intervengan mecanismos de

corrección, él define tres niveles progresivos de aprendizaje:

Aprendizaje uno: define la revisión de la elección dentro de un mismo conjunto de alternativas;

Aprendizaje dos (o deuteroprendizaje o aprendizaje a aprender): define la revisión del conjunto dentro del cual se hace una elección;

Aprendizaje tres: define la revisión del sistema de conjuntos de alternativas en cuyo interior se hace una elección.

Sólo el hombre puede llegar, muy raramente, a este nivel de altísima abstracción. Hay que revelar que Bateson, para poder imposter de manera tan novedosa el concepto de aprendizaje, se valió especialmente de sus observaciones sobre el comportamiento de los animales superiores. Tales observaciones le revelaron importantísimos aspectos del lenguaje analógico, cuyo estudio fué después extendido a la comunicación humana. Yendo a observar el comportamiento de los monos que se peleaban sin dañarse en el zoológico de San Francisco, empezó a preguntarse si los animales conocen que los signos con los cuales se metacomunican son *señales*. Su respuesta fué positiva. El morderse denota por cierto el mordisco, pero en un nivel lógico superior, no denota lo que sería denotado por el mordisco. La comunicación que resulta por lo tanto es otra: "Esto es un juego". De aquí la fundamental formulación Batesoniana de la teoría del juego, en cuanto aserción negativa que contiene una meta-aserción implícita: "las acciones que en este momento estamos realizando no denotan lo que

denotarían las acciones por las cuales se realizan".

Frente a una formulación de tan grande envergadura para la comprensión del nivel meta-comunicativo del lenguaje no verbal (en ciencias humanas como en etología), es para mí fuente de estupor constatar cómo muchos grandes etólogos hayan cometido graves errores por no haber colocado tales conceptualizaciones en la base de su propio trabajo. Veamos, por ejemplo, el ensayo tan conocido de los cónyuges Tinbergen "Early childhood autism: an ethological approach" donde una observación magistral de los comportamientos aparentemente incongruentes de los chicos autistas está arruinada por una interpretación arbitraria en términos de conflicto motivacional, y no, como demuestra Bateson, en términos de presencia simultánea de diferentes niveles lógicos de la comunicación. Las consecuencias de este error son graves, especialmente en lo que se refiere a un tratamiento terapéutico. Véase también como Premack, quien, adiestrando sus monos para el pensamiento categorial, cae en el error de interpretar en sentido antropomórfico ("me hacían pasar por tonto! . . .) comportamientos metacomunicativos que no eran otra cosa que señales de cambio de contexto ("y ahora basta de trabajar-juguemos!"). Se concluye que los monos, en cuanto a definición contextual, sabían más que su maestro.

Y llegó a la propuesta epistemológica de Bateson que considero máxima: el abandono del concepto intrapsíquico de la mente y el paso al concepto de mente sistémica. También aquí él se sirve de un argumento con-

creto (un estudio sobre el alcoholista) como de un peldaño para efectuar el salto al problema epistemológico. ¿Qué es la mente? ¿Es inmanente al individuo o trascendente?

Sobre la base de los progresos surgidos de la cibernética, la teoría de los sistemas y la teoría de la información, Bateson puede demostrar que el individuo no es más que un elemento de un complejo circuito donde los elementos se unen por un flujo de informaciones retroactivas que constituyen un sistema mental. No es posible entonces que en un sistema con características mentales (retroacción autocorrectora) una parte puede ejercer un control unilateral sobre el todo. En otros términos, las características mentales de un sistema interaccional son inmanentes no en algún elemento sino en el sistema como un todo.

Se llega a esta conclusión cuando nos preguntamos: "¿una calculadora puede pensar?", la contestación es negativa, en cuanto una calculadora es solamente un arco de un circuito más amplio que contiene siempre un hombre y un ambiente de donde la calculadora recibe informaciones y restituye efectos.

En forma análoga, se puede responder a la pregunta: "¿La mente está en el cerebro?" que la "mente" es inmanente a aquellos circuitos cerebrales que están enteramente contenidos en el cerebro; o que la mente es inmanente a los circuitos que están enteramente contenidos en el sistema: cerebro+cuerpo. Más cuando tratamos de explicar el comportamiento de un hombre, la "mente" resultará inmanente al más amplio sistema interaccional: Hombre am-

biente. El hacer una dicotomía arbitraria entre el individuo y su ambiente podría tomar incomprensible ese comportamiento, o nos obligaría a inventar algo para rellenar el vacío de lo que no vamos a ver<sup>1</sup>. Gran parte de la red mental trasciende el cerebro y el cuerpo, organizándose en los distintos sistemas mentales que se establecen en los varios niveles socio-ambientales.

La consecuencia de semejante conceptualización renovadora fue el abandono del modelo médico intrapersonal en el estudio y el tratamiento de los comportamientos tradicionalmente considerados de incumbencia psiquiátrica, para pasar al estudio de los contextos cuya definición relacional es, a veces señalada por la aparición de un individuo que presenta "síntomas". La terapia de familia, empezada ya en Palo Alto por el equipo de Bateson, no es mistificada como un "agregado" cualquiera, más o menos a la moda, al arsenal psiquiátrico. Por el contrario, es una negación de la psiquiatría, en el sentido de un verdadero salto conceptual desde el modelo intrapsíquico-energético al modelo comunicacional-sistémico (una alternativa concreta, tanto teórica como técnica, y no una mera contestación).

El estudio y la terapia de la familia se convierten por lo tanto en el primer paso hacia una visión ecológica de los comportamientos humanos, el primer anillo de un estudio paciente, dirigido a llenar el vacío de conocimiento que separaba al individuo

<sup>1</sup> Por el contrario, aislar experimentalmente a un individuo, como en la privación sensorial, obliga muy pronto al sujeto a alucinar "interlocutores" humanos y no humanos, dada la absoluta necesidad de pertenecer a una cadena relacional retroactiva.

de lo social: desde la familia como sistema natural e institucional a su interacción con sistemas cada vez más amplios (clan familiares, escuela, organización del trabajo, etc.). En conformidad con la lógica sistémica, resultará por lo tanto científicamente incorrecto ya sea, interpretar lo social con modelos extrapolados de lo intrapsíquico (la totalidad *no es* la suma de las características intrapsíquicas de los miembros que lo componen i), ya sea el efectuar un salto que atribuya los problemas individuales al sistema total, sin haber estudiado las relaciones entre los niveles sistémicos intermedios.

Creo sea justamente esto lo que Bateson quería decir cuando antepuso la palabra "hacia" en el título. Una suerte de señalización genial para indicar un camino recién empezado, que se divisa lleno de dificultades y que empeñará a tres generaciones de investigadores ansiosos de innovaciones. Una renovación urgente que, recoja la acusación de Bateson contra el concepto de racionalidad como supremacía indiscutida de lo consciente sobre toda otra actividad mental. La racionalidad lineal-causal, afirma él, es por naturaleza despiadada, patogénica y destructiva: su virulencia nace primariamente del hecho que ella ignora la naturaleza circular de la vida. No sabe recoger otra cosa que arcos circuitos a los cuales atribuye significados y propósitos míopes y arbitrarios. El mecanismo científico, dominado por la lógica lineal-causal, aparece por lo tanto como

responsable, sea de la obsolescencia de las ciencias humanas, sea de los desastres ecológicos provocados por la revolución industrial. Con este propósito Bateson enumera las ideas míopes que la caracterizan: 1) nosotros en contra del ambiente; 2) nosotros en contra de otros hombres; 3) es el individuo lo único que cuenta; 4) podemos tener un control unilateral sobre el ambiente y debemos esforzarnos para alcanzarlo; 5) vivimos dentro de una frontera que se extiende hacia el infinito; 6) el determinismo económico es cosa obvia y sensata; 7) la técnica nos permitirá realizarlo.

Y aquí es suficiente ejemplificar con los desastres sistémicos provocados por la difusión del DDT.

Lo que la conciencia nunca puede apreciar sin ayuda (ayuda de la religión, del arte, de los sueños) es la naturaleza sistémica del mundo, que es un mundo de estructuras circulares. El hombre podrá sobrevivir sólo si la sabiduría, o sea la capacidad de reconocer la realidad como circular, sepa hacerse escuchar.

Y para terminar este escrito mío dedicado a Bateson, contaré un episodio personal, que me parece muy ilustrativo de su personalidad tan indiferente a los signos del éxito. En el verano de 1972, después de haber leído la primera edición de los ensayos, contacté a Feltrinelli que consintió al proyecto de una traducción italiana. Pero la casa editora de esa primera impresión no estaba entre las direcciones de editoriales. Escribí entonces a Bateson mismo, para que me ayudara en la iniciativa. Dos cartas quedaron sin contestación. Decidida

a sacarlo de su mutismo, en una tercera carta le adjunté un manuscrito sobre una investigación nuestra en terapia familiar fundada sobre la epistemología propuesta por él. "Puede ser que le interese" pensé, "a lo mejor lo obliga a contestarme, aunque sea sólo para insultarme. . ."

En efecto, me contestó. Una linda carta llena de preguntas sobre nuestra manera no verbal de comunicarse con las familias. Ninguna mención al editor o al proyecto de la traducción italiana. Una vez más sus preocupaciones epistemológicas habían sido lo más importante.

Traducción de Sandra I. de Canevaro

---

**INFORMACION GENERAL**


---

**Tercer aniversario de la sociedad argentina de terapia familiar**

Otros de nuestros invitados fueron el Dr. Israel Zwerling y la Lic. Ilda Ficher, ambos del Hanemann College de Filadelfia y pertenecientes a la American Family Therapy Association. El Dr. Zwerling es Director del Departamento de Salud Mental del Hanemann College, y nos habló de lo que él denomina "terapia del contexto" en relación con la influencia de lo social sobre la evolución de la familia ("la madre que trabaja, las guarderías, la asistencia social, etc"). La Lic. Ficher nos trajo los últimos adelantos en los Estados Unidos en lo que respecta a las disfunciones sexuales y tratamiento de la pareja conyugal.

Nos visitó también brevemente, el Dr. John Weakland, otro de los pioneros de Palo Alto del grupo de Bateson y también, coautor junto con el Dr. Zuk del libro de "interacción familiar" mencionado anteriormente.

Actualmente se está desarrollando un curso introductorio a la obra de la Dra. Mara Selvini-Palazzoli y su equipo. El curso está coordinado por el Dr. Alfredo Canevaro y la Lic. Sara Jutorán. El motivo de este curso es la próxima visita de la Dra. Palazzoli acompañada por la Dra. Giuliana Prata. Ambas presentarán el modelo que desarrollaran en el Centro per lo studio della famiglia de Milán. Impera una gran expectativa ante el programa que traen, en el que figuran conceptos tales como: "el desarrollo del niño a la luz del modelo sistémico", "el racismo en la familia" y "las insidias de la terapia familiar".

Se cumplieron el 16 de junio próximo pasado, tres años de la fundación de la Sociedad Argentina de Terapia familiar.

En el transcurso de estos años, se fue consolidando y dando a conocer más ampliamente tanto en el país como en el extranjero. Su masa societaria se duplicó con el ingreso de profesionales, algunos de ellos provenientes del interior del país.

Desde el punto de vista científico, se realizaron las reuniones de los días miércoles a las 21 horas. Se dictaron diversos seminarios que estuvieron a cargo de los Dres. Oscar Czertok, Luis Al-

bornoz y Ana Lía Kornblit, y se comenzó una revisión de tapes de terapia familiar pertenecientes a nuestra sociedad, a cargo de la Dra. Cristina Ravazzola de Mazieres y del Lic. Alberto González.

Durante este período nos visitaron figuras extranjeras de prestigio internacional en la materia. Contamos con la presencia del Dr. David Rubinstein, Director del Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute de Filadelfia y Profesor titular de Psiquiatría de la Universidad de Temple, de la misma ciudad, quién dictó seminarios, ofreció supervisiones clínicas y comentó varias proyecciones suyas en video-tape; imprimiéndole a las reuniones, tal vez especialmente por ésto último, características que no eran habituales en nuestro medio. Esta modalidad de trabajo del Dr. Rubinstein fue continuada en general por casi todos los demás invitados que vinieron posteriormente, y es hoy común en nuestro medio. El Dr. Rubinstein nos presentó su "enfoque ecológico sobre la esquizofrenia", sus ideas sobre las "días depresivas" y sobre el desarrollo de la libido de una persona en relación al desarrollo de esas mismas etapas en sus progenitores.

Contamos con la presencia también del Dr. Gerald Zuk, uno de los pioneros en terapia familiar y coautor del libro "Interpretación familiar", quién desarrolló sus conceptos de los roles del terapeuta de "celebrant", "side-taker" y de "to go between".

Vino también el Dr. Alberto Serrano, Director del Community Child Guidance Center de San Antonio, Texas, y nos habló entre otras cosas acerca de la noción de "familia normal".

Al mismo tiempo varios miembros de nuestra sociedad han viajado por el interior del país y al extranjero, participando de Congresos y Simposios. Los Dres. Alfredo Canevaro y Martín de Oro participaron en el Primer Congreso Internacional de la Asociación Americana para Terapia Marital y Familiar, en Toronto, Canadá. También viajaron, en calidad de invitados llevando trabajos, los Dres. Luis Albornoz, Oscar Czertok y la Lic. Stella M. Molina, a un Simposio de Terapia Familiar que tuvo lugar en la ciudad de Río de Janeiro. Los Dres. Alfredo Canevaro, Oscar Czertok, Martín de Oro, Rafael Skiadaressis, Carlos Kligmann, los Lic. Ma. Elena Gandolla de Czertok, Stella Maris Molina, Alberto González, Juan Carlos Nocetti y Susana Galperin fueron invitados a participar en unas

Jornadas sobre Terapia Familiar organizadas por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, que tuvo lugar en la ciudad de Paraná.

El proyecto científico de la Sociedad para lo que resta del año 81 y el año 82 es organizar un Encuentro Argentino de Terapia Familiar para Mayo de 1982, e ir preparando grupos de trabajo sobre las principales corrientes en Terapia Familiar, a fin de profundizar en teoría y técnica.

Estas actividades, junto con los cursos y seminarios dictados por miembros de la Sociedad permitirán que se constituya un centro aglutinador de aquellos terapeutas e investigadores en Terapia Familiar que quieran enseñar y aprender, de modo de ir constituyendo poco a poco una escuela argentina en esta fascinante disciplina científica.

Los Dres. Roberto Losso y A. M. P. de Losso dictan un curso de Psicodrama Psicoanalítico para parejas y familias. La Dra. Ana Lía Kornblit y el Dr. Jaime Schwarstein dictan un curso sobre teoría y técnica de la Terapia Familiar. El Dr. A. Canevaro y la Lic. Alicia J. de Arbiser dictarán un curso similar, con proyección de video-tapes entre los meses de septiembre y diciembre. Los Dres. R. Marcer y R. Skiadaressis harán un curso de Introducción a la Terapia Familiar los sábados de 10 a 12 hs. entre septiembre y noviembre, y el Dr. Julio Correa coordinará un curso sobre "Interacción de factores biológicos y psicológicos en el cáncer" entre el 21 de agosto y el 9 de octubre.

Dr. Alejandro Sicardi

#### Resultado del Concurso 1980 de la revista Terapia Familiar

Se efectuó el primer concurso anual de trabajos que signifiquen un aporte al desarrollo del conocimiento y de la práctica de nuestra disciplina. El jurado integrado por el Dr. Juan José Morgan, el Dr. Isidoro Berenstein, la Lic. Estrella Joselevich, el Dr. Guillermo Vidal, la Lic. Ana Pampliega de Quiroga y el Dr. Octa-

vio Fernandez Moujan, votó por mayoría el trabajo presentado por la Dra. Analía KORNBLIT con el título de "CATEGORIAS SEMANTICAS APLICADAS A UN CASO DE DROGADICCION" que publicamos en este mismo número.

#### Concurso 1981 de trabajos Sobre Terapia Familiar

La Revista TERAPIA FAMILIAR instituyó un concurso de trabajos teóricos, clínicos o de investigación que signifiquen un aporte relevante al desarrollo del conocimiento y de la práctica de nuestra disciplina.

Recordamos que las condiciones son las siguientes:

- El concurso se realizará anualmente a partir de 1980.
- Los trabajos podrán ser presentados individual o grupalmente, pudiendo tratarse de terapeutas familiares o de equipos interdisciplinarios residentes en el país.
- El jurado estará compuesto por 6 (seis) personalidades reconocidas en nuestra disciplina y será designado por los responsables de la Revista Terapia Familiar. En caso de empate se requerirá el voto del Director de la Revista.
- El premio consistirá en un diploma y la publicación del trabajo en la Revista TERAPIA FAMILIAR. Podrá ser compartido o declarado desierto. El jurado podrá otorgar menciones a otros trabajos que serían eventualmente publicados.
- Los trabajos, que deberán ser inéditos, serán presentados en 7 (siete) copias escritas a máquina, a doble espacio, tamaño carta. Serán firmados con un seudónimo; que a su vez figurará con el título del trabajo en la cara externa de un sobre cerrado conteniendo en su interior el nombre y domicilio del o los autores.
- La recepción de los trabajos quedará a cargo de los responsables de la Revista TERAPIA FAMILIAR, hasta el 31 de Diciembre de 1981. El trabajo premiado y las menciones que hubiera resuelto el jurado serán publicados en el segundo número de la revista de ese mismo año.

Comité de Redacción.

### CENTRO DE ESTUDIO DE TERAPIA FAMILIAR (C.E.TE.FA.) ROSARIO

Director: Dr. Fidel Lebensohn

Integrantes:

Ps. Elena Lebensohn

Dr. Ruben Makinistian

Dr. Carlos Mahuad

Dra. Norma de Caporale

C.E.TE.FA. encara la Terapia familiar a través de una función: Docente, Asistencial y de Investigación. Su línea Teórica es la teoría de la comunicación y la Teoría de los Sistemas Generales.

Area docente

Año 1981

- 1 – Curso estable de formación de Terapeutas Familiares. Duración 3 años. Ingreso todos los años, mes de Noviembre.
- 2 – Seminarios de Actualización en Terapia familiar: Terapia Familiar (Diagnostico en Circularidad Intervenciones Paradojales) 26 y 27 de Junio. Terapia de Pareja 7 y 8 de Noviembre.
- 3 – Workshops: Mara S. Palazzoli y G. Prata 12, 13, 14 y 15 de agosto. Ana María Nicoló 3, 4 y 5 de Septiembre. Dr. Alfredo Canevaro Octubre 10.
- 4 – Curso Especial para Terapeutas Familiares: Trabajo clínico Terapéutico en Camara de Gessell, viendo familias del C.E.TE.FA., como así mismo familias aportadas por los inscriptos que seran Supervisadas en vivo. Duración 1 año, Noviembre 1981 a noviembre 1982.

Tucuman 1060 pta. baja Dto. "A"

T: 67038 Rosario.

### CURSO DE PSIQUIATRIA FAMILIAR

FAMILY PSYCHIATRY: THEORY AND PRACTICE,

Dir. John G. Howells, M. D., F. R. C. Psych.

Educational Objectives: To present knowledge of, and stimulate discussion on, the British development in the family field termed FAMILY PSYCHIATRY.

Description: The course starts with an overview of the whole field of family psychiatry. Three clinical aspects of the field are selected for detailed presentation and discussion. 1. FAMILY DIAGNOSIS – a clear systematic account whereby the family can be evaluated as a prelude to treatment. 2. FAMILY PSYCHOTHERAPY – its strategy, organization and techniques. 3. VECTOR THERAPY – the new effective form of extra interview psychotherapy.

Presentation will be enhanced by art presentations, case illustrations, and audience participation.

Dates: 18th – 19th June, 1981 (for Psychiatrists).

February, 1982 (for Social Workers).

March each year for Family Practitioners.

Venue: The Institute of Family Psychiatry, The Ipswich

Venue: The Institute of Family Psychiatry, The Ipswich Hospital, 23, Henley Road, Ipswich, IP1 3TF, England, U. K.

Particulars: From the Secretary, Institute of Family Psychiatry, 23, Henley Road, Ipswich, IP1 3TF, England, U.K.

# FAMILY THERAPY NEWS



A NEWSPAPER OF THE AMERICAN ASSOCIATION  
FOR MARRIAGE and FAMILY THERAPY

edited by William J. Hiebert, S.T.M.

**a newspaper especially for  
professionals in marital and family therapy**

#### THE AAMFT NEWSLETTER OFFERS:

- Broad coverage of recent news developments in the field of marriage and family therapy.
- A focus on legislative developments affecting the field of marital and family therapy from Washington DC and around the country.
- A forum for dialog via Letters to the Editor.
- Interviews with leading therapists.
- Current data on trends in marrying, birthing, divorcing; and other family-related factors.
- International correspondents covering the happenings in marriage and family therapy across the globe.
- Thought-provoking articles on marriage and family therapy.
- Family images in the media.
- An up-to-date listing of conferences and workshops in marriage and family therapy.
- Classified advertisements announcing position openings in marriage and family therapy.

#### RECENT AUTHORS AND ARTICLES

- Politicization of the Family Therapy Movement  
by James L. Framo
- The War for the Generation Gap  
by Carl A. Whitaker
- The Old Pro: A Tribute to Milton Erickson  
by Charles H. Kramer
- The Reciprocal Impact of Family Systems & Health Systems  
by Donald A. Bloch
- The Tiger & The Lady: Technology & the Person in Family Therapy  
by Fred Duhl
- Iranian Crisis: Caring for Families of Catastrophe  
by Charles Figley
- AAMFT and AFTA, 1980 - "More of the Same?"  
by Donald S. Williamson
- Training at the Tavistock Clinic  
by Robin & Prudence Skynner
- Marriage & Family Therapy in the Conciliation Courts  
by Leonore Levit
- The Divorced Man: Gaining Personal Fulfillment  
by Patricia Repinski

## order form

Please enter my subscription

- 1 year @ \$10 (six issues)
- Bill me for this order  
plus postage and handling
- Check is enclosed

Name \_\_\_\_\_  
LAST FIRST MIDDLE

Street \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

(Orders outside the United States and Canada add \$2.00 for postage and handling.)

**AAMFT 924 W Ninth Street Upland CA 91786**



# índice psicológico

ISSN 0325 - 254X

INFORMACION TRIMESTRAL INTERNACIONAL SOBRE PSICOLOGIA, PSICOANALISIS Y PSIQUIATRIA.

- \* Contenido del índice y abstracts de revistas especializadas.
- \* Libros: lista de novedades, reediciones, ficheros temáticos.
- \* Calendario de congresos y otras reuniones científicas.
- \* Guía de instituciones que dictan cursos de post-grado.
- \* Información general sobre la actividad internacional en salud mental.

Y en cada edición nuevas secciones y documentos al servicio de las necesidades profesionales.

— Edición simultánea - Buenos Aires - México —

*SUSCRIPCION: Por 1 año (4 números) en Argentina:  
\$ 35.000.- Otros países u\$s 18.- Cheque o giro a nombre  
del Director Lic. Modesto M. Alonso, Cuba 1873 - 1428 -  
Buenos Aires, Argentina.*

**CONFERENCIA**

First International Conference of the  
Mental Research Institute

Innovations in Psychotherapy and Family Medicine

June 25 - 27, 1982

Nice, France

For Information write to:

Diana Sullivan Everstine  
MRI  
555 Middlefield Road  
Palo Alto, California 94301  
U. S. A.



**ASOCIACION ARGENTINA DE PSICOLOGIA  
Y PSICOTERAPIA DE GRUPO**

**INSTITUTO DE TECNICAS GRUPALES  
CURSO AÑO 1982 DE FORMACION  
DE COORDINADORES DE GRUPOS**

**PROGRAMA**

**1er AÑO**

**2do AÑO**

**3er AÑO**

Dinámica de grupo	Personalidad II	Práctica de coordinación
Personalidad	Teoría general de la técnica	Abordaje de material clínico
Grupo de reflexión	Grupo de reflexión	Análisis institucional
		Grupo de reflexión

**REUNIONES CIENTIFICAS PARA LOS 3 AÑOS CON GRUPO DE DISCUSION**

**ABIERTA LA INSCRIPCION PARA MEDICOS,  
PSICOLOGOS, PSICOPEDAGOGOS CON FORMACION  
PSICOLOGICA**

\*Secretaría: GALLO 1219 Tel. 826-0564

Horario de 9 a 17 hs.

# CENTRO

de  
Docencia  
Investigación y  
Asistencia  
Psicológica

Directores:  
Dr. Roberto P. Montanelli  
Dr. Carlos N. Díaz Usandivaras

PSICOPATOLOGIA DE ADULTOS  
PSICOPATOLOGIA INFANTO JUVENIL  
PISCOPEDAGOGIA Y CLINICA DEL APRENDIZAJE  
PSICOTERAPIA DEL GRUPO FAMILIAR  
DOCENCIA - INVESTIGACION

ACASSUSO 907 - SAN ISIDRO - T.E. 743-8645 - Bs. AS.

CLINICA  
GRADIVA



COORDINADORES:

Dr. MIGUEL A. BIANUCCI  
Dr. JUAN A. YARIA

- TRATAMIENTO PSIQUIATRICO INTEGRAL
- INTERNACION
- CLINICA DE DIA
- CONSULTORIOS EXTERNOS
- URGENCIAS DOMICILIARIAS

Rivadavia 5840 Capital T.E.: 631-7581/632-5565

Radiomensaje: 46-5329/3701 • 45-9392/9549 • Código 4777

## SERVICIO DE PSICOPATOLOGIA DEL "HOSPITAL ITALIANO"

Integrado al Dto. de Medicina

Guardia médica psiquiátrica activa permanente: de un médico de planta y un médico residente

- **Consultorio Externo:** Sectores de Adolescentes, Adultos y Personas de Edad.
- **Internación:** Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Recreación, Integración Corporal.
- **Hospital de Día:** Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Recreación, Integración Corporal, Psicodrama.

Jefa int.: Prof. Dra. Lía Ricón

Gascón 450

Tel. 811 - 4149

1968 - 1979

CLINICA PSIQUIATRICA

(Comunidad Terapéutica)

DIRECCION MEDICA Prof. Dr. Jorge E. García Badaracco  
Dr. Norberto J. Proverbio

*Pone a disposición de los colegas una larga trayectoria de experiencia institucional privada en los trastornos psíquicos graves que requieran Internación total o parcial, incluyendo los más modernos recursos terapéuticos, desde los recientes avances de la investigación biológica hasta la experiencia clínica psicoterapéutica individual, grupal, familiar e institucional.*

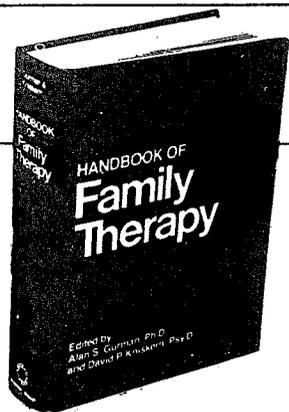
O'Higgins 2328/48

1428 - CAPITAL FEDERAL

Radiollamada Código 9807

Teléfonos: 781 - 1306/0557/7825  
31 - 0056/59 y 32 - 6383/87

“Represents the coming of age of family therapy”



## HANDBOOK OF FAMILY THERAPY

Edited by Alan S. Gurman, Ph.D., and David P. Kniskern, Psy.D.

This encyclopedic volume is destined to become the basic guide to this important, growing field. It offers a comprehensive presentation of all the major models of family therapy. The original contributions have been written by prominent representatives of each of the approaches represented. In addition, the editors have added their own critical commentaries.

The sections of this extraordinary 816-page Handbook, set in double columns, cover: Historical Perspective; Psychoanalytic and Object Relations Approaches; Intergenerational Approaches; Systems Theory Approaches; Behavioral Approaches; Special Areas and Issues; Enrichment and Divorce; Research on Family Therapy.

Each contributor has followed a detailed guide, so that every chapter includes description of healthy and pathological family functioning, assessment, treatment applicability, structure of therapy process, role of therapist, techniques, effectiveness, training, and more. Taken with the editors' commentaries, this approach makes this a uniquely valuable Handbook for every professional dealing with families.

*“This book represents the coming of age of family therapy and represents it well. It contains much of the breadth and depth and excitement of the field itself.”—A.Y. Napier, Ph.D.*

*“This Handbook is unique. No assemblage of papers in the field of family therapy even addresses, much less accomplishes, the task of this volume. The Handbook responds to the pressing need for a comprehensive source that will enable readers to compare and assess critically for themselves major clinical concepts in family therapy.”—Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.*

*“I consider the book to be ‘must’ reading for every marriage and family clinician, researcher and teacher.”—Richard B. Stuart, D.S.W.*

You are invited to see a first-press copy of the **HANDBOOK OF FAMILY THERAPY** for a full month without risk. Just send the special price of only \$34.95—instead of the published price of \$39.95—plus \$1.00 postage and shipping. (N.Y.C. residents add 8% tax; N.Y. State add 4% plus local tax.) Send your order to Brunner/Mazel, Inc., 19 Union Square West, New York, N.Y. 10003. You are free to return the book for full refund. (Master Charge or VISA list acct. no. and exp. date.)

### Indicaciones sobre los trabajos que se envíen como colaboraciones

Aquellos trabajos originales o comunicaciones sobre Congresos, conferencias y seminarios que traten el tema específico de la terapia familiar, deben ser enviados a:

**Alfredo A. Canevaro, Gorostiaga 1731 - Cap. Federal (1426) - Rep. Argentina.**

Las colaboraciones deberán ser originales y en tres (3) copias mecanografiadas a doble espacio, con un resumen final en castellano e inglés. La propiedad literaria de los artículos enviados pertenece a la revista y ésta se reserva todos los derechos de reproducción y publicación . . . . .

### FICHA DE SUSCRIPCION

Sres. de Terapia Familiar:

Solicito ser suscripto por el término de un año a vuestra revista para lo que acompaño los siguientes datos:

Nombre y Apellido .....

Dirección .....

Código Postal ..... Localidad .....

Profesión .....

Adjunto Cheque o Giro a nombre de: Editorial ACE S.R.L., No a la orden, por pesos .....

Gorostiaga 1731, Capital Federal (1426), R. Argentina

PRECIO DE LA SUSCRIPCION ANUAL **Argentina \$ 95.000.--**  
**Exterior u\$s 26.--**

*Talleres Gráficos Garamond S.C.A.,  
José A. Cabrera 3856, Cap. Fed.,  
terminó de imprimir este libro  
en el mes de setiembre de 1981*