

La Serie Universitaria de la Fundación Juan March presenta resúmenes, realizados por el propio autor, de algunos estudios e investigaciones llevados a cabo por los becarios de la Fundación y aprobados por los Asesores Secretarios de los distintos Departamentos.

El texto íntegro de las Memorias correspondientes se encuentra en la Biblioteca de la Fundación (Castelló, 77. Madrid-6).

La lista completa de los trabajos aprobados se presenta, en forma de fichas, en los Cuadernos Bibliográficos que publica la Fundación Juan March.

Los trabajos publicados en Serie Universitaria abarcan las siguientes especialidades:
Arquitectura y Urbanismo; Artes Plásticas;
Biología; Ciencias Agrarias; Ciencias Sociales;
Comunicación Social; Derecho; Economía; Filosofía;
Física; Geología; Historia; Ingeniería;
Literatura y Filología; Matemáticas; Medicina,
Farmacia y Veterinaria; Música; Química; Teología.
A ellas corresponden los colores de la cubierta.

Edición no venal de 300 ejemplares que se reparte gratuitamente a investigadores, Bibliotecas y Centros especializados de toda España.

Fundación Juan March



FJM-Uni 134-Nav
La terapia de pareja según la teoría
Navarro Mauro, Carmen.

1031689



Biblioteca FJM

Fundación Juan March (Madrid)

134 La terapia de pareja según la teoría sistémica/Carmen Navarro Mauro.

SERIE UNIVERSITARIA



Fundación Juan March

Carmen Navarro Mauro

La terapia de pareja según
la teoría sistémica.

FJM
Uni-
134
Nav
134

Fundación Juan March

Serie Universitaria



134

Carmen Navarro Mauro

La terapia de pareja según
la teoría sistémica.



Fundación Juan March
Castelló, 77. Teléf. 225 44 55
Madrid - 6

Fundación Juan March (Madrid)

*Este trabajo fue realizado con una Beca de la
Convocatoria de Extranjero, 1977, individual.*

Departamento de FILOSOFIA.

*Centro de trabajo: Clínica Psiquiátrica Universitaria
de Lausanne (Suiza)*

Depósito Legal: M - 33430 - 1980

I.S.B.N.: 84 - 7075 - 183 - 3

Impresión: Gráfica Ibérica, Tarragona, 34 - Madrid - 7

I N D I C E

	<u>Página</u>
1. PARTE TEORICA	5
2. PRIMERA PAREJA	14
3. LA TERAPIA	15
4. OBSERVACIONES	40
5. EVALUACION DE LA INTERVENCION	40
6. SEGUNDA PARTE	42
7. EVALUACION DE LA INTERVENCION	50
8. BIBLIOGRAFIA	53

Intentaré exponer en este trabajo la forma de tratamiento que se lleva a cabo en la clínica psiquiátrica donde he realizado mi formación. En primer lugar situaré el marco de referencia teórico sobre el que se basan nuestras intervenciones. A continuación, describiré los dos casos de terapia de pareja escojidos como ejemplo, a los que participé como coterapeuta, : motivaciones de la pareja, sintomatología del paciente hospitalizado y razones que nos llevaron a indicar la terapia de pareja. Presentaré un análisis detallado de las sesiones, según el plan de los terapeutas y la finalidad general de la terapia.

PARTE TEORICA

El marco de referencia teórico al que nos referimos en todas nuestras intervenciones terapéuticas se basa especialmente en la teoría y práctica de la terapia sistémica de familia. Consideramos la terapia de pareja como una subdivisión de la terapia de familia (la pareja es un subsistema). La teoría de los sistemas postula que todo comportamiento es a la vez la causa y el efecto de... Este postulado elimina un razonamiento lineal; donde causa \rightarrow efecto, y lo substituye por un razonamiento circular; donde causa \rightleftarrows efecto. En el ámbito del comportamiento humano, al individuo debe comprendersele y estudiársele dentro del contexto relacional en el que se desarrolla. Si se aísla su comportamiento y se le estudia bajo una óptica exclusivamente individualista, el resultado de nuestras observaciones dará una visión deformada de una realidad que en si misma es más compleja y rica, es decir: el individuo en su contexto, y las relaciones recíprocas que se establecen.

Hasta nuestros días, La Familia es el contexto de aprendizaje que ejerce la mayor influencia sobre el individuo, especialmente durante su infancia, periodo que como se sabe las estructuras psicológicas de la personalidad se encuentran en plena formación y desarrollo. Según L. Kaufmann (9), la familia es un sistema abierto, donde los individuos intercambian continuamente informaciones, entre ellos, tanto a niveles conscientes como inconscientes, y con el mundo exterior. La familia posee las propiedades siguientes: es una unidad

dad funcional mayor que la suma de sus miembros, tiende a la búsqueda de un cierto equilibrio por autoregulación y es un sistema en evolución.

El intercambio de información humana al que nos hemos referido se efectúa mediante el complejo conjunto de signos o comportamientos susceptibles de servir de comunicación, de mensaje. La transmisión se efectúa a través de dos modos de lenguaje diferentes pero entrelazados :

- Lenguaje digital (verbal; la palabra y la escritura), es un modo de lenguaje que por sus articulaciones sintácticas y lógicas es especialmente apto para expresar el contenido de una comunicación.

- El lenguaje analógico (no verbal; paraverbal y kinestésico), es un modo de lenguaje que no posee ni sintaxis ni funciones lógicas, pero por otro lado contiene una semántica que hace referencia al aspecto relacional de la comunicación (a la relación entre dos o más personas). (B)

Las transmisiones de todos estos mensajes, tanto analógicos como digitales, se efectúan de emisores a receptores y obedecen a regulaciones retroactivas. Según esta forma de comprender la comunicación humana, todo comportamiento constituye una información, siendo imposible dejar de comunicar.

Nuestras referencias teóricas integran ciertos aspectos de la teoría psicoanalítica, sobre todo la dinámica circular de la formación del mundo intrapsíquico a la que hacen referencia ciertos autores. Una lectura atenta de ciertos pasajes de la obra de Freud (3) muestra alusiones a la importancia de las relaciones familiares. Sin embargo, en la mayor parte de sus escritos, se trata de personajes familiares abstractos o de relaciones familiares típicas y anónimas. Las relaciones familiares concretas nunca fueron el centro de interés de Freud. Sabemos, gracias a las nuevas aportaciones del psicoanálisis, que el desarrollo sexual del niño se hace en el seno de una familia concreta, cuyos miembros son a la vez el soporte de sus producciones imaginarias y los actores de sus conflictos reales. La familia interviene pues de una forma decisiva en la formación del inconsciente individual y en el funcionamiento psíquico. Según E. Gilliéron (7), los actos de los padres, el juego sutil de sus intercambios relacionales, van a permitir o impedir que el niño se forme su mundo psíquico interno y a influenciar su organización : la dialéctica entre el comportamiento relacional de los individuos y el mundo intrapsíquico.

En el campo de la epistemología genética, J. Piaget (12) ha mostrado que el desarrollo psicológico de las funciones cognitivas en el ser humano es un proceso evolutivo y de aprendizaje formado de asimilación y de acomodación; se trata de un proceso circular entre el individuo - sujeto de conocimiento - y el medio - objetos de conocimiento -.

Por abstracción, podemos establecer analogías entre los fundamentos explicativos utilizados por Piaget en sus conocidos estudios sobre la interacción, los procesos de equilibración, los mecanismos de autorregulación y la jerarquía de las funciones mentales en la adquisición del conocimiento, y los modelos teóricos sistémicos aplicados a la familia. Sin embargo Piaget se refiere únicamente a la trayectoria evolutiva que cada individuo viviente independientemente se construye ante los objetos inanimados.

Por el contrario, las teorías sistémicas se interesan por los procesos interaccionales que ocurren entre los seres humanos, lo que necesita un modelo conceptual que tenga en cuenta las diferentes dimensiones que entran en juego. Por ejemplo, se sabe como el niño construye la noción de constancia ante las reacciones de los objetos. (Un ejemplo simple : si un niño da un puntapié a una piedra, puede prever la constancia de la reacción de la piedra en función de su fuerza, etc.). Pero los procesos de aprendizaje en la esfera de las relaciones interindividuales presentan otro orden de complicación. (Si el mismo niño da un puntapié a su amigo, sin duda la reacción de este último no será siempre constante).

Los terapeutas de familia se refieren precisamente a las relaciones entre los individuos vivientes, dentro de un grupo con características bien específicas, pues en la familia las relaciones afectivas y de dependencia son intensas. Las teorías sistémicas adoptan una concepción interaccionista de las relaciones y de las comunicaciones, sin embargo la dimensión evolucionista y constructivista está en pleno desarrollo. Consideran que el individuo no es un ser aislado, es un miembro activo y reactivo dentro del grupo social que le rodea. Su comportamiento, tanto normal como patológico, debe considerarse dentro del complejo relacional donde aparece.

El individuo, la familia, la sociedad, etc., son sistemas encajados los unos dentro de los otros, que guardan una jerarquía y buscan un optimum de equi-

librio por autoregulación. Como todo sistema abierto el individuo, la pareja la familia etc., funcionan según una serie de reglas. Estas reglas pueden detectarse observando en el sistema los modos repetitivos de relacionarse, es decir : "los comportamientos redundantes", y se forman durante la historia común del grupo. Constituyen las variables estables que definen el estado del sistema. Su estabilidad y su conservación se logran por medio de mecanismos de autoregulación internos al sistema. Estos mecanismos actúan de tal manera que corrigen todo movimiento que tiende a alejarse de la norma-regla. Pero las necesidades propias de la adaptación imponen cambios de reglas, los momentos de transformación implican "crisis" y desequilibrios inherentes a todo proceso de evolución.

En todo sistema (individuo epistemológico, de relaciones afectivas, familia, pareja etc.), podemos distinguir este doble aspecto: estabilidad-cambio, equilibrio-desequilibrio. E. Wertheim (14) ha definido los procesos de retroacción negativos (feed-backs negativos): "propiedades morfoestáticas", las que aseguran la permanencia de las reglas del sistema y por consecuencia su estabilidad. Los procesos de retroacción positivos (feed-backs positivos), constituyen las "propiedades morfogenéticas" del sistema, permiten el cambio, el desarrollo, la innovación y aseguran la movilidad.

Una relación apropiada entre las propiedades morfogenéticas y morfoestáticas permiten una adaptación óptima, en función de los cambios que aparecen en el transcurso del desarrollo y en las interacciones con los otros sistemas. Una relación desfavorable entre dichas propiedades - demasiada estabilidad o demasiada labilidad - , conduce a anomalías en la formación del sistema familiar y por consiguiente en el individuo.

En una situación óptima, las reglas del individuo, pareja, familia, sociedad deben dirigirse hacia una adaptación favorable entre ellas. Tienen que permitir situaciones de equilibrio, pero también "crisis" y cambios a nuevas situaciones más adecuadas en función de la evolución.

La pareja y la enfermedad psíquica.

La pareja es el núcleo de formación de la familia. Cada uno de los conyuges posee su propia historia anterior, sus "modelos" de comportamiento y su grado de individuación. Todo esto lo adquirió durante su desarrollo en su fami-

lia de origen.

El tipo de relación y las funciones específicas de una pareja pueden situarse a dos niveles: - como pareja conyugal (relaciones afectivo-sexuales entre esposos).

- como pareja parental (relaciones y funciones de padre-madre).

Existe una diferencia fundamental entre las relaciones afectivo-sexuales de la pareja y el resto de las relaciones existentes en la familia: Los conyuges son los únicos que no están unidos por "lazos de sangre", pueden decidir en cualquier momento de no seguir juntos, de disolver su sistema conyugal. Mientras que los lazos de sangre unen los miembros de la familia de forma definitiva (no se puede dejar de ser la hermana de..., o el padre de..., por ej.).

Una pareja con hijos forma un sistema jerárquico; la familia nuclear compuesta de dos generaciones: Padre- Madre

Hijos

A su vez la familia nuclear forma parte de una jerarquía dentro del sistema familiar más amplio, por ej. tres generaciones: Abuelos

Padre - Madre

Hijos.

Existe una organización jerárquica de los diferentes subsistemas dentro de la familia (como ya vimos: el encajamiento de sistemas del individuo a la sociedad). Esta jerarquía implica que las reglas propias al sistema superior determinan las reglas propias al sistema inferior, de tal forma que se establece una jerarquía de reglas, de las más generales a las más individuales. Lo que determina la "red de reglas".

El conjunto de relaciones familiares se extiende a la familia de origen, cuyo impacto sobre la familia nuclear parece incontestable. Por ej., en psiquiatría vemos constantemente la importancia que pueden ejercer las relaciones con los abuelos, tíos etc., sobre una problemática aparentemente de pareja. Dos autores americanos; I. Boszormenyi-Nagi y M. Bowen(2), han estudiado las implicaciones psicológicas que ejercen las relaciones familiares que unen al individuo y a la familia nuclear con las diferentes ramas genealógicas. Los lazos que nos unen a nuestra propia familia de origen se extienden

a las generaciones.

Con la formación de la pareja comienza una relación que implica un aprendizaje de una nueva "vida en comun", sobre la base de un sistema de reglas. Pero como hemos visto los individuos poseen su propia historia, que les une a sus diferentes familias de origen, lo que va a influenciar la red de reglas. Los padres deben asegurar la dependencia de los hijos, sobre todo durante la infancia y al mismo tiempo su independencia progresiva. Vemos pues la paradoja de las relaciones familiares: Dentro de la familia coexisten tendencias opuestas; tendencias centrípetas (de unión, seguridad, dependencia), y tendencias centrífugas (individuación, separación). El interjuego entre estas dos tendencias opuestas constituye una tarea difícil y no obstante fundamental. La balanza unión-separación, dependencia-autonomía debe reorganizarse y cambiar según las etapas del ciclo de existencia de la familia.

Quisiera exponer de una forma mas clara lo que los terapeutas de familia entienden por reglas. Estas reglas familiares no estan abiertamente formuladas como por ejemplo en un código. Existen de una forma más o menos implícita y garantizan la estabilidad del sistema, el equilibrio, lo que D. Jackson denomina homeostasis (8). Este mismo autor sugiere que una regla es como una fórmula, un concepto simbólico que se aplica a una relación. Por ej. una regla en una pareja podría ser: "el marido debe mostrarse débil y dependiente, la mujer protectora y fuerte", otra regla: "nadie controla a los otros en esta familia", o : "no se deben mostrar al otro los propios deseos".etc. Cuando aparece un comportamiento desviado , no permitido por las reglas familiares en vigor, se producen respuestas negativas compensatorias que tienden a hacer desaparecer el comportamiento que trasgredió las reglas establecidas. Si por ej. una adolescente de 12 años llega una noche tarde a casa sin el permiso de sus padres, seguramente éstos le reñirán y ella comprenderá que su comportamiento es inadmisibile. Evidentemente los padres pueden emplear diferentes formas para hacerle comprender que hay una regla a respetar. Pero como ya dijimos, la familia es un sistema en constante evolución, que debe permitir la diferenciación y la separación. Es necesario que afronte y se adapte por un lado a las novedades internas (nacimientos, muertes, desarrollo de los hijos, nuevos matrimonios etc.) y por otro a las externas (cam-

bios sociales). Una familia funcional posee un adecuado potencial de morfogénesis, es decir es capaz de responder positivamente a nuevos comportamientos necesarios para la evolución y no conformes con las reglas establecidas, lo que implica el poder modificar las reglas. Por ej. en el caso de la familia anterior, unos años más tarde podemos imaginar que la adolescente tendrá permiso para llegar tarde (cambio de regla: "tu eres competente y puedes disponer de esta autonomía"), sus padres ya no le reñirán por llegar tarde. Los momentos de paso en la evolución de la familia son muy importantes para los terapeutas de familia. Marcan los puntos críticos donde la familia puede quedarse bloqueada y pedir ayuda al exterior, muchas veces por medio de los síntomas de uno de sus miembros que consulta por problemas psicológicos o psicosomáticos. El "paciente designado" revela el disfuncionamiento del sistema, sus síntomas son al mismo tiempo una señal de alarma e intentos por ayudar a la familia a superar y resolver la contradicción (reglas contradictorias que pueden impedir la evolución).

En cuanto a la enfermedad psíquica, podemos situar la patología en el individuo, en el contexto social, o bien: en el espacio transicional- de relaciones que se sitúa entre ambos. Nosotros nos interesamos por esta última concepción de la enfermedad mental.

Los terapeutas de familia, a los que nos referimos en nuestra práctica clínica, consideran un comportamiento sintomático como la intrincación de un proceso de relaciones familiares y de mecanismos intrapsíquicos individuales. Las perturbaciones psicopatológicas o psicosomáticas no traducen solamente una afección individual del paciente sino que son manifestaciones visibles de una perturbación contenida en el conjunto de relaciones familiares. Lo que no implica forzosamente un tratamiento familiar o individual. Lo importante es de "focalizar" correctamente sobre el problema actual, juzgar donde se sitúa y decidir desde donde es más conveniente intervenir (en el individuo o en la familia).

No podemos negar la existencia de problemas y perturbaciones individuales (en el caso de neurosis más o menos estructuradas), sin embargo un tratamiento psicodinámico generalizado para toda clase de enfermedades psíquicas subestima las fuerzas actuales que ejercen las relaciones familiares y que los terapeutas de familia pueden utilizar.

No se trata de adoptar una actitud acusadora ante la familia y hacerla responsable de las perturbaciones psíquicas de uno u otro de los miembros que la componen. Los terapeutas consideran la familia como un todo y piensan que los miembros del grupo son interdependientes los unos de los otros (proceso circular). Según este punto de vista, se trata de poner en evidencia los movimientos relacionales que aparecen en el interior de la familia.

La finalidad de la terapia

Generalizando, la finalidad de todo proceso terapéutico consiste en procurar la mejoría del paciente, a ayudarlo dándole la ocasión de experimentar nuevas informaciones y/o de reorganizar el modelo de referencia que utiliza para interpretarlas. Una terapia es un proceso de aprendizaje.

En los dos casos presentados en este artículo consideramos que el paciente es la pareja. Lo que intentaremos mejorar son las relaciones entre los conyuges. A través de cambios en las relaciones se puede curar o atenuar los problemas, conflictos de origen psíquico y enfermedades psicósomáticas; síntomas que ocasionaron la consulta y la hospitalización.

Con esta forma de tratamiento no sacamos a la persona "enferma" de su contexto para cambiarla sino que intentamos favorecer el cambio de relaciones en el contexto más próximo, donde vive la persona.

El tipo de relaciones y la forma de comportarse de los conyuges nos indica la red de reglas que rige el sistema. Estas reglas se hacen evidentes al terapeuta a través de la estructura interaccional de las relaciones que unen a los conyuges entre sí, a sus hijos y a sus respectivas familias de origen. Una de las finalidades esenciales de nuestras intervenciones, en terapia de pareja y de familia, consiste en favorecer la modificación de la red de reglas que encierra a los individuos en una serie de comportamientos estereotipados y fijos, con el fin de que pueda iniciarse espontáneamente en el sistema un proceso de maduración y se establezcan nuevas relaciones más funcionales. Este paso evolutivo espontáneo no es una utopía pues se sabe, desde una perspectiva epigenética, la capacidad que posee el ser viviente para desarrollar nuevos comportamientos adaptativos-equilibrantes ante cambios exteriores que destruyen su equilibrio (potencial morfogénico).

E. Fivaz, R. Fivaz y L. Kaufmann, exponen en un artículo (6) la forma en que **la**

descubrimientos de la Física sobre "las estructuras disipativas" pueden ser aplicados a la terapia de familia.

En efecto, ciertos sistemas físicos, desde el momento en que son sometidos a fuerzas exteriores suficientes, son susceptibles de incrementar espontáneamente su orden interno, mediante un proceso de transformación. Lo que los autores llaman: "Paradigma Evolutivo", consiste en procesos irreversibles y de desarrollo complejos que se ponen a funcionar en un sistema abierto bajo la influencia de agentes exteriores apropiados.

Esta situación de la Física es comparable a la terapia; la pareja/familia representa el sistema con estructura disipativa, los terapeutas representan los agentes exteriores. La familia es considerada en el paradigma como una estructura disipativa que sometida a fuerzas exteriores (campo terapéutico adecuado), puede acrecentar su orden interno de forma más funcional y adaptada, pasando por un proceso de transformación.

Según este paradigma propuesto por los autores, los terapeutas tienen como objetivo el hacer evolucionar rápidamente el sistema familiar hacia modos de comportamiento diferentes de los que motivaron la terapia. Para alcanzar dicho objetivo, este modelo terapéutico propone las condiciones más favorables para producir el cambio (es decir el proceso de aprendizaje): establecer un campo exterior que procure la energía necesaria para provocar las transiciones. Las tareas de los terapeutas son las siguientes:

- Tomar contacto con el sistema y darse cuenta de su estructura relacional detallada. Al mismo tiempo deben hacerse aceptar por los miembros de la familia (vencer las resistencias), y ser capaces de ponerse a su mismo nivel ("empatía"). En definitiva, establecer lo que se llama "una alianza terapéutica".

- Funcionar como "campo exterior", lo que implica la noción de jerarquía. Los terapeutas deben situarse a un nivel jerárquicamente superior al de la familia y no deben dejarse invadir por los modelos de relación propuestos por ella. Este concepto de jerarquía implica que los terapeutas deben variar más despacio que el sistema y que deben ser reconocidos como competentes.

- Trabajar sobre los parámetros dados por el sistema, sobre sus variables significativas y constates.

- Introducir fluctuaciones exteriores; amplificar ciertos movimientos que se producen en el sistema, reinterpretarlos dándoles otro significado etc. Estas funciones se inducen mediante prescripciones, comentarios, actos, u otras no-

novedades que los terapeutas introducen.

- Ejercer una función de control, de tal manera que durante los periodos de transición los terapeutas consolidan y dan fuerza al sistema.

* * *

PRIMERA PAREJA

El paciente "designado" es el marido, un español, Sr.R. de 47 años que vive en Suiza desde hace 18 años, mecánico de profesión. Ha sido hospitalizado por la primera vez en el hospital psiquiátrico de Lausanne, por el consejo de su psiquiatra que desde hace tres meses lo trata en ambulatorio.

Hace justo tres meses fué operado (extracción dentaria) y desde entonces la idea de la muerte inminente le preocupa sin cesar. Desarrolla un estado de depresión ansiosa grave, motivo de su consulta y de su admisión en el hospital.

El psiquiatra que se ocupa del paciente a su admisión en el hospital tiene una primera entrevista con la pareja, pues la Sra.R. vino espontáneamente a acompañar a su marido. Durante esta primera entrevista de admisión ambos se muestran abiertos y colaborantes. El paciente tiende a exajerar todo lo que desencadenó el trauma de su operación; no puede dormir desde entonces, se alimenta de forma irregular y piensa constantemente en la muerte, tanto en la suya propia como en la de su familia.

La Sra.R. es también española, 30 años, trabaja por la noche en una empresa como mujer de limpieza y vive en Suiza desde hace 12 años. En esta primera entrevista la Sra.R. expone su opinión sobre el estado actual de su marido; Según ella, todo se debe exclusivamente a la operación dentaria. Niega la existencia de conflictos conyugales o familiares y habla de pequeños problemas sin importancia. Nos dice que ha intentado hacer todo lo posible por ayudar a su marido, pero últimamente la situación se ha empeorado a pesar de sus múltiples cuidados.

Aparentemente no existen problemas relacionales abiertos a los que la pareja haga alusión. Tal y como ellos ven la situación la causa de "la enfermedad" del marido se debe a la extracción dentaria.

Sin embargo durante la entrevista, el médico constata un problema sexual en

la pareja, pues el marido describe a su mujer como frígida y ella misma lo afirma, mientras que él frecuenta mujeres prostitutas, relaciones que le producen una gran culpabilidad. El médico observa además un estado depresivo latente en la mujer, bajo ciertos signos ; insomnios graves desde hace 2 años, (duerme 2-3h. por noche) , tiene episodios de bulimia, se muestra hiperactiva y a menudo se siente fatigada. No obstante, la pareja minimiza todos estos aspectos y piensa que son pequeños problemas que no tienen ninguna relación con el estado actual de la enfermedad del marido.

Los R. tienen una hija de 6 años, Silvia. Los padres la describen como una niña muy simpática que no presenta ningún problema. Ha empezado a ir al colegio este año.

En función de las informaciones obtenidas durante esta primera entrevista, unos días después de la admisión del Sr. R. en el hospital, el médico me habla de este caso y decidimos volver a convocar a la pareja y llevar las entrevistas en coterapia.

Como vemos, la motivación manifiesta de la pareja está específicamente centrada sobre los síntomas del paciente. No han mostrado ningún deseo de que nos ocupemos de sus relaciones conyugales. Los R. vendrán una segunda vez únicamente por nuestra decisión. Ninguna petición de su parte ha provocado esta forma de proceder : entrevistas de pareja. Despertar una motivación en ellos, tanto en la mujer como en el marido, será uno de nuestros primeros objetivos. Es decir, lo que primero van a intentar conseguir los terapeutas es : establecer una alianza terapéutica con la pareja.

Telefonamos pues a la Sra. R. y le proponemos venir de nuevo para una segunda entrevista con su marido y dos terapeutas, proposición que ella acepta de buen grado.

LA TERAPIA

Los terapeutas preveen una entrevista de evaluación a fin de poder darse cuenta del funcionamiento de la pareja como sistema. Las informaciones que poseemos nos permiten imaginar que se tratará de una intervención terapéutica en momento de "crisis". La fluctuación provocada por la operación dentaria, que sin duda ha despertado una gran ansiedad, no ha podido ser amortiguada por

los medios habituales del sistema. La "crisis" ha alcanzado tales dimensiones que ha provocado la intervención de personas ~~exteriores~~. Puesto que el comportamiento sintomático se sitúa en el subsistema pareja, les hemos convocado solo a ellos, sin Silvia, pero reservándonos la posibilidad de hacerla venir, si más adelante fuese útil.

Se trata de una pareja de bajo nivel socio-cultural; obreros emigrantes. Personalidades bastante limitadas, cuyo grado de introspección y de comprensión psicológica no debe ser muy profundo. La forma de aproximarnos, el nivel de nuestras discusiones con ellos y la articulación de nuestras prescripciones, se adaptará a este contexto.

Primera entrevista

Preparación de la sesión

Antes de la entrevista, mi coterapeuta me informa que el paciente adopta un comportamiento muy demostrativo en la división. Se queja constantemente de sus síntomas y se revuelca por el suelo en los momentos de ansiedad. No recibe ningún medicamento, a parte de una reserva de somníferos por la noche. El objetivo de esta entrevista, como ya dijimos, consiste en proceder a una investigación, tomar contacto con la pareja y hacerse aceptar por ellos. Nuestro foco sera: los acontecimientos ocurridos durante este periodo de crisis, y obtener informaciones sobre las familias de origen respectivas.

Basándonos en conocimientos clínicos presuponemos que un comportamiento patológico de este tipo en una pareja: paciente deprimido, cónyuge "sano", indica que el paciente "actúa", es decir actualiza una parte de la depresión latente e inaceptable en el otro cónyuge.

La sesión.

Disposición espontánea :

Tera. mujer	x	<input type="checkbox"/>	x Sra.R.
Tera. hom.	x	<input type="checkbox"/>	x Sr.R.

Resumiré la sesión y concluiré con algunas observaciones.

Empezamos la entrevista diciendo a la Sra. R. que deseamos volver a verla con su marido porque nos parece que la situación actual les concierne a los dos

y que cada uno de ellos se siente preocupado por lo que les sucede. Ambos asienten nuestras ideas.

A nuestra petición, la Sra.R. nos cuenta como se presentaron los síntomas de su marido, de que forma él se angustia y se preocupa de cosas sin importancia últimamente.

A continuación hablamos de las amistades de la pareja en Suiza, del trabajo, de la vida de pareja y de familia. Sobre las relaciones sexuales nos dicen que no son muy satisfactorias y que generalmente las evitan, pero que en el fondo esta cuestión no es muy importante.

El Sr.R. acepta la versión de su mujer sobre los acontecimientos que desencadenaron su enfermedad. Durante la entrevista tiene una expresión triste, nos dice que va muy mal, que sufre mucho. La Sra. R., aunque se muestra comprensiva, parece molesta por las constantes quejas de su marido. Ella, por el contrario adopta una actitud de "fuerte", resistente y capaz de esconder la menor muestra de tristeza. Por ej. sonrío a menudo y en cierto momento nos dice : " Ah! yo en el problema de la muerte no pienso ".

Subrayamos esta asimetría en la relación de los esposos diciendo al Sr.R. que tiene mucha suerte teniendo una mujer tan fuerte, resistente y capaz de darle ánimos y ayudarle en estos momentos tan difíciles por los que él pasa.

En cuanto empezamos a discutir de sus infancias respectivas, constatamos que en el pasado de ambos existe una acumulación de desgracias y de méritos. Los dos han pasado una infancia difícil . La madre del Sr.R. murió de parto cuando él tenía 9 años y nos dice que ha sufrido mucho por la falta de cariño maternal, ya que después de su muerte él y sus hermanos vivieron en un orfanato. Su padre murió de alcoholismo cuando él tenía 12 años . El Sr.R. es el segundo de cinco hijos ; 2 hermanos y 3 hermanas . Una hermana murió y los otros son todos casados y no sufren de ninguna enfermedad o problema grave. Entre los hermanos mantienen un buen contacto pero las relaciones no son muy intensas. Una de sus hermanas vive en un pueblo al lado de Lausanne , en Suiza, y el resto está en España.

Hablándonos de la historia de su vida, el Sr.R. nos cuenta que pasó por varios periodos de depresión, todos ellos a causa de relaciones difíciles con mujeres. Hizo una primera consulta en psiquiatría ambulatoria hace 8 años por una reacción depresiva ante una situación conflictiva : mantenía

relaciones con una mujer divorciada que quedó embarazada y al mismo tiempo era novio de su mujer actual, además, su suegra no le aceptaba, a causa de la gran diferencia de edad entre él y su hija.

En lo que respecta a la Sra.R., su padre murió siendo ella adolescente. Su familia sufrió mucho de la larga enfermedad que causó la muerte del padre, sobre todo la madre que le cuidó infatigablemente, mostrando una gran fortaleza y buen humor.

La Sra.R., es la última de cuatro hijos; 2 hermanos y 2 hermanas. Todos están casados, no sufren de ninguna enfermedad o problema grave y viven en España. Los R. están muy unidos a la familia de la esposa.

Lo que más nos impresionó durante esta entrevista es que mientras que la mujer habla de su "sugfrimiento" y de la valentía que necesitó para soportar y sobrellevar la muerte de su padre, al que ella quería mucho, su marido parece molesto, empieza a quejarse, mostrando una expresión de tristeza. Es decir que intenta demostrarnos que él es "el enfermo". Cuando hablamos de los síntomas del marido, es la mujer quien afirma que "todo es cuestión de no preocuparse por esas ideas".

Los terapeutas salen de la sala para discutir y preparar el fin de la entrevista. Deciden exponer a la pareja la prescripción siguiente:

"Mañana por la tarde, usted Sra., va a venir a visitar a su marido y va a contarle esos malos momentos que pasó en su infancia con la muerte de su padre. Y usted, después, Sr., le contará a su mujer lo que sufrió en su infancia a la muerte de su madre, y durante el tiempo que pasó en el orfanato. Cada uno tiene un cuarto de hora para hablar al otro".

Fijamos una nueva entrevista para dentro de una semana con la pareja.

Observaciones

De esta primera entrevista expresaré únicamente las críticas que nos hemos hecho, a posteriori, sobre la forma de proceder:

- No acogimos a la pareja como debido. Los terapeutas tenían que haber aceptado primeramente al paciente designado con sus síntomas, ocuparse de él, pues gracias a su señal de alarma fue posible intervenir desde el exterior. Por el contrario, nosotros intentamos establecer desde un principio un equilibrio entre los cónyuges (focalizando tanto en el sufrimiento durante la in-

fancia de la mujer que del marido), sin haber admitido antes "la enfermedad" del Sr.R., y sin haber establecido una verdadera alianza terapéutica.

- Tomando distancia de la prescripción, vemos que los terapeutas han intentado imponer una regla que durante la entrevista ya se había mostrado inaceptable para la pareja ;escuchar el sufrimiento del otro. Procediendo de esta manera inadecuada, en vez de aceptar las reglas del sistema hemos ido contra dichas reglas. Este principio es muy importante en terapia; en efecto, si los terapeutas empiezan a oponerse abiertamente a las reglas dictadas por el sistema, esta actitud activa las resistencias, es decir la tendencia a la homeostasis (defenderse para mantener a todo precio lo que en cierto sentido es atacado desde el exterior). Por esta razón se deben aceptar las reglas del sistema y actuar desde su interior por medio de técnicas, de las que trataré más adelante.

- A pesar de las inhabilidades técnicas, la pareja esta de acuerdo de volver para discutir con nosotros.

Segunda entrevista

Preparación de la sesión

Unos días antes de la entrevista me entero que el paciente se muestra todavía más demostrativo, deprimido. Se revuelca por el suelo y pide medicamentos.

Los dos coterapeutas hablamos con un tercer terapeuta de familia, quien está de acuerdo en supervisar la terapia detrás del espejo unidireccional (tenemos en la clínica una sala especial con un espejo unidireccional desde donde se puede asistir a las sesiones sin participar directamente). El supervisor nos ayudará a formular las hipótesis, a establecer las líneas directivas antes de cada sesión y a reflexionar sobre las prescripciones y comentarios al final de cada sesión.

El contexto terapéutico que hemos formado establece un orden jerárquico en nuestro sistema terapéutico :

- los dos coterapeutas forman un subsistema que funciona directamente en contacto con la pareja.
- el tercer terapeuta - supervisor - , presente pero a distancia, toma una posición jerárquica superior, puesto que su posición es metacomunicativa ; comunica e informa a los terapeutas sobre el proceso comunicativo que se esta-

blece en la sesión (entre el subsistema pareja y los dos terapeutas).

Reflexionamos a tres - terapeuta hombre, terapeuta mujer y supervisor - sobre la forma de proceder en esta segunda entrevista:

- primeramente vamos a preguntar a la pareja si siguieron nuestra prescripción.
- focalizaremos principalmente sobre el Sr.R., interesándonos por su enfermedad, sus síntomas. Lo que implica aceptarlo como "paciente designado".
- valorizaremos el papel "up" de la mujer; resistente, dispuesta siempre a ocuparse y a cuidar de su marido.
- nos informaremos de lo que ocurre con Silvia en casa y en el colegio.

La sesión

Disposición espontánea :

Tera. mujer	x	<input type="checkbox"/>	x	Sra.R.
Tera. hom.	x		x	Sr.R.

Preguntamos a la pareja lo que ha sucedido desde la última entrevista. El paciente parece todavía más enfermo. Casi llorando nos dice que quiere irse a su casa porque piensa que el hospital lo deprime más. La mujer opina que su marido se hunde más y mas en la depresión. Ella hace todo lo posible por ayudarle y nos dice que viene muy a menudo a verlo al hospital con su hija.

Preguntamos a la pareja si hicieron lo que les pedimos en nuestra entrevista anterior. Nos dicen que no pudieron cumplir nuestra prescripción porque no han tenido tiempo de estar solos, Silvia ha venido con su madre a todas las visitas.

Los terapeutas, dirigiéndose el uno al otro, metacomunican sobre la reacción de la pareja ante la prescripción : " El Sr.R. está muy mal y ahora no puede concentrarse sobre lo que él y su mujer sufrieron en su infancia. Todavía es pronto para hablar de las cosas del pasado ". Y dirigiéndose a la pareja, les dicen: "Han hecho ustedes muy bien en no hablar de todo ello. Nos equivocamos proponiéndoles discutir de este tema, ahora nos damos cuenta".

A continuación hablamos de Silvia. Parece ser que esta muy preocupada por su

padre y pregunta continuamente cuando volverá a casa. Los padres nos la describen como una niña muy afectuosa que está más unida a su padre que a su madre. El Sr. R. nos dice que su mujer es más exigente y distante, mientras que él siempre ha estado más cerca de "la petite", como él la llama, y es más afectuoso con ella. Preguntamos a la Sra.R. lo que piensa de la relación entre su marido y su hija. Le parece muy normal y nos dice que ella estuvo también muy unida a su propio padre.

Nos enteramos de que la madre de la Sra R. (la abuela) ha venido de España para ayudar a su hija en estos momentos de dificultad.

Dejamos a la pareja solos en la sala y vamos a discutir por teléfono con nuestro supervisor, que no pudo asistir a la sesión detrás del espejo como previsto. Preparamos la prescripción siguiente, que comunicamos a la pareja en la sala (cada terapeuta expone una parte de la prescripción) :

" Estamos muy preocupados por usted Sr.R., cada vez está peor y nos parece que anteriormente no hemos tomado su situación muy en serio. Hoy nos hemos dado cuenta a qué punto su estado se agrava. Es necesario y urgente que tomemos nuevas medidas. Va usted a permanecer en el hospital, vamos a hacerle unas inyecciones para que pueda mejorar de su depresión. Vamos a tomar la situación en nuestras manos y dentro de unas semanas usted se encontrará mejor. Sra.R. vamos a pedirle que colabore con nosotros, usted puede ser de una gran ayuda para su marido. Sabemos que él solo, aquí en el hospital, echa mucho de menos a su mujer , a su hija, y sobre todo todos esos cuidados que usted sabe darle. El esfuerzo que le pedimos es venir a verle y a ayudarle moralmente todas las veces que le sea posible ".

Los dos parecen tranquilizarse con esta decisión.

La próxima entrevista queda fijada para dentro de una semana.

Observaciones

- La posición actual de la pareja es: la mujer "up", el marido "down".
- Si no aceptamos al Sr.R. en su estado depresivo y de enfermo (por ej. no dándole medicamentos y no queriendo dejarse manipular por su comportamiento demostrativo), le forzamos a hundirse más en su enfermedad, puesto que él se siente enfermo y quiere demostrárnoslo. Por lo tanto lo primero que se debe

tomar en serio son sus síntomas.

La posición que los terapeutas han adoptado durante esta segunda entrevista supone un intercambio de roles entre pareja- terapeutas. Es decir que han sido los terapeutas quienes han afirmado que la situación es "inquietante", sobre todo en el momento crítico de la prescripción.

Hemos aceptado pues la depresión del Sr.R., su posición de enfermo, y hemos aliado a su mujer con nosotros, encargándole de ocuparse de su marido.

Nuestra forma de proceder actual va en el mismo sentido que las reglas y los mecanismos homeostáticos del sistema. Utilizamos sus propias fuerzas a fin de inducir poco a poco un cambio.

- Los terapeutas empiezan a ser significativos para la pareja y a tener un cierto "poder" (el poder de aceptar y comprender lo que ocurre). El campo terapéutico empieza a establecerse. Los terapeutas se acomodan a lo que la pareja les presenta (síntomas y diferentes reacciones en la relación establecida: tera.-pareja), y van a intentar intervenir desde el interior de estos parámetros.

- Procedemos a una cura por perfusiones de un medicamento antidepresivo.

Tercera entrevista

Preparación de la sesión

Unos minutos antes de la sesión, nos reunimos (terapeutas y supervisor) para hacer un resumen de las dos sesiones anteriores y estructurar la entrevista actual.

Decidimos que la entrevista se focalizará:

- sobre la evolución de la enfermedad del paciente desde la última sesión (el efecto producido por la inyecciones). El Sr. R informará a su mujer de su estado y viceversa, su mujer le dará su opinión.

- sobre lo que ocurre en casa con la abuela.

La actitud que los terapeutas deben adoptar: escuchar atentamente, mostrarse en empatía con la pareja, confirmar y aceptar sus expresiones. Deberán frenar el movimiento : " El Sr.R. va mejor", y para ello insistirán en su debilidad la gravedad de su estado hace una semana y la necesidad de reposo à "Hay que ir muy despacio, su recuperación tiene que hacerse con muchas precauciones".

La sesión

Disposición prevista por los terapeutas :

Sra.R	x	<input type="checkbox"/>	x	Tera. hom.
Tera. muj.x			x	Sr. R.

Los terapeutas presentan al supervisor y comunican a la pareja que asistirá a todas las entrevistas detrás del espejo. La pareja acepta al nuevo terapeuta. Como previsto empezamos pidiendo al Sr.R. que ponga a su mujer al corriente de la evolución de su enfermedad durante esta última semana. Le dice que se encuentra muy mejorado y que las inyecciones le han hecho un gran efecto. Visiblemente su postura, sus expresiones y sus gestos indican que se encuentra relajado y tranquilo, su estado parece mas favorable que durante la última sesión.

Los terapeutas escuchan, se muestran interesados (preguntan toda clase de detalles), amplifican y subrayan los comentarios "regresivos" (por ej. cuando el paciente dice que se encuentra todavía un poco débil). Se ocupan del apetito del Sr.R., de si duerme bien, de su estado de ánimo, sus ideas sobre la muerte etc. A cada queja del Sr. , ellos insisten sobre "la gravedad de su estado". La regresión del marido es abiertamente aceptada y amplificada por el sistema terapéutico.

El siguiente tema de conversación es la madre de la Sra.R. Nos dicen que ya ha venido varias veces a Suiza a visitarles, pero esta vez ha llegado especialmente para ayudar a su hija en estos momentos difíciles, a causa del grave estado de su yerno. Se quedará todo el tiempo que sea necesario. Se ocupa de la casa y de su nieta. Abuela y nieta se llevan muy bien y duermen en la misma habitación. La Sra.R. y su madre se entienden también muy bien.

Los terapeutas connotan positivamente la visita de la abuela. Decimos a la Sra. R. que afortunadamente su madre ha decidido venir para ayudarle, darle ánimos en estos momentos difíciles, y esto debe ser un gran apoyo para ella. La Sra.R. nos cuenta la fortaleza y el buen humor que tiene su madre ; siempre se muestra disponible con todos los de la familia.

Actualmente suegra y yerno se entienden muy bien.

Finalmente abordamos el tema de : proyecto de regreso a España. Nos dicen que

han comprado una casa cerca de la de la abuela, pero todavía está en construcción. A los dos esposos y a todos los miembros de la familia les gustaría que regresaran a España, no existe ninguna divergencia sobre este deseo. Pero realizarlo es muy difícil pues ambos tienen un trabajo estable, viven en Suiza desde hace mucho tiempo y están bien adaptados, el regreso a España les supondría dificultades profesionales. Su decisión es clara : por ahora se quedan en Suiza y pasaran todos los años las vacaciones en España.

Los terapeutas salen de la sala - discusión - prescripción. Uno de los terapeutas se anuncia como portavoz de la discusión que acaba de tener detrás del espejo y expone la prescripción siguiente:

"Sr.R., va usted a salir del hospital y regresar a su casa, donde sin duda le van a cuidar mejor que aquí; comidas especiales, reposo etc. Su mujer va a ocuparse de usted, a ella le gusta cuidarle. Pero atención!, usted está todavía muy débil, le prohibimos que haga esfuerzos. Le hace falta mucho reposo; todavía no puede ir al trabajo y evidentemente no puede tener relaciones sexuales (el terapeuta mira alternativamente a cada uno de los conyuges). Sobre este aspecto Sra.R. usted deberá cooperar. Sabemos que a su marido le tientan mucho las relaciones sexuales, como usted ya nos dijo, contamos con usted, queda prohibido provocarle ".

La pareja parece haber aceptado bien la prescripción. Fijamos la próxima entrevista para la semana siguiente.

Observaciones

- La cura de perfusiones antidepressivas ha durado una semana. El médico, en el momento de hacer la salida del hospital, le da una receta de somníferos y unas pastillas antidepressivas suaves.
- Después de la sesión, nos reunimos para discutir y formulamos la hipótesis siguiente, sobre la dinámica de la pareja : la forma a la que recurre la Sra. R. para obtener ayuda y cuidados es por medio de la depresión de su marido, que en efecto ocasionó la venida de su madre a Suiza. Ella parece "no poder" quejarse y adoptar una posición de dependencia ; haciéndose cuidar por su marido y mostrándose deprimida. El Sr.R., actúa la depresión y la dependencia que en la Sra.R. quedan cubiertas, latentes y no aceptadas. Ella adopta un papel de "enfermera", como en su generación precedente (su madre con rela-

ción a su propio padre). Al Sr.R. le convienen las lealtades que su mujer adopta ante su familia de origen, puesto que tienen también raíces en su propia historia (la intrincación de sucesos y comportamientos en las familias de origen respectivas, la analizaremos más adelante).

- Las informaciones verbales y los mensajes no-verbales obtenidos hasta el momento, así como el conjunto de modelos repetitivos intergeneracionales observados, nos permiten hacer una hipótesis sobre las dos reglas importantes del sistema. Podemos formularlas como sigue : " En esta pareja, el derecho a poder adoptar una posición depresiva y de dependencia abierta, explícitamente expresada, pertenece exclusivamente al marido ".

La segunda regla : " La Sra. R., en función de su pasado, sigue unida y dependiente de los modelos de conducta de su propia madre, no puede adoptar una posición maternal con respecto a su propia hija.".

Si ponemos en relación estas dos reglas importantes de la red de reglas, podemos formular la metaregla siguiente, también en forma de hipótesis; es decir la regla intergeneracional, jerárquicamente superior, que define las reglas interaccionales de los cónyuges, padres hijos, y los comportamientos individuales.

" Es absolutamente necesario no correr ningún riesgo de ser responsable de la muerte del Otro. Lo que implica la negación de toda reacción agresiva en general y en particular de toda reacción de rivalidad ".

En efecto, si analizamos los diferentes comportamientos de la pareja en función del árbol genealógico vemos:

- que los síntomas depresivos del paciente son un compromiso entre su miedo a la muerte (pérdida de la madre, padre alcohólico. A partir de esta configuración familiar podemos pensar que en el mundo interno del paciente la imagen del padre-hombre ha quedado asociada a la agresividad-hombre), y la inhibición de todo movimiento agresivo (que se vuelve contra sí mismo : depresión).

- Que la Sra.R. reproduce con su esposo la relación que ella observó en sus padres, obedeciendo así a un modelo intergeneracional. Si ella adoptara un comportamiento autónomo, sin repetir el modelo de sus padres, sino según sus propios deseos, esto significaría en su mundo interno, no tener necesidad de ellos y en cierto sentido sobrepasarlos.

En este punto de nuestras reflexiones nos encontramos con la problemática de

la rivalidad funcional, en las relaciones padres-hijos, que debería conducir a la emancipación de estos últimos. Sería interesante desarrollar este tema pero se desvía del propósito de nuestro resumen.

El único comportamiento admitido en esta pareja es un comportamiento maternal es decir, "proteger al otro" . Todo movimiento de competición (afirmación agresiva) queda prohibido.

Con estas observaciones sobre la metaregla, las reglas interaccionales y las reglas individuales, entramos de lleno en la dialéctica de las intrincaciones entre la dimensión intrapsíquica - la dimensión relacional, en la formación y evolución de la estructura de la personalidad y la estructura familiar. Hemos visto como las relaciones actuales (lo que podemos llamar dimensión sincrónica; comportamientos de la pareja, sentimientos, síntomas del paciente, etc.) tienen su raíz en la historia respectiva de cada uno de los individuos en sus respectivas familias de origen (lo que podemos llamar dimensión diacrónica).

- Con nuestra prescripción hemos aceptado y amplificado la competencia de la esposa; ella puede ocuparse mejor que nadie de su marido. Los terapeutas utilizan los parámetros dados por el sistema (la Sra.R., nos contó todo lo que había hecho por su marido antes de la hospitalización).

De esta forma los terapeutas fuerzan los mecanismos homeostáticos, funcionan en el mismo sentido y toman sobre ellos la carga del equilibrio del sistema. Mediante estas estrategias aseguran el terreno propicio para que los cambios surjan.

Según S. Minuchin (10), , se puede definir "la crisis" como una situación que presenta aspectos tan diametralmente diferentes de lo ordinario (por lo tanto: peligro-alarma), que el individuo (o el sistema) se esfuerza por cam-
biar para poder dominar dicha situación. Por tanto la oportunidad de producir un cambio es inherente a la crisis. Puesto que la crisis requiere un cambio, por lo menos temporalmente, un periodo de crisis puede ser el momento óptimo para establecer un cambio permanente que sea funcional. Esta es la finalidad de nuestra ayuda terapéutica.

En toda situación de crisis existe este doble aspecto:

- un movimiento morfoestático; los comportamientos que se generan en el sistema alrededor de la sintomatología o del episodio crítico, tienden a reestablecer y reforzar la homeostasis preexistente, intentando pues hacer desaparecer la alarma.

- un movimiento morfogénico; de desequilibrio y de búsqueda de una nueva reorganización. Podemos interpretar los síntomas, desde este punto de vista, como señales de alarma que indican que las cosas no marchan bien, que el sistema tiene que cambiar.

Nosotros contamos con esta capacidad de cambio inherente a la crisis. Nuestra estrategia de intervención consiste pues en asegurar y apoyar los comportamientos homeostáticos-morfoestáticos. Una vez el campo terapéutico establecido (la homeostasis de la familia es asegurada por los terapeutas), se tratará de inducir y facilitar el movimiento de cambio inherente al sistema, controlando las transiciones: movimiento morfogénico.

Cuarta entrevista

Preparación

Puntos a seguir:

- obtener informaciones sobre la prescripción de la sesión precedente: a) ver si el paciente ha hecho reposo. Los terapeutas continuarán a hablar de gravedad y de debilidad. b) Ver si su mujer se ha ocupado bien de él (comidas etc)
- verificar nuestra hipótesis sobre el papel de la madre de la Sra.R.
- Investigar el fondo depresivo y de dependencia de la esposa.

Sesión

Disposición prevista por los	Ter.muj	x	<input checked="" type="checkbox"/>	Sra.R.
terapeutas:			<input type="checkbox"/>	x Tera. hom
			<input type="checkbox"/>	x Sr.R.

Hablamos de la situación en casa. El Sr.R, continúa mejorándose, nos dice que incluso juega a las cartas con su hija y su suegra. Los terapeutas se muestran interesados especialmente por el reposo, su debilidad etc. y preguntan a su mujer todo lo que ha hecho por ocuparse de su marido. En cuanto al papel de la madre de la mujer y su venida de España, nuestra hipótesis parece muy

probable.

Ha sido una sesión concentrada especialmente sobre la Sra.R., las relaciones con su madre y con los diferentes miembros de su familia de origen. Simultáneamente atraemos al Sr.R. hacia el lado de los terapeutas, es decir los tres se ocupan de la mujer.

Durante esta conversación nos enteramos de que la Sra.R. ha sufrido diversas enfermedades físicas que nos parecen inquietantes, impresión que comunicamos a la pareja. Los dolores de cabeza, por los que consultó varias veces, continúan actualmente, y nos dicen que temieron, hace unos años, que estos síntomas proveniesen de un cáncer. Además de los dolores de cabeza, tiene insomnios y dolores de espalda. La Sra.R., aunque nos cuenta todos estos problemas físicos, nos dice a cada momento: "pero en fin yo soporto todo muy bien. Ya no quiero ver más médicos".

El marido nos cuenta la valentía de su mujer ante las enfermedades, análisis médicos etc., y todo lo que él hizo por ayudarla a pesar que fué él quien estuvo más inquieto.

Cuando preguntamos a la Sra.R. lo que hace para cuidarse, ella nos habla de su madre que está al corriente de todo lo que le sucede y le envía medicamentos desde España.

Valoramos la valentía de la Sra. R. para soportar y superar los momentos difíciles (sobre todo ante la idea de un cáncer). Valoramos igualmente los esfuerzos hechos por el marido para ayudarla (en el sentido de "afortunadamente la Sra.R. puede contar con la ayuda de su marido en momentos difíciles").

Pasamos a discutir de la historia de la pareja; noviazgo, matrimonio, llegada de Silvia etc. El padre, Sr.R., se ocupó más que su mujer de los cuidados del bebé (por ej. él fué quien le daba el biberón, la bañaba, la acostaba y se levantaba por la noche si lloraba). Desde siempre ha estado muy unido a su hija, adoptando un papel maternal, tipo de relación que parece existir todavía (la fuerte unión padre-hija). Por el contrario, la madre, Sra.R., ha estado más distante de su hija.

A Silvia le gusta mucho complacer a sus padres y ocuparse de ellos, con su padre son sobre todo las caricias y a su madre le dice de vez en cuando que ella va a trabajar para mamá cuando sea grande.

Salida - discusión - prescripción.

Uno de los terapeutas se presenta como portavoz de las reflexiones y dice a la pareja : " En primer lugar queremos felicitar al Sr.R. por el gran amor que manifiesta a su mujer y por haber comprendido bien lo que pasa. Ha comprendido que él no puede dar a su mujer todo lo que a ella le hace falta. Entonces ha caído enfermo y esto ha permitido que la madre de su mujer venga desde España a vivir con ellos, lo que su hija, o sea la Sra.R., desea desde hace tiempo. Ahora (el terapeuta se dirige directamente al Sr.R.), es necesario que usted continúe a estar enfermo, incluso aunque no se sienta enfermo tiene que seguir mostrando que lo está. Y esto todo el tiempo que usted piense que a su mujer le hacen falta los cuidados y el apoyo de su madre. Así pues, en casa usted hace como si estuviese enfermo para que su suegra se quede todavía .

A partir de mañana empezará a trabajar al 50%".

La pareja escuchó y siguió la prescripción atentamente, sin hacer un solo movimiento, ni decir palabra. Con estos comentarios visiblemente les hemos sorprendido.

Fijamos la próxima entrevista para dentro de dos semanas.

Observaciones

- La finalidad de nuestra prescripción es de denunciar la regla del sistema : "las necesidades de la Sra. R. son actualizadas por su marido". Esta prescripción constituye el eje del tratamiento, sobre el que permaneceremos.

Hemos introducido una fluctuación exterior al sistema, al pedir al marido de "fingir" su enfermedad por el bien de su mujer. Esta táctica ; connotación positiva y prescripción del síntoma, tiende a denunciar y a volver inoperantes los comportamientos dictados por la regla disfuncional.

Los cuatro puntos claves de nuestra prescripción son :

- 1) valorización del Sr.R.
- 2) su comportamiento sintomático es remodelado, los terapeutas le dan un significado relacional : lo interpretan como AMOR por su mujer, por lo tanto tiene un valor positivo para el sistema.
- 3) se expresa abiertamente la dependencia de la Sra.R. de su madre.
- 4) prescripción del síntoma ; creación de "un espacio de juego" donde en vez de ser el síntoma quien domina al paciente, es el paciente quien domina sus síntomas y los reproduce a voluntad ("como si" continuase a estar enfermo).

La prescripción del síntoma es una prescripción paradójica : consiste en prescribir explícitamente al paciente designado su sintomatología, su enfermedad, presentándola como necesaria a la cohesión y al amor de la pareja o de la familia. Es decir, se interpreta el síntoma (que es un comportamiento analógico), dándole su significado relacional. Se trata de una paradoja porque desde el momento en que el comportamiento sintomático es definido como voluntario y positivo para el bien de todos, deja de ser sintomático, es decir negativo e involuntario.

Con nuestra prescripción ponemos al Sr.R. en una posición "up" (competente); es él quien ha comprendido, quien sabe interpretar lo que le hace falta a su mujer. Además le declaramos capaz de dominar su síntoma (dar la impresión de seguir estando enfermo) y de trabajar.

Durante esta sesión los terapeutas percibieron que la evolución del sistema era favorable para proceder a dicha prescripción del síntoma. El momento parece propicio pues constatamos que : en primer lugar, los terapeutas han establecido una buena relación con la pareja. Por otro lado, la sintomatología del paciente comienza a desaparecer y efectivamente él se siente competente, por tanto capaz de poder "fingir" su enfermedad. Y además poseemos suficientes informaciones sobre la Sra.R. como para poder ponerla en la posición "down"; es ella quien necesita ayuda y comprensión. Los terapeutas pueden ocuparse de la mujer, sus enfermedades y su dependencia.

La prescripción hecha durante esta sesión introduce la dimensión circular de los comportamientos en la pareja.

Podemos decir que nos encontramos en una fase de transición del sistema y que estamos haciendo evolucionar la pareja hacia modelos de comportamiento diferentes de los que les condujeron al hospital.

- Durante la conversación en la que preparamos la prescripción, discutimos con el supervisor sobre la posibilidad de invitar a la abuela y a Silvia a la próxima sesión. Finalmente decidimos proseguir únicamente con la pareja pues nos parece que su evolución es favorable y que nuestra forma de proceder les permite una relación privilegiada con nosotros, como pareja, delimitándose del resto de la familia.

Reunión de los terapeutas

Como hemos dicho, esta sesión marca el punto clave de nuestra terapia.

Después de la entrevista, los tres terapeutas nos hemos reunido para discutir sobre: 1) la finalidad de la intervención, es decir qué es lo que los terapeutas intentan cambiar, o mejor dicho qué pueden inducir hacia un cambio.

2) la estructura del sistema nuclear de esta familia, pareja y Silvia.

Del resultado de nuestras reflexiones diré que :

- primeramente, en la realidad la más concreta y objetiva nuestra finalidad es de conseguir la desaparición del síntoma (depresión del Sr.R.), como paso siguiente su reinserción al trabajo.

- en segundo lugar, pensamos que nuestra intervención puede ser preventiva para Silvia que entra en un periodo de individuación y al mismo tiempo parece ocupar una plaza muy grande en la relación afectiva de sus padres.

En la estructura del sistema vemos que los papeles y funciones en esta familia estan cambiados: la madre cuida a su marido como a un niño. A este respecto, podemos hacer alusión a las familias de origen de los dos lados; la Sra. R. se comporta como el modelo relacional que presentaron sus padres y el Sr.R. busca y encuentra en su mujer los comportamientos (cuidados y ayuda maternal) que a él le faltaron en su infancia y que ahora (la relación madre-hijo).

Por otro lado, el padre mantiene un tipo de relación muy próximo con su hija. Vimos que desde la primera infancia de Silvia ha sido él quien doptadó el papel maternal. Durante toda la fase Edípica de la niña se ha mantenido este tipo de relación e incluso actualmente los miembros de la familia intentan mantenerlo, a pesar de que el momento evolutivo en el que se encuentra Silvia implica ciertos cambios (periodo de latencia).

La jerarquía del sistema familiar no es respetada. Según el esquema propuesto por S. Minuchin (10), podemos representar las relaciones de esta familia nuclear de la forma siguiente :

Hija =====	Padre	-----	-----	Madre
↓				
relaciones afectivas		divorcio	afectivo-sexual	
muy intensas		como pareja.		

-----	Madre	{	Madre : papel maternal con su marido pero se ocupa menos de Silvia
Padre : : Hija			
		{	Limites difusos padre-hija (intensidad relacional)

La frontera intergeneracional no es respetada y esto podría provocar dificultades de identificación en Silvia. Lo que los terapeutas intentan es permitir una jerarquía más funcional en el sistema ; en primer lugar que la Sra.R. se ocupe más de cuidar y maternar a su hija, es decir intentan incitar y despertar la competencia de la esposa como madre:

Terapeutas

Padre ----+ +--- Madre

Hija

En segundo lugar que las relaciones de afecto- sexualidad en la pareja se puedan restablecer :

Mujer ===== Marido Flexibilidad de fronteras que
----- pueda permitir intercambios en-
Hija tre esposos y entre padres-hija

En resumen, nos proponemos intentar una subdivisión del sistema nuclear: pareja de padres competentes y promoción de alianzas marido-mujer.

Ya vimos que las reglas que rigen este sistema son una intrincación proveniente de las familias de origen respectivas. En la familia de la Sra.R., vemos que estas reglas dictan : "no se puede adoptar el rol y las funciones de madre que cuida a su hija, pues la esposa debe acuparse y ayudar ante todo a su marido dependiente". Esta regla es complementaria de la que proviene de la familia de origen del Sr.R. : "se debe mantener la relación de maternage ", y esta regla se observa tanto en el comportamiento de maternage de la mujer con respecto al marido, como en el comportamiento de maternage del padre con respecto a la hija.

Sin duda, la familia R. se encuentra actualmente en un momento de su evolución que marca un punto de "coyuntura". Al principio del resumen de esta terapia, hablamos de intervención en periodo de crisis. Los factores que probablemente provocaron la crisis se relacionan con:

- el periodo evolutivo en el que se encuentra Silvia (periodo de latencia), que marca una etapa de separación, acentuada al comenzar la niña su vida en el colegio. La unión preexistente padre-hija seguramente ha sufrido un gran

enfermedades.

Salida - discusión - prescripción

Terapeuta hombre: "Nos ha dicho hoy que usted Sra. tiene dolores en las piernas, y usted Sr. también. Es importante que nos ocupemos de ello. Vamos a prescribirles el tratamiento siguiente : les vamos a dar una pomada especial cada noche, antes de dormir, el Sr. R. va a dar masajes a su mujer en las piernas, en la zona del dolor. Durante cinco minutos justos. Después a la inversa, usted Sra. dará masajes a su marido en las piernas, en la zona del dolor. También durante cinco minutos justos.

En lo que respecta a las relaciones sexuales quedan completamente prohibidas, como ya les dijimos".

Terapeuta mujer: "Sobre sus insomnios Sra., no debe usted inquietarse. Es un síntoma normal que se relaciona con el hecho de no tener relaciones sexuales".

Terapeuta hombre: "Sr.R. va usted a continuar como hasta ahora, lo ha hecho muy bien. Aunque su enfermedad vaya mejorando, es absolutamente necesario, por amor a su mujer, que usted haga como si estuviese enfermo y deprimido en casa para que ella le cuide y su madre se quede todavía por algún tiempo en Suiza con ustedes. Deba continuar así mientras que usted vea que a su mujer le sigue haciendo falta su madre.

A partir de mañana empezará a trabajar al 75% ".

Próxima entrevista dentro de tres semanas.

Al despedirnos, la Sra.R. nos pregunta: "¿Ustedes no piensan que mi marido está todavía muy débil para trabajar ? ". Y el Sr. R. se precipita en poner su cara de enfermo diciendonos: " sí, sí estoy todavía muy débil, porque las piernas, en el trabajo..." Los terapeutas le cortan y le dan la mano diciendole que ellos tienen confianza en él, que sabra arreglárselas con su jefe como hasta ahora.

Observaciones

- La prescripción no parece haber sido bien aceptada, efectivamente hemos di-

cho muchas cosas al mismo tiempo.

- La finalidad de la primera parte de la prescripción es de acuparse de las relaciones de maternaje mutuo en la pareja. Centramos dicho maternaje sobre el cuerpo y los males físicos. Mantenemos la prohibición de las relaciones sexuales, mientras que por otro lado introducimos la proximidad corporal, dándoles una tarea que no tiene significado sexual (sabemos que los contactos sexuales en esta pareja son problemáticos).

- En la segunda parte de la prescripción (terapeuta mujer), hacemos un comentario que tiende a establecer la conexión entre el cuerpo sexual y el cuerpo enfermo (somatizaciones).

- En la última parte de la prescripción, seguimos manteniendo la fluctuación introducida ("continuar dando la impresión de seguir estando enfermo"). Mediante esta estrategia estamos forzando al absurdo los comportamientos de la pareja (marido débil, mujer que se ocupa de él).

- La reacción que han tenido los dos conyuges después de la prescripción podemos calificarla de regulación negativa, en el sentido de que se trata de una regresión (pero únicamente verbal) a la antigua regla de la pareja. La mujer delante de nosotros vuelve a calificar a su marido de "enfermo" y él acepta (se queja y hace el enfermo-deprimido).

Los terapeutas ante esta regresión reaccionan permaneciendo tranquilos (estables) y afirman su confianza en la competencia del Sr.R.

Podemos decir que el sistema opone resistencias al cambio introducido. Pero esto es comprensible puesto que todo cambio implica, como ya dijimos, enfrentarse a novedades desconocidas y abandonar hábitos, que por su lado repetitivo son conocidos y por tanto procuran seguridad.

- Desde la tercera sesión hemos ido espaciando el tiempo entre las reuniones a fin de que las fluctuaciones propuestas por las prescripciones puedan solidificarse y elaborarse : el campo terapéutico penetra y actúa a través de la prescripción en el mismo territorio familiar.

Sexta entrevistaPreparación

- informarse sobre la prescripción
- continuar ocupandose de la mujer y de sus síntomas.
- controlar y apoyar este momento de transición en el que el Sr.R. va mejor, es competente y evoluciona favorablemente. y la Sra.R., por el contrario se muestra más vulnerable; expone en las entrevistas sus multiples males y preocupaciones somáticas, aunque se muestra fuerte ante ello. Podemos calificar dicho movimiento de transición como un movimiento de balanza con respecto a los comportamientos y posiciones interdependientes de los conyuges.

La Sesión

	Sr.R.	x	x	Ter. h.
Disposición prevista por los terapeutas :	Ter. m.	x	x	Sra.R.

Hemos constatado que esta disposición favorece la expresión individual de cada esposo. Y que el Sr.R. se muestra más atento a las quejas que formula su mujer cuando se coloca delante de ella.

La prescripción de la sesión precedente ha sido cumplida parcialmente. El Sr. R.nos dice que su mujer no ha querido que él le dé los masages, a pesar de que él se lo propuso la primera noche. Ha preferido darse los masages ella misma, y nos dice que el efecto de la pomada ha sido inmediato (con dos noches de masages, los dolores de la esposa han desaparecido). La evolución ha sido más lenta en el caso del marido , pero los efectos muy eficaces igualmente. Su mujer le ha dado los masages con la pomada todas las noches. Actualmente se queja de dolores en las nalgas a causa de las inyecciones.

La prohibición de las relaciones sexuales ha sido respetada.

El Sr.R. ha comenzado su trabajo al 75%, como indicamos. Parece desenvolverse bien y acepta este aumento progresivo.

La mejoría del marido va en aumento. Visiblemente la pareja desea hablarnos de esta evolución favorable. La Sra. R., opina que el humor de su marido es excelente, que participa a las bromas familiares y que se muestra contento. El marido confirma la opinión de su mujer.

Los terapeutas focalizan sobre la mujer; su soledad en Suiza, lejos de su familia, lo que ha debido ser una dura prueba, especialmente en los momentos difíciles: hablamos del nacimiento de Silvia, de la aparición de su enfermedad y dolores agudos que provienen desde el nacimiento de la niña. Ella nos habla de nuevo de de sus miedos pensando que podría tratarse de un cáncer. A causa de estos problemas de salud, su marido se ocupó del bebé reemplazando a su mujer. A continuación hablamos de las medidas que la pareja piensa adoptar ante estos dolores que continúan. Estas próximas vacaciones, la Sra.R. piensa ir a consultar un médico en España. Entre frase y frase nos dice, de pasada, que desde hace unas semanas los dolores de cabeza parecen calmarse y que duerme mejor.

Los terapeutas discuten con la pareja de sus funciones de padres con respecto a Silvia; lo que hace en el colegio, en casa, los planes para el futuro etc. Abordamos así el tema de la educación, escuchando y confirmando a ambos en su papel de padres.

En cuanto a la abuela, la pareja nos dice que va a marcharse a España dentro de un mes, ya que su yerno va mucho mejor y a ella le gustaría asistir a la comunión de uno de sus nietos.

Salida - discusión - prescripción

Terapeuta hombre: "Como los masajes en las piernas les han hecho un buen efecto, hemos pensado proceder de la misma forma con los dolores de las inyecciones de usted Sr.R.. Les vamos a dar una pomada especial que su mujer va a aplicarle. Sra.R., usted debe hacer de la forma siguiente: (el terapeuta se levanta y gesticula delante de la pareja que le siguen atentos), Sr.R., usted debe acostarse boca a bajo y su mujer se colocará detrás de usted de esta forma (el terapeuta se pone de rodillas). Usted Sra., se pone la pomada justo sobre la punta de los dedos y la aplica así (hace los movimientos sobre la mesa y muestra a la mujer)".

Terapeuta mujer: " Sobre lo que ustedes nos ha dicho hoy de la mejoría del Sr. R., nosotros pensamos que hay que tomar precauciones. En estos momentos se debe ir despacio, no correr, paso a paso. Una recuperación rápida sería peligroso. En cuanto a su suegra, Sr.R. tenemos completa confianza en usted. Como le dijimos en las otras sesiones, usted es el único que puede saber cuando su mujer se sentirá mejor y podrá quedarse sola sin la ayuda de su madre. A partir de mañana va usted a empezar a trabajar al 100%".

La fecha de la próxima sesión dentro de tres semanas. La pareja se despide sin hacer ningún comentario

Obersaviones

- Resistencia de la esposa a aceptar un cuidado de la parte de su marido, a "recibir" corporalmente de su marido (no aceptó los masajes de su marido, se los dió ella misma). Por el contrario el marido expresa abiertamente su necesidad de dependencia-maternage.
- Estas últimas prescripciones, en las que pedimos a la pareja de darse masajes, son muy directivas y parecen una manipulación de nuestra parte. Su finalidad es de procurar a la pareja un aprendizaje del acercamiento corporal. No se trata de un acercamiento con significado sexual; el dar masajes contra los dolores físicos impone otro sentido al contacto corporal. Puesto que existe una dificultad importante para las relaciones sexuales (temidas y/o no aceptadas), las hemos prohibido. Por otro lado prescribimos un contacto corporal mediante una tarea que posee una función diferente: el cuidado (este acercamiento desexualizado podría ayudar a desensibilizar los temores al contacto). Podemos comparar nuestra forma de proceder a ciertas técnicas que Masters y Johnsons (11) utilizan en sus terapias de sexología; se trata de ejercicios en los que la pareja aprende a descubrir mutuamente el cuerpo del otro por el tacto, a acercarse sin temor.
- Procesos de cambio que se producen según nuestra finalidad terapéutica:
 - a) desaparición de la sintomatología del paciente. Reinserción al trabajo.
 - b) posibilidad de focalizar sobre la mujer. Competencia del marido : movimiento de balanza con respecto a las posiciones de los cónyuges
 - c) posibilidad de abordar las funciones educativo-parentales de la pareja.
- Los terapeutas continúan a mantener las estrategias terapéuticas.

Séptima y última entrevista

Preparación

- Tomar información sobre la última prescripción propuesta y continuar en la misma línea que durante las sesiones precedentes.

La sesión

El Sr.R. llega solo, nos dice en la sala de espera que su mujer tuvo que quedarse en casa por razones mayores: Silvia tiene el sarampión y la abuela re-

gresó a España la semana pasada, pues todo evoluciona bien . Los terapeutas hacen esperar al Sr.R., mientras discuten con el supervisor de las diferentes reacciones a doptar ante la situación; una posibilidad es de dar una nueva cita al marido para que vuelva con su mujer. Pero esta reacción es una discalificación de la competencia del marido.

Por fin, optamos por aceptar lo que el sistema nos propone y utilizarlo: una rápida entrevista con el marido solo. Felicitamos primero al Sr.R., por haber tomado la decisión de venir solo sin su mujer, es importante saber su opinión de jefe de familia sobre la situación familiar actual; el regreso de su suegra y la reacción de su Sra, y lo que ocurre con la enfermedad de Silvia. Pero antes de conocer su opinión, le pedimos que nos informe sobre la prescripción; su mujer le dió los masages y los dolores han desaparecido por completo. Como convinimos comenzó su trabajo a pleno tiempo y se va adaptando. Observamos su buen aspecto físico (gestos, tono de la voz, etc.) y parece tranquilo y contento.

Nos habla después de la situación familiar, sobre todo de su mujer, de la forma en que él la vé: un poco nerviosa, deprimida y preocupada por sus propios males físicos, aunque últimamente parece mejorada.

Salida_ discusión _ comentario de fin de terapia_

Terapeuta mujer : "Sr.R., estamos contentos de su evolución, gracias a su gran esfuerzo y con la ayuda de su mujer la situación ha podido cambiar. Lo que nos ha sorprendido hoy es ver a que punto usted conoce y se inquieta por su mujer. Se han producido diversos acontecimientos; su mujer soporta ya desde hace tiempo sus problemas de salud. En segundo lugar últimamente ha habido muchas inquietudes en la familia: su hospitalización, el regreso de la madre de su esposa, la enfermedad de Silvia. Pensamos que su mujer debe de estar en baja forma, Pero usted ha pasado por esa situación de depresión, preocupaciones, nerviosismo, conoce este terreno. Por eso no nos inquietamos por su Sra., podemos contar con usted, pues es bien capaz de ocuparse de ella.

Para el futuro, queremos pedirle lo siguiente: usted que conoce a su mujer mejor que nosotros, sabe que a ella le gusta ocuparse de usted y cuidarle. Ahora usted esta bien, en plena forma, pero si ve que su mujer va mal, que es ella quien se deprime, entonces usted debe hacerse un poco el enfermo, hacer tambien como si estuviese mal para que ella le cuide".

El Sr. R., con una gran sonrisa nos dice:" Sí, es verdad, ella se ha ocupado

siempre muy bien de mi".

Terapeuta hombre : "Ustedes ya no necesitan nuestra ayuda. Terminamos hoy las entrevistas. Pero si en las próximas seis semanas a usted le parece que la situación de su mujer no se mejora y piensa que necesita ayuda, nos llama por teléfono y les volvemos a ver juntos".

OBSERVACIONES

- Aprovechamos la evolución favorable de la pareja para valorizar el papel del Sr. R., ante su mujer. Le prescribimos aceptar sus propias necesidades (recibir cuidados), pero dominándolas (debe ser él quien provoque los cuidados de su mujer). Cambiamos así el sentido de sus comportamiento; "no es él quien necesita a su mujer para que le cuide, sino que su mujer le necesita a él para cuidarle . Lo que implica otra forma de interpretar las relaciones entre ellos.

- Nos ha parecido el momento oportuno para terminar las intervenciones
Marido - Terapeutas, {subsistema que discute sobre el otro subsistema: Sra-Sil.
Madre/mujer-Silvia {la madre cuida a la hija.

Las seis semanas pasaron y el Sr. R. no nos telefoneó. Desde entonces no hemos recibido ninguna noticia de la pareja. El médico que vió al paciente en ambulatorio no sabe tampoco nada de él. Pensamos que el sistema sobrepasó la "crisis" y que las relaciones familiares empezaron a presentar una nueva organización.

EVALUACION DE LA INTERVENCION

Es difícil evaluar la amplitud y la profundidad de nuestra intervención. Podemos afirmar únicamente que las etapas sucesivas y específicas que nos propusimos alcanzar se han logrado :

- La desaparición de la sintomatología del paciente, con la ayuda competente del otro miembro de la pareja, al que hemos valorado aprovechando su esfuerzo
- La inserción al trabajo.
- Pudimos ocuparnos de los puntos débiles de la Sra., induciendo a su debido tiempo el movimiento de balanza en la pareja : marido posición "up".
- Denunciamos la regla disfuncional que impedía la resolución de la crisis.
- Apoyamos las alianzas marido-mujer, madre-padre. En la última sesión el padre nos trae al mensaje : la madre cuida de su hija.

No obstante, si queremos profundizar sobre las aportaciones de la terapia,

debemos especular sobre los cambios estructurales familiares que se han producido durante este proceso terapéutico. En nuestra opinión, se sitúan al nivel de: "una mayor flexibilidad adaptativa de la red de reglas que rige el sistema. Una posibilidad por tanto mayor de intercambio de papeles y de funciones entre sus miembros".

Ofrecimos a la pareja otra alternativa a la relación que ellos presentaron, lo que podemos llamar : "La inversión de la complementariedad de papeles" Hicimos descubrir a la pareja una nueva posibilidad de relacionarse.

Sin embargo, podemos preguntarnos si esta nueva regla inducida en el sistema, esta nueva posibilidad de relacionarse, resistirá con el tiempo. Solo una catamesis podría probarlo. Lo único que podemos afirmar hasta el momento, es que la familia R. no ha tomado contacto con el medio psiquiátrico estatal.

Sería una ilusión pretender que por nuestra breve intervención hemos conseguido cambiar la personalidad del marido (tendencias depresivas, de dependencia, abandonónicas, etc.) o de la esposa (sus múltiples somatizaciones, su estructura histeriforme). O pretender que las relaciones conyugales, al interior de la familia, o con Silvia no presentaran más dificultades. En fin, nada de todo ello ha ocurrido y no teníamos tal intención. Somos conscientes de la ayuda limitada que proporcionamos a esta familia. Pensamos simplemente que con esta breve serie de sesiones hemos favorecido un proceso de aprendizaje en el sistema, que consiste a desenvolverse de otra manera por sus propios recursos (refuerzo de su autonomía y competencia).

Lo que hemos presentado no corresponde a un modelo fijo de intervención.

Una pareja, familia, es un sistema a respetar. Los cambios (lo que se puede cambiar, o no cambiar), no viene solamente de las técnicas y de la personalidad de los terapeutas para utilizarlas, sino también del grupo en cuestión: su poder de cambio y la manera de evolucionar con la ayuda de los terapeutas.

Conviene precisar, por otro lado, que se trata de una de nuestras primeras terapias. Los dos terapeutas estábamos en los comienzos de nuestra formación. En estos momentos, posiblemente ante esta misma familia hubieramos podido escoger estrategias terapéuticas diferentes. El modelo de referencia en terapia de familia es menos estricto que en otro tipo de terapia, las escuelas y las técnicas variadas. Se necesita tiempo hasta llegar a conocer, experimentar, escoger y consolidar esta nueva forma de concebir y tratar los problemas psicológicos; dentro del contexto relacional en donde aparecen.

SEGUNDA PAREJA

Seguidamente voy a exponer un segundo caso en donde, al contrario del primero, no se llegó a establecer una "alianza terapéutica". Los factores que en mi opinión lo impidieron son de dos tipos:

- ciertos errores de la parte de los terapeutas.
- la falta de motivación persistente en la pareja.

El paciente "designado" es el marido, un italiano, Sr.A., de 41 años que vive en Suiza desde su adolescencia. Trabajó primero en la hostelería durante 15 años, actualmente trabaja como pintor en una empresa desde hace 9 años y es muy apreciado en su trabajo.

El Sr.A. ha sido hospitalizado por la primera vez en el hospital psiquiátrico de Cery, transferido desde neurología donde fué internado por un síndrome de predelirium tremens. En dicho servicio empezó a mostrarse poco colaborante, agitado y a arrancarse las perfusiones. Los médicos, estimando que no podían asumir al paciente, pidieron su transfer al hospital psiquiátrico.

Después de un mes de hospitalización en Cery, donde se llevó a cabo un tratamiento por medicamentos, el paciente se encuentra completamente restablecido. El examen físico es correcto, el EEG no muestra ninguna particularidad y la orientación espacio-temporal es perfecta. El paciente no manifiesta ningún síntoma psíquico consecuencia del episodio de delirium tremens. Por otro lado se muestra tranquilo, colaborante y bien adaptado al hospital.

Como únicas secuelas presenta una amnesia parcial de los acontecimientos ocurridos durante su estancia en neurología, en la fase aguda de su agitación. Y parece preocupado por lo que allí sucedió.

La sintomatología que presenta el Sr.A., es la consecuencia de un episodio de alcoholismo crónico: Delirium Tremens, que se produjo al dejar de beber bruscamente. En efecto, una semana antes de producirse la crisis, el Sr.A. decidió dejar completamente la bebida por fuerza de voluntad (la prueba del control-poder ante la botella).

Su mujer, Sra.A., es una alemana de 46 años que ha trabajado también durante

muchos años en la hostelería y que actualmente vende en un quiosco. La pareja tiene dos hijos; una hija de 13 años y un hijo de 8.

Se trata de una pareja de bajo nivel socio-cultural. Sabemos que el Sr.A. bebe desde su juventud, que ha mantenido abstinencia durante varios periodos de su vida por propia voluntad, seguidos siempre de recaídas, y que su mujer es muy tolerante ante los problemas del alcohol de su marido.

Unos días antes de efectuar la salida del hospital decidimos, con el médico del paciente, llevar a cabo una entrevista a cuatro; dos terapeutas y la pareja. Nuestra intención es de proceder a una entrevista de evaluación a fin de investigar las posibilidades de la pareja y ver en lo que podríamos ayudarles. Por el momento observamos que en el comportamiento del paciente se viene produciendo un "pattern repetitivo": alcoholismo - abstinencia brusca. Sin embargo ésta ha sido la primera vez que sufre de un episodio de del.-trem y que es hospitalizado. Por lo tanto es posible que la situación de crisis actual nos dé la oportunidad de inducir una modificación de esos comportamientos repetitivos, mediante una reorganización de la estructura relacional.

Basándonos en conocimientos clínicos sobre las parejas con un miembro alcohólico, presuponemos que el conyuge sobrio juega un papel importante en el mantenimiento del comportamiento sintomático. El alcohol constituye "el tercero", a la vez de unión y de serapación en la pareja. Les permite desviar las tensiones de la relación conyugal y da un motivo a las desavenencias.

La explicación metafórica de esta interacción podría formularse de la forma siguiente: "La relación conyugal se diluye en el alcohol".

El conyuge alcohólico "actua" sus propias tendencias orales- de dependencia, que a la vez convienen, de una forma más o menos explícita, a su pareja.

De nuevo, en este segundo caso conviene precisar que la proposición de reunir marido y mujer, para esta primera entrevista, proviene de los terapeutas.

Tomando en cuenta nuestras ideas de base sobre el comportamiento del alcohólico, hemos decidido convocar por el momento únicamente a la pareja.

Resumiré las tres entrevistas que se realizaron y terminaré por una serie de comentarios sobre nuestra intervención.

Primera entrevista

Disposición espontánea :

Tera.m.	x	x Sra.A.
Tera.h.	x	x Sr.A

La pareja parece un poco nerviosa. El Sr.A. es un hombre delgado, nervioso y sombrío, un carácter tipo oposicional y susceptible, a primera vista. Fuma un cigarrillo tras otro y mira por la ventana, mientras que su mujer nos habla sin parar, de una forma un tanto compulsiva. La Sra.A. es una mujer obesa, pequeña y rubia; nos cuenta todas sus inquietudes durante esta crisis de su marido (el delirium tremens que ocasionó también una crisis epiléptica). Nos dice que lloró mucho cuando tuvieron que internarle en neurología, viéndolo en tal estado de agitación y no sabiendo que hacer por él. A continuación nos habla de su antiguo trabajo, del nuevo, de sus hijos etc.

El marido habla poco pero dice claramente que él ha decidido dejar la bebida y que tiene suficiente fuerza de voluntad para lograrlo. Nos cuenta que hace unos dos años dejó de beber durante un largo periodo. A continuación nos habla de su trabajo; le gusta su trabajo de pintor pero se queja de que se aprovechan de él porque es extranjero y obrero no-qualificado.

La pareja nos cuenta que tienen una casa en Italia, en el lugar de origen del marido y en copropiedad con sus hermanos.

El Sr.A. se muestra muy inquieto ante lo que le sucedió por dejar bruscamente de beber y su hospitalización. Sabe que hizo una crisis epiléptica provocada por el delirium tremens, pero tiene miedo de haberse vuelto epiléptico y teme reproducir los ataques. Cuando trabajaba como camarero vio a varios de sus clientes en crisis epilépticas, por tanto sabe que si él tuviese tal enfermedad le echarían del trabajo (trabaja sobre los andamios).

Salida de los terapeutas- discusión- comentario

El terapeuta hombre explica al Sr.A. lo que le sucedió; que se trata de una crisis epiléptica episódica, provocada por la abstinencia brusca. El examen del cerebro no muestra ninguna anomalía, por lo tanto él no es epiléptico. El Sr.A. parece tranquilizarse. A continuación, los terapeutas proponen a la pareja una nueva entrevista para poder seguir hablando de sus problemas y

preocupaciones. Ambos aceptan.

Sin embargo durante la despedida, el Sr.A. pregunta si él debe venir solo. Los terapeutas precisan que la presencia de su mujer es imprescindible.

La próxima sesión tendrá lugar dentro de dos semanas.

Observaciones

- Viendo que era imposible interrumpir el discurso de la Sr.A., la terapeuta mujer le pregunta, le hace precisar ciertos puntos etc. De esta forma limita su discurso compulsivo y le muestra al mismo tiempo su interés. Ello produce al mismo tiempo ciertas intervenciones de su marido que clarifica y ayuda a su mujer.

Esta forma de proceder por parte de los terapeutas implica una aceptación y una amplificación del movimiento homeostático presentado por el sistema.

- El único problema que la pareja nos presenta es la crisis (individual y familiar) desencadenada por el episodio de delirium tremens y los temores del paciente ante la epilepsia.

Segunda entrevista

Disposición espontánea :	Tera.m.	x	x	Sra.A.
	Tera.h.	x	x	Sr.A.

La pareja nos produce una buena impresión; ambos están más sonrientes y tranquilos. Nos dicen que el Sr.A. no ha bebido ni una gota de alcohol desde su salida del hospital, y que lo ha substituido por infusiones de tila al limón. Los terapeutas piden a la Sra.A. que haga una comparación entre el comportamiento de su marido cuando esta bebido y cuando esta sobrio. Nos dice que cuando bebe se calma, esta más relajado y se duerme; sobrio, por el contrario, se muestra nervioso y a menudo enfadado.

Los episodios de bebida del Sr.A. no parecen provocar graves conflictos agresivos en la familia (contrariamente a lo que constatamos en otras parejas de alcohólicos).

Como en la primera entrevista, la Sra.A. habla todo el tiempo y el Sr.A. mira por la ventana. Los terapeutas metacomunican entre ellos sobre esta interac-

ción y expresan su gratitud a la Sra.A por mostrarse tan abierta, dispuesta a contarles todo lo que pasa en la familia, pues ella sabe que su marido prefiere callarse. La Sra. A. nos dice entonces que su marido tiene ese tipo de carácter y se comporta siempre así. No habla mucho porque reflexiona. En casa es igual y ella busca temas de interés para distraerle,(como por ej. : la casa que poseen en Italia) porque parece siempre como preocupado.

A continuación hablamos de los hijos; el chico se parece a la madre: abierto, habla mucho etc., mientras que la niña se parece más a su padre: mas cerrada, seria. Ella se interesa mucho por Italia, más que su hermano. El Sr.A está muy contento de estos intereses de su hija que coinciden con los suyos, y nos cuenta las similitudes entre él y su hija con una gran sonrisa.

Según la pareja, los niños van bien y no presentan ningún problema.

El Sr.A., nostálgico de su país, nos cuenta sus problemas como extranjero en Suiza. No tiene posibilidades en el trabajo y no se encuentra adaptado. Su sueño es de volver a Italia.

La Sra.A., volviendo al tema de sus hijos, nos cuenta lo que sucedió en casa durante la crisis y la hospitalización de su marido. Ella estuvo presente cuando lo internaron en neurología, en completo estado de agitación, e hizo lo máximo por intentar intervenir para calmarlo. Casi llorando, nos dice lo que hizo por calmar a sus hijos que pensaban que su padre iba a morir. El Sr.A., escucha atentamente a su mujer, con una expresión de sorpresa y de preocupación.

La terapeuta felicita a la Sra.A. por todos los esfuerzos que ha hecho para sobrepasar estos momentos de tensión y para ayudar a su marido. El Sr.A., pregunta a la terapeuta, diciéndole que no comprende lo que le quiere decir a su mujer, como si la ayuda recidida de su esposa no tuviera mayor importancia. Sin embargo una vez esclarecido el comentario , el Sr.A. parece mas sensible y comprende la situación estresante por la que ha pasado su mujer.

A un cierto momento de la entrevista, el terapeuta hace un comentario sobre la posición inconfortable del Sr.A., con una mujer que habla todo el tiempo.

La terapeuta le responde diciendo que también puede ser que la Sra.A. se encuentre en una posición inconfortable con un marido que habla poco. Los terapeutas, discutiendo entre ellos, toman posición y hacen coalición con cada uno de los cónyuges contra el otro.

El Sr. A interviene para decirnos que si no se entendiesen como marido y mujer, no habrían podido seguir juntos durante 15 años de matrimonio como lo han hecho (molesto sin duda por nuestra intervención).

Pero a continuación, la pareja nos habla de cuando sus relaciones eran más equilibradas; según su esposa, el Sr.A. antes era mucho mas abierto, dialogaba, reía y participaba más a la vida de familia. Desde que perdió varios dientes (los incisivos), cambió de caracter y dejó de sonreír por vergüenza. Los terapeutas investigan la opinión de la Sra. A sobre el caracter cerrado de su marido. Ella nos habla de su infancia, mucho mas difícil que la suya. Proviene de una familia pobre de agricultores italianos con muchos hijos. Su padre murió cuando él tenía 3 años y tuvo que trabajar duro desde pequeño para salir adelante y ayudar a la familia.

En cuanto a la Sra.A., ella nos dice que perdió a sus padres durante la guerra, a la edad de 6 años, desde entonces vivió en un orfanato y perdió el contacto con todo el resto de su familia. No obstante, nos dice que su vida fué mas fácil que la de su marido, pues ella tuvo siempre para comer mientras que su marido "moría de hambre".

Salida de los terapeutas - discusión - prescripción

Felicitamos a la Sra. A por saber ayudar a su marido, comprenderle y ocuparse de él. Busca temas de conversación para distraerle pues sabe que se ha vuelto un hombre preocupado : nostálgico de su país, y actualmente sus preocupaciones por la crisis de alcoholismo y la epilepsia.

" Le pedimos Sra.A. que usted continúe a ayudar a su marido como lo ha hecho hasta ahora; intentando distraerle de sus preocupaciones, proponiéndole temas de conversación que le interesan etc, como usted sabe hacerlo ".

La pareja parece aceptar bien nuestra prescripción. Pero al despedirles el Sr. A. nos dice : " De todas formas la cuestión de dejar de beber depende solo de mí y de mi voluntad, ni mi mujer ni ustedes pueden ayudarme ".

Fijamos la próxima entrevista dentro de 2 semanas.

Observaciones

- Aunque el Sr.A parece distraído mientras que su mujer habla casi todo el tiempo, esto no es más que en las apariencias, pues en realidad está muy atento a lo que se dice, vigila las reacciones y las preguntas de los terapeutas.
 - La Sra.A. se muestra tolerante, comprensiva, el Sr.A., duro y oposicional, pero en el fondo parece sensible y accesible cuando constata que los terapeutas le aceptan y aceptan a su mujer.
 - La actitud que los terapeutas adoptaron durante la entrevista, cuando denunciaron la regla de funcionamiento de la pareja (marido cerrado y incommunicativo - mujer abierta y habladora), es una forma de proceder inadecuada, pues implica una crítica intrusiva ante los comportamientos de la pareja. Realizaron un sistema de coaliciones, defendiendo a un conyuge contra el otro, lo que incita las resistencias y tiende a impedir el establecimiento de la alianza terapéutica.
- Ciertas secuencias de esta entrevista fueron provocadas por la actitud contra-transferencial negativa no controlada de los terapeutas. Contra-actitud ante la oposición abierta de la pareja (mujer que invade con su discurso, marido indiferente y opuesto a toda ayuda, a todo movimiento de dependencia). Dicha falta de control puede deberse, en nuestra opinión, a una falta de reflexión sobre las conexiones entre: la dinámica de la pareja, las estrategias terapéuticas a adoptar ante la oposición, los límites de la intervención.
- La reacción del Sr.A., al final de la entrevista ("todo depende de mi voluntad"), muestra que no está dispuesto a admitir la competencia de los terapeutas. Reacción probablemente reactivada ante el interés de los terapeutas por "ser competentes" e intentar imponer su poder sobre el sistema, sin haber aceptado sus comportamientos.
 - El objetivo de la prescripción es de valorizar y amplificar el comportamiento homeostático de la Sra.A. y mostrar a la pareja el movimiento circular -

Efectivamente creemos que usted no nos necesita, vamos a terminar las entrevistas. Quedamos a su disposición. En el caso de que usted nos necesite puede telefonarnos, pero es usted quien tiene que tomar la decisión".

El Sr. A, parece despertarse de repente ante nuestro comentario y nos cuenta a todo detalle como hizo las veces precedentes para dejar de beber, como piensa hacerlo ahora. En fin quiere mostrarnos que en efecto podemos hacerle confianza y esta contento de que le declaremos : único competente para dominar su problema.

Observaciones

- Unicamente para esta tercera entrevista recurrimos a un supervisor, al que pusimos al corriente de nuestras anteriores sesiones. Permaneció detrás del espejo durante toda la entrevista y nos ayudó a tomar la decisión de terminar la intervención.

-Durante la primera parte de la entrevista, la Sra. A. se muestra abierta y habla por ella y por su marido, mientras que el Sr. A. se muestra taciturno. Durante la segunda parte, desde el momento en que los terapeutas declaran abiertamente la competencia del marido, la mujer se cierra y permanece a un lado callada, mientras que el marido se muestra sociable, contento y satisfecho.

- Nuestra decisión de terminar las entrevistas ha sido una forma de tomar en consideración la oposición, los deseos de la pareja, formulados especialmente por el marido.

Con la dirección que han tomado las entrevistas, la única alternativa que les queda a los terapeutas para hacerse aceptar por el sistema es declarar la ruptura, adoptar una posición "down".

Pero terminamos de una forma inadecuada, mediante una "connotación positiva" que no incluye a todos los miembros del sistema presentes (transgresión de una regla muy importante en terapia de familia). Hemos actuado en simetría, de la misma forma que el sistema; mujer incompetente, separada de la sintomatología de su marido, marido incapaz de aceptar nada del Otro (clivage en la pareja).

EVALUACION DE LA INTERVENCION

Durante estas tres entrevistas no logramos establecer una verdadera "alianza terapeutica". No fuimos aceptados por el sistema, por tanto la posibilidad de

funcionar como "campo terapéutico" se presentaba difícil, pues: la actitud de oposición ante una posible ayuda terapéutica persiste y en consecuencia la competencia de los terapeutas no es reconocida.

Y todo ello nos parece que es debido, en gran parte, a la propia inaptitud de los terapeutas que no supieron reforzar suficientemente, y de manera adecuada, los comportamientos homeostáticos de la pareja.

No pensamos que nuestra intervención haya sido nociva para la pareja y desprovista de todo valor terapéutico. Nuestras críticas se dirigen a las estrategias-técnicas empleadas. Creemos haber aportado una ayuda, aunque restringida, a la pareja; nos ocupamos de la inquietud del marido ante los problemas de salud, de su situación en Suiza y de su historia. Nos ocupamos de las inquietudes de la Sra. A durante el episodio de hospitalización de su marido y lo que ocurrió con los hijos. En definitiva, les ayudamos a reconocer la importancia de este episodio, estresante para toda la familia, en lugar de esquivarlo como ocurre a menudo.

No obstante no estamos satisfechos de nuestra intervención. Es evidente que no se puede forzar a las personas a seguir una "terapia" (esto sería una toma de poder, que no puede más que provocar efectos negativos), pero hubiéramos podido ser más adecuados y reflexionar sobre la forma de entrar en relación con esta pareja y aceptar su falta de motivación, sin adoptar una posición de simetría con ellos, como por momentos lo hicimos.

Si analizamos la llegada del paciente al hospital, vemos que no es a causa de su síntoma: alcohol, sino a causa de los efectos negativos (delirium tremens-epilepsia) producidos por un comportamiento positivo (voluntad de dejar de beber), contra el síntoma, que es perfectamente tolerado por el medio familiar. La "crisis" que condujo al Sr. A. al hospital nos hizo suponer que el paciente parecía haber "tocado el fondo", periodo de pánico en el caso de ciertos alcohólicos, que como B. Bateson (1) indica, puede ser la ocasión de producir un cambio. En su artículo, Bateson muestra como el alcohólico no puede soportar un estatus de complementariedad relacional, en estado de sobriedad. La relación del alcohólico con el "Otro" (real o imaginario, como por ej. : la botella), es de tipo simétrico, basada sobre el mito de : la voluntad sobre sí mismo. El alcohólico coloca su alcoholismo fuera de sí ("Yo puedo dejar de beber", "Yo domino la botella"), y lleva a cabo una lucha desesperada por vencer

la botella, poniendo constantemente a prueba su propia voluntad, lo que inevitablemente conduce siempre de nuevo a la bebida.

La única forma de calmar la tensión simétrica, producida por la lucha contra la bebida, es mediante la recaída (beber), lo que implica la posibilidad de relación complementaria.

Este autor hace alusión a las técnicas de refuerzo positivo del comportamiento que provoca el malestar (enfermedad) lo que nosotros llamamos "prescripción del síntoma", (el control sobre la botella).

Partiendo de esta forma de relación, que efectivamente constatamos en caso de esta pareja, deberíamos haber procedido de una forma mas terapéutica.

Según las informaciones y los comportamientos observados durante las entrevistas podemos formular una regla importante en esta pareja : "No se debe contar absolutamente con nadie", regla ya en vigor durante la infancia de ambos conyuges, que rige tanto el comportamiento de intoxicación como el comportamiento de abstinencia, asi como el comportamiento de la Sr. A. en los momentos de dificultad. Deberíamos haber reflexionado sobre esta regla en el transcurso de las entrevistas. Primeramente deberíamos haber asegurado mejor los mecanismos homeostáticos y en segundo lugar haber intentado una modificación de esta regla en el sentido: "El Sr A. puede contar con la ayuda de su mujer y la Sra. A. puede contar con su marido", pero bajo una forma paradójica que refuerze positivamente el comportamiento sintomático : "La Sra. A. ayuda a su marido respetando su independencia, dejandole dominar, solo por su voluntad, el alcohol".

Todas estas criticas y comentarios son una reflexión a posteriori. Pretenden "imaginar" un procedimiento más adecuado para alcanzar la finalidad terapéutica : alianza con el sistema, cambio de reglas disfuncionales.

Sin embargo, una correcta localización del problema y una línea estratégica de intervención adecuada, son condiciones necesarias pero no garantizan un resultado positivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Bateson G.: Vers une Ecologie de l'Esprit
Seuil 1977.
2. Boszormenyi-Nagy, I and G. M. Spark: Invisible loyalties. Reciprocity
in International Family Thérapy.
New York, Med. Dept. Harper & Row 1973
3. Bourguignon Odile: Quelques textes Freudiens sur la famille.
Perspectives psychiatriques 14, No 55, 1976
4. Bowen M: Toward the differentiation of self in one's family of origin.
in: Family therapy in clinical practice
Jason Aronson No 4., 1978.
5. Block, Donald A.: Techniques de base en thérapie familiale.
Jean-Pierre Delarge 1979
6. Fivaz E., R. Fivaz et L. Kaufmann: Thérapie des familles à transaction
psychotique; un paradigme évolutif.
Psychologie médicale, 1979, 11,13 Suisse
7. Gilliéron, Ed.: -Névrose et famille. in Group Therapy and Social Environement,
H. Huber, Berne pp. 180-197, 1973.
-Primal Fantasies, Promotor of Family Homeostasis. International Congress Series
No 464.
Psychotherapy of Schizophrenia
Lausanne 1975.
Excerpta Medica, Amsterdam-Oxford.
8. Jackson, D.D.: The study of the family.
Family Process 4 : 1-20, 1965.
9. Kaufmann L.: -Familie, Kommunikation, Psychose. Bern, Huber, 1972
-Le modelage de l'homme au sein de la famille.
Société vaudoise d'Hygiène mentale. Rapport 1977, 75^e année.
10. Minuchin Salvador: Familias y Terapia familias.
Granica Editor.
Col. Psicoteca Mayor. Barcelona 1977

11. Masters, W.H., et Johnson V.E.: Les mésententes sexuelles et leur traitement.
Rober Laffont. Paris 1971
12. Piaget J.: L'Emistémologie génétique.
Presses universitaires de Frances. Paris 1970
13. Watzlawick, P. et all.: Une logique de la communication.
Ed. du Seuil. Paris 1972
14. Wertheim, E. : Family unit therapy and the Science and Typology of Family Systems.
Family Process 12 - 361-376, 1973.



FUNDACION JUAN MARCH

SERIE UNIVERSITARIA

TITULOS PUBLICADOS

Serie Marrón

(Filosofía, Teología, Historia, Artes Plásticas, Música, Literatura y Filología)

- | | |
|--|--|
| 1 Fierro, A.:
Semántica del lenguaje religioso. | 60 Alcalá Galvé, A.:
El sistema de Servet. |
| 10 Torres Monreal, F.:
El teatro español en Francia (1935-1973). | 61 Mourão-Ferreira, D., y Ferreira, V.:
Dos estudios sobre literatura portuguesa contemporánea. |
| 12 Curto Herrero, F. Fco.:
Los libros españoles de caballerías en el siglo XVI. | 62 Manzano Arjona, M.ª:
Sistemas intermedios. |
| 14 Valle Rodríguez, C. del:
La obra gramatical de Abraham Ibn Ezra. | 67 Acero Fernández, J. J.:
La teoría de los juegos semánticos. Una presentación. |
| 16 Solís Santos, C.:
El significado teórico de los términos descriptivos. | 68 Ortega López, M.:
El problema de la tierra en el expediente de Ley Agraria. |
| 18 García Montalvo, P.:
La imaginación natural (estudios sobre la literatura fantástica norteamericana). | 70 Martín Zorraquino, M.ª A.:
Construcciones pronominales anómalas. |
| 21 Durán-Lóriga, M.:
El hombre y el diseño industrial. | 71 Fernández Bastarache, F.:
Sociología del ejército español en el siglo XIX. |
| 32 Acosta Méndez, E.:
Estudios sobre la moral de Epicuro y el Aristóteles esotérico. | 72 García Casanova, J. F.:
La filosofía hegeliana en la España del siglo XIX. |
| 40 Estefanía Álvarez, M.ª del D. N.:
Estructuras de la épica latina. | 73 Meya Llopart, M.:
Procesamiento de datos lingüísticos. Modelo de traducción automática del español al alemán. |
| 53 Herrera Hernández, M.ª T.:
Compendio de la salud humana de Johannes de Ketham. | 75 Artola Gallego, M.:
El modelo constitucional español del siglo XIX. |
| 54 Flaquer Montequi, R.:
Breve introducción a la historia del Señorío de Buitrago. | 77 Almagro-Gorbea, M., y otros:
C-14 y Prehistoria de la Península Ibérica. |

- 94 Falcón Márquez, T.:
La Catedral de Sevilla.
- 98 Vega Cernuda, S. D.:
J. S. Bach y los sistemas contrapuntísticos.
- 100 Alonso Tapia, J.:
El desorden formal de pensamiento en la esquizofrenia.
- 102 Fuentes Florido, F.:
Rafael Cansinos Assens (novelista, poeta, crítico, ensayista y traductor).
- 110 Pitarch, A. J., y Dalmases Balañá, N.:
El diseño artístico y su influencia en la industria (arte e industria en España desde finales del siglo XVII hasta los inicios del XX).
- 113 Contreras Gay, J.:
Problemática militar en el interior de la península durante el siglo XVII. El modelo de Granada como organización militar de un municipio.
- 116 Laguillo Menéndez-Tolosa, R.:
Aspectos de la realeza mítica: el problema de la sucesión en Grecia antigua.
- 117 Janés Nadal, C.:
Vladimir Holan. Poesía.
- 118 Capel Martínez, R. M.:
La mujer española en el mundo del trabajo. 1900-1930.
- 119 Pere Julià:
El formalismo en psicolingüística: Reflexiones metodológicas.
- 126 Mir Curcó, C.:
Elecciones Legislativas en Lérida durante la Restauración y la II República: Geografía del voto.
- 130 Reyes Cano, R.:
Medievalismo y renacentismo en la obra poética de Cristóbal de Castillejo.
- 133 Portela Silva, E.:
La colonización cisterciense en Galicia (1142-1250).

Serie Verde

(Matemáticas, Física, Química, Biología, Medicina)

- 2 Mulet, A.:
Calculador en una operación de rectificación discontinua.
- 4 Santiuste, J. M.:
Combustión de compuestos oxigenados.
- 5 Vicent López, J. L.:
Películas ferromagnéticas a baja temperatura.
- 7 Salvá Lacombe, J. A.:
Mantenimiento del hígado dador in vitro en cirugía experimental.
- 8 Plá Carrera, J.:
Estructuras algebraicas de los sistemas lógicos deductivos.
- 11 Drake Moyano, J. M.:
Simulación electrónica del aparato vestibular.
- 19 Purroy Unanua, A.:
Estudios sobre la hormona Natriurética.
- 20 Serrano Molina, J. S.:
Análisis de acciones miocárdicas de bloqueantes Beta-adrenérgicos.
- 22 Pascual Acosta, A.:
Algunos tópicos sobre teoría de la información.
- 25 I Semana de Biología:
Neurobiología.
- 26 I Semana de Biología:
Genética.
- 27 I Semana de Biología:
Genética.
- 28 Zugastí Arbizu, V.:
Analizador diferencial digital para control en tiempo real.
- 29 Alonso, J. A.:
Transferencia de carga en aleaciones binarias.
- 30 Sebastián Franco, J. L.:
Estabilidad de osciladores no sinusoidales en el rango de microondas.
- 39 Blasco Olcina, J. L.:
Compacidad numerable y pseudocompacidad del producto de dos espacios topológicos.
- 44 Sánchez Rodríguez, L.:
Estudio de mutantes de *saccharomyces cerevisiae*.

- 45 Acha Catalina, J. I.: **Sistema automático para la exploración del campo visual.**
- 47 García-Sancho Martín, F. J.: **Uso del ácido salicílico para la medida del pH intracelular.**
- 48 García García, A.: **Relación entre iones calcio, fármacos ionóforos y liberación de noradrenalina.**
- 49 Trillas, E., y Alsina C.: **Introducción a los espacios métricos generalizados.**
- 50 Pando Ramos, E.: **Síntesis de antibióticos aminoglicosídicos modificados.**
- 51 Orozco, F., y López-Fanjul, C.: **Utilización óptima de las diferencias genéticas entre razas en la mejora.**
- 52 Gallego Fernández, A.: **Adaptación visual.**
- 55 Castellet Solanas, M.: **Una contribución al estudio de las teorías de cohomología generalizadas.**
- 56 Sánchez Lazo, P.: **Fructosa 1,6 Bisfosfatasa de hígado de conejo: modificación por proteasas lisosomales.**
- 57 Carrasco Llamas, L.: **Estudios sobre la expresión genética de virus animales.**
- 59 Afonso Rodríguez, C. N.: **Efectos magneto-ópticos de simetría par en metales ferromagnéticos.**
- 63 Vidal Costa, F.: **A la escucha de los sonidos cerca de T_λ en el 4_{He} líquido.**
- 65 Andréu Morales, J. M.: **Una proteína asociada a membrana y sus subunidades.**
- 66 Blázquez Fernández, E.: **Desarrollo ontogénico de los receptores de membrana para insulina y glucagón.**
- 69 Vallejo Vicente, M.: **Razas vacunas autóctonas en vías de extinción.**
- 76 Martín Pérez, R. C.: **Estudio de la susceptibilidad magnetoeléctrica en el Cr_2O_3 policristalino.**
- 80 Guerra Suárez, M.ª D.: **Reacción de Amidas con compuestos organoaluminicos.**
- 82 Lamas de León, L.: **Mecanismo de las reacciones de iodación y acoplamiento en el tiroides.**
- 84 Repollés Moliner, J.: **Nitrosación de aminas secundarias como factor de carcinogénesis ambiental.**
- 86 II Semana de Biología: **Flora y fauna acuáticas.**
- 87 II Semana de Biología: **Botánica.**
- 88 II Semana de Biología: **Zoología.**
- 89 II Semana de Biología: **Zoología.**
- 91 Viéitez Martín, J. M.: **Ecología comparada de dos playas de las Rías de Pontevedra y Vigo.**
- 92 Cortijo Mérida, M., y García Blanco, F.: **Estudios estructurales de la glucógeno fosforilasa b.**
- 93 Aguilar Benítez de Lugo, E.: **Regulación de la secreción de LH y prolactina en cuadros anovulatorios experimentales.**
- 95 Bueno de las Heras, J. L.: **Empleo de polielectrolitos para la floculación de suspensiones de partículas de carbón.**
- 96 Núñez Alvarez, C., y Ballester Pérez, A.: **Lixiviación del cinabrio mediante el empleo de agentes complejantes.**
- 101 Fernández de Heredia, C.: **Regulación de la expresión genética a nivel de transcripción durante la diferenciación de Artemia salina.**
- 103 Guix Pericas, M.: **Estudio morfométrico, óptico y ultraestructural de los inmunocitos en la enfermedad celíaca.**
- 105 Llobera i Sande, M.: **Gluconeogénesis «in vivo» en ratas sometidas a distintos estados tiroideos.**

- 106 Usón Finkenzeller, J. M.:
Estudio clásico de las correcciones radiactivas en el átomo de hidrógeno.
- 107 Galián Jiménez, R.:
Teoría de la dimensión.
- 111 Obregón Perea, J. M.:
Detección precoz del hipotiroidismo congénito.
- 115 Cacicedo Egües, L.:
Mecanismos moleculares de acción de hormonas tiroideas sobre la regulación de la hormona tirótrópica.
- 121 Rodríguez García, R.:
Caracterización de lisozimas de diferentes especies.
- 122 Carravedo Fantova, M.:
Introducción a las Orquídeas Españolas.
- 125 Martínez-Almoyna Rullán, C.:
Contribución al estudio de la Mano-
- metría Ano-rectal en niños normales y con alteraciones de la continencia anal.**
- 127 Marro, J.:
Dinámica de transiciones de fase: Teoría y simulación numérica de la evolución temporal de aleaciones metálicas enfriadas rápidamente.
- 129 Gracia García, M.:
Estudio de cerámicas de interés arqueológico por espectroscopia Mössbauer.
- 131 García Sevilla, J. A.:
Receptores opiáceos, endorfinas y regulación de la síntesis de monoaminas en el sistema nervioso central.
- 132 Rodríguez de Bodas, A.:
Aplicación de la espectroscopía de RPE al estudio conformacional del ribosoma y el tRNA.

Serie Roja

(Geología, Ciencias Agrarias, Ingeniería, Arquitectura y Urbanismo)

- 3 Velasco, F.:
Skarns en el batolito de Santa Olalla.
- 6 Alemán Vega, J.:
Flujo inestable de los polímeros fundidos.
- 9 Fernández-Longoria Pinazo, F.:
El fenómeno de inercia en la renovación de la estructura urbana.
- 13 Fernández García, M.^a P.:
Estudio geomorfológico del Macizo Central de Gredos.
- 15 Ruiz López, F.:
Proyecto de inversión en una empresa de energía eléctrica.
- 23 Bastarache Alfaro, M.:
Un modelo simple estático.
- 24 Martín Sánchez, J. M.:
Moderna teoría de control: método adaptativo-predictivo.
- 31 Zapata Ferrer, J.:
Estudio de los transistores FET de microondas en puerta común.
- 33 Ordóñez Delgado, S.:
Las Bauxitas españolas como mena de aluminio.
- 35 Juvé de la Barreda, N.:
Obtención de series aneuploides en variedades españolas de trigo común.
- 36 Alarcón Álvarez, E.:
Efectos dinámicos aleatorios en túneles y obras subterráneas.
- 38 Lasa Dolhagaray, J. M., y Silván López, A.:
Factores que influyen en el espigado de la remolacha azucarera.
- 41 Sandoval Hernández, F.:
Comunicación por fibras ópticas.
- 42 Pero-Sanz Elorz, J. A.:
Representación tridimensional de texturas en chapas metálicas del sistema cúbico.
- 43 Santiago-Alvarez, C.:
Virus de insectos: multiplicación, aislamiento y bioensayo de Baculovirus.

- 46 Ruíz Altisent, M.:
Propiedades físicas de las variedades de tomate para recolección mecánica.
- 58 Serradilla Manrique, J. M.:
Crecimiento, eficacia biológica y variabilidad genética en poblaciones de dípteros.
- 64 Farré Muntaner, J. R.:
Simulación cardiovascular mediante un computador híbrido.
- 79 Fraga González, B. M.:
Las Giberelinas. Aportaciones al estudio de su ruta biosintética.
- 81 Yáñez Parareda, G.:
Sobre arquitectura solar.
- 83 Díez Viejobueno, C.:
La Economía y la Geomatemática en prospección geoquímica.
- 90 Pernas Galí, F.:
Master en Planificación y Diseño de Servicios Sanitarios.
- 97 Joyanes Pérez, M.^a G.:
Estudio sobre el valor nutritivo de la proteína del mejillón y de su concentrado proteico.
- 99 Fernández Escobar, R.:
Factores que afectan a la polinización y cuajado de frutos en olivo (*Olea europaea* L.).
- 104 Oriol Marfá i Pagés, J.:
Economía de la producción de flor cortada en la Comarca de el Maresme.
- 109 García del Cura, M.^a A.:
Las sales sódicas, calcosódicas y magnésicas de la cuenca del Tajo.
- 112 García-Arenal Rodríguez, F.:
Mecanismos de defensa activa en las plantas ante los patógenos. Las Fitalexinas en la interacción *Phaseolus vulgaris*-*Botrytis cinerea*.
- 114 Santos Guerra, A.:
Contribución al conocimiento de la flora y vegetación de la isla de Hierro (Islas Canarias).
- 120 Vendrell Saz, M.:
Propiedades ópticas de minerales absorbentes y su relación con las propiedades eléctricas.
- 123 Pulido Bosch, A.:
Datos hidrogeológicos sobre el borde occidental de Sierra Nevada.

Serie Azul

(Derecho, Economía, Ciencias Sociales, Comunicación Social)

- 17 Ruíz Bravo, G.:
Modelos econométricos en el enfoque objetivos-instrumentos.
- 34 Durán López, F.:
Los grupos profesionales en la prestación de trabajo: obreros y empleados.
- 37 Lázaro Carreter, F., y otros:
Lenguaje en periodismo escrito.
- 74 Hernández Lafuente, A.:
La Constitución de 1931 y la autonomía regional.
- 78 Martín Serrano, M., y otros:
Seminario sobre Cultura en Periodismo.
- 85 Sirera Oliag, M.^a J.:
Las enseñanzas secundarias en el País Valenciano.
- 108 Orizo, F. A.:
Factores socio-culturales y comportamientos económicos.
- 124 Roldán Barber, H.:
La naturaleza jurídica del estado de necesidad en el Código Penal Español: crítica a la teoría de la exigibilidad de la conducta adecuada a la norma.
- 128 De Esteban Alonso, J.:
Los condicionamientos e intensidad de la participación política.

