



PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

del Pino Montesinos, José Ignacio

joseidelpino@msn.com

RESUMEN

El trabajo cotidiano en una Unidad de Salud Mental Comunitaria, centro sanitario público de segundo nivel asistencial de Andalucía, precisa del habitual tratamiento farmacológico y de otros recursos técnicos que faciliten la ansiada "curación". En este cometido la Psicoterapia Sistémica de la Persona (P.S.P.), simple plasmación práctica de una intervención sistémica practicada por la Escuela de Sevilla, ayuda al profesional facilitando el abordaje psicoterapéutico en las dimensiones intrapsíquica y relacional del paciente, lo que le capacita para intervenir también en la patología psicosomática.

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

1. EL TRABAJO EN SALUD MENTAL

«El propósito de los problemas no es su solución definitiva sino el hacernos trabajar incesantemente en ellos. Sólo esto impide que nos estulticemos y petrifiquemos.»

Carl Gustav **JUNG** (1875-1961)

La necesidad de validar la práctica sanitaria obliga a un tratamiento estadístico del trabajo. Por desgracia a veces se olvida qué éste sólo puede ser una consecuencia de la labor terapéutica realizada y nunca el objetivo de la misma. El ser humano no puede reducirse a una mera suma de datos aunque estos sean clínicos. Un abordaje curativo completo se centra en el tratamiento del trastorno que sufre el paciente (de *pathos*, sufrimiento) pero abarcando otras dimensiones imprescindibles a partir de la «interpretación psicobiológica» de la vida del paciente.

Fue Adolf **Meyer** (1866-1950) quien en 1909 introdujo el término de *Psicobiología*, destacando la importancia del estudio biográfico de la persona para una comprensión integral del síntoma. Como profesionales de la salud no debemos contentarnos con luchar contra los síntomas aislados, ni siquiera concentrarnos sólo en vencer la enfermedad, pues como el psiquiatra y psicoanalista argentino Luis **Chiozza** nos advierte en su libro *¿Por qué enfermamos?* (1994):

"La enfermedad actual es la «mejor solución» que el enfermo ha logrado [...] y su desaparición, por sí sola, restablece un problema."

Aceptando que el problema no es sólo la enfermedad, sepamos a qué nos enfrentamos y con qué recursos contamos.

1.1 Organización de la asistencia sanitaria pública andaluza

En Andalucía la red de Salud Mental está dividida en tres niveles y plenamente integrada en el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.):

- 1) **Primer nivel: Atención Primaria (A.P).** A cargo de los **Médicos de Familia** quienes deben identificar y tratar los problemas psiquiátricos. Si la complejidad o gravedad del caso les supera se remiten al:
- 2) **Segundo nivel: Psiquiatras y Psicólogos** trabajan en las 77 **Unidades de Salud Mental Comunitaria (U.S.M.C.)**. Cuando su actuación se muestra insuficiente pueden apoyarse en el:
- 3) **Tercer Nivel:** También con **Psiquiatras, Psicólogos** y, al igual que en niveles previos, el imprescindible personal sanitario de **Enfermería y Trabajo Social**. En total hay 20 **Unidades de Hospitalización de Agudos** para internamientos urgentes y de corta duración. En caso que se precise media o larga estancia se cuenta con las **Comunidades Terapéuticas** y otros recursos asistenciales coordinados con la *Fundación pública Andaluza*

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental FAISEM (Vg. Casas hogar, pisos tutelados...). En este nivel existen además otros servicios específicos como **Hospitales de Día, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, Unidades de Rehabilitación de Agudos, Equipos de Terapia Intensiva Comunitaria...** que completan la asistencia sanitaria.

Conozcamos ahora cuál es la magnitud real del problema.

1.2 Algunos datos

En Europa en el año 2.000, coordinado por la *World Mental Health Surveys* de la O.M.S., se realizó el proyecto ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) en pacientes con 18 o más años y que presentaban ansiedad, trastornos del ánimo y consumo de alcohol. La prevalencia vida como media en Europa fue 1 de cada 4 (25%) y afortunadamente en España algo inferior (19,5%).

En Andalucía los datos del año 2012 muestran que en el tercer nivel se formalizaron 10.448 ingresos en las veinte unidades de hospitalización. Se atendieron 1.121 personas con Trastorno Mental Grave en las Comunidades Terapéuticas, 1.711 en Hospitales de Día, 1.646 en Unidades de Rehabilitación de Agudos y 21.312 fueron los menores atendidos en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

¿Hay algo que pueda aumentar esta presión asistencial?

Pues sí, el que nuestro paciente llegue al límite de lo soportable. Según datos del *Instituto Nacional de Estadística* desde principios del siglo pasado hasta la actualidad la escalada de cifras de suicidio es lenta pero constante: de 1.458 fallecidos en el año 1906 a 3.158 en 2010. En 2012 el suicidio fue, de nuevo, la principal causa externa de mortalidad. Mientras los fallecidos en accidente de tráfico descendieron un 9,5%, los muertos por autolisis aumentaron un 11,3%, hasta un total de 3.539 personas. Y como dato persistente encontramos que a partir de los 25 años el suicidio causa más muertes que los accidentes de tráfico.

2. MEDICINA PSICOSOMÁTICA

«Considero que el cuerpo humano es una máquina. Mi pensamiento confronta mi idea de un hombre enfermo y un reloj mal construido, con mi idea de un hombre sano y un reloj bien construido.»
René **Descartes** (1556-1650)

Parece claro, como diría el psiquiatra, psicólogo y psicoanalista Moty **Benyakar**, que los datos referidos constituyen *per se* un hecho disruptivo para cualquier profesional. Y como este autor explica (2001) ante una amenaza sentimos estrés, la reacción somática defensiva que nos evita de sufrir el trauma, esto es, la reacción psicológica consecuente al fallo en la detección de dicha amenaza.

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

Lo físico y lo psicológico están inextricablemente unidos en cada persona, aunque no siempre se ha visto así. El citado filósofo francés René **Descartes** (1556-1650) fue el culpable de esta separación:

En el concepto del cuerpo —res extensa— no está incluido nada que pertenezca al alma; ni en el concepto del alma —res cogitans— está incluido nada que pertenezca al cuerpo.»

¿Cómo volver a unir ambos conceptos?

2.1 orígenes de la psicopatología

Dado el tremendo peso y la gran repercusión de la obra cartesiana no es de extrañar que se necesitasen un par de siglos para que reunir lo que él separó. Fue un médico alemán, Johan C. A. **Heinroth** (1773-1843), quien en 1818 acuñó el concepto de «*Psicopatología*» al discutir las causas del insomnio. Hubo de pasar más de un siglo para que el médico personal de **Freud**, Félix **Deutsch** (1884-1964) al plantear sus hipótesis sobre el origen de ciertas enfermedades acuñara el concepto de «*Medicina Psicopatológica*».

Otro médico alemán, George **Grodeck** (1866-1934), pionero de la Medicina Psicopatológica y creador del concepto del Ello, nombre que el creador del Psicoanálisis tomaría para una instancia de su «*Aparato Psíquico*», insiste en la íntima y vital relación entre la persona y la enfermedad que ésta padece:

«Cuanto más trato al enfermo, más se arraiga en mí el convencimiento de que el médico influye infinitamente poco en la curación del enfermo, que el enfermo se cura a sí mismo y que el médico, también el analista, sólo tiene la tarea de descubrir de qué artimañas se vale el Ello del enfermo para poder seguir privado de salud.»

Incluso nos advierte de la dificultad que encierra la tarea del sanador y del increíble problema al que deberemos hacer frente:

«Es, en efecto, un error el suponer que el enfermo se presenta a la consulta del médico para poder ser ayudado por éste. Solamente una parte de su Ello quiere sanar; el resto quiere seguir enfermo.»

Parece evidente que al separar el proceso morboso de la persona que lo sufre puede proporcionar a nivel de investigación, pero a cambio de una terrible limitación: impide aprehender el significado de la enfermedad, el por qué ha aparecido la enfermedad en este preciso momento de la

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

biografía del paciente.

Así el psiquiatra gallego Manuel **Cabaleiro Goás** (1918-1974) insiste en aclarar:

«La verdadera Medicina Psicosomática o Antropológica ha puesto de relieve de un modo especial la trascendencia y la necesidad de estudiar al hombre enfermo como un todo; no es otra cosa que un nuevo enfoque que no considera a la enfermedad en abstracto sino al hombre-enfermo concreto como totalidad, como unidad de lo psíquico y lo somático, e inmerso en su mundo.»

Y el médico ensayista Juan **Rof Carballo** (1905-1994) en su defensa de la Medicina Psicosomática —«nacida de la falta de prisa del médico»— reconoce que: «No hay apenas un solo médico que ponga en duda la necesidad de los estudios del hombre entero como clave de la crisis actual por la que pasa la Medicina». Pero también advierte del riesgo de malentender su verdadero significado:

«Hay una pretendida medicina psicosomática que en muchos casos no es más que manuales de lo que hoy se sabe sobre neurofisiología, neurorreceptores y neurotransmisores.»

2.2 Psicosomática y terapia sistémica familiar

El psiquiatra italiano Luigi **Onnis** en su **Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos** (1990) incide en los riesgos de polarizar los distintos componentes del ser humano:

«...la exigencia de la visión unitaria para la enfermedad psicosomática requiere utilizar diversos métodos que reflejen la complejidad de fenómenos observados, la coparticipación simultánea de los múltiples componentes en juego y, en particular, la correlación entre dichos componentes que [...] interactúan recíproca y circularmente entre sí. [...]

La crisis de la medicina psicosomática nace de la contradicción entre una exigencia inspiradora de "unidad" y "totalidad" e interpretaciones dicotómicas que inexorablemente traicionan dicha exigencia y escinden dicha unidad; [...] de que el problema psicosomático es "complejo" y de las metodologías reduccionistas [biomédicas o psicológicas] que aplanan su complejidad."

Seis años más tarde (**La palabra del cuerpo**, 1996) insiste en el tema:

«En las teorías "somato-genéticas" todo factor psico-emocional queda reducido a la mera reacción neuro-fisiológica de un organismo biológico; o en las

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

teorías "psico-genéticas" toda manifestación del cuerpo queda explicada por un proceso de simbolización. Pero inevitablemente ninguna de estas teorías consigue restituir al fenómeno psicosomático el sentido global de su manifestación y evolución.»

El objetivo de la Medicina Psicosomática es curar la enfermedad pero no centrándose sólo en el mal que se padece ni tampoco aislando la persona de su corporalidad, sino ampliando el foco e incluyendo en el estudio el ser humano en su totalidad.

3. LA PERSONA Y SUS CIRCUNSTANCIAS

«No hay hombre en el mundo sin tribulación o angustia, sea Rey o Papa.»

Thomas de **KEMPIS** (c. 1380-1471)

Es cierto que nadie está libre de problemas sean intrapsíquicos o relacionales. Y, parafraseando al filósofo malagueño José **Ortega y Gasset** (1883-1955), si estudiamos a la persona debemos incluir también sus circunstancias, entre las que la enfermedad, por muy importante que ésta sea, es sólo una parte de la crisis existencial que enfrenta.

3.1 Crisis

Y es que sabemos que ante un hecho externo disruptivo, un problema vital que parece irresoluble, existe la tentación de buscar la huida de la crisis a través de tres «*falsas soluciones permanentes*» [del Pino *et al.*, 2012]:

- 1) **Las adicciones:** Se evita afrontar el problema mediante la toma de sustancias o la realización de acciones que han resultado agradables, y son susceptibles de repetirlas hasta no poder prescindir de ellas.
- 2) **Los trastornos:** Con la irrupción de la patología «*olvidamos*» el problema que inició el malestar. Aquí se incluyen no sólo los clásicos trastornos somáticos de etiología psicógena, sino también a la inversa; es decir, en sentido amplio todos los trastornos mentales.
- 3) **La muerte:** «*Muerto el perro se acabó la rabia*». Sabemos que un cerebro asustado busca la salida sin medir las consecuencias, y ya hemos comentado el creciente aumento de los suicidios en el último siglo. Y todos somos responsables, pues somos parte de una sociedad que continuamente realiza una apología sobre la falsa «*libertad de quitarse la vida*» o ensalza acriticamente conductas de riesgo, tan de moda en la actualidad.

Estas tres grandes y peligrosas opciones son las que afrontamos con el paciente, aceptando las

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

servidumbres propias de la asistencia pública: aumento creciente de la demanda que agrava la ya elevada presión asistencial, escasez de espacios apropiados (v.g. ausencia de salas acondicionadas con cámara de Gesell o circuito interno de video), constante atención de urgencias...

Ante esta realidad incuestionable y cotidiana, ¿debemos renunciar a realizar una buena praxis sanitaria?

3.2 ¿Oportunidad?

Al contrario, estas limitaciones no son óbice sino acicate. Es una oportunidad de acrecentar la motivación y buscar soluciones que optimicen nuestros recursos: «*La necesidad hace maestros*».

En nuestro caso, la perspectiva sistémica ha significado una ayuda eficaz y segura. Es como un bisturí afilado que acorta los tiempos de evolución al permitir nuevas vías de abordaje y técnicas novedosas. Permite trabajar con el paciente en distintos encuadres: Terapias de Grupo, Pareja o Familia. Y cuando esto no es posible por los condicionamientos anteriormente reseñados, siempre podremos realizar las «*Terapias Familiares sin la familia*» de John **Weakland**. Y es que coincidimos con Cloé **Madanes** cuando asegura que lo que califica a una terapia como Sistémico-Familiar no es el número de personas que acude a la entrevista sino la orientación y el trabajo que se realice durante la misma.

Si alguien aún duda de la importante contribución que aporta la Psicoterapia Sistémica en el tratamiento de la patología psicosomática recurriremos al ya citado terapeuta Luigi **Onnis** (*La palabra del cuerpo*, 1996) que ha desarrollado gran parte de su labor en este campo:

«A la enfermedad psicosomática se le ha restituido su característica fundamental, la del punto doloroso de integración de factores biológicos y psicosociales, de encrucijada entre naturaleza y cultura. [...] Y el síntoma, aunque sea síntoma corpóreo, puede ser sustraído de la oscuridad sin significado de los accidentes biológicos, y recuperar el sentido histórico de un lenguaje, de una comunicación; un sentido que si se descifra, revela un nudo de sufrimiento en el que se intersecan biología y emotividad, relaciones interpersonales y reglas comunicativas del contexto en el que aparece. [...]

La enfermedad psicosomática se convierte también en indicador de un malestar que hay que entender y que hace referencia no sólo al individuo que es su portador sino también al contexto al que pertenece.»

¿Y qué ocurre en concreto con la patología psicosomática *stricto sensu*?

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

3.3 Patología psicósomática

«Cada hombre hace su enfermedad. [...] Toda enfermedad tiene un sentido [...]y tiene que ver con una falta de verdad, [...] siempre supone una pérdida.»

Viktor **Von Weizsacker** (1886-1957)

Dentro de la Psicoterapia Sistémica un autor como Salvador **Minuchin**, creador del abordaje estructural, señala las características familiares del paciente con problemas psicósomáticos. Son las familias quienes generan el contexto que permite utilizar la enfermedad como un modo de comunicación y protección de la homeostasis del sistema. Dichas pautas transaccionales son cuatro:

- 1) Amalgamamiento;
- 2) Sobreprotección;
- 3) Rigidez; y
- 4) Falta de resolución del conflicto.

Sabíamos que una causa generadora de la patología mental es la evitación permanente de un problema. Es oportuno recordar las enseñanzas de un Maestro de ajedrez, el ruso Xaviely **Tartakover**, cuando distingue:

«La táctica consiste en saber qué hacer cuando hay algo que hacer. La estrategia, en saber qué hacer cuando no hay nada que hacer.»

Hay distintas etapas en el afrontamiento de un problema. Si se declara un incendio la táctica consiste en saber utilizar el extintor, pero la estrategia es decidir dónde había que colocarlos antes de iniciarse el fuego.

En nuestra experiencia hemos encontrado las siguientes características en las personas con problemas psicósomáticos:

- 1) Poseen una **buena capacidad táctica** pero
- 2) Adolecen de una **insuficiente planificación estratégica**.

Si volvemos al trabajo con el paciente, en Andalucía se organiza a través de Procesos Asistenciales Integrados, entre ellos el de «*Ansiedad, Depresión y Somatizaciones*» que incluye los trastornos somatomorfos. Por sí solo este proceso es responsable de más de la cuarta parte de los casos totales. Esta elevada frecuencia exige una fluida coordinación con Atención Primaria y consume un gran número de recursos.

En el año 2013 de un total de 268.000 personas que solicitaron asistencia en todos los centros

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

USMC el 26% (más de 69.000) se debieron a este proceso. Necesitamos herramientas que permitan una asistencia de calidad en circunstancias no siempre fáciles y aquí es donde entra la perspectiva sistémica.

4. PSICOTERAPIA SISTÉMICA DE LA PERSONA

«En numerosas oportunidades he subrayado que el enfoque sistémico de la familia no es otra forma de terapia, ni una técnica más, sino un modelo radicalmente distinto para abordar la condición humana.»

James **Framo**

No es posible en este ámbito explicar los orígenes, bases o tipos de Psicoterapia Sistémica. Tan sólo recordaremos que el psiquiatra romano Luigi **Cancrini** define como sistema relacional el conjunto de unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una se sigue por un cambio en las otras; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la primera unidad modificada y así sucesivamente (*La caja de Pandora*, 1991).

La Psicoterapia Sistémica de la Persona (PSP), es no una nueva escuela teórica —pues el filósofo Karl **Popper** ya advirtió del riesgo de aferrarse a postulados como realidades inamovibles y eternas— sino la aplicación práctica del abordaje sistémico practicado por la Escuela de Sevilla.

En ella asumimos conceptos psicodinámicos de autores como Alfred **Adler**, Ronald **Fairbairn**, Harry S. **Sullivan**, Erich **Fromm**...; aunque abandonando el axioma central psicoanalítico de hacer indefectiblemente consciente lo inconsciente, ya que como recuerda Jay **Haley** (1993-2007):

«Suministrar prematuramente el «insight» tiende a crear una actitud esencialmente mágica hacia los problemas, en lugar de una actitud introspectiva. [...] Mientras que si se retrasa el aporte de la introspección, se obtiene la generalización, una extensión del aprendizaje que puede utilizarse en gran variedad de contextos».

La simplicidad del **Análisis Transaccional** de Erick **Berne**, la **motivación** de Abraham **Maslow**, la **autorrealización** de Carl **Rogers**, el **sentido de la vida** de Viktor **Frankl**, las **técnicas Naturalistas** de Milton **Erickson** y seguidores... Estos aspectos tienen cabida en la PSP, pero también, por su naturaleza sistémica, la validez del **Enfoque Intergeneracional** en las familias y el valor de la **Relación Terapéutica** para la persona. Además como principio metateórico sobre la naturaleza del Trastorno Mental emplea el **Constructivismo**. Y como recursos procedentes de las Terapias Sistémicas empleamos los **mapas relacionales** de la Estructural, las **intervenciones** de la Estratégica, la **reconstrucción de la realidad** en términos

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

de Salvador **Minuchin**, el **reencuadre** de Paul **Watzlawick** la **Doble anilla** de **Ortega**... El único requisito ineludible es que quien utilice algún recurso u orientación particular lo conozca y domine.

Pero recordemos de que cualquier juego relacional es siempre una persona quien lo juega y tiene la última palabra. Por ello debemos conocer no sólo el trastorno clínico, la queja aparente, sino el problema completo y en toda su magnitud. Y es Francisco **Ortega**, máximo representante de la **Escuela de Sevilla**, quien advierte:

«Nos movemos en la relación asistencial en un espacio muy cercano al cliente. En un espacio cohumano en el que participamos de sus preocupaciones, su dolor, su sufrimiento...; como lo hacemos, también, al cambiar, con la esperanza, el reconocimiento de sí mismo, el sentido de su vida, etc.

La Escuela de Sevilla ha aportado muchas cosas a la Terapia Familiar, pero si algo la caracteriza es el distintivo espacio del encuentro terapéutico antropológicamente tan cohumano y tan próximo que define la condición de Proximidad.»

La visión sistémica se acompaña de un reconocimiento explícito del valor único de cada persona, Debemos evitarle el sufrimiento inútil de la patología, y de nuevo este autor recordaba años antes las dificultades que enfrentaremos «*Le jeu et les règles* », Therapie Familiale 1994:

"Cuanto mayor es el sufrimiento, mayor el esfuerzo para evitar el cambio."

Necesitamos todo aquello que pueda aumentar nuestra capacidad terapéutica, y es el momento de recordar a uno de los más reconocidos seguidores de Erickson, Jeffrey **Zeig** y su «*Terapia cortada la medida*»:

«Si quieren agregar poder a la terapia es necesario cortar a la medida del paciente la meta para que encaje dentro de su estilo particular. El punto central del trabajo de Erickson es el concepto de «utilización». Significa que sea lo que sea lo que el paciente traiga iúsenlo!».

Y más adelante añade que para aumentar más la efectividad:

«La psicoterapia debe ser un «Acto Emocionalmente Significativo» debe tener drama, y con el drama le damos poder a las ideas»

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

5. EJEMPLOS DE CASOS

«Lo mejor que podemos hacer por otro no es sólo compartir con él nuestras riquezas, sino mostrarle las suyas».

Benjamín **Disraeli**

La necesidad de generar una alianza terapéutica individual o la creación de un sistema terapéutico es algo irrenunciable en la primera entre, Además, como profesionales de la salud, debemos transmitir la esperanza de que superaremos el problema aceptando lo que no dependa de nosotros y esforzándonos en lo que sí es nuestra responsabilidad. Erik **Erikson** definía la esperanza como:

«La creencia perdurable en la posibilidad de realizar deseos fervientes, a pesar de las oscuras urgencias y rabias que caracterizan el comienzo de la existencia.»

La persona necesita creer que existe una salida del problema, aunque inicialmente haya sido desestimada y pareciera que todo estaba perdido.

A continuación exponemos brevemente y a modo de ejemplo algunos casos con patología diversa trabajados exitosamente con la PSP.

Varón de 21 años con *Alopecia Areata*: *« El venir la familia aquí es una tontería. Mi problema es la alopecia y un psicólogo no puede ayudar... [La madre comenta de él] No tiene un pelo de tonto...»*

Varón de 29 años con *Dismorfobia*: *«He tenido una vida normal, jugaba al fútbol. Tenía acné juvenil... Me hice una dermoabrasión, una estafa... dos años sin hacer nada. Me puse peor... No salgo desde hace seis años, no quiero que me vean así.»*

Mujer de 18 años con *Crisis psicógenas*: *«Estoy mala desde el verano, tuve una crisis y me mordí la lengua. Me dijeron que podía ser Epilepsia... Aunque tengo gente que me apoya, como mi novio, me siento sola, como una carga...»*

Mujer de 26 años con *Trastorno de somatización*: *«Vómitos sin parar día y noche... Todo tipo de pruebas, al no encontrar nada me dieron de alta. Se pensó en algo vírico o de nervios.»*

Los casos citados fueron trabajados mediante la PSP, interviniendo en el ajuste con las relaciones familiares pero sin olvidar el trabajo con la persona para aliviar el sufrimiento que les impedía continuar adelante con sus vidas.

Alguien podría decir dado que los ejemplos citados son jóvenes, ¿y qué ocurre con las personas mayores?

Valga como botón de muestra el caso de una mujer de 65 años con *Distimia* y *Fibromialgia* de evolución crónica. Su evolución favorable fue pareja a la capacidad de desvelar un secreto

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

oculto hasta entonces, pudo hablar por primera vez de los abusos que sufrió por parte del padre desde la infancia hasta la adolescencia.

6. EXPLICACIÓN DEL VALOR TERAPÉUTICO

«El mapa no es el territorio»

Alfred **Korzybsky**

Si tuviéramos que explicar cómo se efectúa la labor clínica y terapéutica podríamos recordar la anécdota de aquella guía novata del museo de ciencias que en su primer día de trabajo al ser preguntada por cómo funcionaba una de las máquinas allí expuestas y desconociendo la respuesta respondió sin titubear:

«Muy bien, funciona muy bien... Como no hay más cuestiones proseguimos la visita.»

Para intentar explicar el modo de trabajo de la PSP lo primero, como en cualquier acto médico, es saber qué le ocurre a la persona que pide ayuda. Esto se logra a través del pertinente *Análisis Psicopatológico* que conduce al **Diagnóstico Nosológico** según las clasificaciones pertinentes, en la actualidad la CIE-10 de la O.M.S. o el DSM5 de la A.P.A.

Así una vez conocido **QUÉ** problema enfrentamos podemos tratarlo farmacológicamente, decidir una hospitalización, etc.; pero para el abordaje psicoterapéutico necesitamos otros tres diagnósticos:

1º) Diagnóstico Psicodinámico: Hace referencia a la dimensión del PASADO. Nos permite saber **POR QUÉ** esta persona ha encontrado en el trastorno la mejor solución para seguir adelante con su vida. No se trata aquí, como antes comentábamos, de hacer consciente sus problemas infantiles, sino que sabiendo el terapeuta cuáles han sido ayudarle a superarlos. En palabras de Abraham **Maslow**, la psicoterapia no es más que:

«Proporcionar a la persona enferma aquellas cualidades que ella debería haber conseguido de otras buenas relaciones humanas.»

2º) Diagnóstico Sistémico: Desvela la dimensión del FUTURO. Con él podemos conocer **PARA QUÉ** le sirve el trastorno y el motivo por el que se perpetúa.

La idea es conociendo cuál es la función relacional del trastorno para el paciente sustituirla por otra opción más sana de conseguirlo. Siguiendo a Carl **Rogers**:

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

«Durante los primeros años de mi carrera solía preguntarme: "¿Cómo puedo tratar, curar o cambiar a esta persona?"; pero ahora mi pregunta sería: "¿Cómo puedo crear una relación que esta persona pueda utilizar para su propio desarrollo?"»

- 3º)** Y aún podríamos completar el abordaje con un tercer y último diagnóstico que completa los dos anteriores, el **Diagnóstico Existencial**: ¿Qué significado tiene su trastorno en el PRESENTE?, ¿**CÓMO** ha interferido, negativa o —más bien— positivamente, en el sentido de su vida? ¿Cuál es el sentido que le da el paciente? A este respecto Viktor **Frankl** insistía que:

«...más importante que la vida placentera o penosa de una persona es que esa vida tenga un sentido, y la mayor o menor duración de una vida humana también pierde relevancia ante la cuestión del sentido.

[...] El hombre víctima de dudas o de desesperación acudía antes al director espiritual; pero hoy acude al psiquiatra en demanda de consejo y ayuda. Este hecho no sólo autoriza al médico sino que le compromete a interesarse (más allá de la enfermedad somática y psíquica) por la dolencia espiritual del paciente como ser humano y no como enfermo.»

Pero para que sea útil debemos añadir algo que hace años adelantamos [2002]:

«Como condición sine qua non consideramos una adecuada unión con el sistema, ya que de otro modo se hace imposible el acercamiento terapéutico.

Es fundamental la aplicación empática de la técnica huyendo de comportamientos impersonales, mecánicos o inhumanos y permitiendo el encuentro personal».

Francisco Xavier **PINA PRATA** (1924-2011) *Family therapy as a process*", 1979 insiste en este aspecto:

«Bajo la luz de la dimensión socio-afectiva se pueden comprender los fenómenos y los procesos [patológicos] más diversos [...] todos ellos tienen como denominador común el hecho de desvalorizar la imagen que cada uno hace de sí mismo. [...] También pone de relieve

PSICOTERAPIA SISTÉMICA EN LA USMC "MACARENA NORTE" (SEVILLA): OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS

lo que parece constituir el éxito de cualquier terapia: el sentimiento del "paciente" de que hay alguien que se interesa por él.»

Y la recientemente desaparecida Elisa **Pérez de Ayala** nos aclara: Trabajando con familias. Teoría y práctica, 1999

«El clima familiar ha de ser abierto, natural, espontáneo, libre, sincero [...] Un clima abierto se logra cuando se une el respeto a la acogida que todo receptor debe brindar al que desea comunicarse.

...se da un valor fundamental a una comunicación afectiva como requisito indispensable para la efectividad de la intervención. [...] Los tratamientos realizados atienden no sólo a los signos patológicos que forman el cuadro nosológico, sino también a la situación intrapsíquica vivida por el paciente Identificado y a la vertiente relacional en la cual se desenvuelve.»

7. CONCLUSIÓN

«Ver lo que se tiene frente a los ojos exige un esfuerzo constante.»

George **Orwell** (1903-1950)

Conociendo las dificultades tanto de la patología psicosomática como las condiciones laborales, que no son siempre las ideales, mantenemos que la PSP y su triple vertiente posibilita actuar a nivel intrapsíquico y relacional. Sólo así podemos entender además del **qué** del trastorno, los **por qué, para qué y cómo** "juega" la persona a ser paciente, y sólo así conoceremos realmente **quién** es la persona que tenemos que ayudar.

La terapeuta portuguesa Celia **Sales** (2005) estudió mediante el *Modelo HSCED* (método para inferir el cambio y la influencia terapéutica en diseños de caso único mixtos) a pacientes y sus familias tratados desde la perspectiva PSP y les preguntó dos cuestiones:

- 1) *«¿Cambió el paciente en el transcurso de la terapia?»*
- 2) *«¿Es la terapia la responsable del cambio?»*

La respuesta fue afirmativa en ambos casos. En un trabajo reciente la autora (2012) insiste en la necesidad y pertinencia de la evaluación personalizada y no sólo cuantitativa en los tratamientos psicoterapéuticos.

8. IMÁGENES

Fig.1

