



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TEORIA DE LAS EXPERIENCIAS PRIMALES Y LA TEORIA DE LOS SISTEMAS FAMILIARES DE MURRAY BOWEN (MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO)

Autoras:

Pamela Bernales B.
Madeleine Porre I.

Profesor Patrocinante:

Dr. René Riquelme

Asesor Metodológico:

Ps. Mag. Elisabeth Wenk

Profesional Colaborador:

Ps. André Sassenfeld

Santiago - Chile
2006

1. INTRODUCCIÓN

La complejidad que representa el estudio del ser humano, es un gran desafío para la Psicología, en la medida en que las personas se constituyen como seres biopsicosociales, y por tanto como entidades dinámicas y multidimensionales. Esto implica considerar aspectos tales como el sustrato neuroanatómico, las funciones neuropsicológicas, las necesidades relacionales, y la importancia de constituir un sí-mismo o un self -entendido como el núcleo de la personalidad, en donde cuerpo, cognición, afecto y emociones forman una unidad en el espacio y un continuo en el tiempo- que permite integrar las experiencias y mantener una coherencia interna.

Actualmente, en el campo de la Psicología se puede encontrar una gran diversidad de teorías y sistemas que intentan aprehender la condición humana. Todas estas teorías, en tanto representaciones o mapas, privilegian ciertos aspectos del acaecer humano, en la medida en que consideran que son los más relevantes y constitutivos en su desarrollo.

De esta forma, algunas representaciones se construyen tomando como punto de partida elementos como lo intrapsíquico, la estimulación ambiental, los mapas cognitivos, las relaciones interpersonales, el lenguaje, las experiencias tempranas, las experiencias místicas, entre otros. El énfasis de cada teoría, la explicación global y la praxis que genera a partir de éste, hace que cada una de ellas posea un valor propio, que le permite contribuir a la construcción del cuerpo de conocimiento de la Psicología.

Dentro de la amplia gama de teorías disponibles, se encuentran aquellas que ponen especial atención en la constitución de un sí mismo y de una forma de enfrentar al mundo que se genera desde los vínculos que el individuo va estableciendo con los seres significativos que lo rodean. Entre estos mapas se encuentran la Teoría de las Experiencias Primales y la Teoría de los Sistemas Familiares de Murray Bowen, las que si

bien se fundan en posturas metateóricas y epistemológicas distintas, comparten la consideración de los aspectos mencionados como pilares fundamentales en el desarrollo del ser humano.

La primera de estas teorías, integrando aportes tanto desde el enfoque humanista como desde el Psicoanálisis, brinda especial atención a las experiencias tempranas de los seres humanos en sus relaciones, principalmente, con sus padres o cuidadores primarios, pues considera que esto repercutirá fuertemente en la forma en que el individuo entiende y se enfrenta a sí mismo, a los otros y al mundo. En tanto la Teoría de los Sistemas Familiares de Murray Bowen adopta una perspectiva sistémica, que enfatiza los patrones multigeneracionales propios de los sistemas familiares, y la manera en qué éstos afectan el funcionamiento y significaciones de los individuos respecto de sí mismos y de los otros significativos con los cuales establece relaciones a lo largo de su vida.

En la presente investigación se realiza una revisión de ambas teorías, buscando los antecedentes más relevantes relacionados con sus fundamentos, desarrollo y aplicaciones en la práctica clínica, de modo de llevar a cabo tanto una comparación teórica que permita establecer sus principales semejanzas y diferencias, como una exploración de las posibilidades de enriquecimiento en la práctica clínica de cada una de estas teorías a partir de los desarrollos y aportes de la otra. Esto se realiza a partir de la construcción de ejes temáticos que permiten sistematizar la información.

El desarrollo de estos objetivos se enmarca en el contexto de una investigación de orientación teórica, en la cual se recaba información a través de una revisión bibliográfica.

La presente investigación está estructurada sobre dos ejes principales, en cada uno de los cuales se intenta responder una interrogante: a nivel teórico la pregunta directriz es ¿cuáles son las principales diferencias y semejanzas entre las teorías en estudio?, en tanto que a nivel del quehacer clínico la interrogante fundamental es ¿cuáles

son las posibilidades de enriquecer la práctica clínica de cada una de estas teorías a partir de los desarrollos y aportes de la otra.

1.1 Relevancia

En relación a la relevancia que esta investigación posee para el desarrollo y enriquecimiento de la Psicología, es posible señalar aportes desde los ámbitos teórico, práctico y metodológico. Así, en cuanto a lo primero, este estudio intenta realizar un abordaje en profundidad de dos teorías que consideran la importancia de la historia relacional del individuo como elemento fundamental y constituyente de su funcionamiento, permitiendo así analizar la visión de dos enfoques teóricos distintos que observan fenómenos y aspectos propios del contexto relacional, pero que generan y desarrollan explicaciones alternativas para los mismos. Lo anterior, además, permite obtener un acercamiento al estado actual y los alcances clínicos que se desprenden de estas teorías.

Adicionalmente, la realización de este estudio a partir del desarrollo de núcleos temáticos fundamentales, permite aclarar las diferencias y semejanzas que pueden existir entre las mismas, de modo tal de establecer un ordenamiento y sistematización global de cada una de ellas. Asimismo, comparar estas dos teorías genera la posibilidad de vislumbrar las principales ventajas y desventajas de cada una, de modo tal de dar cabida a un juicio más crítico y completo respecto de éstas.

En el ámbito práctico, en relación a la aplicación clínica, la presente investigación podría constituir una referencia en la medida en que se presentan dos opciones de trabajo que abordan temáticas similares, pero desde enfoques psicológicos distintos y utilizando distintas estrategias y herramientas.

Por otra parte, el análisis comparativo de la práctica clínica permite un mayor ordenamiento y sistematización de la misma, pudiendo contribuir así a formular una presentación más clara y precisa de ésta en el marco de cada teoría en particular. Además, la explicitación de la comparación entre ambas teorías, considerando que están enfocadas en lo relacional, podría permitir enriquecer el repertorio de posibilidades en la práctica clínica.

Es importante destacar que el ejercicio realizado no posee un afán ecléctico, caracterizado por la creación de un marco de referencia donde pueden coexistir técnicas procedentes de distintos orígenes, utilizándolas indiscriminadamente sin ser correlacionadas con las hipótesis teóricas de los modelos particulares (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo y Bertrando, 2000; Villegas, 1995). Se trata más bien de un intento de buscar los factores comunes de los contextos y sobre la base de éstos utilizar sus aplicaciones, esto es:

[...] la integración es la capacidad de valerse de un modelo teórico bien experimentado, en el cual uno se encuentra a sus anchas y que ha dado resultados satisfactorios, y aproximarse en ciertos momentos (como en situaciones de *impasse* terapéutica) a otros modelos que puedan ofrecer una visión diferente de la situación y los modos adecuados de resolverla. Alcanzado el objetivo, el terapeuta puede retornar a su modelo preferido. (Boscolo y Bertrando, 2000, p. 62)

Asimismo, es importante destacar que, si bien se pueden encontrar variados antecedentes de investigación y conceptualización en cada una de estas teorías, la comparación de las mismas no ha sido elaborada, por lo que la presente investigación representa un acercamiento inicial para dimensionar estos distintos mapas teóricos. En este contexto, cabe señalar que la realización de un ejercicio de comparación de la teoría y la práctica, constituye un fin en sí mismo, en la medida que existe una gran ausencia de

investigaciones que se dediquen a comparar grandes modelos teóricos y prácticos en Psicología.

De esta forma, el presente estudio posee una relevancia metodológica, ya que permite sentar algunas bases que posibiliten en el futuro el ejercicio de comparar teóricamente desde una perspectiva sistemática e informada, dado que corrientemente los intentos de integración para enriquecer la práctica clínica han contribuido más bien a la confusión e irrelevancia, de momento que no se establecen cuidadosamente las diferencias vulnerando, la complejidad y riqueza de las teorías en cuestión (Norcross, 1997).

Por último, es importante destacar que la Psicología como disciplina se ha ido configurando a través de distintos procesos históricos de creación, reformulación y contrastación de ideas, de modo que la existencia de comparaciones, aunque sea implícitamente, es lo que ha permitido en gran medida que este campo avance en su desarrollo científico y social.

Cabe señalar que existen ciertas limitaciones para la realización de este estudio. Por un lado, una revisión teórica no se puede considerar acabada, ya que las teorías están en permanente desarrollo, producto de las investigaciones que se realizan en distintos lugares. Por otra parte, no es posible el acceso a toda la bibliografía relacionada con cada teoría, por lo que se han de considerar sólo aquellas publicaciones que resultan más relevantes y accesibles.

Asimismo, la valoración de qué es lo más importante conlleva un sesgo desde las investigadoras, ya que son éstas quienes en última instancia deciden cuáles son los aspectos esenciales que se han de destacar en cada teoría. Lo mismo sucede con el diseño de los núcleos temáticos a partir de los cuales se estructura la comparación en el presente estudio, ya que éstos fueron creados desde la importancia asignada por las investigadoras a cada elemento en el marco del análisis de una teoría psicológica.

Adicionalmente, cabe señalar que la realización de cualquier ejercicio teórico y particularmente de una comparación, implica posibles falencias al tratarse de una operación netamente formal.

1.2 Metodología

1.2.1 Objetivos

Objetivo General

- Realizar una comparación teórica entre la Teoría de las Experiencias Primales y la Teoría de los Sistemas Familiares de Murray Bowen, de modo de reconocer y establecer las semejanzas y diferencias que pudieran existir entre ambas.
- Explorar las posibilidades de enriquecimiento en la práctica clínica de cada una de estas teorías a partir de los desarrollos y aportes de la otra.

Objetivos Específicos

- Conocer las teorías en estudio.
- Analizar cada teoría a partir del establecimiento de núcleos temáticos para ambas.
- Comparar los postulados teóricos de ambos enfoques.
- Comparar la práctica clínica de ambas teorías.
- Identificar los aspectos de la práctica clínica de cada enfoque que puedan resultar relevantes para el otro.

1.2.2 Tipo de Investigación

Se realizará un estudio descriptivo-comparativo, en el marco de una investigación de orientación teórica, recabándose la información en un periodo de tiempo acotado, es decir, siguiendo un diseño transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 1998; Sierra, 1994).

2. TEORIA DE LOS SISTEMAS FAMILIARES DE MURRAY BOWEN

2.1 Epistemología

Gregory Bateson propone considerar la epistemología simultáneamente como rama de la ciencia y como rama de la filosofía. En tanto ciencia, la epistemología es definida por Bateson como “[...] el estudio de cómo los organismos particulares o agregados de organismos *conocen, piensan y deciden* [...]” (Bateson, 1979 citado en Jutorán, 1994, p. 10). En tanto que como filosofía la epistemología es el estudio de los límites y características de los procesos de *conocer, pensar y decidir* (Bateson, 1979 citado en Jutorán, 1994).

La concepción de Bateson se centra en las propiedades y el rol del observador en el proceso de conocer antes que en las propiedades del objeto de conocimiento (Jutorán, 1994). Esta visión se ha ido desarrollando y ha marcado una nueva pauta a partir de la segunda mitad del siglo XX. Estas ideas tienen consecuencias directas a la hora de pensar en la psicología, ya que la concepción acerca de cómo es que los seres humanos conocen implica una cierta postura frente a la disciplina.

Lo anterior quiere decir que es posible establecer claras diferencias en la práctica de la disciplina psicológica en función de la visión epistemológica a la que adhiera quien la practica. Así, por ejemplo, es muy distinta la práctica que se desprende desde una visión tradicional y/o moderna en que se considera que es posible establecer interacciones instructivas con los sistemas a aquella que se genera desde las visiones post modernas que sostienen que no es posible predecir los cambios en los individuos y/o sistemas, de modo que tampoco existe la posibilidad de desarrollar estrategias en un sentido predefinido acerca de qué es lo que se debe hacer para determinado caso.

La posición epistemológica adoptada por quienes desarrollan las teorías determina las características de la misma y la relación que el teórico establece con ella. De modo que a la hora de aplicar las teorías psicológicas resulta fundamental considerar la epistemología desde la que se está operando. La consideración, por ejemplo, de que es posible un acceso privilegiado a la realidad implica establecer cierto tipo de interacciones, las cuales son muy diferentes a las que se generan si se considera que la realidad existe entre paréntesis y que cada dominio experiencial y su respectivo dominio explicativo son legítimamente válidos, es decir, si se considera que “Las explicaciones científicas surgen como acciones humanas reales dentro del dominio de experiencias de observadores tipo individuales, y son válidas como tales en una comunidad formada por éstos [...]” (Maturana, 1997, p.76).

La teoría desarrollada por Bowen, al igual que todas las teorías, trae consigo una posición epistemológica y, en consecuencia, una determinada forma de entender y enfrentar la interacción con el medio y con los otros seres humanos. Bowen plantea, que si bien él es considerado como uno de los teóricos de las escuelas sistémicas¹, nunca tuvo acercamientos consistentes con los planteamientos propuestos a partir de la Teoría General de Sistemas², en tanto desarrollo paradigmático, o con la visión epistemológica planteada desde la Cibernética, señalando además que si bien es correcto entender que de alguna manera la teoría familiar sistémica encaja dentro del extenso marco de la teoría general sistémica, es ostensiblemente inexacto considerarlas como sinónimos (Bowen, 1976a).

¹ Las diversas Teorías Sistémicas Familiares poseen en común la idea de centrarse en el funcionamiento de los sistemas de relaciones humanas, poniendo el acento en la idea de que lo que el individuo es tiene que ver con las relaciones que establece y con el contexto en el cual se encuentra inserto, considerándose que un análisis discreto del individuo resultaría superficial y limitado (Bowen, 1973-1974).

² La Teoría General de Sistemas es definida como un paradigma que versa acerca de aquellos principios que son válidos para los sistemas en general independientemente de su género, elementos y fuerzas participantes, es decir, cuyo objeto son las leyes de la organización (von Bertalanffy, 1980).

Un análisis de la posición epistemológica que adopta la Teoría de los Sistemas Familiares de Bowen indica que ésta podría ser calificada como una teoría sistémica que incorpora las nociones de la segunda cibernética, lo que, probablemente, se relaciona con que en los años en que Bowen desarrolla su teoría aún no se producía un cuestionamiento cabal acerca de la participación de los sistemas observantes en los fenómenos observados³.

En términos epistemológicos, lo anterior significa que los planteamientos de Bowen se enmarcan más bien dentro de una epistemología que se rige bajo la premisa de “*el mapa no es el territorio*”, lo cual significa que se reconoce la imposibilidad de acceder directamente a una realidad externa e inmanente, pero que dista de las concepciones cibernéticas, constructivistas y construccionistas actuales que señalan que “*el mapa es el territorio*” aludiendo a la idea de que lo único que el observador puede hacer es hablar de sí mismo, que la realidad es una construcción del observador y esto es lo único que hay (Bertrando y Toffanetti, 2004; Jutorán, 1994).

Las características que permiten definir a la Teoría de Bowen como sistémica, en primer lugar, tienen relación con que sus planteamientos se organizan en torno a la idea de que no es posible comprender el funcionamiento individual si no es en consideración del contexto en que se desarrolla el individuo, de modo que lo que una persona determinada es tiene que ver con su historia de interacciones con los diversos sistemas en que participa, del mismo modo que las características de cada uno de dichos sistemas

³ Las ideas cibernéticas han sido divididas en tres periodos, a saber, la *cibernética de primer orden* (1948): centrada en la comunicación y relaciones que se establecen al interior de un sistema y entre el sistema y su medio, considerando que los procesos de corrección de la desviación (feedback negativo) permitían mantener la organización del sistema y que los procesos de ampliación de la desviación llevaban a la desorganización del mismo. La *segunda cibernética* (a partir de 1963): reformula la idea de la primacía necesaria de los mecanismos de control y homeostasis señalando que la ampliación de la desviación (feedback positivo) son favorecedores del cambio y son esenciales para la evolución de los sistemas vivientes; y la *cibernética de segundo orden* (1972): que se define como la “*cibernética de la cibernética*” o “*cibernética de los sistemas observantes*”, planteando que las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador y que el acto de observar influye sobre el objeto observado anulando cualquier expectativa de predicción por parte del observador (Jutorán, 1994)

tiene relación con los individuos que los componen y con el tipo de interacciones que establecen (Bowen, 1973-1974).

Bowen incluso va más allá señalando que también las relaciones que se han establecido antes del nacimiento de un individuo en particular, influyen en el desarrollo del mismo; aquí se consideran las interacciones tanto a nivel de la evolución de las especies como a nivel de las dinámicas multigeneracionales de las familias (Bowen, 1973-1974). En este contexto, también entran en juego las ideas de la cibernética, ya que a la hora de pensar en las interacciones entre organismos y entre sistemas, inmediatamente han de ser consideradas las características de la comunicación, las relaciones y la organización.

En cuanto a las consideraciones epistemológicas de la postura de Bowen, es posible señalar que los planteamientos de su teoría indican la noción de que los sistemas humanos son susceptibles de ser conocidos, siempre bajo la idea de que la lectura del observador no es estrictamente equivalente a la realidad, pero no con una visión radical como la planteada en la cibernética de segundo orden. Esto queda de manifiesto en su definición del funcionamiento humano, su teoría clínica que habla acerca de las razones de la enfermedad emocional, y en su idea de la psicoterapia según la cual el terapeuta podría definir a priori cuáles son los pasos y estrategias a seguir para ayudar al sistema a acercarse a un determinado estado ideal: la diferenciación.

De esta forma, Bowen asume una postura según la cual es posible definir los caminos y la clase de interacciones que generarán determinados cambios en el sistema, lo que es muy distinto a las posiciones constructivistas y construccionistas que defienden la idea de que no son posibles las interacciones instructivas con los sistemas y que no se pueden establecer a priori las consecuencias de las acciones emprendidas en psicoterapia, en la medida que los sistemas son autónomos y autoorganizados en función de sus propias características (Boscolo y Bertrando, 2004 citado en Bonelli y Gálvez, 2004).

2.2 Fundamentos Teóricos

2.2.1 Orígenes de la Teoría

Los orígenes de la teoría desarrollada por Bowen se pueden localizar en la década de los 50 en estrecha vinculación con el desarrollo de la terapia familiar, sin embargo no es hasta los años 60 cuando, con el auge de los diferentes modelos de terapia familiar, la teoría adquiere fuerza y un cuerpo complejo y definido. Inicialmente Bowen formaba parte de las líneas terapéuticas psicoanalíticas pero progresivamente se fue alejando de ellas y desarrollando un enfoque más centrado en los aspectos relacionales que en las dinámicas intrapsíquicas, pasando a ser considerado como uno de los representantes de los modelos de terapia familiar sistémica.

En el año 1951 Bowen se orienta a buscar en la familia los posibles orígenes de la esquizofrenia haciéndose cargo de una pequeña unidad de la Menninger Clinic de Topeka donde podía tratar a las madres y sus hijos esquizofrénicos de manera conjunta. En el año 1954 se traslada a la NIMH de Washington donde forma un centro que acoge a las familias de los pacientes esquizofrénicos permaneciendo allí hasta el año 1959. Es en este contexto donde nacen las primeras ideas fundantes de su teoría estableciendo el concepto de masa indiferenciada del yo familiar de la cual los individuos tendrían que ir diferenciándose a lo largo de su vida y la idea de que los síntomas son el resultado de un proceso multigeneracional (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En el año 1966 Bowen publica "The use of family therapy in clinical practice" donde pone de manifiesto su teoría y simultáneamente la idea de que para él los aspectos teóricos son el origen y fundamento de la práctica clínica, razón por la cual a lo largo de todas sus publicaciones y conferencias es prácticamente imposible encontrar una pauta establecida respecto a los procedimientos terapéuticos.

Con la publicación del célebre artículo “On the differentiation of the Self” y su presentación en el Congreso sobre metodología de la investigación en terapia familiar organizado por James Framo el año 1967 en Filadelfia, Bowen se consolida como terapeuta familiar y desarrolla una escuela de renombre en el mundo de las terapias familiares. Esta presentación ofrece un relato de cómo él mismo realiza un extenso trabajo respecto a su propia familia de origen en busca de lograr un mayor nivel de diferenciación. En este trabajo Bowen desarrolla conceptos tan fundamentales para su teoría como la idea de triángulos, la importancia de las relaciones persona a persona, y los niveles de diferenciación del sí mismo (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Las ideas planteadas por Bowen dentro del contexto de explosión de terapias familiares de diversas orientaciones que tenía lugar en Estados Unidos son catalogadas dentro de las Terapias Intergeneracionales, categoría en la cual se incluyeron también las propuestas teóricas planteadas por Boszormenyi-Nagy y Framo. Aquí se situaban aquellas teorías que consideraban que la historia intergeneracional de las familias constituía un elemento fundante en las características actuales del funcionamiento de sus miembros.

La teoría de Bowen sin duda es producto de un proceso donde se integran las influencias recibidas por las distintas experiencias del autor primero con el psicoanálisis y luego con el contacto con el mundo de la terapia familiar. De todas formas es relevante considerar que es una teoría que se enmarca en un contexto, a saber el de la terapia familiar, la cual ha seguido un camino sinuoso, con momentos de mayor y menor auge y con el predominio alternado de las distintas escuelas entre las cuales se encuentra la formada por Bowen, la cual sin duda marcó pauta en abriendo el interés por un enfoque longitudinal de la familia que permite ampliar el foco a la hora de comprender y generar explicaciones acerca de las familias y los individuos.

Bowen muere en el año 1990 y actualmente entre los principales continuadores de su teoría es posible mencionar a Michel Kerr, Peter Titelman y Patricia Meyer, quienes han profundizado los desarrollo teóricos y han llevado a cabo investigaciones en relación a diversas temáticas tales como la relación entre el funcionamiento familiar e individual y enfermedades tales como el cáncer y la soriasis, también han planteado algunos lineamientos acerca de las características del quehacer terapéutico basado en la Teoría de los Sistemas Familiares. De todas formas, todas estas contribuciones han mantenido intacta la teoría original.

2.2.2 Concepción de Ser Humano

2.2.2.1 Fuerzas Vitales de Contrabalance en los Sistemas Naturales

La teoría desarrollada por Bowen plantea que el funcionamiento de todos los sistemas naturales, incluido el ser humano, está regido por el interjuego de dos fuerzas vitales, a saber, la fuerza conducente a la juntidad (togetherness) y la fuerza conducente a la individualidad (individuality) (Bowen, 1973-1974; Kerr, 1981a, 1992; Kerr y Bowen, 1988).

Tanto la juntidad como la individualidad poseen una base emocional e instintiva que se expresa en el funcionamiento biológico, psicológico y social del ser humano. Estas fuerzas permanecen en un constante interjuego homeostático, lo que permite que alcancen un estado de equilibrio dinámico, según el cual cuando aumenta la presión de alguna de ellas, los organismos realizan ajustes automáticos tendientes a alcanzar un nuevo estado de equilibrio. Debido a este interjuego las fuerzas han recibido la denominación de fuerzas de contrabalance (Kerr y Bowen, 1988).

Este planteamiento deriva de la observación de que en las distintas especies existe una interrelación entre el balance de la proximidad y la distancia de las relaciones, por un lado, y la fisiología interna, las estructuras anatómicas, y el comportamiento de los individuos, por el otro. Respecto a esto Kerr y Bowen (1988) señalan que:

Insuficiente distancia física entre ciertos organismos puede contribuir al desarrollo de algunas ventajas anatómicas tanto como a cambios comportamentales en esos organismos [...] en muchos animales existe una interrelación entre el balance de proximidad y distancia en las relaciones y la fisiología interna, estructura anatómica, y comportamiento de cada individuo. Estas observaciones de sistemas animales no humanos son consistentes con las observaciones que han sido hechas sobre las características del sistema emocional en la familia humana. (p. 54)

Este planteamiento adquiere gran relevancia en la medida que traslada el locus de control del comportamiento desde el individuo al sistema de relaciones, implicando que el desarrollo de disfunciones físicas, emocionales, y sociales sostiene una estrecha relación con los ajustes que los individuos deben realizar en pos de mantener el equilibrio entre la juntidad y la individualidad en su sistema relacional (Bowen, 1973-1974; Kerr, 1981a; Kerr y Bowen, 1988).

La fuerza de juntidad se encuentra enraizada biológicamente en los individuos y puede ser definida como aquella fuerza que propela a los organismos a mantener un sentido de conexión emocional y seguir las directivas de los otros miembros de su sistema relacional, inclina a los individuos a ser parte de un grupo y a seguir el ritmo de éste. Al mismo tiempo, tal como el individuo es orientado hacia las directivas del grupo, también los otros miembros del grupo reciben señales que los orientan hacia el individuo (Kerr, 1981a; Kerr y Bowen, 1988).

Los individuos que son más requeridos desde la fuerza de juntidad presentan una fuerte tendencia a buscar la aprobación de los otros significativos, lo cual hace que el proceso de toma de decisiones y resolución de conflictos les resulte sumamente complicado (Meyer, 1987 citado en Astorga y Cruzat, 1998). Asimismo, estas personas tienden a sostener relaciones caracterizadas por la fusión y falta de autonomía, con fuertes demandas recíprocas e invasión de los espacios personales, no toleran las diferencias de pensamientos, sentimientos y conductas, buscando en todo momento la uniformidad que les permita reducir la ansiedad que les genera la relación con otros significativos (Kerr, 1981a; Kerr y Bowen, 1988; Meyer, 1998).

La fuerza de individualidad, por otra parte, refiere a la capacidad de ser una entidad competente y separada del grupo, capaz de funcionar independientemente sin ser gobernado por las necesidades, requerimientos, y presiones de la grupalidad, pero, al mismo tiempo, perteneciendo al grupo. En consecuencia, la individualidad no ha de ser entendida como sinónimo de individualismo, sino como la capacidad de funcionar en base a los propios principios sin que esto signifique abandonar la responsabilidad personal hacia las demás personas (Kerr y Bowen, 1988).

La individualidad, como es definida por la teoría de los sistemas familiares, [...] refiere a la capacidad de ser individuo *mientras se es parte del grupo*. El humano es probablemente único en el potencial de ser tanto un individuo como un jugador del equipo. Este potencial parece proceder de la habilidad del hombre de pensar y de su habilidad de ser consciente de la diferencia entre pensamientos y emociones. (Kerr y Bowen, 1988, p. 63)

Al igual que la fuerza de juntidad, la fuerza de individualidad se encuentra enraizada biológicamente, y ambas fuerzas vitales se encuentran siempre presentes en todas las personas, sin embargo, la intensidad que exprese cada una de ellas está fuertemente influenciada por los procesos de aprendizaje. En consecuencia, el estado de equilibrio

entre las dos fuerzas es variable de un individuo a otro, de una familia a otra, y en los mismos individuos o familias a través del tiempo (Kerr, 1981a; Kerr y Bowen, 1988).

El equilibrio resultante del interjuego entre juntidad e individualidad afecta directamente en el estilo de relaciones que las personas desarrollan. El balance en las relaciones resulta de la inversión de iguales montos de “energía vital” en la relación y la retención de montos iguales para dirigir la propia vida independientemente de la relación por parte de cada persona (Kerr y Bowen, 1988).

La inversión de “energía vital” en las relaciones se expresa en la cantidad de pensamientos, sentimientos, emociones, fantasías, verbalizaciones, sueños, y acciones que cada persona dirige a la otra y en la responsividad que manifiestan frente a esta energía dirigida hacia ellos mismos. Este proceso incluye tanto a los pensamientos, sentimientos, y acciones positivas como a las negativas, pues en ambos casos el foco está puesto en la relación (Kerr y Bowen, 1988).

En síntesis, es posible establecer que, de acuerdo a la teoría de los Sistemas Familiares, la vida y el comportamiento de todas las personas estaría sujeta al interjuego de estas dos “fuerzas vitales” de contrabalance, lo cual resulta inevitable en la medida que se constituye como la base fundamental del funcionamiento emocional y, por ende, forma parte de la naturaleza misma del ser humano, funcionando de un modo esencialmente automático.

2.2.2.2 Sistemas Emocional, Afectivo, y Cognitivo

Desde la perspectiva de la Teoría de los Sistemas Familiares el ser humano es concebido como la forma de vida más compleja que evolucionó a partir de las formas inferiores. La diferencia más importante que posee el hombre respecto a los otros seres vivos estriba en su córtex cerebral y su capacidad de pensar y razonar. A pesar de esta

diferencia, gran parte del funcionamiento humano es determinado por los mismos principios naturales que gobiernan el funcionamiento de todas las formas de vida, por lo que se considera que existe una estrecha relación entre su operar y el de todos los otros seres (Bowen, 1966, 1975).

Noone (1988, September) señala que “llega a ser incrementadamente claro que el homo sapiens es parte de y no separado del mundo natural. La evidencia de que el humano es parte de una biosfera ricamente interdependiente común con los ancestros ha sido construida a paso acelerado” (p. 285).

Bowen plantea que en el hombre es posible distinguir varios niveles de funcionamiento, cada uno de los cuales responde al operar de un particular sistema que ha sido desarrollado a lo largo de la evolución. Cada sistema cumple funciones específicas, todas igualmente necesarias y relevantes para la adaptación humana (Kerr y Bowen, 1988).

El primero de los sistemas que regulan el funcionamiento de las personas, en orden a su antigüedad evolutiva y a su importancia, es el *sistema emocional*, el cual incluye tanto las funciones instintivas como las funciones automáticas propias del sistema nervioso autónomo, y, como se mencionó anteriormente, su funcionamiento está determinado por el interjuego entre las fuerzas vitales de juntidad e individualidad (Bowen, 1976a). “El funcionamiento emocional incluye los factores automáticos que rigen la vida protoplasmática. Comprende al factor que la biología define como instinto, reproducción, la actividad automática controlada por el sistema nervioso autónomo [...] y los factores que rigen los sistemas de relaciones” (Bowen, 1975, p. 36).

El sistema emocional regula una gran parte del comportamiento humano, a pesar de lo cual las personas insisten en dar explicaciones “racionales” a estas conductas (Bowen, 1966, 1973-1974; Kerr y Bowen, 1988). Esto no quiere decir que la corteza cerebral no tenga incidencia en los comportamientos, sólo que en comparación al

sistema emocional, su influencia es menor. Además, a lo largo de la evolución, el sistema emocional ha incrementado su complejidad, de modo tal que si bien todos los aspectos del funcionamiento emocional de los seres menos evolucionados se encuentran presentes en el hombre, no todos los aspectos del funcionamiento emocional del ser humano están presentes en las demás formas de vida (Bowen, 1973-1974; Kerr y Bowen, 1988).

El sistema emocional tiene que ver con lo que “mueve” o motiva a los seres e incluye procesos que operan a través de todo el organismo, no limitándose al sistema nervioso central, de modo tal que lo que ocurre a nivel cerebral puede reflejar procesos que están ocurriendo a lo largo del cuerpo, aún a nivel celular, a la vez que lo que ocurre en el cuerpo puede constituir un reflejo de procesos cerebrales (Kerr y Bowen, 1988).

La información del sistema emocional opera a través de los cinco sentidos, aunque suelen predominar los estímulos visuales y auditivos. “Todos los seres vivos aprenden a procesar estos datos [la información sensorial] muy temprano y los utilizan en su relación con los demás [...]. Creo que el proceso emocional automático es mucho más importante para establecer y mantener las relaciones que el lenguaje verbal” (Bowen, 1976a, p. 77).

Los sistemas afectivo y cognitivo son de adquisición más reciente en la evolución y han adquirido peso en el funcionamiento de los seres humanos, sin embargo, el sistema emocional continúa siendo la mayor influencia en el comportamiento humano y los sistemas más nuevos son influencias adicionales (Kerr y Bowen, 1988).

El *sistema afectivo*, también denominado sistema sentimental, es definido por Bowen como un enlace o puente entre el sistema emocional e intelectual, a través del cual los estados emocionales y subjetivos pertenecientes a los niveles más altos, o menos primitivos, del sistema emocional son representados en relación a procesos cognitivos

bajo la forma de sentimientos en la percepción consciente del córtex cerebral (Bowen, 1966, 1973-1974, 1976a; Kerr y Bowen, 1988). El funcionamiento de este sistema posee gran parte de la responsabilidad sobre la atracción que los seres humanos sienten entre sí (Kerr y Bowen, 1988; Kerr, 1992).

El sistema afectivo es bastante influyente en el funcionamiento de las personas, y probablemente tiene más peso que el sistema cognitivo en los procesos sociales (Kerr y Bowen, 1988), afectando directamente el operar de los sistemas relacionales en que se desenvuelven los seres humanos.

Por último, el *sistema cognitivo*, también denominado sistema intelectual, corresponde a una función del córtex cerebral altamente desarrollado que apareció en el último periodo del desarrollo evolutivo humano. Este sistema representa la diferencia fundamental entre el hombre y el resto de las especies, convirtiéndolo en una forma de vida única, e incluye la capacidad de pensar, conocer, comprender, razonar y reflexionar, comunicar ideas complejas, y permite al hombre conducir su vida, en ciertas materias, de acuerdo a la lógica, la razón, y el intelecto (Bowen, 1973-1974, 1976a; Kerr y Bowen, 1988).

Es este sistema el que permite al hombre la capacidad de alcanzar alguna “objetividad” o control sobre el comportamiento determinado emocionalmente (Kerr y Bowen, 1988). En este sentido, el sistema cognitivo habría contribuido a que los seres humanos alcancen una mayor libertad, pues puede llegar a permitirles cierta autonomía respecto a los aspectos emocionales, otorgándoles la capacidad de observar y ser conscientes del propio funcionamiento emocional –lo que no implica suprimirlo– abriéndose la posibilidad de elegir el tipo de respuestas que se dan en la relación con las otras personas. Sin embargo, es necesario considerar que esta es una capacidad limitada

y que la mayor parte del tiempo el comportamiento humano se mantiene mayormente sujeto al operar del sistema emocional.

A pesar de que existe la posibilidad de un funcionamiento autónomo de cada sistema, la mayoría de las veces no funcionan de manera independiente, sino más bien en una interrelación e influencia recíproca. “Reacciones emocionales pueden gatillar reacciones sentimentales y las reacciones sentimentales pueden gatillar pensamientos que son teñidos por esos sentimientos. El proceso opuesto también puede ocurrir: pensamientos subjetivamente determinados pueden gatillar sentimientos y esos sentimientos pueden gatillar reacciones emocionales” (Kerr y Bowen, 1988 p. 33).

El grado de coincidencia en el funcionamiento de estos tres sistemas varía de una situación a otra y entre los distintos individuos. Cuando la fusión entre los sistemas cognitivo y emocional es alta, los aspectos emocionales gobiernan completamente la vida de las personas. “Cuanto mayor es la fusión, más gobernada está la vida por factores emocionales automáticos que operan a pesar de que la verbalización intelectual del hombre se manifieste en contra” (Bowen, 1975, p. 36).

Un alto grado de fusión entre el sistema emocional y cognitivo, trae como consecuencia niveles mayores de fusión emocional entre el individuo y las personas que le rodean. Adicionalmente, aumenta la vulnerabilidad a desarrollar enfermedades físicas, emocionales, y/o sociales y disminuye la capacidad de mantener un control consciente de la propia vida (Bowen, 1975).

Los seres humanos poseen la capacidad potencial de discriminar entre las emociones y la cognición y de adquirir gradualmente más control consciente sobre el funcionamiento emocional. Sin embargo, muy pocas personas son capaces de distinguir las respuestas emocionales, afectivas, y cognitivas y, generalmente, la influencia

recíproca entre los tres sistemas se da de un modo no consciente (Bowen, 1975; Kerr y Bowen, 1988).

2.2.2.3 La Diferenciación del Sí mismo

El concepto de diferenciación del sí mismo alude básicamente a dos procesos distintos aunque interrelacionados. En primer lugar refiere al proceso a través del cual las personas avanzan hacia la propia individualidad y autonomía emocional. Corresponde a “[...] el proceso a largo plazo en que el hijo se desvincula lentamente de la fusión inicial con la madre y se mueve hacia su propia autonomía emocional” (Bowen, 1971-1972, p. 70).

En este sentido, la diferenciación del sí mismo tendría relación con la capacidad de los individuos de mantener contactos emocionales significativos con las otras personas manteniendo la propia autonomía emocional, esto es, sin que sus pensamientos, sentimientos, emociones, y conductas queden a merced de lo que ocurre en aquellas relaciones. Un individuo bien diferenciado sería aquel que es capaz de sostener relaciones emocionales significativas sin quedar atrapado por la relación, manteniendo la capacidad de autodeterminar su funcionamiento intelectual en el contexto del sistema relacional (Kerr y Bowen, 1988).

Por otra parte, la diferenciación del sí mismo también se relaciona con la capacidad de las personas de distinguir entre los procesos emocionales e intelectuales (Bowen, 1973-1974; Lawson y Brossart, 2004; Meyer, 1998; Titelman, 1998b). “El concepto define a los individuos de acuerdo con el grado de *fusión*, o *diferenciación*, entre el funcionamiento emocional e intelectual. Esta característica es tan universal que se puede

emplear [...] para categorizar a todas las personas sobre un mismo continuo” (Bowen, 1976a, p.90).

Esta segunda acepción del concepto de diferenciación postula, entonces, que la diferenciación del sí mismo se refiere en parte al grado en que el individuo es capaz de dirigir su comportamiento en base a la reflexión y planificación, como opuesto al grado en que la conducta está basada en el aprendizaje ancestral transmitido por el código genético y el proceso emocional (Noone, 1988, September).

Ambas consideraciones del proceso de diferenciación del sí mismo se encuentran íntimamente relacionadas, ya que el grado de diferenciación alcanzado respecto a la familia de origen, especialmente frente a los padres, afectará directamente la capacidad que posea el individuo para mantener un funcionamiento intelectual separado de los aspectos emocionales y, por otra parte, la imposibilidad del individuo de mantener separados ambos niveles de funcionamiento dificultará el abandono de la fusión con los padres en la medida que predominan los aspectos emocionales tendientes hacia la juntidad.

Consecuentemente, la diferenciación del sí mismo tiene que ver con el balance/desbalance de la fuerza de juntidad e individualidad en la medida en que son estas las fuerzas que rigen el funcionamiento emocional en todos los sistemas naturales (Titelman, 1998b) y que es precisamente la capacidad de tener conciencia y controlar el funcionamiento emocional lo que determina el grado de diferenciación del sí mismo que posee una persona.

Un aspecto importante de la diferenciación del sí mismo tiene que ver con la distinción entre el nivel básico y el nivel funcional de diferenciación. El nivel básico refleja la capacidad real del individuo de desarrollarse como un ser autónomo y separado del

resto y de enfocarse en los hechos más allá de los aspectos emocionales de su funcionamiento (Meyer, 1998).

Por otra parte, el nivel funcional de diferenciación corresponde a un nivel más superficial de funcionamiento que es determinado por las condiciones externas que rodean al individuo. Tal como lo señala Meyer (1998):

El nivel funcional del sí mismo concierne a la administración individual de las responsabilidades y dilemas de la vida cotidiana en algún periodo de tiempo dado. En un periodo calmado de vida, el individuo puede funcionar muy bien. Sin embargo, una vez que ocurre un problema y la ansiedad aumenta, el nivel básico de diferenciación puede comenzar a emerger. (pp. 90-91)

El nivel funcional de diferenciación del sí mismo se desplaza frecuentemente dependiendo de si las situaciones externas son favorables o desfavorables, haciendo parecer al individuo más o menos diferenciado dependiendo de las circunstancias. Sin embargo, a pesar de estos desplazamientos en el nivel funcional, es posible valorar el nivel básico de diferenciación si se considera el funcionamiento del individuo a través de largos periodos de tiempo (Bowen, 1971-1972).

Los factores determinantes del nivel básico de diferenciación que alcanza un individuo pueden ser clasificados en torno a tres núcleos principales (Kerr, 1992):

- El nivel básico de diferenciación del sí mismo alcanzado por sus padres, el que a su vez ha sido también determinado por los mismos factores en la situación en que ellos nacieron y crecieron, y que incide directamente el tipo de pensamientos, reacciones, creencias, y comportamientos que mantienen en su vida y respecto a sus hijos.
- Los estresores presentes en la familia al momento de su nacimiento y durante su desarrollo, pues la ansiedad puede dificultar el funcionamiento familiar.

- El nivel de vinculación de la familia con sistemas potencialmente estabilizantes tales como la familia extensa, ya que esto amplía el ámbito dentro del cual la ansiedad puede circular sin quedarse rígidamente presente en algún sector o miembro de la familia.

El nivel básico de diferenciación que desarrolla una persona, en general, se alcanza durante los primeros años y se estabiliza en la adultez. El grado de diferenciación alcanzado determina el estilo de vida y los patrones de vinculación de una persona (Bowen, 1971-1972, 1976c). “El nivel de diferenciación se repite en el matrimonio, tras el cual, el sí-mismo está ligado emocionalmente a los padres en la generación pasada, al cónyuge en la presente y a los hijos en la futura” (Bowen, 1971-1972, p. 70). A pesar de esto, es posible, a través de esfuerzos constantes y a largo plazo, modificar y aumentar el nivel sólido de diferenciación (Bowen, 1971-1972, 1976c; Meyer, 1998).

Otra parte importante de la diferenciación de self tiene que ver con los niveles de sí mismo sólido y pseudo sí mismo de una persona. El sí mismo sólido está constituido por las creencias, opiniones, convicciones, y principios vitales definidos con claridad a partir de un proceso de reflexión y análisis intelectual de los mismos, y de la consideración cuidadosa de las alternativas implicadas en la elección. El individuo asume esta elección responsablemente haciéndose cargo de ella y de sus consecuencias. Cada principio y creencia incorporada al sí mismo sólido es coherente con todos los demás, y el individuo llevará a cabo estos principios incluso en las situaciones de alta ansiedad (Bowen, 1976a).

El sí mismo sólido es estable y no participa en el fenómeno de la fusión con los otros significativos. El sí mismo sólido es el que dice “Soy quien soy, lo que creo, lo que defiendo, y lo que haré o no haré”, que es lo que desde esta perspectiva teórica se ha denominado “Posición Yo” (Bowen, 1976; Kerr y Bowen, 1988; Meyer, 1998).

Por otra parte, el pseudo sí mismo corresponde a una parte añadida al sí mismo que está determinada por el sistema de relaciones y que fluctúa recurrentemente a través del tiempo. Se gesta por la presión emocional que ejercen las distintas unidades emocionales (familia, organización laboral, sociedad, etc.) sobre los miembros del grupo para que se conformen a sus principios, ideales, y necesidades, y también puede ser modificado por estas mismas presiones (Bowen, 1975, 1976a).

El pseudo sí mismo se compone de una vasta combinación de principios, creencias, filosofías, y conocimientos adquiridos en función de lo que el grupo requiere o considera acertado, por ello es susceptible de cambiar de un grupo a otro o dentro del mismo grupo a través del tiempo dependiendo de las exigencias que imponga. Como estos principios son adquiridos por la presión externa, son superficiales e incoherentes entre sí, aunque el individuo no es consciente de la discrepancia entre ellos (Bowen, 1976a).

Para Bowen, el grado en que el pseudo sí mismo está presente en todas las personas es muy superior al del sí mismo sólido. Además, es el pseudo sí mismo el que está involucrado en la fusión al interior de las relaciones. “El mejor ejemplo es una relación amorosa cuando cada uno trata de ser como el otro quiere que sea el self, y [...] exige al otro que sea diferente. Esto no es otra cosa que fingir y negociar con el pseudoself” (Bowen, 1976a, p.93).

2.2.2.4. Ansiedad Crónica

La Teoría de los Sistemas Familiares establece que la diferenciación del sí mismo y la ansiedad crónica son las dos variables o procesos fundamentales a la hora de explicar el funcionamiento de las personas, y la relación entre ambas se establece de manera tal

que mientras más bajo es el nivel de diferenciación de una persona menor es su capacidad de adaptarse al estrés y, por tanto, mayor es su vulnerabilidad a experimentar fuertes montos de ansiedad crónica. A la vez la mayor presencia de ansiedad crónica dificulta el proceso de diferenciación del sí mismo (Kerr y Bowen, 1988).

Se considera que la adaptatividad de un individuo ha sido sobrepasada por el estrés cuando la intensidad de las respuestas ansiosas a dicho fenómeno afecta su propio funcionamiento o el de su sistema de relaciones. La disfuncionalidad resultante de la alta ansiedad puede ir desde los síntomas físicos y procesos intracelulares a las afecciones emocionales y/o sociales. “El desarrollo de síntomas, por lo tanto, depende del monto de estrés y de la adaptatividad del individuo o la familia al estrés” (Kerr y Bowen, 1998, p.112).

Las personas y familias bien diferenciadas presentan mayores niveles de adaptatividad, por lo que son capaces de tolerar considerables niveles de estrés sin que se gatillen síntomas. Mientras que los individuos y familias pobremente diferenciadas pueden desarrollar síntomas incluso cuando el estrés y la ansiedad es leve (Bowen, 1976a; Kerr y Bowen, 1988; Kerr, 1992; Noone, 1995).

La ansiedad es un proceso que de algún modo está presente en todas las formas de vida, sólo difiriendo en su intensidad, y puede ser definida como la respuesta de un organismo a una amenaza real o imaginaria. Dentro de esta amplia definición Bowen distingue entre ansiedad aguda y ansiedad crónica. La ansiedad aguda corresponde a aquellas respuestas ansiosas que son experimentadas por un tiempo limitado y frente a estímulos reales y específicos. En tanto que, la ansiedad crónica es una respuesta a amenazas no específicas, imaginadas, y cuya expresión no está limitada en el tiempo, su aparición es influida por distintas clases de eventos, sin embargo, no es causada por ninguno en específico. Generalmente las personas logran adaptarse exitosamente a la

ansiedad aguda, pero con la ansiedad crónica no ocurre lo mismo (Kerr, 1981b; Kerr y Bowen, 1988; Noone, 1995).

La ansiedad crónica es conceptualizada como un sistema de acciones y reacciones que, una vez gatilladas, rápidamente se independizan del estímulo desencadenante. La ansiedad es propagada más por la reacción frente al evento estresor que por la presencia del mismo. “Mientras los eventos o asuntos específicos son usualmente los principales generadores de la ansiedad aguda, el principal generador de la ansiedad crónica son las reacciones de las personas a un disturbio en el equilibrio de un sistema relacional” (Kerr y Bowen, 1988, p. 113).

La ansiedad crónica resulta principalmente de las reacciones que las personas expresan frente al desequilibrio en las fuerzas de juntidad e individualidad dentro del sistema relacional en que participan, a la vez que es una de las principales fuentes que desencadenan dicho desequilibrio, generándose un proceso circular que se autoperpetúa y que conduce a un nivel de funcionamiento cada vez menos adaptativo. Este circuito de aumento de la ansiedad y disminución del nivel de funcionamiento del sistema es conceptualizado como *proceso de regresión* (Kerr y Bowen, 1988).

El aumento de las necesidades de juntidad conduce a un mayor esfuerzo de las personas por alcanzar la unidad requerida, lo que se manifiesta en un incremento de las presiones para que los distintos componentes del sistema familiar actúen de forma similar o complementaria; este desequilibrio lleva a la activación de la fuerza de individualidad, con lo que los individuos reaccionan distanciándose o aislándose. Todo esto genera elevados montos de ansiedad frente a la separación e inestabilidad del sistema, la que, a su vez, tenderá a expresarse en síntomas (Kerr y Bowen, 1988).

Con el incremento de la ansiedad crónica se genera un aumento en la reactividad emocional, la cual a su vez conduce a mayores montos de ansiedad. La reactividad

emocional corresponde a los reflejos emocionales desencadenados en una persona a partir de una relación intensa con un otro significativo (Bowen, 1973-1974; Kerr y Bowen, 1988), y asume manifestaciones que van desde la hiperactividad a la hipoactividad, en cuyos extremos están el comportamiento frenético y la parálisis respectivamente, pasando por otras conductas como la aversión, la agresión, y la huida (Kerr y Bowen, 1988).

Las manifestaciones subjetivas de la ansiedad crónica se relacionan con una elevada sensación de temor frente a un desastre próximo, en tanto las manifestaciones objetivas se evidencian en un incremento de la responsividad, inquietud, y cambios en el sistema nervioso autónomo, tales como un incremento en el ritmo cardiaco y la presión sanguínea. Tanto la ansiedad como la reactividad tienen importantes funciones adaptativas, sin embargo, cuando son demasiado altas o muy disminuidas reducen la capacidad adaptativa del organismo (Kandel, 1983 citado en Kerr y Bowen, 1988).

Tanto en la ansiedad aguda como en la crónica, participan factores innatos y aprendidos, pero el aprendizaje juega un rol mucho más importante en la ansiedad crónica. De este modo, los factores innatos son los que determinan la realización de ajustes frente a la ansiedad, en tanto el aprendizaje predomina en la determinación de cuáles serán los patrones predominantes para dicha adaptación (Kerr y Bowen, 1988).

El nivel de ansiedad crónica varía entre los individuos y en los mismos individuos a través del tiempo así como entre las familias y en las mismas familias en el tiempo. La comprensión de estas variaciones exige la consideración de la historia familiar multigeneracional, ya que las familias transmitirán mayores montos de ansiedad a algunas ramas de la misma por sobre otras, lo que, a su vez, incidirá en las diferencias entre los niveles de diferenciación en los distintos miembros del sistema (Kerr y Bowen, 1988).

El proceso de regresión expresa manifestaciones tanto a nivel individual como relacional. En términos del funcionamiento individual existen numerosas manifestaciones

y cada una refleja un camino específico en que la ansiedad ha sido anclada, sin embargo, la característica que prevalece cualquiera sea su forma de anclaje es la disminución de la capacidad de distinguir entre el funcionamiento emocional y cognitivo, produciéndose una fusión entre ambos niveles (Kerr y Bowen, 1988).

En lo que respecta a las manifestaciones relacionales del proceso, se observa una tendencia a obtener una mayor proximidad con los otros, realizando esfuerzos para homogeneizar los pensamientos, valores, sentimientos, y comportamientos de todo el sistema (Kerr y Bowen, 1988).

Finalmente, se ha de considerar que el anclaje de la ansiedad no puede ser entendido adecuadamente si no es en el contexto de los procesos relacionales de los que el individuo forma parte, ya que la disfunción de algún miembro o de alguna relación dentro del sistema representa la absorción de la ansiedad que permite que el resto de sus partes queden libres de desarrollar disfunciones (Kerr y Bowen, 1988).

2.2.2.5 Rol de la Biología: una perspectiva evolutiva

Tal como ha sido señalado antes, Bowen entiende al ser humano como producto de la evolución y desarrolla su teoría a partir de este supuesto fundamental. Por esta razón son incorporados los aportes de diferentes autores relacionados con la investigación del desarrollo evolutivo del hombre y de las otras especies, tales como Wilson y Mac Lean.

Desde esta perspectiva se considera que muchas de las competencias humanas, así como también las disfuncionalidades que pueda presentar, son producto de la parte que el hombre tiene en común con los animales inferiores (Kerr y Bowen, 1988). Adicionalmente, se considera que el homo sapiens está en el límite superior del espectro

de mamíferos en lo que refiere a conducta social y que esto tiene una significancia adaptativa (Wilson, 1975 citado en Kerr y Bowen, 1988). Según Wilson (1985), los procesos relacionales son mediados por la reactividad emocional y están regulados por los mismos principios que operan entre los componentes intracelulares, entre células, y entre sistemas de órganos (citado en Kerr y Bowen, 1988).

Estas reglas comunes ayudan a los grupos sociales de las distintas especies a ser más integrados y más adaptativos, y la formación de estas reglas es producto del interjuego entre cambios genéticos graduales en los individuos y la selección natural operando a nivel individual y grupal (Wilson, 1985 citado en Kerr y Bowen, 1988). El incremento de la interdependencia, generalmente va paralelamente al incremento de la especialización de funciones. Este proceso mutuo ocurre entre y dentro del organismo en el curso de la evolución y ofrece ventajas al organismo individual (Noone, 1988, Setember).

Junto con la emergencia de un sistema incrementadamente complejo, las presiones selectivas también favorecieron el incrementado involucramiento entre padres y vástagos. Esto es altamente complejo y largo, implicando la fertilización del huevo dentro de la madre, un periodo de gestación de nueve meses durante el cual el embrión se alimenta directamente de la madre, un periodo prolongado de asistencia/cuidado, y un siempre más largo periodo previo al alcance de la madurez (Noone, 1988, Setember).

Los mamíferos, a pesar de tener la misma responsividad automática que los reptiles, han desarrollado una incrementada habilidad para coger más información desde el ambiente y para responder de forma más variada o menos automática. “[...] la prolongada dependencia de la simbiosis padres/vástagos [...] permitió la emergencia del cerebro mamífero” (Noone, 1988, Setember, p. 291), este paradójico incremento de la simbiosis y

decrecimiento de respuestas automáticas al ambiente ha alcanzado su expresión más exagerada en la familia humana y en su elaborada estructura (Noone, 1988, Setember).

Por otra parte, Mac Lean ha planteado que aunque el cerebro humano se ha expandido, ha retenido las características básicas de su relación con otras especies de distinto nivel evolutivo. Según este autor, existen tres formaciones en el cerebro que son radicalmente diferentes en la estructura y en la química. Estas tres formaciones constituyen una jerarquía de tres cerebros en uno (triune brain); estas tres estructuras son: el cerebro de los reptiles r-complex. el cerebro de los paleomamíferos que es el sistema límbico, y el cerebro de los neomamíferos que es la corteza cerebral (Kerr, 1981^a; Mac Lean, 1978 citado en Kerr y Bowen, 1988).

El r-complex es el más antiguo de los tres cerebros y se sitúa anatómicamente a lo largo de los ganglios basales. Adicionalmente, los mamíferos desarrollaron el sistema límbico que incluye fuertes conexiones con el hipotálamo, lo que tiene una fuerte influencia sobre las funciones viscerales y endocrinas. Además, el cerebro límbico permite la experiencia y expresión de los sentimientos y emociones que guían el comportamiento requerido para la preservación (Mac Lean, 1952 citado en Kerr y Bowen, 1988).

Después de los mamíferos más evolucionados el cerebro humano ha tenido una explosiva expansión culminando en una neocorteza de gran proporción. Esta neocorteza y las estructuras del tronco cerebral con que está primariamente conectada, son designados como el cerebro neomamífero; la neocorteza ha contribuido a la preservación y procreación de ideas, es la madre del pensamiento abstracto (Mac Lean, 1978 citado en Kerr y Bowen, 1988).

La porción más nueva de la neocorteza es la corteza prefrontal, la que juega un importante rol en la previsión y planificación de nosotros mismos y los otros. Esta es la porción que se desarrolla o evoluciona entre el Neanderthal y el Cro-Magnon. Quizá es la

corteza prefrontal la que hace a los humanos ser verdaderamente únicos. Sin embargo, a pesar del desarrollo de la neocorteza, y sin desmerecer su importancia en el funcionamiento humano, muchos de los más importantes comportamientos del hombre siguen significativamente influenciados por la parte del cerebro que tienen en común con los mamíferos menos desarrollados y los reptiles (Mac Lean, 1978 citado en Kerr y Bowen, 1988).

2.2.3 Conceptos Fundamentales

2.2.3.1. Familia como Sistema Emocional Multigeneracional

La teoría de Bowen postula que la familia está compuesta por campos emocionales interrelacionados de la familia nuclear y extensa. En este contexto, el término emocional es usado para denotar que la familia es un sistema que responde automáticamente a los cambios en las fuerzas de “juntidad” e “individualidad” dentro y entre los miembros de la familia, considerando no sólo a la familia nuclear, sino también a los miembros de la familia extensa (Titelman, 1998a). El campo emocional familiar está siempre presente, sin embargo, puede variar en su intensidad de una familia a otra o en una misma familia a través del tiempo (Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b).

De lo anterior se desprende que existe un permanente y fluido movimiento de acciones y reacciones emocionales, tanto dentro como entre los subsistemas que constituyen la familia como una unidad multigeneracional. En consecuencia, los intercambios no se dan sólo con los miembros de la familia nuclear, sino también, y de un modo muy importante, con las familias de origen de los individuos que componen la

familia nuclear (Titelman, 1998a). Esto implica que es muy relevante el tipo de relación que cada familia sostiene con la familia extensa, pues la presencia de una conexión fusionada, de corte emocional, o de una relación fluida, tiene consecuencias muy distintas para el funcionamiento de la familia y de los individuos que la componen, ya que, como se mencionó anteriormente, esto incide en el grado en que la ansiedad puede circular libremente o, por el contrario, estancarse de forma rígida en algún sector de la familia (Bowen, 1971-1972).

La concepción de la familia como un sistema emocional multigeneracional implica la consideración de al menos tres generaciones y sus respectivos subsistemas emocionales interconectados. Respecto a esto Titelman (1998a) señala:

La familia nuclear -madre, padre, e hijos- constituye un campo emocional. La familia de origen paterna -él, sus hermanos, y padres- constituye otro campo emocional, y la familia de origen de la madre -ella, sus hermanos, y sus padres- constituye otro sistema familiar extendido con aún otro campo emocional. La familia nuclear y las familias de origen de ambos esposos/padres, incluyendo los respectivos sistemas familiares extendidos, constituyen tres subsistemas emocionales interconectados. (p. 53)

La concepción de la familia como un sistema, además, implica la consideración de que cualquier cambio en una parte del sistema irá seguido de un cambio compensatorio de las otras partes en función de las fuerzas emocionales que rigen el funcionamiento de la unidad familiar (Bowen, 1966; Kerr y Bowen, 1988); asimismo, se evidencia el carácter relacional de la familia en términos de la forma en que esas fuerzas emocionales se expresan, es decir, en las pautas de comunicación, interacción y otras modalidades de relación que se manifiestan en la familia (Bowen, 1966). En este sentido, Kerr y Bowen (1988) señalan que:

El funcionamiento emocionalmente determinado de los miembros de la familia genera una 'atmósfera' o 'campo' emocional familiar que, en turnos, influencia el funcionamiento emocional de cada persona [...]. Este proceso emocional resulta en gente ocupando diferentes posiciones funcionales en la familia. La posición funcional de una persona tiene una significativa influencia sobre sus creencias, valores, actitudes, sentimientos, y comportamiento. (p. 55)

De esta forma, cada individuo es regulado o influido por el campo emocional que ellos mismos han contribuido a crear, "[...] toda persona tiene una función que la convierte en un 'segmento' imprescindible de un todo más vasto" (Andolfi y de Nichilo, 1979, p. 11).

En este contexto, además, llama la atención que las expectativas de funcionamiento para determinadas posiciones funcionales son similares en todas las familias, lo que hace pensar que es un proceso muy automático y que ocurre quiéranlo o no los miembros de la familia. Así es posible observar en muchas familias la expectativa de que el hijo mayor sea responsable mientras de los hijos menores se espera un menor grado de responsabilidad (Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b).

La posición funcional de cada individuo obedece a variables como el género, posición de nacimiento, familia de los padres y eventos nodales ocurridos en la familia multigeneracional (Titelman, 1998b). De este modo, cada persona cumple con ciertas funciones al interior de su sistema.

Todos los sistemas emocionales generan ciertas funciones. Estas funciones son realizadas por individuos específicos en el sistema. Cuando un individuo realiza ciertas funciones, los otros individuos no las realizarán [...]. En virtud de ser nacido en una posición específica, el individuo coge una función asociada a esto [...]. La naturaleza de su funcionamiento da forma al desarrollo de su

personalidad, y su personalidad, como es desarrollada, da forma a la naturaleza de su funcionamiento. (Kerr y Bowen, 1988, p. 315)

Las posiciones funcionales operan en relaciones recíprocas con los otros y corresponden a una manifestación del sistema emocional, anclándose en algo más profundo que los sentimientos o las creencias culturales. Suelen expresarse generando un sobrefuncionamiento en algunas personas mientras otras subfuncionan de modo tal de mantener el equilibrio relacional. Las personas que sobrefuncionan se sienten responsables por los demás y trabajan para compensar sus percepciones, reales o imaginarias, de déficit en los otros, en tanto, quienes subfuncionan suelen sentir dependencia del sobrefuncionamiento del otro, confiándose y dependiendo de que el otro piense, sienta y actúe por él (Kerr y Bowen, 1988).

Las posiciones de sobrefuncionamiento-subfuncionamiento, o cualquier otro tipo de posición funcional, operan recíprocamente, de modo flexible y automático. Sin embargo, cuando la ansiedad aumenta las posiciones funcionales se extreman y rigidizan. En estados crónicos la disfunción aparece enseguida para compensar la sobrefunción y viceversa, los síntomas se desarrollan cuando la disfunción se aproxima al no funcionamiento (Bowen, 1966; Kerr y Bowen, 1988), sin embargo, ambos individuos son igualmente inmaduros, "el que toma decisiones que afectan a los dos se convierte en 'excesivamente adecuado' mientras que el otro se convierte en el 'inadecuado' o 'desvalido'. Ninguno de los dos es capaz de encontrar un comportamiento intermedio entre los dos extremos". (Bowen, 1959, p. 41).

2.2.3.2. Sistema Emocional de la Familia Nuclear

Este concepto describe las pautas del funcionamiento emocional familiar formado por los padres e hijos. Ciertas pautas básicas entre ellos son réplicas de las generaciones pasadas y están destinadas a repetirse en las generaciones venideras (Bowen, 1975, 1976a; Lawson y Brossart, 2004).

El patrón de expresión de las fuerzas emocionales se desarrolla a través de los años en la familia nuclear y “la intensidad del proceso está gobernada por el grado de indiferenciación, por el grado de desvinculación con las familias de origen y el grado de tensión que haya en el sistema” (Bowen, 1973-1974, p. 148).

Los cónyuges empiezan el matrimonio con patrones de estilos de vida y niveles de diferenciación determinados por la experiencia que tuvo cada uno durante su crecimiento en sus familias de origen. Las personas tienden a elegir cónyuges que tienen los mismos niveles de diferenciación y con quienes puedan replicar los aspectos más significativos del proceso relacional que existió en las familias de origen. Cuanto más bajo es el nivel de diferenciación, más intensa es la fusión emocional del matrimonio, la cual desencadena ansiedad en uno o en ambos esposos (Bowen, 1976a; Kerr y Bowen, 1988).

“La manera en que los esposos manejan la fusión determina las áreas en que la indiferenciación será absorbida, y las áreas en que los síntomas se manifestarán en condiciones de estrés” (Bowen, 1967b p. 194). El área en que se desarrollan los síntomas obedece a los patrones particulares de funcionamiento que predominan en cada sistema familiar. De este modo, por ejemplo, si el patrón predominante es que los padres externalicen su ansiedad dentro de la relación conyugal, en los periodos de alta ansiedad se evidenciará en conflicto marital (Bowen, 1976a; Kerr y Bowen, 1988).

Los patrones de funcionamiento emocional en familias nucleares se encuentran anclados en la naturaleza instintiva del hombre, en la medida que existe una inclinación automática a hacer ciertos ajustes en el propio comportamiento en respuesta a la ansiedad que se produce por el desequilibrio entre las fuerzas de individualidad y juntidad. Sin embargo, el aprendizaje tiene un fuerte rol en la determinación de cuáles serán los patrones de adaptación más activos en una persona y en una familia dada (Kerr y Bowen, 1988). “Las actitudes y creencias de la gente sobre las relaciones juegan un rol en los patrones, pero las fuerzas que primariamente los conducen son parte del sistema emocional” (Georgetown Family Center, 2004).

Los patrones de funcionamiento emocional predominantes en una familia pueden cambiar en el tiempo, sin embargo, el problema relacional básico (el balance entre juntidad e individualidad) continúa siendo el mismo. Cuando el proceso emocional familiar no está siempre enfocado en las mismas personas es poco probable que el funcionamiento de alguna sea perjudicado crónicamente pero cuando un miembro de la familia o una relación es más disfuncional física, emocional, o socialmente que los demás, esto significa que la ansiedad generada por la indiferenciación de todos los miembros ha sido absorbida desproporcionadamente por quienes resultan sintomáticos, dejando a las otras relaciones y a los otros miembros relativamente protegidos de la disfunción (Kerr y Bowen, 1988).

A medida que cada familia genera y estructura sus propios patrones de funcionamiento, los desequilibrios entre juntidad e individualidad se expresan en forma de:

- **Conflicto Conyugal:** corresponde al patrón de funcionamiento según el cual la ansiedad se externaliza dentro de la relación marital, y consiste básicamente en que ninguno de los dos cónyuges es capaz de ceder ante el otro, sosteniendo obstinadamente la propia posición en espera de que sea el otro quien ceda para que la relación mejore; cada

persona desea apoyarse en la otra más de lo que el otro está dispuesto (Bowen, 1966, 1967b, 1976a; Georgetown Family Center, s.f; Kerr, 1981b; Kerr y Bowen, 1988). La focalización mutua de ambos sí mismos proporciona la proximidad emocional de la relación, mientras los conflictos permiten obtener la suficiente distancia emocional para controlar la fusión emocional (Kerr y Bowen, 1988).

- Disfunción de un Cónyuge: este es uno de los procesos de respuesta al equilibrio relacional más comunes. Aquí las dos personas ceden parte de su sí mismo acomodándose progresivamente a los requerimientos del otro (Bowen, 1966, 1976a; Georgetown Family Center, s.f; Kerr, 1981b; Kerr y Bowen, 1988), “dos pseudoselfs se fusionan en un self común, cediendo uno pseudoself a la unión y ganando el otro un nivel de self funcional más elevado gracias a ello” (Bowen, 1967b, p. 194).

El pseudo sí mismo del miembro más adaptable se va convirtiendo en el pseudo sí mismo del miembro dominante, quien asume cada vez más la responsabilidad del funcionamiento de la pareja. En la medida que esta pauta se mantiene a través del tiempo el individuo más adaptable va perdiendo gradualmente la capacidad de funcionar autónomamente y cualquier aumento en el estrés precipitará la disfunción, la cual puede expresarse en forma de enfermedad física, emocional, o social (alcoholismo, comportamiento irresponsable, delincuencia, etc.) (Bowen, 1966, 1967b, 1976a, 1967b; Kerr, 1981b; Kerr y Bowen, 1988).

- Perturbación de uno o más hijos: esta respuesta a la ansiedad consiste en que los padres proyectan su indiferenciación a uno o más hijos. Esto sucede cuando los padres focalizan su ansiedad en algunos de ellos, quienes se vuelven más sensibles y reactivos que sus hermanos a las actitudes, necesidades, y expectativas de los padres. Este proceso interfiere en la diferenciación del hijo respecto a la familia, y lo hace más

vulnerable a desarrollar disfunciones⁴ (Bowen, 1967b, 1976a; Georgetown Family Center, s.f; Kerr, 1981b; Kerr y Bowen, 1988).

- Distancia Emocional: este patrón se encuentra íntimamente relacionado con los demás, ya que la distancia de los otros reduce la intensidad de las relaciones, sin embargo, el distanciamiento, ya sea se logre mediante un alejamiento físico o psicológico, no implica la resolución del apego con los otros y, en consecuencia, no permite aumentar la diferenciación respecto a los demás miembros de la familia. Además, el individuo que ha desarrollado esta pauta de relación tenderá a repetirla en las relaciones significativas que establezca en el futuro⁵ (Bowen, 1976a; Kerr, 1981b; Georgetown Family Center, s.f).

La activación de uno o más de los patrones de enfrentamiento a la ansiedad recién mencionados dependerá del grado de ansiedad crónica presente en la familia. Así, si la ansiedad es demasiado alta es posible que todos los patrones estén activados simultáneamente afectando a los distintos miembros y áreas del funcionamiento familiar, pudiendo generarse síntomas en todos ellos. En la medida que exista un mayor grado de diferenciación en la familia, la ansiedad crónica será menor, con lo que es posible que sólo estén activos algunos de estos procesos dejando al resto del sistema libre de síntomas, incluso, en familias bien diferenciadas, el nivel promedio de ansiedad puede ser tan bajo, que los patrones no alcanzan a tener la intensidad como para generar síntomas clínicos significativos (Kerr, 1981b; Kerr y Bowen, 1988).

⁴ El proceso de perturbación de uno o más hijos es considerado tan relevante y universal que será tratado como un tema independiente bajo el nombre de *proceso de proyección emocional*.

⁵ Al igual que el proceso de proyección, y dada su relevancia teórica, la distancia emocional será tratada como un tema independiente a pesar de que ambos procesos corresponden a una parte de las dinámicas que tienen lugar en el sistema emocional de la familia nuclear.

2.2.3.3. Triángulos

En la Teoría de los Sistemas Familiares, el triángulo es conceptualizado como la molécula básica de cualquier sistema emocional, pues corresponde a la unidad relacional estable más pequeña, ya que posee mayor flexibilidad que la díada (Bowen, 1966, 1967b, 1971a, 1973-1974, 1976a, 1976c; Kerr y Bowen, 1988). Los triángulos son un hecho de la naturaleza observable en las diversas formas de vida y su conceptualización permite describir el qué, cómo, cuándo, y dónde de las relaciones (Kerr y Bowen, 1988).

El funcionamiento de los triángulos está determinado principalmente por los montos de ansiedad presentes en el sistema, lo que a su vez se relaciona con el nivel de diferenciación de sus miembros. El triángulo describe el equilibrio dinámico de un sistema trípersonal. Cuando la ansiedad es baja, una relación entre dos personas puede ser calmada y confortable, sin embargo, una relación de dos personas es fácilmente perturbada tanto por las fuerzas emocionales internas como por las que provienen desde fuera del sistema. La relación diádica puede mantenerse estable mientras esté en calma, pero cuando la ansiedad aumenta, se involucra a una tercera persona en la tensión de la pareja, creando un triángulo. Con esto disminuye la ansiedad en la pareja, ya que la ansiedad puede circular a través de tres relaciones (Bowen, 1966, 1976c; Kerr y Bowen, 1988; Lawson y Brossart, 2004; Titelman, 1998b).

Los triángulos se mantienen en el tiempo permaneciendo a través de las generaciones, de modo que es posible que permanezcan a pesar de que sus creadores ya no estén presentes⁶, así si un miembro del triángulo muere otra persona lo

⁶ Por otra parte es necesario destacar que a pesar de que comúnmente los triángulos están compuestos por tres o más personas, un triángulo no requiere personas vivas para su funcionamiento, ya que las fantasías relacionales, los objetos, las actividades, y las mascotas también pueden servir como tercera esquina en un triángulo (Kerr y Bowen, 1988).

reemplazará ocupando su posición. Antes que disolverse, los triángulos se encuentran más o menos activos dependiendo del nivel de ansiedad. “En periodos inusualmente quietos, un triángulo puede estar tan inactivo que sus procesos relacionales básicos no son observables. En periodos inusualmente caóticos, muchos triángulos están tan intensamente activos que puede ser difícil percibir algún orden en el proceso” (Kerr y Bowen, 1988, p. 135). Esto significa que la instancia ideal para la observación de los triángulos son los periodos de ansiedad moderada.

Cuando la ansiedad presente en el campo emocional de un triángulo es baja, dos personas (the insiders) pueden mantener una relación cercana confortablemente, mientras el tercero (outsider) se encuentra en una posición menos confortable. Sin embargo, a pesar del bajo nivel de tensión, el sistema no es estático, presentando movimientos automáticos constantes. Ambos insiders continuamente están realizando ajustes para preservar su confortable juntidad, de modo que ninguno llegue a estar incómodo y forme una juntidad con el outsider. El outsider tampoco se mantiene pasivo, sino que continuamente está intentando formar una juntidad con alguno de los insiders. Cada participante hace movimientos predecibles para conseguir sus propósitos (Bowen, 1967a, 1971a; Kerr y Bowen, 1988).

“Un triángulo tiene diferentes características durante los periodos de ansiedad moderada que en los periodos de calma. A medida que la ansiedad se incrementa [...], la confortabilidad relacional de los insiders es erosionada” (Kerr y Bowen, 1988, p. 136). Cuando la ansiedad aumenta, las personas se vuelven más reactivas frente a los otros, haciendo más difícil mantener la armonía. Una vez que el intento de restauración del equilibrio diádico fracasa, la persona que se siente más incómoda inicia el acercamiento con el outsider, quien responde rápidamente a tal invitación (Bowen, 1971a, 1976a; Kerr y Bowen, 1988). “En un campo emocional calmo, los insiders trabajarán para excluir al

outsider; en un campo con ansiedad moderada, el outsider es activamente requerido para un mayor involucramiento” (Kerr y Bowen, 1988, p. 136).

En momentos de alto estrés, la posición exterior es la más cómoda y deseada, pues permite escapar de la tensión de la pareja. Cuando no es posible modificar las fuerzas del triángulo, uno de los miembros de la pareja involucra a una cuarta persona, dejando a la anterior tercera persona fuera, para que se reincorpore más tarde. Las fuerzas emocionales siguen las mismas pautas en el nuevo triángulo; con el tiempo continúan trasladándose de un triángulo activo a otro, hasta que finalmente quedan principalmente en un triángulo mientras el sistema global se halla relativamente en calma (Bowen, 1971a, 1976a).

Kerr y Bowen (1988) plantean que los triángulos están en permanente movimiento, los individuos van cambiando las posiciones que ocupan al interior del triángulo en función de las variaciones en los montos de ansiedad. Dentro de las distintas posibilidades, una de las formas más comunes en que este dinamismo se presenta corresponde a que cuando la relación entre dos personas (A y B) se vuelve desconfortable, la persona más incómoda (A) llama o atrae a un outsider (C) a la situación a través de comentarios sobre el otro insider (B).

Si la tercera persona (C) responde a esto con simpatía, forma una alianza con la persona que lo requirió (A) generándose una unión confortable entre ambos basada en la indiferenciación, de esta forma el otro insider (B) pasa a ser el nuevo outsider. Los nuevos insiders (A y C) culpan al actual outsider (B) por los problemas relacionales entre los insiders originales (A y B). Posteriormente el conflicto original (entre A y B) se traslada a la otra relación (entre C y B) en función de la rabia que llega a tener el nuevo insider (C) con el actual outsider, pues lo culpa de la infelicidad de su compañero (A).

Cuando la otra persona (B) responde a esta rabia el conflicto es finalmente absorbido por la nueva relación conflictiva (entre B y C) permitiendo que la relación problemática original (entre A y B) llegue a ser más confortable. Así, comúnmente, los triángulos mantienen dos de sus lados en calma y confort y un lado negativo. (Kerr y Bowen, 1988).

La teoría de Bowen sostiene que la naturaleza básica del funcionamiento de los triángulos puede ser resumida del siguiente modo:

Una díada estable puede ser desestabilizada por la adición de una tercera persona.

Una díada estable puede ser desestabilizada por la remoción de una tercera persona.

Una díada inestable puede ser estabilizada por la adición de una tercera persona.

Una díada inestable puede ser estabilizada por la remoción de una tercera persona.

(Kerr y Bowen, 1988, p. 135).

La intensidad del proceso de triangulación varía entre las familias y en la misma familia durante el tiempo. Mientras más bajo sea el nivel de diferenciación en una familia, la triangulación tendrá un rol más importante en la preservación de la estabilidad emocional. Por otro lado, si las personas son capaces de mantener su autonomía emocional, la triangulación será mínima y la estabilidad del sistema no dependerá de dicho proceso (Kerr y Bowen, 1988).

Otra noción importante acerca del funcionamiento de los triángulos es el concepto de triángulos interconectados, según el cual cuando el estrés de la familia es muy alto, la ansiedad se extenderá a través de varios triángulos al interior de la familia e incluso a triángulos externos a la familia en el trabajo y en el sistema social, todos los cuales estarán estrechamente interrelacionados afectándose mutuamente de modo tal que sí en

un sistema emocional se modifica el funcionamiento de un sólo triángulo y los miembros de ese triángulo siguen en contacto emocional con el sistema más amplio, se modifica todo el sistema (Bowen, 1966, 1967b, 1971a, 1973-1974, 1976a; Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b).

Los triángulos interconectados pueden reducir significativamente la ansiedad en el triángulo familiar central. Sin embargo, aunque la ansiedad del triángulo central puede ser disminuida inicialmente por su difusión a través del sistema de triángulos interconectados, la reactividad emocional de los distintos miembros puede terminar amplificándola, llegando incluso a hacer que los síntomas se incrementen. Otra forma en que la ansiedad puede difuminarse fuera del triángulo central y expandirse a otra gente es cuando varias personas se sitúan en cada esquina del triángulo central, dando origen a múltiples triángulos secundarios (Bowen, 1967b; Kerr y Bowen, 1988).

El funcionamiento de las personas y el de los triángulos en los que participan se influyen mutuamente, de modo tal que lo que un individuo piensa, siente, dice, y hace es, en mayor o menor grado dependiendo del nivel de diferenciación y de ansiedad, un producto de su posición funcional en los triángulos de los que forma parte, de modo que su comportamiento puede ser caracterizado fácilmente en consideración de lo predecible que resulta al ocupar una determinada posición en el triángulo; asimismo, y también dependiendo de los niveles de diferenciación y ansiedad, el funcionamiento de la persona cumple una función en la promoción del proceso del triángulo (Bowen, 1973-1974; Kerr y Bowen, 1988).

En este sentido, la comprensión de los procesos del triángulo requiere que cada vértice del mismo sea considerado como una posición funcional. Una de las pautas típicas determinadas por las posiciones que ocupan las personas en los triángulos es que una

persona es caracterizada como la “generadora”, la segunda como “amplificadora”, y la tercera como la “amortiguadora” de la ansiedad (Kerr y Bowen, 1988).

Cuanto más bajo es el nivel de diferenciación y cuanto más importante la relación, más intensas son las pautas de funcionamiento de los triángulos (Bowen, 1967b; Kerr y Bowen, 1988). Cuando la diferenciación es alta y la ansiedad baja, las tres personas operan en un sistema trípersonal (three-person system) abierto, que consiste en tres relaciones uno a uno relativamente diferenciadas. El “threesome” o relación abierta de tres personas se caracteriza por una estabilidad funcional, comunicación abierta y diferenciación en sus tres miembros. El threesome es más estable y flexible que una relación abierta entre dos personas diferenciadas (Titelman, 1998b).

La tríada es el bloque familiar básico por razones biológicas y psicológicas: ▪ para la creación de los hijos; ▪ la diferenciación es llevada a cabo cuando el joven adulto vive en un hogar con una díada (twosome) estable por lo que él no tiene que hacerse cargo y puede proceder a formar una nueva díada; ▪ el conflicto entre un padre y un hijo es modificado automáticamente por el tranquilizador contacto con el otro padre quien no está ansioso ni triangulado, con lo que el conflicto desaparece automáticamente (Titelman, 1998b).

2.2.3.4. Proceso de Proyección

Este concepto describe las pautas a través de las cuales los padres proyectan sus problemas e inmadurez a sus hijos. Representa parte del proceso familiar nuclear y existe en cierta medida en todas las familias (Bowen, 1966, 1967b, 1973-1974, 1975, 1976a; Georgetown Family Center, s.f; Kerr y Bowen, 1988). El proceso de proyección constituye

la base del proceso de transmisión e interdependencia multigeneracional de los campos emocionales, “El concepto describe la manera más común por medio de la cual el proceso emocional familiar se transmite de una generación a la siguiente” (Bowen, 1973-1974, p. 149).

El nivel de diferenciación y la ansiedad que resulta del funcionamiento poco diferenciado son los aspectos más importante en este proceso, ya que, como se ha explicado antes, las familias utilizan diferentes patrones de funcionamiento para aliviar la carga ansiosa, de modo que si los montos de ansiedad son demasiado altos o el proceso de proyección es el patrón más activo en una familia dada, el funcionamiento de la familia puede sostenerse en base a la sobrecarga de ansiedad en uno o más hijos, los cuales pueden verse seriamente afectados, llegando a desarrollar síntomas crónicos (Bowen, 1960; Kerr y Bowen, 1988).

El proceso de proyección tiene lugar por medio de la triangulación que hacen los padres respecto a los hijos. Cuando los padres triangulan al hijo su ansiedad se centra en él permitiendo que la relación conyugal sea más confortable. Con esto se impide la diferenciación del hijo quedando sobreimplicado en la relación parental con lo que es posible que avance hacia una perturbación funcional crónica (Bowen, 1976a; Georgetown Family Center, s.f).

Existen múltiples variantes del triángulo padre-madre-hijo, pero “[...] el modelo más frecuente es aquel en el que la madre se siente insegura en su relación con el hijo y busca la aprobación y el apoyo del padre” (Bowen, 1967a, p. 106). El hijo es la figura clave y se constituye como el “otro importante” para la madre. Mediante su relación con el hijo, la madre puede estabilizar su propia ansiedad llegando a funcionar de un modo menos ansioso, con lo que es capaz de establecer una relación más tranquila con el

padre. De este modo, el sobrenfocamiento de la ansiedad en el hijo hace posible que los padres alcancen un mejor ajuste recíproco (Bowen, 1960).

El proceso de proyección familiar suele involucrar tres pasos, según los cuales, en un primer momento, la madre (o el principal cuidador del niño) se enfoca sobre el hijo, buscando en él la causa de su ansiedad e inadecuación, todo comienza con un sentimiento que luego se transforma en pensamiento acerca de que algo anda mal con el hijo, de modo que comienza a buscar pequeñas inadecuaciones, defectos y fracasos funcionales, sobre los cuales centra su atención, agrandándolos y exagerándolos hasta convertirlos en graves deficiencias. El padre, en tanto, apoya las percepciones de la madre intentando tranquilizarla. Esta fase recibe el nombre de *sentimiento-pensamiento* (Bowen, 1965a; Georgetown Family Center, 2004; Kerr y Bowen, 1988).

El segundo paso es el *examen-etiquetado*, y corresponde a la instancia donde la madre busca activamente en el hijo el defecto que mejor armoniza con sus sentimientos, cuando el niño percibe la ansiedad de la madre también él comienza a experimentar ansiedad y aprende que si se comporta de acuerdo a la imagen que la madre se ha formado de él, está se tranquilizará, con lo que él también quedará más tranquilo (Bowen, 1965a; Georgetown Family Center, 2004; Kerr y Bowen, 1988).

Sin embargo, esto conduce a la confirmación de los temores maternos con lo que la ansiedad se acrecienta aún más, generándose un circuito que la perpetúa. De esta forma, el hijo se volverá cada vez más inadecuado y la madre confirma su diagnóstico (Bowen, 1965a; Georgetown Family Center, 2004; Kerr y Bowen, 1988). Por último, el tercer paso corresponde al *tratamiento*, aquí la madre y el hijo han quedado atrapados en ser lo que el otro espera, lo que, consecuentemente, socavará el proceso de diferenciación del niño. La madre y el resto de las personas actúan como si el diagnóstico realizado por ella fuese exacto (Bowen, 1965a; Georgetown Family Center, 2004; Kerr y Bowen, 1988).

El ciclo se cierra y se cristaliza cuando la familia busca ayuda psiquiátrica para su hijo, y el diagnóstico materno es validado, relegando al hijo a la posición de enfermo. “Cuando el diagnóstico se confirma y el hijo se convierte en ‘paciente’, se completa otra proyección familiar y se reduce la ansiedad de los padres” (Bowen, 1965a).

Tanto los padres como el hijo desempeñan papeles activos en el proceso de proyección. En situaciones de tensión, las personas se dividen en “acusadoras” o “autoacusadoras” en búsqueda de una explicación acerca de la ansiedad que experimentan. El “acusador” busca las causas de la ansiedad fuera de sí mismo, mientras el “autoacusador” las advierte en su propia persona. Ambos asumen una posición igualmente irresponsable, ya que ninguno es capaz de evaluar objetivamente los factores internos y externos que participan de la situación estresante, y de hacerse cargo de la parte que le corresponde a sí mismo (Bowen, 1965a).

“Las pautas que sigue la indiferenciación al distribuirse a los hijos son definidas. Primero se centra en un hijo. Si la cantidad es demasiado grande para ese hijo, el proceso seleccionará a otros a los que afectará en un grado menor” (Bowen, 1976a, p. 107). Generalmente, la mayor parte de la inmadurez es proyectada a un único hijo, con lo que los demás hermanos quedan relativamente libres del proceso alcanzando un nivel básico de diferenciación igual o más alto que el de los padres, mientras que “el hijo proyectado” desarrolla un nivel de diferenciación menor que el de sus progenitores (Bowen, 1965a, 1966; Kerr y Bowen, 1988).

La forma cómo los hijos son seleccionados para convertirse en objetos del proceso de proyección tiene que ver, a un nivel general, con el grado de activación emocional que la madre siente por el hijo (Bowen, 1967b, 1976a). Mientras que, a nivel más específico, “se relaciona con el nivel de indiferenciación de los padres, la cantidad de ansiedad en el

momento de la concepción y el nacimiento, y el enfoque de los padres hacia el matrimonio y los hijos” (Bowen, 1976a, p. 107).

Los hijos seleccionados para la proyección familiar son aquellos que fueron concebidos y nacieron bajo condiciones de estrés de la vida materna o aquellos que representan algo especial emocionalmente para los padres tales como el primer hijo, un hijo único, el hijo menor, el que la madre cree que es especial para el padre, un hijo de un sexo entre varios del sexo opuesto, un hijo con algún defecto, o los niños especiales que desde el principio fueron inquietos, o fueron rígidos e indiferentes ante la madre (Bowen, 1976a, Kerr y Bowen, 1988).

El aspecto más emocional y automático de la proyección tiene que ver con el apego simbiótico que los seres humanos mantienen con la madre durante la primera parte de su vida. La resolución o irresolución de este apego determinará la capacidad del niño de funcionar autónomamente (Kerr y Bowen, 1988).

La resolución del apego depende principalmente de la habilidad de los padres para centrarse en su propio funcionamiento (individualidad) más que centrar su ansiedad en el funcionamiento de los otros (juntidad) (Kerr y Bowen, 1988).

2.2.3.5. Sistema Fraternal

Este concepto constituye una extensión y modificación de la teoría de los perfiles de posición entre hermanos definida originalmente por Toman (1961), según la cual ciertas características de personalidad son determinadas por la configuración fraternal en la que el individuo se desarrolla. A partir de esto, Toman estableció diez perfiles fraternos básicos que permiten conocer automáticamente el perfil de cada posición entre hermanos,

así, por ejemplo, un hermano mayor se caracterizará por ser un líder y a trabajar arduamente por las tareas, aceptando fácilmente la responsabilidad (Bowen, 1975).

Bowen amplifica lo propuesto por Toman estableciendo una relación con el proceso de proyección familiar, pues observó que los perfiles “normales” podían torcerse en forma predecible en función de los niveles de proyección presentes en la familia y en cada uno de sus miembros (Bowen, 1975; Kerr y Bowen, 1988).

Los montos de proyección familiar que afecten a cada individuo influirán en el nivel de diferenciación del sí mismo que puede llegar a desarrollar, de tal forma que los niveles de funcionamiento de varias personas que ocupen la misma posición entre los hermanos pueden ser diferentes dependiendo del nivel de diferenciación del sí mismo que hayan desarrollado (Kerr y Bowen, 1988).

El conocimiento de estos rasgos es importante a la hora de determinar la parte que toca a cada hijo en el proceso emocional familiar, y al predecir los patrones familiares de la generación siguiente (Bowen, 1973-1974). Se genera una interacción recíproca en la cual las posiciones funcionales, determinadas en parte por la posición fraternal, que tienen las personas en sus familias inciden en la conformación de su personalidad y, a su vez, las personas mediante sus sentimientos, pensamientos y comportamientos, también inciden en la mantención de dichas posiciones (Kerr y Bowen, 1988).

No hay una posición que sea mejor que otra, todas poseen aspectos positivos y negativos. Además, las características de personalidad definidas por alguna posición fraternal no están limitadas a esta posición aunque ciertas características son más comunes en ciertas posiciones. La posición fraternal sólo da cuenta de una parte de la personalidad de un individuo y es necesario considerar la configuración global de la familia y los procesos emocionales y relacionales que en ella se evidencian (Kerr y Bowen, 1988).

2.2.3.6. Proceso de Transmisión Multigeneracional

Este concepto trata del patrón que sigue el proceso emocional familiar al ser transmitido a través de múltiples generaciones, de modo que la indiferenciación de los padres es transmitida diferencialmente a los distintos hijos resultando en que algunas líneas familiares se vuelven menos diferenciadas, en tanto otras aumentan su nivel básico de diferenciación (Bowen, 1966, 1967b, 1975; Georgetown Family Center, 2004; Kerr, 1981b; Kerr y Bowen, 1988).

La transmisión de los campos emocionales ocurre básicamente a través del proceso de proyección sobre los hijos, por medio de varios niveles interconectados que van desde la enseñanza consciente y el aprendizaje de información hasta la programación de reacciones emocionales y comportamientos de forma automática e inconsciente. De este modo, la información transmitida relacional y genéticamente interactúa dando forma al sí mismo de cada individuo (Georgetown Family Center, s.f).

A través de este proceso, los hijos emergen de la familia parental con niveles de diferenciación básicos más altos, iguales o más bajos que los de los padres. En cada generación el hijo más implicado emocionalmente se desplaza hacia un nivel de diferenciación de sí mismo más bajo, mientras los hijos menos implicados pueden avanzar hacia un nivel de diferenciación similar o más alto que el de sus padres (Bowen, 1966, 1967b, 1973-1974).

El siguiente paso es que los individuos generalmente seleccionan como pareja a personas con niveles de diferenciación similares y con un estilo relacional que se ajuste al propio (Georgetown Family Center, s.f). De modo que cada familia produce un hijo con un nivel menor de diferenciación que, a su vez, se casa con otra persona de igual nivel, y de este otro matrimonio nace otro hijo con un nivel inferior que se casa a ese nivel,

creándose un proceso que se mueve, generación a generación, hacia niveles de diferenciación cada vez más bajos (Bowen, 1967b). es así como los problemas emocionales más graves, como una esquizofrenia profunda, son el producto de un proceso que se ha venido gestando a lo largo de varias generaciones (Bowen, 1967b, p. 195).

2.2.3.7. Corte Emocional

Este concepto alude a la manera en que las personas manejan sus asuntos emocionales irresueltos con otros significativos por medio de una reducción o corte total del contacto emocional con ellos (Georgetown Family Center, s.f). La forma en que estas desconexiones se expresan durante la vida viene determinada por la manera en que las personas han manejado las vinculaciones emocionales irresueltas con sus propios padres⁷ (Bowen, 1976a).

Mientras más bajo es el nivel de diferenciación alcanzado por un individuo, mayor será la vinculación o apego emocional irresuelto con sus padres (Bowen, 1971-1072, 1976a; Kerr y Bowen, 1988), lo que requerirá de una activación más intensa de los mecanismos destinados a controlar la indiferenciación (Bowen, 1971-1972). De este modo, un alto nivel de apego irresuelto puede ser manejado por los individuos mediante procesos que van desde la distancia emocional, conseguida a través de mecanismos intrapsíquicos que permiten el alejamiento o desconexión de la situación emocional, al distanciamiento físico. La mayoría de las personas utiliza una combinación de ambos

⁷ El concepto de corte emocional alude al mismo proceso que fue mencionado con anterioridad en el marco del sistema emocional de la familia nuclear. Sin embargo, es tratado más extensamente en el presente apartado dada su importancia en el proceso familiar multigeneracional.

mecanismos, con algún predominio de uno sobre el otro (Bowen, 1971-1972; Georgetown Family Center, s.f; Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b).

Independientemente del mecanismo utilizado para conseguir el distanciamiento, la dependencia emocional prevalece. En este sentido, se considera que “la persona que huye de su familia de origen es tan dependiente, desde el punto de vista emocional, como la que nunca abandona el hogar” (Bowen, 1976a, p. 110). Las personas que se valen de mecanismos intrapsíquicos tienden a tener cierto grado de contacto de apoyo con los padres, y los síntomas que desarrollan bajo tensión generalmente son más interiorizados, como enfermedad física y depresión. Por otra parte, los individuos que huyen geográficamente lejos, tienden a interpretar que el problema radica en los padres y que la distancia es una forma de obtener mayor independencia, mostrando una mayor inclinación hacia las conductas impulsivas (Bowen, 1976a).

El corte emocional es el lado anverso de la fusión, representando una reacción o negación de ésta, de modo que ambos fenómenos se encuentran estrechamente interrelacionados. Además, el grado de fusión de una generación es correlativo al corte emocional en una o más relaciones en otras generaciones (Titelman, 1998b).

Mientras más intensa es la desconexión con el pasado, más vulnerable se halla el individuo para duplicar la pauta seguida con los padres en su propio matrimonio y en otras relaciones que establezca durante su vida, aumentando la probabilidad de que sus hijos se desconecten aún más drásticamente de él (Bowen, 1976a; Kerr y Bowen, 1988). De esta forma se aprecia que, a pesar de la desconexión, los problemas, el apego, y la ansiedad siguen latentes (Georgetown Family Center, s.f).

Las personas que cortan lazos con su familia de origen generalmente intentan crearse familias “sustitutas” entre las relaciones sociales. Sin embargo, éstas no logran reemplazar realmente a la familia verdadera, pues poseen escasa tolerancia a la ansiedad

y apenas la tensión aumenta, la persona corta también sus lazos con esta relación (Bowen, 1971-1972, 1976a).

La mantención del contacto con la familia extensa, en lugar de la búsqueda de familias sustitutas, permite que la familia nuclear se desarrolle de una forma más sistemática y asintomática, beneficiando así el proceso vital tanto de la presente generación como el de las futuras. El contacto emocional entre la familia nuclear y la familia de origen facilita la estabilización de la primera durante los periodos de alta tensión (Bowen, 1966, 1976a); “uno de los mecanismos automáticos más eficaces para reducir los niveles excesivos de ansiedad en una familia es un sistema relacional relativamente abierto a la familia extensa” (Bowen, 1971-1972, p. 75).

2.2.3.8. Regresión Societal

El concepto de regresión societal postula que la conducta social está gobernada por procesos emocionales que promueven periodos progresivos y regresivos en el nivel de su funcionamiento (Bowen, 1976a; Georgetown Family Center, s.f). Esta visión sostiene que la sociedad ha sido sujeta a una ansiedad sostenida, crónica, lo que ha hecho que poco a poco haya ido perdiendo el contacto con sus principios sólidos fundamentales, recurriendo cada vez más a decisiones determinadas desde la emocionalidad con el fin de aliviar la ansiedad inmediata. Este proceso en la sociedad, al igual que en la familia, conduce al desarrollo de síntomas y a una regresión en el nivel de funcionamiento (Bowen, 1976a).

Adicionalmente, los intentos por aliviar dichos síntomas se han abocado al desarrollo de una legislación igualmente basada en la emocionalidad, acrecentando el problema antes que remediarlo, de modo que el ciclo sigue repitiéndose (Bowen, 1976a). “El enfoque más frecuentemente adoptado por la sociedad es el de las medidas de

emergencia, orientadas por los sentimientos y fragmentadas dirigidas a mitigar el síntoma del momento” (Bowen, 1973-1974, p. 171).

En consecuencia, aquí se plantea que “la sociedad está en un estado de regresión que puede ser de naturaleza cíclica aunque se encuentra en una curva gradual descendente” (Bowen, 1973-1974, p. 161). La ansiedad crónica en la sociedad es el producto de fenómenos globales como la explosión de la población, y la reducción de suministros de alimentos y materias primas necesarias para mantener la vida humana, y ha llevado a fenómenos tan serios como la contaminación del ambiente que está amenazando lentamente el equilibrio vital de la naturaleza. Esta perspectiva sistémica contempla el problema ambiental como una parte funcional de los otros problemas de la sociedad, más que separado de ellos (Bowen, 1973-1974; 1976a).

Bowen sostiene que la escalada ansiosa, y la consecuente disminución de la diferenciación, que afecta a la sociedad estaría relacionada con la intensa explosión demográfica y la desaparición de las fronteras territoriales de las últimas décadas, ya que estas condiciones dificultan cada vez más la posibilidad de utilizar la distancia física para “alejarse” de las presiones emocionales internas, pues la distancia física es algo muy difícil de conseguir en una población creciente (Bowen, 1973-1974).

Esta clase de fenómenos ha llevado a un aumento del proceso de proyección en la sociedad, de modo que algunos sectores sociales han alcanzado un mejor funcionamiento a través de la proyección de sus ansiedades en otros grupos. “El proceso de proyección familiar se desarrolla tan vigorosamente en la sociedad como en la familia. Los ingredientes esenciales son la ansiedad y la existencia de tres personas. Dos individuos se unen y mejoran su funcionamiento a expensas de un tercero” (Bowen, 1973-1974, p. 166).

La proyección posibilita la creación de víctimas propiciatorias a partir de aquellos grupos más vulnerables. El grupo más grande de víctimas propiciatorias en la sociedad está constituido por los miles de enfermos mentales ingresados en instituciones y por los delincuentes. Toda la sociedad gana algo de la postura benevolente ante estos segmentos de la población, las personas desarrollan una implicación excesivamente emotiva con estos grupos, proyectando sus ansiedades en ellos (Bowen, 1973-1974).

La declaración de “enfermos” o “antisociales” con que son etiquetados los miembros de estos grupos ayuda a fijar el problema en ellos, absolviendo a la familia y a la sociedad de su contribución en el mismo, “el segmento más bajo de la sociedad puede ser dañado crónicamente por la misma atención puesta en ayudar... Automáticamente colocan a los destinatarios en una posición inferior [...]” (Bowen, 1973-1974, p. 168).

Por último, frente a esta situación cabe la pregunta de cuáles son los caminos para hacerle frente, Bowen plantea que un cambio profundo pasa necesariamente por la asunción de una postura más responsable por parte de todos los miembros de la sociedad, es decir, por un aumento en la capacidad de actuar en base a principios sólidos por sobre las reacciones emocionales. “Una persona que se orienta a alcanzar la responsabilidad del self, está siempre pendiente de su responsabilidad ante los demás” (Bowen, 1973-1974, p. 172).

2.2.4. Psicopatología: normalidad-anormalidad

Tradicionalmente las concepciones psicopatológicas muestran una estrecha relación con la determinación de los criterios de “normalidad” y “anormalidad”. La definición de qué es normal y qué no lo es ha sido cuestión de múltiples controversias a lo largo de la

historia de la psiquiatría, la psicología y otras ciencias relacionadas con la “salud mental”. Comúnmente, la normalidad ha sido definida desde una perspectiva estadística según la cual aquello que se escapa de la norma o promedio es lo que puede y debe ser considerado psicopatológico (Dörr, 2000; Blankenburg, 1983; Bernard, 1980), “este significado primordial de la palabra norma encierra la cualidad más substantiva de la norma y la normalidad, pues representa el encuentro del hombre y la naturaleza entorno a una medida” (Tellenbach, 1979 citado en Dörr, 1995, p.81).

Sin embargo, autores como Dörr, Jaspers, Tellenbach, Foucault, Broussais, Blankenburg, y Bernard, entre muchos otros, han cuestionado esta visión de la normalidad planteando distintas perspectivas acerca del fenómeno que van desde sus determinaciones sociales y antropológicas a la vivencia subjetiva de la enfermedad mental en contraposición al criterio del comportamiento desviado (Blankenburg, 1983; Dörr, 2000).

Desde la perspectiva de la Teoría de los Sistemas Familiares antes que usar el término normalidad se prefiere hablar de niveles más altos o más bajos de funcionamiento dentro de un mismo continuo y que no vienen determinados por representar una norma en la población. Así, para Bowen la diferencia entre alguien libre de síntomas y que posee un buen nivel de funcionamiento y otra persona con una grave disfuncionalidad es meramente cuantitativa (Bowen, 1965a, 1976a, 1976c; Kerr y Bowen, 1988).

Bowen observó que tanto en las familias e individuos fuertemente disfuncionales y gravemente sintomáticos como en aquellos perfectamente bien adaptados se presentaban las mismas pautas de relación sólo difiriendo en su intensidad. Además, señaló que muchas veces las variaciones en la intensidad de dichas pautas relacionales se asociaban más con la ansiedad presente en el momento que con la gravedad de trastorno atribuido a la familia o a un miembro de la misma, y que las pautas

disfuncionales estaban presentes en todas las familias durante algunos momentos y algunas familias la mayor parte del tiempo (Bowen, 1976a).

De este modo, todos los niveles de funcionamiento humano pueden ser localizados dentro de un mismo continuo que va desde los niveles de funcionamiento más adaptativos a los más disfuncionales. En un extremo se localizan los trastornos más graves como la esquizofrenia y en el otro los niveles más elevados de funcionamiento humano, pasando por los trastornos menos graves como las neurosis (Bowen, 1965a, 1975, 1976a, 1976c). “Todas las familias forman parte de la dimensión humana en su totalidad, que oscilan desde el nivel más bajo posible de funcionamiento humano al más alto” (Bowen, 1976a, p. 86).

La intensidad en que se manifiestan las pautas relacionales disfuncionales en una familia tiene que ver con el nivel promedio de diferenciación de sí mismos de sus miembros y con los niveles de ansiedad crónica presentes en la familia (Bowen, 1976a; Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b). Sin embargo, el nivel de diferenciación no posee una relación lineal con el desarrollo de síntomas a pesar de que niveles más bajos de diferenciación se asocian a una mayor probabilidad de disfunción.

Algunas personas con intensos niveles de fusión, en la medida en que el estrés relacional se mantenga bajo, pueden mantenerse toda su vida libres de síntomas; así como algunos individuos y familias bien diferenciados pueden llegar a experimentar disfunciones. La diferencia fundamental, determinada por el nivel de diferenciación, es que si una persona bien diferenciada desarrolla síntomas éstos tenderán a remitir prontamente, en tanto, en los sujetos más indiferenciados generalmente cuando la disfunción aparece tiende a ser muy duradera o crónica (Bowen, 1976a; Kerr y Bowen, 1988).

Una tesis como esta elimina el concepto de normalidad, ya que la presencia de disfunciones en los individuos no es una condición estable en la medida que depende de

las condiciones contextuales en que éste se desarrolle, la patología no es algo que pueda ser localizado dentro del individuo como una cualidad inherente a su ser. “Esta concepción elimina el concepto de normal que la psiquiatría nunca ha definido con éxito. No se puede definir como normal cuando el objeto a definir está cambiando permanentemente” (Bowen, 1976a, p. 90).

Bowen descarta el término “enfermedad mental” y lo substituye por el de “enfermedad emocional”, ya que considera que ésta es producto de lo que el ser humano tiene en común con el resto de las formas de vida –y, en consecuencia, puede presentarse en cualquier persona-, que es algo antiguo filogenéticamente, y que se ancla en algo más profundo y básico que la noción de conflictos psicológicos, a saber, en el sistema emocional (Bowen, 1973-1974; Kerr y Bowen, 1988).

La enfermedad emocional se funda en los procesos biológicos relacionados con el desequilibrio entre las fuerzas de juntidad e individualidad en el sistema relacional del que participa el individuo, y manifiesta la incapacidad de éste para ajustarse a dicho desbalance sin desarrollar síntomas, ya sean físicos, emocionales, o sociales (Bowen, 1975; Kerr y Bowen, 1988). Además, el desarrollo de la enfermedad emocional constituye un proceso multigeneracional, en la medida en que en su génesis participan la multiplicidad de los campos emocionales interconectados presentes en la familia multigeneracional (Bowen, 1973-1974).

En la medida que los sistemas familiares multigeneracionales experimentan mayores necesidades de unión o juntidad, más difícil se hace mantener estas fuerzas en equilibrio sin deprivar o sobrecargar a algún miembro o relación con montos de ansiedad abrumadores (Bowen, 1975). El funcionamiento de todos los miembros de la unidad multigeneracional contribuye a la disfunción de alguna de sus áreas, en este sentido se plantea que los síntomas en un individuo reflejan más una disfunción familiar que

fenómenos intrapsíquicos. Consecuentemente, el foco se traslada de la enfermedad como un atributo individual a la consideración de “la familia como unidad de enfermedad”, lo cual implica la aseveración de que la comprensión profunda del problema exige el examen del contexto familiar global, que considera el fenómeno de la familia como algo más complejo que la suma de las patologías individuales (Bowen, 1965a, 1966; Kerr y Bowen, 1988).

El funcionamiento de todas las familias puede ser ubicado a lo largo de un continuo de rangos que representan distintos niveles de diferenciación del sí mismo. Las familias en un rango más alto tienen miembros con más estabilidad y autonomía en el funcionamiento emocional, y las del extremo inferior poseen miembros que son altamente dependientes y reactivos respecto a los demás. La escala de diferenciación expresa distintas gradaciones de funcionamiento y de fusión entre el funcionamiento emocional y cognitivo y, en concordancia a los postulados teóricos de Bowen, no contiene un compartimiento para lo normal y otro para lo anormal (Kerr y Bowen, 1988).

La escala de diferenciación desarrollada por Bowen no corresponde a un instrumento de medición, sino a una descripción que categoriza los niveles de funcionamiento en un continuo que va de 0 a 100, donde cada extremo corresponde a un nivel teórico de “no sí mismo” y de absoluta diferenciación respectivamente. Para poder establecer que el funcionamiento de una persona se sitúa en un determinado rango de la escala es necesario obtener información acerca del funcionamiento de la persona por largos periodos de tiempo, caracterizados por distintos niveles de estrés y sucesos vitales, ya que es muy fácil que se confunda el nivel básico de diferenciación con el nivel funcional. Por último, vale destacar que esta escala nada tiene que ver con las clasificaciones nosológicas tradicionales (Bowen, 1966; Kerr y Bowen, 1988).

La escala de diferenciación del sí mismo se divide en cuatro rangos con sus respectivos perfiles de funcionamiento que se presentan a continuación:

- Las personas situadas en la parte más baja, de 0 a 25, poseen una profunda fusión del sí mismo, viven en un mundo dominado por la emoción, y son dependientes de los sentimientos que los demás experimentan respecto a ellas. Su funcionamiento cognitivo se encuentra inundado por los aspectos emocionales, por lo que no son capaces de distinguir los hechos de lo que sienten, y las decisiones más importantes de su vida son tomadas basándose únicamente en lo que “sienten” que es justo, o simplemente tratando de estar mejor. En sus relaciones con los demás son incapaces de usar un “yo” diferenciado (yo soy - yo creo - yo haré - yo no haré), y crecen como apéndices dependientes del sistema familiar. Su capacidad adaptativa es muy baja y caen con facilidad en desequilibrios emocionales que pueden ser muy prolongados o permanentes (Bowen, 1966, 1976a; Kerr y Bowen, 1988; Meyer, 1998).
- En el segundo cuarto de la escala, de 25 a 50, se encuentran los individuos que tienen una fusión menos intensa y un sí mismo poco definido. Utilizan una excesiva parte de su energía vital en amar o recibir amor y aprobación, y las decisiones importantes de la vida se basan en lo que sienten que es justo. Tienen algún conocimiento de opiniones y creencias provenientes del sistema cognitivo pero generalmente se expresa en forma de un autoritarismo dogmático, de una complacencia de discípulo, o de una oposición rebelde. Son personalidades cambiantes que al carecer de opiniones y convicciones propias se adaptan fácilmente a la ideología predominante. La mayor diferencia entre este sector y el más bajo consiste en que estas personas tienen la capacidad de diferenciar su sí mismo pero se trata de una posibilidad con baja probabilidad (Bowen, 1966, 1976a; Kerr y Bowen, 1988).

- Las personas situadas en el rango de 50 a 75 alcanzan un mayor grado de diferenciación, tienen opiniones bastante bien definidas respecto a temas fundamentales pero la presión para inclinarse al conformismo es grande y cuando están sometidas a tensión pueden llegar a un acuerdo de principio y tomar decisiones emocionales. A menudo permanecen en silencio y evitan hacer afirmaciones que puedan enemistarlos con los demás y amenazar su equilibrio emocional. Tienen más energía para las acciones que persiguen un objetivo. Sin embargo, sometidas a tensión pueden desarrollar síntomas emocionales o físicos pero intermitentes y se solucionan con rapidez (Bowen, 1966, 1976a; Kerr y Bowen, 1988).

- En el último cuarto de la escala, 75 a 100, se sitúan aquellas personas diferenciadas, que siguen sus propios principios y logran objetivos fijados por ellos. Están siempre seguras de sus opiniones y convicciones pero nunca son dogmáticas ni rígidas, saben escuchar y apreciar los puntos de vista de los demás, respetando la identidad de los demás. Asumen total responsabilidad de sus acciones frente a la familia y la sociedad. Pueden mantener relaciones emocionales intensas sin que esto suponga fusiones emocionales o pérdida de autonomía. A pesar de que poseen las mismas fuerzas emocionales automáticas que rigen el comportamiento instintivo, su sistema cognitivo es lo suficientemente autónomo como para hacer razonamientos y adoptar decisiones basadas en el pensamiento (Bowen, 1965b, 1966, 1976a; Kerr y Bowen, 1988; Meyer, 1998).

Mientras más bajo es el nivel de funcionamiento de un individuo y una familia, es más probable que desarrollen ansiedad crónica y son más vulnerables a presentar síntomas. Las familias de estas personas tienden a formar triángulos caracterizados por una estabilidad disfuncional rígida, en los cuales existe una clausura comunicacional entre sus miembros. La rigidez de los triángulos se relaciona con la existencia de una dinámica

y unas posiciones típicas y estereotipadas, manteniéndose la mayor carga de ansiedad en alguno de sus integrantes (Bowen, 1967b; Titelman, 1998b).

La predominancia de triángulos rígidos involucra que recurrentemente algunos miembros de la familia sean el blanco del proceso de proyección aumentando sus niveles de ansiedad crónica. Estos tipos de familias tienden a recurrir reiteradamente a los mismos patrones para afrontar los altos niveles de ansiedad que son desencadenados por sus excesivos requerimientos de juntidad. Todo este proceso genera que los niveles de diferenciación en algunas de sus ramas sean cada vez más bajos hasta alcanzar serias disfunciones, cerrándose de esta forma el circuito (Bowen, 1976a; Kerr y Bowen, 1988).

2.3 Teoría Clínica

2.3.1 Teoría del Cambio

En la teoría desarrollada por Bowen, y en el modelo terapéutico que de ésta se desprende, en primera instancia resulta necesario establecer una distinción entre los niveles de cambio posibles. La Teoría de los Sistemas Familiares plantea la existencia de cambios funcionales y/o superficiales y cambios sólidos y/o profundos. El cambio funcional hace referencia a fluctuaciones transitorias en el funcionamiento de un individuo o sistema de individuos, cuya utilidad es disminuir momentáneamente el nivel de ansiedad y displacer presentes en una determinada dinámica relacional. Este tipo de cambio es equivalente al alivio sintomático o resolución superficial de los problemas, de modo tal que los patrones emocionales presentes en el sistema continúan siendo los mismos, lo que, inevitablemente, conduce a la reaparición de los síntomas o problemas, pues únicamente

se ha producido una sustitución del área sintomática (Titelman, 1998b). En esta clase de cambio lo que impera es el funcionamiento emocional y sentimental del individuo como una expresión de las fuerza de juntidad presente en su sistema relacional.

Por otra parte, la noción de cambio sólido hace referencia a cambios consistentes que requieren un esfuerzo individual a largo plazo por tomar conciencia de las fuerzas emocionales presentes tanto dentro del sí mismo como en el ámbito de las relaciones más significativas. Esta clase de cambio permite al individuo desarrollar nuevos patrones de funcionamiento y relación para manejar las situaciones cargadas emocionalmente, realizando un trabajo destinado a lograr una mayor definición del sí mismo en medio de las fuerzas de juntidad. A partir de esto, la persona, va generando la capacidad de definir autónomamente sus propios principios, valores y objetivos, manteniéndolos a pesar de las fluctuaciones emocionales presentes en su ambiente. En definitiva, esto refiere a un cambio en el nivel básico de diferenciación que presenta el individuo (Titelman, 1998b).

Adicionalmente, y tal como es planteado en la lógica de los sistemas en general, se establece que el cambio en una persona -en un subsistema del sistema familiar- automáticamente crea la posibilidad de que se produzcan cambios en todo el sistema de relaciones significativas (Kerr y Bowen, 1988). La claridad en el pensamiento y acción del miembro que ha cambiado puede crear un ambiente más calmo, en que los otros también pueden funcionar mejor (Titelman, 1998b), "Un miembro familiar que se siente motivado para aprender a controlar su propia responsabilidad puede influir sobre las relaciones de todo el sistema familiar" (Bowen, 1976a, p. 77).

Sin embargo, si bien necesariamente el cambio en algún miembro del sistema despierta cambios en el resto de sus integrantes, esto no implica con certeza que aquellos cambios correspondan a modificaciones sólidas en el nivel de diferenciación "Cambiar el grado de diferenciación es difícil, a menos que en los demás también se produzcan cambios. Se pueden determinar desplazamientos en los niveles funcionales del sí-mismo,

que es muy fácil tomar equivocadamente por desplazamientos en el nivel de base del sí mismo" (Bowen, 1971-1972, p. 70-71).

En el contexto de las intervenciones terapéuticas, es posible que se generen cambios sólidos y/o funcionales. Sin embargo, los cambios funcionales son mucho más comunes y fáciles de obtener que los cambios sólidos, pues estos últimos requieren de la motivación del individuo para realizar un esfuerzo a largo plazo y cuyo foco de atención este siempre puesto en generar cambios en el propio sí mismo y no en esperar cambios de los demás. En este sentido, un requisito fundamental para que tenga lugar un cambio básico en el nivel de diferenciación de una persona es que ésta consiga verse a sí misma como parte de un sistema más amplio, tomando conciencia de que las relaciones que en éste tienen lugar no son resultado sólo de la acción de algunos, sino que, por el contrario, cada miembro participa en la construcción de la realidad del sistema familiar en una cadena de acciones y reacciones atravesada en todo momento por las fuerzas emocionales (Kerr y Bowen, 1988).

Cuando una persona no consigue verse a sí misma como parte del sistema, sólo pretende que sean los otros quienes cambien, pues no es capaz de ver su propia responsabilidad en el funcionamiento de éste como un todo. Por el contrario, si el individuo se ve a sí mismo como parte de un sistema, es capaz de estar en contacto con los otros y de cambiar su sí mismo, ya que no atribuye sólo a los demás la responsabilidad de aquellos aspectos relacionales que le resultan displacenteros (Kerr y Bowen, 1988). Esto no significa cambiar bajo presión o por los otros, sino cambiar en base a un proceso personal; cambiarse a sí mismo de modo de poder interrumpir el circuito de retroalimentación que perpetúa las relaciones disfuncionales. El individuo toma conciencia de la parte que él juega en la creación de cada situación y asume que lo que sucede se debe en parte a su propio funcionamiento, y que, en consecuencia, cambiar la

situación implica un cambio en su manera de funcionar y no exigir un cambio en las otras personas.

“En la terapia sistémica hablamos de mejorar el nivel de diferenciación. Si logramos controlar la ansiedad y nuestra reacción frente a la ansiedad, el nivel funcional mejorará. Más allá de esto creo que es posible, trabajando periodos prolongados, aumentar también de algún modo el nivel básico” (Bowen, 1976c, p. 198). De cualquier forma, la diferenciación del sí mismo se constituye como un proceso que tiene lugar durante toda la vida y que exige un esfuerzo permanente por ser consciente del propio rol en las relaciones de las cuales se participa. Un cambio en el nivel básico de diferenciación, en sentido amplio, implica tratar de conocer todos aquellos patrones que resultan importantes en el funcionamiento del sí mismo. Para lograr esto es necesario que el individuo pueda apreciar y ser consciente de estos patrones tanto en sí mismo como en su sistema relacional multigeneracional (Titelman, 1998b).

En el proceso de cambio se comienza a "ver" la operación de la emocionalidad en el sí mismo y en los demás, teniendo claro que una acción particular creará reacciones en los otros y que las acciones de los otros también tienen repercusiones en el propio funcionamiento; solo que, cuando ha tenido lugar un aumento en el nivel básico de diferenciación, el individuo es cada vez más capaz de diferenciar entre las reacciones emocionales y aquellas en las cuales, si bien participa la emoción, la subjetividad y los aspectos cognitivos, ninguno de ellos invade o impide el funcionamiento de los otros, permitiendo que el individuo tenga un funcionamiento más determinado desde sí mismo que desde las exigencias emocionales del sistema. Es, como lo dice Bowen, "hacer lo que tú dices y decir lo que tú haces", vivir objetivamente, enfocarse en los hechos, crear una consistencia que conduzca a una profunda tranquilidad en el sí mismo respecto de los otros (Titelman, 1998b).

Este esfuerzo por lograr ser un sí mismo más autónomo debe ser realizado primariamente respecto a la familia de origen, abordando el apego irresuelto que permanece respecto a ésta, pues es en dicho sistema donde existe una mayor demanda emocional para el individuo y donde se generaron los patrones de funcionamiento y relación que repite a lo largo de su vida (Kerr y Bowen, 1988).

2.3.2 Objetivos

Los objetivos de la teoría de Bowen, y de su modelo terapéutico, guardan relación con la creación de un ambiente en el cual el cambio es posible; entendiendo al cambio en un sentido amplio, tal y como fue descrito anteriormente, es decir, abarcando modalidades que van desde el alivio sintomático y la disminución de la ansiedad en una situación dada hasta la consecución de cambios sólidos en el nivel de diferenciación del sí mismo⁸. La creación de un ambiente propicio para que el cambio pueda tener lugar implica la consideración de la psicoterapia como un espacio que provee a los individuos la oportunidad de aprender sobre el funcionamiento humano en general y sobre el propio funcionamiento en particular (Andolfi y de Nichilo, 1979; Bowen, 1966; Titelman, 1998b).

Ahora bien, en la medida que el individuo avanza en el conocimiento y comprensión del sí mismo y del sistema relacional en el cual se encuentra inmerso, es capaz de trabajar en el cambio de los viejos patrones, diferenciándose cada vez más. En este sentido, si bien el alivio sintomático y la disminución de la ansiedad constituyen cambios en sí mismos, gracias al proceso que con esta clase de cambios se inicia -en términos de que los miembros de la familia logren una mayor experticia tanto en el conocimiento de ellos mismos como del sistema- es posible avanzar hacia la consecución

⁸ Para una mayor comprensión en lo que respecta a la diferenciación del sí mismo y de los niveles en que ésta se expresa ver punto 3.2.3 y 3.4.

de cambios sólidos en el nivel de diferenciación. Además, estos cambios dejan de ser sólo objetivos terapéuticos para convertirse en una meta en la vida de aquellos individuos interesados en alcanzar un funcionamiento más autónomo. Tal como es señalado por Andolfi y de Nichilo (1979):

El objetivo terapéutico es el que, a través de la comprensión de las reglas y del modo de funcionar del sistema en su totalidad, la familia se convierta en una experta, capaz de lograr, no sólo restablecer el equilibrio en los momentos de crisis aguda, sino también en situaciones similares de tensión que eventualmente se pueden repetir con el paso del tiempo. En este sentido, el terapeuta asume una función principal, la de preparar a la familia para pensar en sí misma en términos relacionales y sistémicos, más que para reaccionar en un nivel meramente contradictorio y sensitivo. (p. 12)

De lo anterior se desprende que, si bien existen una serie de objetivos intermedios, el objetivo más importante para el modelo terapéutico de los sistemas familiares es ayudar a los miembros de la familia a mejorar el nivel de diferenciación del sí mismo, definiendo claramente su individualidad respecto a la unidad emocional multigeneracional, lo cual pasa por un proceso de observación, conocimiento y valoración más consciente del sí mismo real en las relaciones personales con los demás (Andolfi y de Nichilo, 1979; Bowen, 1965b, 1966, 1967b, 1971-1972, 1975, 1976a; Titelman, 1998b).

2.3.3 Rol del Terapeuta

En el contexto de la Teoría de Bowen, el terapeuta no ha de ser entendido como un sanador o protector de la familia o individuo que entra en disfunción, sino más bien como un asesor y/o supervisor del trabajo de las familias e individuos en pos de alcanzar el cambio hacia un mejor nivel de funcionamiento. Esta noción se relaciona con la idea de

Bowen de que el cambio sólo puede ser alcanzado a partir de un esfuerzo personal en el que cada cual se responsabiliza por su propio proceso de cambio; no es posible trabajar esperando que sean los otros quienes cambien, pues esto sería absolutamente contrario a los principios de la diferenciación (Bowen, 1966, 1971b; Kerr y Bowen, 1988).

La idea que sustenta esta visión del rol del terapeuta, es que la mayor parte del aprendizaje y del cambio se consigue cuando las personas trabajan por alcanzar sus objetivos y son conscientes de que el avance hacia la consecución de los mismos depende estrictamente de ellos (Bowen, 1971-1972). Además, en la medida que cada individuo se hace responsable de su propio proceso de cambio se está propiciando un funcionamiento en un nivel más diferenciado; por el contrario, cuando es el terapeuta quien se hace cargo de la situación y funciona como un “sanador”, sucede lo opuesto, ya que de ese modo está generando un funcionamiento dependiente en el cual el individuo espera que sean los otros quienes tomen las decisiones por él, evidenciándose un funcionamiento donde lo que predomina es la juntidad y la poca diferenciación.

El hecho de que se conciba al terapeuta más como un entrenador o asesor, no significa que este sea un proceso fácil de realizar para el profesional, sino que, muy por el contrario, permanentemente se pone en juego la capacidad del terapeuta de ser conciente de su propio funcionamiento emocional, procurando que éste no interfiera en su labor profesional (Bowen, 1967b). De todas formas a pesar de concebirse como un proceso que depende del esfuerzo del consultante es el terapeuta quien desde la teoría define el sentido que debe seguir el proceso, es decir, quien establece las áreas fundamentales o puntos nodales que debieran ser trabajados para alcanzar un nivel más alto de diferenciación.

Se considera que una parte importante del proceso de formación para la práctica clínica, es el trabajo del terapeuta con su propia familia de origen “...normalmente el terapeuta sufre en su propia familia precisamente los mismos problemas que están

presentes en las familias que atiende profesionalmente y tiene la responsabilidad de definirse en su propia familia si es que quiere funcionar adecuadamente en su trabajo profesional” (Bowen, 1967b, p. 186).

En la medida que el terapeuta ha trabajado respecto al apego emocional con su familia de origen, es posible que logre un mayor nivel de diferenciación, siendo capaz de mantener un funcionamiento más autónomo en el cual logra distinguir entre los aspectos cognitivos, afectivos y emocionales que modulan su funcionamiento frente al sistema consultante⁹; esto, a su vez, permite que aumente el grado de objetividad y neutralidad frente a cualquier intento de fusión o corte emocional desde la familia clínica, reafirmando permanentemente una actitud que invita al cliente hacia la diferenciación. (Bowen, 1975; Kerr, 1981a; Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b). “Cuando un terapeuta mantiene un grado razonable de autonomía emocional o diferenciación con una familia, su funcionamiento puede ser un estímulo para que los miembros de la familia se enfoquen menos en los otros y sean más responsables por ellos mismos” (Kerr y Bowen, 1988, p. 283)

La adopción de una postura más neutral y objetiva permite que el terapeuta este más abierto a cada uno de los miembros de la familia siendo equitativo con todos ellos (Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b), “(...) el terapeuta de enfoque contextual, es un guía que no toma una posición rígida frente a los consultantes y su problemática. Su tarea es la de mantener una actitud de *parcialidad multidireccional*. (...) El terapeuta hace empatía con cada miembro de la familia y se compromete con la posición ética de cada uno de ellos” (Salgado y Alvarez-Schwarz, 1990, p. 390).

Mientras mayor sea la tensión familiar, y por tanto las fuerzas emocionales que invitan al terapeuta a realizar alianzas y coaliciones fusionándose con la unidad emocional

⁹ En el presente estudio se utilizarán indistintamente los términos consultante, cliente y paciente, sin realizar distinciones en cuanto a sus implicancias teórico-prácticas.

familiar, más necesario es que el terapeuta permanezca activo en su habilidad para definirse a sí mismo respecto a la unidad emocional (Bowen, 1975; Meyer, 1998).

De lo anterior se desprende que el éxito de la terapia estará dado por la capacidad del terapeuta de establecer y mantener una relación significativa con la familia sin quedar atrapado emocionalmente en el sistema familiar, es decir sin ser triangulado por las demandas emocionales (Bowen, 1975, 1976a; Kerr y Bowen, 1988). Aquí “un tono de voz calmado y una concentración de la atención en los hechos más que en los sentimientos contribuyen a conservar incluso un clima emocional. Los desplazamientos hacia la diferenciación del self normalmente no son posibles dentro de un campo en tensión” (Bowen, 1975, p. 44.)

En resumen, la Teoría desarrollada por Bowen plantea que el terapeuta se constituye como un experto en la comprensión de los sistemas familiares, partiendo desde su propia familia de origen, a la vez que en un colaborador que ayuda a crear un ambiente menos ansioso en el que sea el propio sistema consultante el que restablezca su equilibrio funcional (Bowen, 1966).

2.3.4. Orientación Temporal de la Terapia

El trabajo terapéutico propuesto desde este enfoque teórico, se encuentra orientado al presente del sistema consultante, es decir, a la realidad que es experimentada aquí y ahora por la familia y por cada individuo que la compone.

Sin embargo -y es aquí donde se encuentra la principal diferencia entre las teorías multigeneracionales y el resto de las teorías psicológicas que se enmarcan en un pensamiento sistémico-, se considera que para lograr abordar los aspectos disfuncionales del presente es necesario mirar la historia relacional del sistema abarcando la mayor cantidad de generaciones posibles. Aquí vale destacar que lo relevante no es volver atrás,

sino mirar la propia historia en un intento de aclarar cómo es que ésta ha ido configurando los patrones relacionales actuales de modo que el sistema pueda trabajar respecto a estos patrones en el aquí y el ahora pero con la conciencia de cómo es que se han manifestado antes, lo que se constituye como una herramienta útil para no quedar atrapado y caer en la repetición de los mismas dinámicas que ya tuvieron lugar (Bowen, 1984 citado en Titelman, 1987).

La idea es que el individuo sea capaz de re-conocer su historia mirándola desde una óptica sistémica-relacional que considere la reciprocidad entre su funcionamiento y el de los otros significativos, asumiendo la propia responsabilidad en la construcción de la realidad individual y familiar, de modo que sea capaz de adoptar nuevas formas de relación, más conscientes y diferenciadas. “Reactivar procesos terminados tiempo atrás o interrumpidos en el seno de la respectiva familia de origen. Este volver atrás permite al que lo experimenta ir adelante en sus relaciones más significativas, con una realización de su sí-mismo diferente y más madura” (Andolfi y de Nichilo, 1979, p. 16).

2.3.5. Consideración de lo corporal

Existen varias dimensiones, estrechamente vinculadas entre sí, en las que la corporalidad es entendida como asumiendo un rol primordial en la Teoría de los Sistemas Familiares, la primera de éstas dice relación con que, tal y como ha sido explicado antes, el sistema emocional se relaciona directamente con los procesos celulares y somáticos del ser humano (Bowen, 1966). El cuerpo es conceptualizado como una unidad biológica que representa el substrato del sistema emocional, cualquier clase de problema somático refleja una alteración en el balance del sistema como un todo, además, en tanto sistema, el cuerpo también entra en relación con otros sistemas que influyen en su funcionamiento. En este sentido, se señala que si bien el substrato anatómico y fisiológico de la

emocionalidad se encuentra contenido dentro de los límites del organismo individual, gran parte del funcionamiento emocional del organismo es resultado de sus relaciones con otros organismos y con el ambiente (Kerr y Bowen, 1988)

Una segunda dimensión, totalmente ligada a la anterior, corresponde a la explicación que se da a procesos corporales disfuncionales tales como el cáncer, la soriasis o cualquier otra clase de enfermedad. A este respecto se han realizado algunas investigaciones que han buscado analizar los procesos disfuncionales somáticos a la luz de la teoría desarrollada por Bowen, así Michel Kerr, tomando el cáncer y la soriasis como modelos, ha planteado que las enfermedades físicas, al igual que los desordenes psicológicos y comportamentales, son manifestaciones de un desequilibrio en las fuerzas emocionales que operan en la familia. Esto no quiere decir que se niegue la participación de factores específicos como ciertas bacterias o cualquier otra clase de agente patógeno, sino más bien que la enfermedad es el resultado de la interacción entre muchas variables entre las cuales se ha de considerar el funcionamiento emocional del individuo –y por ende de su sistema familiar-, de modo que así como es necesario que exista un determinado agente patógeno también debe existir cierta vulnerabilidad, que puede estar dada por altos niveles de ansiedad, para que se genere la enfermedad (Kerr 1981, 1992).

Estos postulados buscan mostrar la existencia de un paralelismo entre lo que sucede a distintos niveles –ámbito social, familiar, somático, etc- tal y como es planteado por la Teoría General de Sistemas al señalar que es posible establecer ciertos principios comunes en el funcionamiento de los sistemas en general y más aún en el caso de los sistemas vivos (Von Bertalanffy, 1980). Sin embargo, Kerr es enfático al señalar que su propuesta es sólo un intento por comprender la enfermedad desde una lógica sistémica y que de cualquier modo aún es necesaria mucha investigación al respecto para obtener resultados más concluyentes.

En terapia, sin embargo, no se trabaja directamente con la corporalidad en el sentido por ejemplo de terapias tales como las desarrolladas por terapeutas como Lowen, Reich, etc., pues se considera que en la medida que aumente el nivel de diferenciación del individuo –generándose un funcionamiento más autónomo y menos fusionado entre los sistemas emocional, afectivo y cognitivo-, esto inmediatamente tendrá efectos positivos a todos los niveles incluyendo por supuesto lo corporal.

En este sentido, la intervención terapéutica sigue la lógica sistémica según la cual un cambio generado en una parte del sistema inmediatamente gatilla cambios en el resto de las partes, no siendo necesario que la intervención se dirija a todos los niveles, lo que a su vez permite privilegiar y profundizar más en ciertos aspectos, sabiendo que esto no significa que los demás no sean relevantes o dignos de consideración, sino que es una forma que permite optimizar el trabajo y sus resultados.

2.3.6. Diagnóstico

Tanto en el desarrollo de su teoría como en el curso de su práctica clínica, Bowen se manifestó contrario a la realización de diagnósticos diferenciales o discretos que ubican a los individuos en categorías totalmente independientes y cualitativamente distintas. La propuesta desarrollada por Bowen implica un diagnóstico basado en la percepción de los problemas emocionales a lo largo de un continuo en el cual las diferencias entre individuos, entre familias, y entre salud y enfermedad son cuantitativas (Bowen, 1966, 1973-1974; Titelman, 1998b).

Desde la Teoría de los Sistemas Familiares, a la hora de establecer un diagnóstico lo esencial es lograr una comprensión lo más completa posible del funcionamiento de los individuos en el marco del sistema familiar como un todo considerando múltiples generaciones. El propósito es la realización de una evaluación familiar en la cual se

realiza el diagnóstico al mismo tiempo que se utiliza esta misma evaluación para comenzar las intervenciones dirigidas al cambio en el sistema. Esta evaluación contempla distintas áreas de exploración y enfatiza las interrelaciones entre ellas y el carácter dinámico de las mismas, es por este motivo que la evaluación constituye un ejercicio que adopta una perspectiva histórica centrada en los procesos familiares antes que en los contenidos y en la variabilidad que presenta el funcionamiento familiar (Kerr y Bowen, 1988).

Kerr y Bowen (1988) proponen un formato de evaluación familiar que considera la historia de la presentación del problema, la historia de la familia nuclear, y la historia del sistema familiar extenso. Simultáneamente, utilizando la información obtenida en la exploración de la historia, se realiza construcción del diagrama familiar multigeneracional, a partir del cual se van estableciendo las principales características del sistema.

Durante la construcción del diagrama el énfasis se sitúa en los patrones relacionales que tienen lugar entre los distintos miembros de la familia, por ello se van explorando los principales triángulos, las relaciones fusionadas, los cortes emocionales, la posición en la fratría, los eventos estresores, la reactividad emocional, el nivel de adaptatividad familiar e individual, la disponibilidad de relaciones con la familia extensa, la coincidencia de fechas, acontecimientos, etc., en fin se van explorando todas las regularidades e interrelaciones entre los distintos componentes del sistema extendido (Kerr y Bowen, 1988). Esta clase de evaluación, al poner el foco en la historicidad del funcionamiento actual del sistema, permite una estimación más precisa del nivel de diferenciación básico de los miembros y de la familia en su totalidad (Titelman, 1998a).

Por último, la realización de una evaluación familiar en profundidad otorga herramientas y ventajas al quehacer clínico, ya que permite desintoxicar el problema al contextualizarlo multigeneracionalmente, facilita la comprensión de las relaciones entre el curso de los síntomas y los procesos emocionales familiares, permite determinar cuáles

son los miembros del sistema más motivados a trabajar, aumenta la exactitud del pronóstico y permite una elección más óptima del foco de intervención (Titelman, 1998a).

2.3.7. Estrategias

Bowen desarrolló una teoría enfocada en el funcionamiento humano en el contexto de los sistemas naturales y la evolución y, a partir de ésta, proporcionó un mapa que guía la práctica clínica de una manera flexible enfatizando recurrentemente que lo esencial es el manejo sólido de la teoría, desprendiéndose de modo natural el quehacer terapéutico orientado a la diferenciación del sí mismo (Titelman, 1998b).

Dado lo anterior, una sistematización respecto a las estrategias, las técnicas y las herramientas exige incorporar los aportes de otros autores como Titelman, Meyer, Andolfi, y Angelo quienes han desarrollado propuestas de intervención clínica considerando la Teoría de los Sistemas Familiares.

Es relevante señalar que la distinción entre estrategias por una parte y técnicas y herramientas por la otra, se realizará en función de lo ineludibles que resultan en el proceso terapéutico, es decir, se incorporará dentro del apartado de estrategias aquellas actitudes y acciones del terapeuta que constituyen elementos u orientaciones básicas de su intervención clínica y que son similares en cualquier proceso terapéutico. Algunas de las estrategias mencionadas, como la posición yo o el establecimiento de relaciones persona a persona, bien podrían ser calificadas como técnicas sin embargo serán entendidas como estrategias dada su universalidad en la terapia basada en la Teoría de los Sistemas Familiares.

Considerando que el fin último de la terapia basada en la Teoría de Bowen es provocar cambios orientados a aumentar el nivel de diferenciación del sí mismo, es posible establecer ciertas directrices que guiarán el proceso. En este sentido, se plantea

que “La terapia basada en la teoría de los sistemas familiares, no importando la naturaleza del problema clínico, es siempre guiada por dos principios básicos: (1) una reducción de la ansiedad aliviará los síntomas, y (2) un incremento en el nivel básico de diferenciación mejorará la adaptatividad” (Kerr y Bowen, 1988, p. 327).

El periodo inicial de la terapia estará orientado a la reducción de la ansiedad y una vez logrado esto el esfuerzo terapéutico básico será facilitar la diferenciación del sí mismo, de todas formas vale destacar que existe una retroalimentación entre el nivel de ansiedad y el nivel de diferenciación, de modo que el trabajo en una de estas áreas potenciará inmediatamente el de la otra (Kerr y Bowen, 1988).

El foco terapéutico estará puesto en las relaciones que, a juicio del terapeuta, son las más relevantes a la hora de reducir la ansiedad e incrementar la diferenciación; de todos modos este foco es flexible y puede ir variando a lo largo de la terapia en función de las necesidades del sistema consultante (Kerr y Bowen, 1988)

La elección de las relaciones que constituirán el foco terapéutico se realizará en función de los acontecimientos recientes y de la historia del sistema familiar, y a partir de esto se decidirá la realización de terapia individual, de pareja o de grupo familiar; de todos modos la mayoría de las veces el foco estará puesto en el apego irresuelto de los padres de la familia consultante en relación a sus propios progenitores, aún cuando el paciente índice pertenezca a la tercera generación (Kerr y Bowen, 1988).

Con el objetivo de reducir la ansiedad y aumentar el nivel de diferenciación de los involucrados, el terapeuta incitará al consultante a iniciar un proceso de *destriangulación*, el cual corresponde a desarrollar la capacidad de apreciar las propias respuestas emocionales automáticas que tienen lugar en el contexto de los triángulos en los que se participa, el individuo va asumiendo la propia responsabilidad en las interacciones y controlando su participación emocional automática en las mismas. El individuo toma conciencia de los triángulos de los que forma parte, aprende a mirarse a sí mismo y a su

familia siendo capaz de pensar de manera más neutral y de mantener su reactividad emocional bajo un control razonable (Bowen, 1967b, 1971-1972, 1976a; Kerr, 1981a; Kerr y Bowen, 1988; McGoldrick, 1995 en Luna, Portela y Rojas, 2003, Meyer, 1998).

Cuando un individuo avanza en su destriangulación incrementa su habilidad para permanecer neutral frente a las interacciones que se dan entre otros miembros de la familia, para considerar todas las perspectivas al tomar posición frente a un asunto, y para ser conciente del rol de su propia subjetividad en sus nociones de lo que es correcto o adecuado (Bowen, 1975, 1976a; Kerr y Bowen, 1988; McGoldrick, 1995 en Luna, Portela y Rojas, 2003, Meyer, 1998).

Un aspecto importante para que la destriangulación tenga éxito es que el individuo se mantenga en contacto emocional con su familia. La actitud neutral del individuo sin desconectarse de los otros dos miembros del triángulo conduce a que la tensión entre estos últimos desaparezca, lo que, a su vez, conlleva a un lento proceso de diferenciación entre el funcionamiento emocional y cognitivo. Esto además permite que cuando se logra modificar un triángulo central en la familia, todos los demás triángulos familiares se modifiquen automáticamente sin necesidad de que otros miembros participen en terapia. En general, el terapeuta orientará el trabajo a los triángulos familiares más importantes, ya que el trabajo respecto a los triángulos periféricos es más fácil de ignorar por parte de la familia y, por ende, es menos productivo (Bowen, 1967b, 1971-1972, 1975, 1976a; Kerr, 1981a).

La destriangulación es un proceso complejo, ya que ante cualquier cambio que altere el balance entre las fuerzas de juntidad e individualidad, el sistema familiar se activa automáticamente para restaurar el equilibrio anterior. Esta pauta es tan previsible que la ausencia de una reacción emocional es una prueba evidente de que el empeño diferenciador no tuvo éxito. En la reacción familiar a la diferenciación se pueden predecir tres pasos: a) “Estas equivocado”, o alguna versión parecida; b) “Vuelve al principio”, que

puede ser comunicado de varios modos; y c) “Si no lo haces, estas son las consecuencias” (Bowen, 1967b, p.212).

Si el individuo que es capaz de seguir adelante sin defenderse o contraatacar, la reacción emocional familiar suele ser breve y los otros entonces expresan aprecio por el esfuerzo realizado; consecuentemente, el terapeuta debe acompañar y guiar al individuo a través de este proceso incitándolo a mantener firme su posición de neutralidad y evitar ser envuelto por el sistema emocional (Bowen, 1967b).

Para que la destriangulación, la disminución de la ansiedad y la diferenciación se produzcan, simultáneamente, el individuo debe establecer relaciones *persona a persona* con cada uno de los miembros de la familia. Una relación persona a persona está concebida como un ideal en el que dos personas pueden comunicarse libre y espontáneamente sobre todo tipo de asuntos personales sin necesidad de involucrar a otros ni de aludir a temas impersonales cuando la ansiedad aumenta (Bowen, 1967b, 1971-1972; Titelman, 1998).

El establecimiento de relaciones persona a persona ayuda a avivar las relaciones familiares, permite reconocer las pautas de interacción y estimula una respuesta familiar más vivaz frente al esfuerzo de diferenciación, lo que lo hace aún más efectivo (Bowen, 1967b).

Otro aspecto importante que debe ser estimulado en el curso de la terapia es el desarrollo de una *posición yo* de parte del individuo, es decir, la capacidad de definir autónomamente las propias posturas y creencias y de actuar coherentemente con ellas a pesar de las presiones emocionales para seguir las directivas del grupo (Bowen, 1967; Meyer, 1998). “las fuerzas [de juntidad] hacen hincapié constantemente en la unión utilizando el ‘nosotros’ para definir lo que ‘nosotros pensamos o sentimos’ [...] Las fuerzas diferenciadoras ponen énfasis en el ‘yo’ [...] en términos de, ‘Esto es lo que pienso o creo’ y, ‘Esto es lo que haré o no haré’” (Bowen, 1967b, pp. 211-212).

Todos estos esfuerzos deben ser guiados por el terapeuta quién juega un rol de entrenador o instructor, ya que éste es capaz de mantenerse relativamente destriangulado de la emotividad del sistema familiar, es decir, tiene la habilidad para mantener una posición neutral frente a los requerimientos de juntidad que le hacen los distintos miembros del sistema (Bowen, 1971-1972, 1976a).

El terapeuta es capaz de observar el papel que juega cada individuo en la trama multigeneracional de la familia, de ser conciente de los detalles de lo que cada participante dice y hace sin dejarse llevar por las respuestas emocionales y sentimentales y manteniendo en todo momento una perspectiva sistémica de la familia. En consecuencia, se constituye en un aporte que invita a flexibilizar las posiciones que cada miembro tiene en el sistema (Bowen, 1967b).

El terapeuta asume una “posición yo” e invita a los miembros de la familia a hacer lo mismo, su actitud en el curso de la terapia se constituye en un ejemplo que muestra que es posible mantener un funcionamiento diferenciado (Kerr y Bowen, 1988). El terapeuta asume una “posición yo” caracterizada también por una atmósfera cálida, en la cual debe oscilar entre interiorizaciones en el conflicto del sistema familiar, influenciando los procesos interaccionales, y un alejarse para asumir una posición de observador “externo” (Andolfi y Angelo, 1991).

El terapeuta entra al sistema familiar para recolectar la información necesaria e intervenir oportunamente pero simultáneamente se mantiene en un metanivel donde es conciente de su ejercicio y de las relaciones que se están estableciendo y observando (Andolfi y Angelo, 1991).

Adicionalmente, el terapeuta brinda una serie de recomendaciones que permiten optimizar el esfuerzo del consultante, es así como, por ejemplo, lo incita a visitar frecuentemente a su familia de origen, especialmente en ocasiones como aniversarios, bodas, cumpleaños, enfermedades, entre otras, ya que es en dichas oportunidades

cuando existe una mayor fluidez emocional y el sistema se encuentra más proclive a la discusión de cuestiones cargadas emocionalmente o al cambio. “La diferenciación no puede tener lugar en el vacío. Tiene que ocurrir en la relación con los otros, en torno a cuestiones importantes para ambas personas” (Bowen, 1967b, p. 213)

En síntesis, las estrategias del proceso terapéutico se orientan hacia los objetivos fundamentales de la terapia más allá del alivio sintomático y es posible sistematizarlas como el asesoramiento que el terapeuta realiza para que el individuo consultante transite por las siguientes etapas (Titelman, 1998):

- a) Comprensión del rol que tiene el sí mismo en el contexto del sistema emocional multigeneracional. En esta etapa se produce una disminución de la ansiedad aguda y de los síntomas.
- b) Esfuerzos para modificar la posición del sí mismo en el sistema familiar, en términos de flexibilización de los triángulos, posiciones funcionales y patrones relacionales en general, desarrollo de una posición yo y establecimiento de relaciones persona a persona.
- c) Enfrentamiento a la reacción de la familia a los esfuerzos de diferenciación sin dejarse envolver por las fuerzas emocionales que reclaman el regreso al equilibrio anterior.
- d) Expansión de los esfuerzos de diferenciación a otros miembros de la familia.

2.3.8. Técnicas y Herramientas

En general, Bowen evita discutir acerca de las técnicas terapéuticas, pues cree que se corre el riesgo de caer en una tecnologización de la terapia olvidando la base teórica planteada para el funcionamiento familiar. Sin embargo, algunos de sus seguidores han planteado que en la medida que la teoría de Bowen describe con

exactitud el funcionamiento humano, entonces ésta ha sido un camino para discutir las técnicas terapéuticas basadas en la teoría sin llegar a ser una orientación individual o dirigiéndose a las técnicas separadamente de la teoría (Meyer, 1998).

El primer paso que el individuo debe dar en la terapia es aceptar su propia inmadurez comprendiendo sus propios patrones de funcionamiento y los de su familia multigeneracional (Meyer, 1998), para ello una herramienta fundamental utilizada es el diagrama familiar multigeneracional, ya que éste se configura como una representación gráfica que entrega, tanto al terapeuta como a los consultantes, una rápida gestalt que incorpora información acerca de la estructura familiar, la adaptación al ciclo vital, las pautas vinculares y los triángulos, la repetición de las pautas relacionales a través de las generaciones, los eventos estresores y el funcionamiento familiar frente a los mismos, y el equilibrio y desequilibrio familiar (Kerr y Bowen, 1988; Mc Goldrick y Gerson, 2000).

El uso del diagrama familiar constituye un método no intrusivo que permite una aproximación progresiva a los puntos neurálgicos de la dinámica familiar y que puede ser mostrado a los consultantes facilitando su comprensión de las pautas relacionales y del rol de cada miembro en la familia como un todo (Mc Goldrick, 2000). Además, el uso de esta herramienta facilita el cuestionamiento sistémico del funcionamiento familiar permitiendo al terapeuta, tal como lo señala Bateson (1978) introducir una información que hace la diferencia, orientando a la familia hacia una perspectiva sistémica donde el problema y la historia familiar adquieren nuevos significados (citado en Salgado y Alvarez-Schwarz, 1990)

Tanto durante la construcción como en la interpretación o análisis del diagrama familiar el terapeuta va preguntando a cada individuo acerca de los pensamientos y opiniones que va experimentando al escuchar el relato de los otros. “El terapeuta indaga sobre pensamientos, ideas y opiniones y evita buscar sentimientos o respuestas subjetivas” (Bowen, 1975, p. 45).

Otras técnicas utilizadas y que se orientan a facilitar que cada miembro identifique su propia posición funcional y la de los demás al interior de la familia son las familias simuladas o “role playing”, y la técnica de “escultura”. Además, la técnica de “escultura” puede ser repetida a lo largo de la terapia reflejando los cambios y progresos ocurridos. Asimismo, se ha incorporado la utilización de la confrontación o comentarios paradójicos a fin de neutralizar las fuerzas emocionales presentes en un momento dado (Bowen, 1975).

Adicionalmente, es posible instruir al individuo en el uso de algunas técnicas que le permitan poner en marcha procesos de cambio al interior de su familia, sin embargo, estas técnicas sólo resultaran pertinentes una vez que el sujeto haya sido capaz de identificar los patrones relacionales presentes en sí mismo y en su familia, cómo es que éstos operan, cuáles de ellos resultan demasiado rígidos, y cómo responderá la familia y el mismo frente a los cambios que pretende implementar (Meyer, 1998).

Entre estas técnicas se propone incentivar al individuo a que sea especialmente cuidadoso de no hacerse cargo de aspectos que corresponden a otras personas, evitando asumir una posición de sobrefuncionamiento frente a los otros, ya que esto a su vez implica que el individuo se aleje de sus propios temas relevantes y de alguna forma eluda lo que es suyo a partir de sobreimplicarse con los demás¹⁰.

También, se señala el burlarse refiriéndose al uso del humor para tratar dilemas de modo que se disminuya la polarización permitiendo que las personas estén más relajadas y, por ende, les resulte más fácil pensar sobre los hechos y oír el punto de vista de los otros (Meyer, 1998).

Por último, se menciona la revocación o inversión que consiste en recurrir a un opuesto de lo que se siente o se quiere decir comunicando un mensaje que de lo contrario no sería oído (Meyer, 1998).

¹⁰ Esta técnica en el original en inglés recibe el nombre de “not mailing the other out”.

2.3.9. Alcances Clínicos: Promoción y Prevención

En el contexto teórico aquí abordado se han analizado los alcances en términos de las intervenciones psicoterapéuticas, pero nada se ha mencionado respecto a otras áreas que componen la psicología clínica tales como la promoción de la salud mental y la prevención¹¹ de los problemas relacionados con la misma. Sin duda, la Teoría de los Sistemas Familiares no posee una propuesta clara respecto a estos temas, razón por la cual sólo es posible realizar algunas inferencias iniciales que tal vez con más investigación podrían ser profundizadas.

Respecto a la promoción de la salud mental al ser entendida como la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y psicofisiológico, promoviendo la salud mental positiva, la calidad de vida y la reducción de las diferencias en expectativas de salud entre países y grupos (Hosman & Jané-Llopis, 1999, citado en Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004), es difícil considerarla sólo a partir de una propuesta teórica limitada, ya que existe la necesidad de abordarla desde un marco más amplio que involucra políticas públicas, aspectos éticos, filosóficos, sociales y económicos entre otros, razón por la cual si bien se considera deseable alcanzar propuestas al respecto aquí no serán abordadas en consideración a las limitaciones antes mencionadas.

La prevención, por otra parte, puede ser abordada en algunos de sus aspectos a partir de la Teoría de los Sistemas Familiares de Bowen, entre los cuales cabe considerar como relevante la idea de que la observación de las personas en su contexto,

¹¹ La prevención de los trastornos mentales está enfocada a "reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad" (Mrazek & Haggerty, 1994 citado en OMS, 2004, p. 17).

especialmente el de sus relaciones significativas, es una herramienta a la hora de establecer estrategias y acciones que potencien las relaciones de costo-efectividad. En este sentido, cabe señalar que, tal y como lo señala la teoría, las acciones dirigidas a algunos miembros de la familia, especialmente a los progenitores, tendrían el atributo de prevenir la incidencia y prevalencia de problemas de salud mental en el resto de los miembros familiares.

Lo anterior implica una relación directa y recíproca entre el ámbito del tratamiento y el de la prevención, ya que el tratamiento de unos se puede constituir en la prevención para otros tanto a nivel de trastornos psicológicos como físicos y sociales. Adicionalmente, y abandonando un poco el tema del tratamiento, parece posible llevar a cabo acciones destinadas a la prevención a partir de la promoción de estilos de vida saludables –considerando que la promoción va más allá y en cierta forma podría abarcar la prevención¹²-, lo cual puede partir de una mayor conciencia de los estilos de relación y de funcionamiento que poseen los individuos en los contextos que les resultan significativos, de manera que cuenten con más herramientas a la hora de relacionarse considerando las implicancias que tienen las propias acciones en los otros.

La consideración de estos aspectos conduce a la idea de que resulta relevante la inversión en términos de facilitar el acceso a los sistemas de salud, potenciando que los problemas sean abordados tempranamente con lo que se podría evitar en gran medida la transmisión multigeneracional de pautas de relación disfuncionales que, tal y como ha sido señalado desde la teoría, pueden terminar con consecuencias nefastas a medida que

¹² "Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (Hosman & Jané-Llopis 1999, citado en OMS, 2004)."

avanza el tiempo y que se implica a los hijos cada vez más en ellas a través de procesos como la triangulación y la proyección.

3. TEORÍA DE LAS EXPERIENCIAS PRIMALES

3.1 Epistemología

La importancia de la epistemología, definida como el conocimiento que se posee acerca de cómo se conoce, es relativamente nueva en el ámbito de las ciencias sociales. A partir del cuestionamiento del paradigma científico de las ciencias naturales, los psicólogos actuales, específicamente en lo que refiere a la psicoterapia, han comenzado a desarrollar nuevas visiones más acordes con su quehacer (Liss, 1996).

Desde la Teoría de las Experiencias Primales, que surge desde dos paradigmas distintos, a saber de los teóricos de las relaciones objetales y de teóricos humanistas experienciales, poco se ha desarrollado acerca de la epistemología en la que se sustenta. Esto se debe probablemente al periodo histórico en el que se comienza a configurar esta teoría, así como también al hecho de que los autores que la desarrollan son primordialmente clínicos. De este modo, tanto sus concepciones teóricas, como las observaciones y reflexiones de las que derivan, provienen directamente de su experiencia en la práctica psicoterapéutica, es decir, desde una teoría clínica.

Desde la perspectiva clínica de la Teoría de las Experiencias Primales, es importante mencionar que se hace relevante una visión fenomenológica del ser humano, en la cual la experiencia es el modo como se puede acceder al conocimiento del entorno y del sí mismo. De este modo, los psicólogos clínicos que sustentan esta teoría, en su práctica ponen énfasis en intentar acceder y validar la experiencia directa del cliente.

La concepción fenomenológica implica centrarse en la experiencia de las personas con su entorno, considerando que lo real debe ser comprendido en términos relacionales, ya que “la realidad debe ser entendida como una co-construcción que se produce entre el

observador y lo observado y, así, surge la necesidad de reconocer la existencia de innumerables realidades válidas” (Yontef, 1993, 1998, 2004, citado en Sassenfeld, 2005).

Es importante destacar, que si bien este énfasis en la experiencia es central dentro de la práctica clínica, en la teoría misma no se expresa de igual forma, ya que todo su cuerpo conceptual está basado en la existencia de un ideal de desarrollo al cual se aspira y en donde es definido un modo particular de avanzar hacia el crecimiento óptimo.

Finalmente, debido a la escasez en la literatura de autores que reflexionen acerca de la epistemología subyacente a la Teoría de las Experiencias Primales, se hace relevante en el futuro realizar un análisis de las bases epistemológicas de ésta teoría de modo de avanzar en la estructuración de un sistema teórico consistente, que se cuestione constantemente.

3.2 Fundamentos Teóricos

3.2.1 Orígenes de la teoría

3.2.1.1 Orígenes Psicoanalíticos

Las raíces de la Teoría Primal se pueden encontrar en los planteamientos iniciales de Freud, especialmente en el desarrollo e introducción del concepto de trauma infantil temprano como el responsable de la neurosis (Broder, 1976). Además de este concepto, junto a Breuer describieron y comenzaron a investigar el fenómeno de la catarsis emocional, el cual ya había sido desarrollado por antiguos pueblos aborígenes, como los Llanos, y más tarde por los Griegos (Bryan, 1974; Turton, 2001).

Sin embargo, en su desarrollo posterior Freud, modificó estos primeros planteamientos, considerando a las experiencias traumáticas como recuerdos que encubrían fantasías y deseos inconscientes de los niños generadas en lo que él llamó el complejo de Edipo, un momento clave en el desarrollo que iría desde los 3 a los 5 años de edad: “de este modo, desplazó el énfasis de la teoría psicoanalítica desde los traumas que padece el niño pequeño en las interacciones personales tempranas como punto de origen de la neurosis, hacia los conflictos intrapsíquicos” (Sassenfeld, 2001, p.2).

En relación al método de la catarsis, fue abandonado por Freud debido a que decidió desarrollar un método más intelectual y verbal para enfrentar su nuevo foco de interés basado en los conflictos intrapsíquicos (Turton, 2001) y en los fenómenos transferenciales que se producirían en la situación terapéutica (Grof, 2000 citado en Sassenfeld, 2001).

Más tarde, con el interés de Melanie Klein por el psicoanálisis de niños y sus contribuciones, hay un nuevo acercamiento a las etapas más tempranas del desarrollo y a las relaciones de objeto que ahí se establecen (Bleichmar & Leiberman, 1997).

Sin embargo, esta autora no se alejó de la teoría pulsional de Freud, por lo que “restó importancia, en un cierto sentido, a las experiencias vivenciales reales. La madre modula, dentro de cierto margen, las tendencias agresivas innatas. La criatura experimenta la realidad a partir de estas tendencias y la estructura psíquica es el resultado de una interacción en la que el medio tiene, por lo tanto, un papel relativo” (Bleichmar & Leiberman, 1997, p. 230).

Teóricos como Fairbairn, Guntrip, Balint y Winnicott, tomaron como punto de partida las ideas kleinianas acerca de las relaciones tempranas de objeto, pero a diferencia de ella, criticaron la teoría pulsional de Freud (Bleichmar & Leiberman, 1997), acercándose a la Teoría Primal (Khamisi, 1988). Así, Fairbairn (1962) expresa que “el principio primero del que derivan todas mis ideas especiales puede ser formulado en la

proposición general de que la libido no es primariamente búsqueda de placer, sino búsqueda de objetos” (pp.133-134).

El acento se desplaza de esta forma, desde una formación de la psiquis mediante conflictos internos, a otra en donde el medio temprano se puede considerar como un constituyente importante de ésta. En este sentido Guntrip (1965) señala que “el propósito de la teoría psicodinámica consiste en explicar la naturaleza y funcionamiento del individuo en el contexto de sus relaciones personales y tal como él mismo es configurado por éstas” (p. 30).

En general, lo que estos autores plantean es que es el medio el encargado de formar la estructura intrapsíquica, por lo que las madres o cuidadores primarios, con sus características reales juegan un importante rol estructurante, sobre todo debido a que el amor empático proveniente del medio ambiente es el que puede activar las potencialidades innatas de los sujetos (Fairbairn, 1962; Guntrip, 1965; Bleichmar & Leiberman, 1997).

Lo anterior cobra más relevancia en el contexto de la característica absoluta de la dependencia infantil considerada importante por Fairbairn (1962), Guntrip (1965) y Winnicott (1963). “El rasgo sobresaliente de la dependencia infantil lo constituye su carácter incondicional. El niño depende completamente de su objeto, no sólo para asegurar su existencia y bienestar físico, sino también para la satisfacción de sus necesidades psicológicas” (Fairbairn, 1962, p. 56). Por esta dependencia, el medio ambiente en el que se desarrolla el niño posee una gran relevancia en su desarrollo, ya que es el que le da o no la posibilidad de conformarse a sí mismo de tal o cual manera.

Otro aspecto relevante dentro del planteamiento de estos autores es la consecuencia de un cuidado o apoyo precario en los primeros años de vida. Balint propone el concepto de “falta básica”, Winnicott propone el de “falla ambiental” y Kohut el de “falla empática” y “fragmentación del self”. Para Balint, la psicopatología surge de

“algo” que les falta a los sujetos, lo que no fue entregado por el ambiente en los primeros años de vida. Esta falta estaría basada en una relación diádica temprana y preverbal (1979, citado en Bleichmar & Leiberman, 1997).

Para Winnicott, la falla ambiental que se produce cuando la madre no puede mantener un medio favorable para el desarrollo del niño, es percibida por éste como un ataque al núcleo de su self. El resultado de ataques continuados debido a constantes fallas ambientales es que el niño forme una coraza defensiva contra el medio hostil, surgiendo así el falso self, que al patologizarse reemplaza al verdadero self, dando paso a enfermedades de diversa índole (1963b, citado en Bleichmar & Leiberman, 1997).

Kohut propone que el self tiene un programa de desarrollo desde el nacimiento, el cual no puede desplegarse si los padres no proporcionan las condiciones adecuadas por medio de empatizar con el niño y sus potencialidades. La empatía aquí se refiere a una capacidad de los padres de reconocer, para luego espejear al niño lo que a éste le sucede, de modo que pueda ir reconociéndose y conformándose a partir de todas sus potencialidades. Cuando no se da un ambiente adecuado ocurriría una falla empática. Si además los padres han fallado al otorgar integridad al self en su surgimiento se producirá una fragmentación del self que dará paso a psicopatologías como la psicosis, los estados fronterizos, entre otros (1977, citado en Bleichmar & Leiberman, 1997).

Otro aporte desde la teoría psicoanalítica, es el comienzo de una consideración del trauma del nacimiento, realizada por Otto Rank (1924, citado en Bryan, 1974), quien llegó a considerar que éste originaba la totalidad del aparato psíquico a través de la ansiedad y represión primarias precipitadas por el parto. Planteó además que toda la conflictiva humana consistiría en el deseo central de regresar al útero y el temor que esto produciría (Guntrip, 1965). En relación a lo terapéutico, cuestionó el enfoque terapéutico verbal y sugirió que el énfasis debía ser experiencial, de modo que el paciente reviviera el trauma

del nacimiento, hecho fundamental para un tratamiento completo (Rank, 1929, citado en Grof, 1988; Bryan, 1974).

Todos estos planteamientos han aportado grandes puntos de referencia para el desarrollo de la Teoría Primal. Además, es importante mencionar que otros autores en la línea de la teoría de las relaciones objetales, que no serán revisados en el presente trabajo, han proporcionado importantes antecedentes, como Erikson, Spitz, Bowlby, Mahler y Kernberg (Sassenfeld, 2001). Por otra parte, es importante mencionar que se han establecido similitudes entre estos teóricos de la psicología del yo, con los postulados humanistas existenciales, sobre todo en su visión más positiva y fenomenológica del hombre, y en la búsqueda de una psicoterapia más comprensiva que aspire a la integridad del sí-mismo como una unidad (Tobin, 1990).

3.2.1.2 Humanismo Existencial y Movimiento Transpersonal

Junto a las raíces psicoanalíticas en la Teoría Primal, se encuentran importantes aportes e influencias desde la psicología humanista existencial y el movimiento transpersonal, que han configurado a la teoría desde un profundo acercamiento humanista (Bryan, 1974; Turton, 2001). Algunos autores relevantes que se revisarán a continuación son: Maslow, Rogers, Perls y Grof.

Entre los primeros teóricos humanistas, importantes para la Teoría Primal, se encuentra Abraham Maslow (Broder, 1976), quien aporta a ésta dos concepciones importantes sobre el hombre. En primer lugar, presenta necesidades básicas - necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor, de valoración y de realización personal- que buscan ser satisfechas (Maslow, 1963). Si esto no ocurriera la consecuencia sería la enfermedad: “[...] un hombre frustrado en alguna de sus necesidades básicas puede ser considerado un hombre enfermo. Del mismo modo, consideramos enfermedad la falta de

vitaminas o minerales. ¿Quién diría que la carencia de amor es menos importante que la de vitaminas?” (Maslow, 1963, p. 110).

Otro concepto importante de este autor, derivado del anterior, es la tendencia innata del hombre hacia la autoactualización, es decir a superarse cada vez más por medio del desarrollo de su potencial. En palabras de Maslow (1963), la autoactualización sería: “...la necesidad del hombre de ejecución total, es decir, la tendencia de llegar a hacer actuales todas sus potencialidades o posibilidades. Esta tendencia, podría ser definida como deseo de llegar a ser, cada vez más, lo que uno es” (p. 96).

De lo anterior, se desprende la importancia que le atribuye Maslow a las dimensiones positivas de la experiencia humana, lo que ha sido incorporado en la visión primal. Por otra parte, la búsqueda de la autoactualización se puede considerar una meta u objetivo en la terapia primal (Broder, 1976; Bryan, 1974): “La autoactualización es un proceso de por vida. En lo primal, creemos que cada uno de nosotros podremos encontrar nuestra propia vía hacia el camino de la autoactualización, a medida que las barricadas que formamos de niños (en orden de no sentir nuestro dolor) son removidas” (Broder, 1976, p. 11).

Por último, Maslow sentó las bases para una inclusión de lo transpersonal, al poner especial atención en las experiencias cumbres -momentos de extrema felicidad y plenitud, en los cuales hay una fuerte sensación de unidad-, su importancia para las personas y su estrecha relación con la autoactualización.

Carl Rogers por su parte, cambió radicalmente la relación terapeuta-cliente, ya que comenzó a considerarla como una relación entre dos seres humanos, propugnando la igualdad personal entre terapeuta y cliente (Olivos, 2002). Otro concepto relevante es el de aceptación incondicional, la cual es una actitud del terapeuta que permitiría al cliente sentir la libertad de compartir todas las partes de sí mismo con el terapeuta en una atmósfera de verdad y aceptación (Rogers, 1961 citado en Broder, 1976).

De esta manera, con los dos conceptos anteriores la psicoterapia propuesta por Rogers se centra en que “pretende hacer accesible al paciente su propia realidad, ponerla en sus manos, incrementar su autoposesión: liberarlo” (Olivos, 2002, p. 23). Esto, en terapia primal, es de vital importancia ya que sólo bajo estas condiciones –de aceptación incondicional y libertad- se puede promover el “soporte y seguridad que uno necesita para ser capaz de expresar los sentimientos irracionales que surgen cuando las defensas son quitadas” (Broder, 1976, p. 10).

Fritz Perls, fundador de la Terapia Gestalt, aporta a la Teoría Primal poniendo énfasis en el entendimiento de los patrones de la propia vida, la expresión de los sentimientos y la integración de todas las partes del sí-mismo (Bryan, 1974). Habrían, asimismo, principios de la Gestalt que se corresponderían con lo que sucede durante un proceso terapéutico primal (Broder, 1976), como por ejemplo, el énfasis en el presente (considerando la regresión primal como una vivencia actual), que las personas se permitan experimentar lo que les sucede en todo momento, expresar sin juzgar o interpretar, sentir el dolor tanto como el placer, y tomar responsabilidad por uno mismo en todo momento.

Por otra parte, Perls propone que la vida básicamente está compuesta por un número infinito de situaciones no terminadas, lo que serían “gestalts incompletas” (Bryan, 1974). En este sentido, Broder (1976) plantea que reviviendo el pasado, la terapia primal buscaría completar las gestalts que quedaron inacabadas antes de nacer, durante el parto y en la infancia, de modo que los sujetos queden habilitados para vivir totalmente en el presente, como lo propuso Perls.

En el ámbito de las técnicas, la Teoría Primal ha acogido varias de las técnicas utilizadas inicialmente en terapia gestalt como lo son: hablar con una persona significativa como si ella estuviera en la sala de terapia, o el método gestáltico de trabajo con los

sueños, en donde se trae un sueño a la sesión y se revive como si estuviera aconteciendo para encontrar el significado que hay en él (Broder, 1976).

Stanislav Grof también ha realizado importantes aportes a la Teoría Primal, incorporado evidencia que la apoya, así como también la ha influido principalmente con la importancia de la vida intrauterina y la noción de lo transpersonal (Rowan, 1988). Mediante el uso del LSD en sus terapias, encontró material que sustenta la importancia del periodo temprano de los seres humanos, así como también la relevancia única y fundamental del trauma de nacimiento (Grof, 1987).

Este autor planteó que los fenómenos emocionales y biológicos experimentados durante la vida intrauterina, y más tarde, en el nacimiento podrían representar una matriz para la futura psicopatología (Grof, 1987). “Los residuos emocionales y sensaciones físicas de situaciones que hayan amenazado la supervivencia o la integridad del organismo, parecen jugar un papel importante en el desarrollo de diversas patologías, todavía no reconocido por la ciencia oficial” (Grof, 1988, p. 120).

Asimismo, además del nivel habitual biográfico y del dominio perinatal, se encontraría el dominio transpersonal, lo que significa literalmente "más allá de la persona" o “superando lo personal” (Grof, 1987). Este dominio explicaría fenómenos como la identificación con otras personas, animales, plantas y con la Mente Universal o el Vacío, que ocurre en estados alterados de conciencia, así como otras experiencias que han sido descritas en distintas épocas en la literatura religiosa, espiritual y mística de diversos lugares (Grof, s/f).

Desde este escenario varios autores han vinculado en la teoría y práctica lo primal y lo espiritual, planteando que ambos son complementarios y ayudarían a alcanzar la meta que busca la terapia primal de desarrollo y evolución de la persona (Adzema, 1985), al mismo tiempo que las experiencias transpersonales y espirituales ayudarían a los seres humanos a recobrar su self verdadero (Rowan, 1983).

3.2.2 Concepción de Ser Humano

3.2.2.1 Necesidad y Dependencia

El ser humano, como todos los seres vivos, posee como característica principal la existencia de necesidades que debe satisfacer para mantener una homeostasis orgánica general (Janov, 1993; Maslow, 1963; Miller, 1985b; Trobe, 1999).

Estas necesidades son fisiológicas y psicológicas, y pueden ser ordenadas como lo hizo Maslow jerarquizadas y escalonadas de forma tal que cuando quedan cubiertas las necesidades de un orden es cuando se empiezan a sentir las necesidades del orden superior (Maslow, 1963). Existirían necesidades básicas deficitarias –es decir, que representan un déficit del organismo- caracterizadas porque su satisfacción impide la enfermedad y su insatisfacción alimenta la enfermedad (Maslow, 1989).

Estas serían: necesidades fisiológicas -alimentarse, beber agua, tener cobijo, etc.; necesidades de seguridad y protección; necesidades de pertenencia y amor -poder establecer relaciones íntimas con otros, ser aceptado como miembro de grupos, acceder a un ambiente familiar, entre otros-; y, necesidades de valoración -respeto a sí mismo, autovaloración, valoración y reconocimiento social- (Maslow, 1963). Una vez que estas necesidades están satisfechas, surgen las necesidades de desarrollo, en donde se busca la autoactualización, es decir, el desarrollo de todas las potencialidades presentes en el sujeto (Maslow, 1989).

De lo anterior se desprende la importancia de considerar las necesidades como fuente natural que guía al ser humano hacia el desarrollo. Al inicio de la vida, las necesidades son muy relevantes para los seres humanos ya que son el motor del futuro crecimiento, al mismo tiempo que deben ser satisfechas desde el exterior, debido a la

incapacidad del niño y del feto para autoproverse (Broder, 1976; Miller, 1985a; Janov, 1993).

Para hacerse adultos funcionales y tender hacia el desarrollo de todas sus potencialidades, los niños necesitarían alimento, ropa, refugio, protección, seguridad, amor incondicional, apreciación, respeto, estimulación, libertad de abuso físico, sexual y emocional, aceptación por lo que se es y libertad de expresar percepciones, sentimientos, creatividad y deseos (Janov, 1993; Miller, 1985a; Trobe, 1998; Turton, 2001).

Para Janov (1996) estas necesidades que surgen en los primeros años son las llamadas “necesidades primales”, las cuales serían la realidad central del niño. En estas necesidades el elemento subyacente es la necesidad de ser amado: “Cuando somos niños cada nueva necesidad en nuestro desarrollo debe ser satisfecha para sentirnos amados. El amor no es algo que esté por encima de la satisfacción de necesidades, sino algo que está contenido en tal satisfacción... Esto [amor] quiere decir entender primero lo que esas necesidades son, y luego satisfacerlas” (Janov, 1993, p. 5).

Esta demanda de amor, expresada a través de las diversas necesidades fisiológicas y psicológicas presentes en los niños –e incluso en los fetos-, ya había sido enfatizada por Winnicott (1960b), en la relación madre-hijo. En este sentido, el autor introduce el término *sostén*, con el cual se refiere a la necesidad de que la madre logre cuidar en forma global -tanto física como psicológicamente- al infante para que éste se desarrolle de forma óptima.

Desde estas necesidades que deben ser proveídas desde afuera, se llega a otro de los grandes temas humanos: la dependencia. La dependencia en los primeros años es incondicional, ya que el niño depende absolutamente de otro para asegurar su existencia y ese otro además está restringido a la madre o el padre, por lo que la sensación de pérdida de estos es vivida como devastadora (Fairbairn, 1962). El feto vive la dependencia de una forma más profunda todavía, ya que es sólo la madre la que lo puede

mantener con sus necesidades cubiertas, de modo que las carencias en esta etapa son muy amenazantes: “En el estado intrauterino, la dependencia se exhibe en su forma más extrema” (Fairbairn, 1962, p. 57).

Este estado de dependencia es el que posibilitaría el surgimiento de la neurosis (Guntrip, 1965), ya que al no poder autoabastecerse ni física, ni psicológicamente en la infancia, se producirán invariablemente momentos en los que las necesidades no se vean satisfechas, lo que producirá dolor y, al mismo tiempo, el surgimiento de defensas frente a este dolor (Janov, 1993; Trobe, 1998).

De este modo, se plantea que uno de los grandes conflictos en el ser humano es el de “dependencia-independencia” (Guntrip, 1962; Winnicott, 1963), y que el desarrollo emocional iría desde una dependencia absoluta hacia una dependencia madura, en la cual el adulto podría acercarse y alejarse de sus figuras significativas, sin la sensación de pérdida devastadora, al mismo tiempo que estaría capacitado para encontrar nuevos “objetos de afecto” (Fairbairn, 1962).

Winnicott (1960b) plantea que en el desarrollo del ser humano existirían tres pasos en el camino de la dependencia-independencia, en los cuales el sostén juega un rol articulador para que pueda existir un desarrollo emocional sano. A pesar de que el autor enfatiza que es necesario avanzar hacia la independencia, propone que no existiría nunca en su estado absoluto, ya que “El individuo sano no queda aislado, sino que se relaciona con el ambiente de un modo tal que puede decirse que él y su medio son interdependientes” (Winnicott, 1963, p.109).

El primer paso en este camino sería el de la dependencia absoluta en donde el niño no tiene conciencia de la necesidad que tiene de la madre o cuidador, sólo vive estados agradables o desagradables. En el segundo, la dependencia relativa, el niño ya tiene conciencia de que necesita a alguien para satisfacer sus necesidades y lo busca

activamente. Finalmente, el tercer paso sería “hacia la independencia”, el que comenzaría en la adolescencia y se extendería por el resto de la vida (Winnicott, 1960b, 1963).

Para Trobe (1998) cada persona, dependiendo de sus experiencias pasadas, quedaría fijada en un patrón de dependencia o en uno de independencia, el que permite alejarse y bloquear el dolor sufrido al no tener las necesidades cubiertas en un periodo de vida temprana. Estos patrones quedan al descubierto en las relaciones de pareja adultas, en donde cada cual juega un rol en lo que este autor denominó la co-dependencia: el independiente teme ser engullido y presionado y el dependiente le teme a ser abandonado, a la soledad y a la separación.

De esta forma, en la co-dependencia no se podría lograr una dependencia madura o una interdependencia con el medio, ya que no se han resuelto los patrones tempranos de dependencia infantil, y sólo se reacciona a ésta, o buscándola o evitándola. Esto es, una “[...] persistencia inconsciente en la personalidad adulta de un elemento demasiado fuerte de dependencia infantil” (Guntrip, 1965, p. 342), que generaría un mantenimiento de la dependencia inmadura o que llevaría a establecer defensas psíquicas contra ella, lo que podría desencadenar psicopatologías.

3.2.2.2 El Ser Humano: Tres Niveles de Conciencia

Arthur Janov (1993, 2000) conceptualizó la existencia de tres niveles de conciencia o “tres mentes” en los seres humanos, los cuales funcionarían paralelamente, e irían emergiendo en distintas etapas del desarrollo del sistema nervioso central.

Estas tres líneas de conciencia poseerían un correlato neuroanatómico distinto, lo que proporcionaría distintas características a su funcionamiento en relación a “[...] cierto tipo de memoria (los recuerdos son almacenados en diferentes estructuras cerebrales),

determinada cualidad experiencial y estrategias defensivas específicas para manejar eventos traumáticos” (Sassenfeld, 2001, p. 8).

Los tres niveles de conciencia son (Janov, 1993, 2000; Adzema, 1985; Rowan, 1988; Primal Therapy of Denver, 2003):

- a) Primera Línea de Conciencia o Conciencia Instintiva: En este nivel se encontraría la mente visceral, la que tiene acceso a las sensaciones físicas y se preocupa de la sobrevivencia del organismo, a través del control de funciones vitales como respirar, la actividad cardiovascular, sistema hormonal, procesos digestivos y urinarios, entre otros. Anatómicamente involucra las partes más primitivas del cerebro (cerebro reptiliano). Aquí no habrían diferenciaciones emocionales, ni menos lenguaje; sólo profundos sentimientos positivos o negativos. Surge en la vida intrauterina. La memoria que se almacena en este nivel se relaciona con los momentos en donde la supervivencia se vio amenazada y la ansiedad surgida de estos.
- b) Segunda Línea de Conciencia o Conciencia Emocional: Se comienza a desarrollar después del nacimiento y se relaciona con el establecimiento de apegos emocionales con figuras significativas. Este es el nivel en donde surgen los estados emocionales y los sentimientos profundamente sentidos, en donde aún ni el lenguaje, ni la cognición adquieren relevancia. Esta mente emocional, anatómicamente se encuentra en el sistema límbico, en donde se almacenan memorias relacionadas con profundos dolores emocionales.
- c) Tercera Línea de Conciencia o Conciencia Intelectual: La mente intelectual comienza a desarrollarse alrededor de los dos o tres años, y es la que organiza la experiencia a través de las funciones corticales superiores, integrando los dos niveles anteriores. Su función es otorgar significado a las sensaciones y sentimientos, al mismo tiempo que permite una interacción con el exterior

mediante la inhibición adaptativa de impulsos. Aquí el lenguaje es importante y está totalmente instaurado, siendo la memoria primordialmente verbal y mental. La estructura neuroanatómica responsable de este nivel es la neocorteza.

Aunque estos tres niveles de conciencia se encuentran interconectados por el cerebro, existen sistemas que controlan el traspaso de información de un nivel al otro, en parte como mecanismo defensivo (Janov, 1993). En este sentido no existiría la inconciencia, sino que distintos niveles de conciencia que pueden volverse inconscientes cuando una información no puede transitar por estos tres niveles, quedando parcialmente oculta (Janov, 1993, 2000).

Cada uno de estos niveles poseería memorias relacionadas con distintos tipos de experiencias dolorosas o traumas: traumas de primera línea, traumas de segunda línea y de tercera línea. Estos estarían asociados con una vivencia del dolor particular. Más adelante se explicará cada uno con más profundidad.

Por otra parte, Rowan (1988) plantea que cada uno de estos niveles conceptualizados por Janov, se corresponde con distintas tradiciones en psicoterapia; unas más centrada en las sensaciones, otras en las emociones y otras en el proceso intelectual y mental. Para Janov (1993), estos tres niveles de conciencia deben ser considerados en la psicoterapia, ya que el ser humano es una totalidad que funcionaría desde estas tres mentes de forma integrada, además de que ninguna de éstas podría hacer el trabajo de otra, de modo que si existe un daño debe ser tratado desde el nivel en el que fue provocado.

3.2.2.3 Verdadero y Falso Self

Cuando las necesidades primales fundamentales para el desarrollo de todo ser humano no son proveídas por los cuidadores (madre, padre u otro), se genera en el niño

un profundo dolor o herida primal (Janov, 1993, 1996; Rowan, 1988; Turton, 2001). Cuando el dolor es muy intenso –tanto que amenaza la vida del infante-, el organismo bloquea el estímulo doloroso, disociándose y rechazando la necesidad junto a todo lo relacionado con ella, haciéndola inconsciente (Broder, 1976; Janov, 1993, 1996; Turton, 2001).

De este modo, el organismo pierde contacto con la necesidad primal y surgen necesidades sustitutivas o simbólicas (Janov, 1993, 1996; Miller, 1985a). Así: “con cada necesidad reprimida, con cada frustración, el niño se cierra un poco más sobre sí mismo, hasta el momento que es más *irreal* que real” (Schützenberger & Sauret, 1980, p. 159). Este momento sería un giro crítico en que el niño se desconecta de forma global comenzando a funcionar de forma dual: el sí mismo irreal y el sí mismo real (Janov, 1996).

Este proceso va sucediendo en etapas, y llega un momento en el que las defensas del organismo terminan por construir esta barrera defensiva denominada falso self o yo irreal, que nos mantiene lejos del dolor –por la no satisfacción de necesidades-, al mismo tiempo que lejos del sí mismo real y de la verdadera capacidad para sentir y disfrutar la vida (Janov, 1993; Turton, 2001). Este es el llamado “proceso neurótico” (Janov, 1996).

El falso self consistiría en los rasgos de los que se apropia el individuo para defenderse, y al mismo tiempo, para que le permitan satisfacer sus necesidades primales no escuchadas, lo que por supuesto no se consigue, ya que lo que busca satisfacer el sí mismo irreal son las necesidades sustitutas y no las reales a las cuales no tiene acceso directamente (Broder, 1976).

Este concepto del surgimiento de un falso self periférico que protege y al mismo tiempo esconde al central y verdadero sí-mismo, puede encontrarse en distintos autores

con muy variadas denominaciones, tal como lo expresa Rowan (1988) en el siguiente cuadro¹³:

Writer	Peripheral	Central
Adler	Guiding fiction (Ficción guiada)	Creative self (Sí-mismo creativo)
Janov	Unreal self (Sí-mismo irreal)	Real self (Sí-mismo real)
Jung	Persona	Self (Sí-mismo)
Moreno	Conserved roles (Roles conservados)	Spontaneity (Espontaneidad)
Perls	Self-image (Imagen del sí-mismo)	Self (Sí-mismo)
Winnicott	False self (Falso sí-mismo)	True self (Verdadero sí-mismo)

Para Winnicott (1960a), sólo el self verdadero puede ser creativo y ser sentido por el sujeto como real. Por el contrario, la existencia de un sí mismo falso da por resultado una sensación de irrealidad o futilidad, la cual sólo comienza a desaparecer en el contacto con el sí mismo real. Desde el momento que se instaura el self falso “el infante tiene una membrana limitadora establecida, un exterior y un interior” (1960a, p. 194), la cual puede ser más o menos patológica dependiendo del nivel de defensas que el niño haya construido mediante este self falso.

¹³ Se mantiene el cuadro en su original en inglés, con el fin de destacar los nombres iniciales con los que se ha denominado a estos conceptos de sí mismo periférico y sí mismo central.

A pesar de las limitaciones que impone este self falso, éste en sus orígenes tuvo un importante rol protector, en donde defendió al self verdadero para que éste no se desintegrara y permaneciera como potencial (Winnicott, 1960a).

En relación a la mantención del falso self, Trobe (1998, 1999) plantea que luego del alejamiento del interior profundo y real de la persona, ésta comienza a vivir en una especie de burbuja, la cual se activa poderosamente cuando alguna situación en la vida adulta despierta sentimientos o sensaciones parecidas a las vividas en las deprivaciones originales. Esta burbuja –que contendría a nuestro niño interior herido- no sólo se volvería disfuncional y limitante (Trobe, 1999), sino que además sería la responsable de muchos de los problemas con los que debe lidiar el sujeto.

Asimismo, Winnicott (1960a) plantea que el falso self se establece como real y los observadores tienden a pensar que es la persona real, pero que en las relaciones íntimas y cercanas este falso self falla constantemente, ya que en estas situaciones se espera una persona completa y el falso sí mismo de por sí tiene carencias esenciales. Esto plantea la importancia de dejar de vivir en un falso self para establecer relaciones cercanas saludables y verdaderas.

Lo que el falso self lleva a cabo es la compensación, mecanismo que sería la mejor forma que éste pudo adquirir en las experiencias infantiles dolorosas, para lograr algo de control sobre el ambiente (Trobe, 1998). Bajo cada mecanismo de compensación que aprendió el falso self, existe un profundo miedo y dolor primal.

En relación a la naturaleza del verdadero self, éste ha sido definido como las potencialidades que posee todo niño al llegar al mundo (Miller, 1985a); como la primera organización mental que posee el niño, la cual significa un poco más que la vida sensoriomotriz (Winnicott, 1960a); y como la expresión de un funcionamiento total e integral en constante equilibrio consigo mismo y con el todo, que está potencialmente en el niño, pero que aún no ha sido desarrollado (Turton, 2001).

Asimismo, estaría conformado por las necesidades y sentimientos reales del niño, y permitiría integrar los aspectos diversos de la vivencia humana en una totalidad, por medio de capacidades como “experimentar una amplia gama de sentimientos de manera profunda; desarrollar contactos interpersonales íntimos; enfrentar los desafíos de la vida con creatividad y espontaneidad; estar solo; ser honesto y vulnerable; ser capaz de entregarse y confiar; permitir la existencia de una sensación continua de identidad y ser capaz de crecer” (Sassenfeld, 2001, p. 11).

Autores como Adzema (1985), Rowan (1983) y Trobe (1998), entre otros, desde una visión más transpersonal, plantean que el verdadero self, en realidad sería la expresión de un estado interno en el cual se expresaría el “ser”, cuya vivencia permitiría alcanzar un estado similar a las experiencias místicas.

Trobe (1998) plantea un modelo de tres capas para explicar este fenómeno: lo más exterior sería la capa de protección, que estaría sobre una capa más profunda de vulnerabilidad, bajo la cual se encontraría el corazón de la meditación y el ser. La capa de protección sería el equivalente al falso self ya que: “El propósito de esta capa es proteger nuestra vulnerabilidad. Esto es un escudo que creamos para bloquear energías dolorosas que pueden hacernos daño y es el camino mediante el cual fuimos capaces de acceder a algún control sobre las energías que vinieron hacia nosotros. Nuestra protección trata de impedirnos sentir el miedo o el dolor” (Trobe, 1998, p. 13).

La capa intermedia, de vulnerabilidad, sería el lugar donde quedaron las emociones y sentimientos inexpressadas que surgieron como reacciones infantiles frente a su mundo. Finalmente estaría el centro o “corazón” el cual sería la expresión del verdadero sí mismo; un espacio interno en el que habría aceptación de la vida, compasión, confianza, el cual estaría caracterizado por el silencio, la falta de sentido del tiempo y calma.

El verdadero self podría así ser visto como “[...] el eslabón perdido entre lo psicológico y lo espiritual” (Rowan, 1983, p. 24), ya que el sí-mismo real se acercaría a la totalidad inicial y a la posibilidad de desarrollo de todas las potencialidades humanas, abriéndose así un camino hacia lo trascendental.

3.2.2.4 Rol de la Biología

La Teoría Primal incorpora en su desarrollo los nuevos conocimientos adquiridos en la investigación cerebral, psicofisiología y las neurociencias, de modo que es una teoría anclada en un marco neurobiológico (Primal Therapy of Denver, 2003).

El dolor emocional es procesado por el organismo humano del mismo modo que lo es el dolor físico, y ambos producen importantes cambios en la anatomía cerebral, pudiendo incluso generar serios daños (Armstrong, 2003; Janov, 1993, 2000; Primal Therapy of Denver, 2003). Los niños abandonados o seriamente maltratados muestran importantes lesiones cerebrales permanentes, debido a que:

Las traumatizaciones repetidas han conducido a una liberación aumentada de las hormonas estresantes, las que han atacado el tejido sensible del cerebro y han destruido lo nuevo, neuronas ya construidas. Las áreas de sus cerebros responsables "de la dirección" de sus emociones son veinte a treinta por ciento más pequeñas que en otros niños de la misma edad. (Miller, 1998, p.1)

A pesar de estas consecuencias negativas, la posibilidad de cambios cerebrales debido a experiencias traumatizantes posee también una dimensión adaptativa, ya que prepara al organismo para afrontar futuras situaciones estresantes: “La exposición a estrés temprano genera efectos moleculares y neurobiológicos que cambian el desarrollo

neural de un modo adaptativo que prepara el cerebro adulto para sobrevivir y reproducirse en un mundo peligroso“(Teicher, 2002, citado en Armstrong, 2003, p. 26).

La vivencia de los eventos traumatizantes son almacenados, no sólo en diversas estructuras cerebrales, sino que también en cada una de las células del organismo como un agente extraño y distinto a su propia naturaleza (Janov, 1993, 1996).

Asimismo, cada nivel de conciencia almacena recuerdos en distintas estructuras cerebrales y con distintas características: en el primer nivel de conciencia la memoria es de tipo sensorial y está almacenada en el cerebro reptiliano; en el segundo es de tipo emocional, almacenada en el sistema límbico; y en el tercer nivel de conciencia es de tipo intelectual, almacenada en la neocorteza (Janov, 2000; Rowan, 1988).

La represión y escisión de la conciencia de los eventos estresantes se produce cuando hay una sobrecarga de dolor físico o emocional, la cual es tan intensa que comienza a generar daños biológicos, por lo que el cerebro utiliza una estrategia de desconexión: el “Gate Control” (Melzack & Wall, 1973, citado en Janov, 1993, 2000). Este mecanismo funciona reemplazando el dolor insoportable por su contrario, no sentir. El dolor masivo produciría un conjunto de impulsos bioeléctricos y de químicos naturales que sobrecargan el cerebro, por lo que éste utiliza “compuertas” que se cierran automáticamente produciendo la represión (Janov, 1993, 2000).

Las endorfinas y otros inhibidores moleculares, son los encargados de terminar con la sensación de dolor y mantener la inconciencia por medio de bloquear la vivencia de éste. Son “asesinos de dolor” naturales que el organismo utiliza para controlar las experiencias dolorosas y cuyo efecto es similar al de la morfina y la heroína (Janov, 1993, 1996, 2000).

Su acción nos hace inconscientes del dolor. Cuando ayudamos a pacientes a descender a los niveles de conciencia más bajos ellos sienten aquel dolor inmediatamente. El cuerpo es siempre consciente del dolor, y grita su

mensaje, pero aquel mensaje no puede pasar por la barrera neural [...] las endorfinas sólo pueden enviar los mensajes de refrenamiento e inhibición por las vías neurales; ellas no pueden hacer que el dolor en sí mismo desaparezca del sistema. (Janov, 1993, p. 44)

La consecuencia del mecanismo de Gate Control es la desconexión entre los tres niveles de conciencia, los que permanecen sin comunicación. Esto implica que cada uno de los niveles mantendrá en sí mismo el trauma que vivenció, por lo que se deberá trabajar terapéuticamente con cada uno de ellos, para luego poder lograr una integración (Janov, 1993).

Además, esta desconexión explica la inconciencia de ciertos recuerdos que permanecen en el organismo, aunque no son accesibles directamente, ya que la tercera línea de conciencia que es la que integra la experiencia y utiliza el intelecto no puede entrar en contacto con las otras dos partes del cerebro que contienen importante información. Al mismo tiempo, ciertos recuerdos de esta línea de conciencia se reconocen como dolorosos, pero se mantiene alejada la vivencia emocional del dolor (Janov, 1993, 2000).

A pesar de que se pierde la conciencia de la vivencia del trauma, el organismo permanece en el estado de tensión producido por éste, por lo que continúa reaccionando por medio de estructuras como el hipotálamo, encargado de regular el calor corporal, la presión sanguínea, la producción de hormonas y la regulación del sistema inmunológico, entre otros.

Si el hipotálamo es sobrecargado con dolor, el cuerpo sobresecretará o secretará menos hormonas, causando cambios en el nivel de calor y la temperatura del cuerpo [...] y se manifestará en síntomas como calambres de estómago, pesadez en el pecho, latidos rápidos del corazón e hipertensión.

Los síntomas indican que el sistema está en desarmonía. (Janov, 2000, pp. 87-88)

Esto se relaciona directamente con una desregulación del sistema autonómico (sistemas simpático y parasimpático) que afecta la total relación del organismo con su medio y su propio funcionamiento interno, el que se encuentra alterado y en tensión (Janov, 1993; Primal Therapy of Denver, 2003).

Janov (1993, 1996, 2000) ha encontrado evidencia de importantes índices de alteración del sistema autonómico y su posterior normalización luego de ocho meses de tratamiento, en sus estudios con pacientes que se someten a terapia primal. Tanto la temperatura corporal, como la presión sanguínea y el pulso, aumentan durante las sesiones en las que se reviven los eventos traumáticos, para luego descender considerable y establemente luego de liberar el dolor emocional contenido. Así, luego de ocho meses de terapia, la temperatura corporal de los pacientes desciende en forma estable al menos un grado (en un 65,5%), la presión sanguínea se tiende a regularizar desde un promedio de 180/110 a un promedio de 110/70, al igual que el pulso, el que disminuye en un 56,8% de los casos. El voltaje de las ondas cerebrales registrado por electroencefalogramas (EEG), también disminuye, y puede llegar a ser tres veces menor luego de unos cinco años de terapia, lo que involucra una disminución del gasto energético y del estrés general del organismo (Gardiner, 1976 citado en Janov, 1993).

Janov (1993), también ha encontrado evidencia de una reducción entre un 50% a un 60% de hormonas que producen estrés, mediante la re-experiencia de sucesos traumáticos tempranos. Hoffman & Goldstein (1980, citado en Janov, 1993) encontraron cambios significativos en el funcionamiento cerebral de pacientes sometidos a terapia primal, expresados en una relación distinta entre el hemisferio izquierdo y el derecho.

Es importante el aumento de la temperatura corporal (2 a 3 grados) durante las sesiones, ya que en el momento en que la persona comienza a recordar, ésta aumenta y

sólo vuelve a disminuir cuando la experiencia, y el dolor emocional que conlleva, ha sido revivido. Janov (1993, 2000) plantea que el aumento de la temperatura es la expresión de la tensión constante y del gasto energético que el organismo realiza para poder mantener la represión, la que también se expresaría en los registros electroencefalográficos (EEG) en una disminución de ciertas de ondas cerebrales (ondas alfas de descanso) y en un mayor voltaje.

La tensión interna, que está expresada en estos estados fisiológicos, al mismo tiempo que es sentida a nivel psicológico, en su requerimiento de constante uso de energía puede producir un colapso en el sistema. Este colapso estaría producido por la insuficiencia de químicos naturales o neurohormonas –como las endorfinas- que mantengan el trauma en estado inconsciente, lo que provoca una insuficiencia en el Gate Control, fallando las defensas. En este momento la persona necesitará ayuda externa, como por ejemplo drogas o medicamentos que permitan reestablecer las defensas. Si no es así se puede llegar a desencadenar una psicosis (Janov, 1993, 2000).

Otro concepto importante planteado por Janov (1993, 1996, 2000) es el de “impresión”, el que se refiere a (Janov, 2000):

[...] cómo los acontecimientos son sellados permanentemente en el sistema nervioso, con efectos que serán sentidos en todas las partes del resto del cuerpo. La activación de sustancias químicas como las catecolaminas, incluyendo la dopamina, proporcionan el "pegamento" para la impresión [...] la Impresión representa un cambio del número de conexiones sinápticas, un engrosamiento de ciertas neuronas, y un aumentado en las dendritas (recibiendo mensajes de otra neurona) [...] el acontecimiento está ahora impreso en ciertas neuronas que se conectan a otras neuronas interrelacionadas formándose senderos-sellados. Ellas entonces tienen "una

complicidad"; se entienden la una a la otra y reaccionan la una a la otra más que a otras neuronas. (pp. 155-156)

Esto último se refiere a que el trauma queda de tal forma impreso en senderos neuronales, que con cada situación que estimule a una de las neuronas involucradas en él, activará un trazado que favorecerá actuar de la misma manera que en el evento original (Janov, 1993, 2000). Esto representa neurofisiológicamente los patrones neuróticos de conductas repetidas en el tiempo; la compulsión a la repetición.

Hay tres estructuras importantes relacionadas con la impresión del trauma, las que conforman el segundo nivel de conciencia y se conectan directamente con la corteza cerebral y el sistema reptiliano: el tálamo, la amígdala y el hipocampo (Janov, 1993, 2000; Rowan, 1988; Primal Therapy of Denver, 2003). El tálamo es el encargado de integrar los sentimientos y ayudar a retransmitirlos hacia la corteza, lo que permite que ésta pueda proveer de significado a los estímulos emocionales. Además, es el encargado de "imprimir" la memoria a largo plazo, función que es concretizada por la amígdala y el hipocampo.

La amígdala tiene por función permitir al organismo sentir la emoción, nombrarla y manejarla (Janov, 1993, 2000). Además, es responsable de la respuesta primitiva al peligro, la que se altera considerablemente, no pudiendo ser moderada, una vez ocurrido un trauma y su posterior impresión. En este caso, la amígdala continuará movilizándolo al sistema, respondiendo a "cualquier y todo estímulo ambiental vagamente similar y generalizará a otros que generalmente serían desencadenantes neutros o benignos. En resumen, la persona está siempre en "alerta máxima" (Primal Therapy of Denver, 2003, p. 7).

Sólo cuando la experiencia es recordada, puesta en palabras e integrada a nivel intelectual (tercera línea de conciencia) y a nivel de sensaciones corporales (primera línea de conciencia), la amígdala logra normalizarse, mediante un sistema de retroalimentación

que permite el término de la respuesta sobredimensionada (Primal Therapy of Denver, 2003).

El hipocampo maneja el contexto y circunstancias de un evento, por lo que se relaciona con la memoria circunstancial, la cual es directamente entregada a la corteza. Si el recuerdo de un evento está ligado a mucho dolor emocional, este es difícil de recobrar, ya que la acción de las endorfinas ha bloqueado los mecanismos de restablecimiento de la memoria (Janov, 1993). Asimismo, cuando la amígdala se ve sobrecargada, el hipocampo se desconecta e interrumpe el flujo de estímulos hacia la corteza, por lo que las emociones quedan en el sistema como una ansiedad difusa, no pudiendo ser integrada en los niveles cerebrales superiores (Janov, 2000).

El rol de la genética también es importante en este proceso y en las posibles consecuencias a partir de él, ya que cuando el organismo está en constante alerta y estrés, reaccionará dependiendo de sus posibilidades hereditarias:

Si las tendencias a la enfermedad se manifiestan o no a menudo depende de la impresión. Está claro que aún con tendencias heredadas podemos no ser afectados por la enfermedad si la vida no es demasiado dura. Cuando el cuerpo está bajo estrés, no obstante, éste va para reaccionar por donde es más vulnerable. Así, una tendencia hereditaria hacia la angustia de estómago conducirá a úlceras estomacales en una persona que está bajo estrés continuo. (Janov, 1993, p. 286)

En conclusión, sufrir el dolor y vivirlo permitiría que el sistema deje de mandar señales estresantes constantes relacionadas con el dolor, reconectando los tres niveles de conciencia y armonizando tanto el funcionamiento del sistema autonómico, como determinadas estructuras cerebrales como el tálamo, amígdala e hipocampo.

3.2.3 Conceptos Fundamentales

3.2.3.1 El Niño en la Familia

La importancia de las experiencias traumáticas tempranas, conduce a la necesidad de esclarecer qué es lo que le sucede al niño en sus relaciones dentro de la familia, ya que es aquí donde éste tiene acceso a la satisfacción de sus necesidades y, por supuesto, al amor, entendido como cubrir las necesidades biológicas y psicológicas, las que incluyen permitir al niño ser considerado y tomado en serio, junto con un espacio para que se desarrolle libremente (Janov, 1993, 2000; Miller, 1985a, 1985b).

Es importante considerar, que si bien el niño no podrá siempre ver sus necesidades cubiertas (Winnicott, 1965), éste debe poseer un espacio en donde se puedan reconocer y explorar, junto con las emociones positivas y negativas que surgen desde ellas, aunque en ese momento éstas no puedan satisfacerse (Miller, 1985a; Short, 1990). Sólo mediante el reconocimiento y reflejo del dolor por la necesidad no satisfecha y de la amplia gama de emociones que el niño experimenta, éste podrá ir descubriendo quién es y qué es lo que le sucede (Short, 1990). En palabras de Short (1990):

El reflejo constituye la autoafirmación del niño, y le revela quién es y en qué se está convirtiendo. Es importante distinguir entre el *elogio* y el *reflejo*. El elogio es una forma de evaluación; implica un juicio y puede generar una dependencia o necesidad de aprobación constante. El reflejo, en cambio, confirma al yo. Por ejemplo, si te elogio, te estoy diciendo lo que siento o lo que pienso de ti; si te *reflejo*, te estoy devolviendo la imagen de lo que *tú* sientes o piensas sobre ti mismo. Sin esta confirmación, el niño puede sentirse desorientado; la falta de verificación produce la sensación de no-ser, con lo cual el niño se sentirá culpable de todo lo malo que ocurra. (p.271)

En este sentido Kohut (1971, citado en Bleichmar & Leiberman, 1997), plantea la importancia de las respuestas empáticas que los padres dan a los hijos, ya que mediante éstas el niño constituirá su self. Es en este momento cuando pueden darse fallas en el ambiente -o en las respuestas empáticas de los padres- que impidan al niño un desarrollo saludable (Winnicott, 1960b; Kohut, 1971, citado en Bleichmar & Leiberman, 1997).

Lo que falla, son las condiciones favorables que deberían proveer los padres para que el niño desarrolle una especie de programa nuclear con el que vendría desde el nacimiento (Winnicott, 1960b; Balint, 1979 citado en Bleichmar & Leiberman, 1997; Kohut, 1971 citado en Bleichmar & Leiberman, 1997; Short, 1990).

Cuando los padres no están capacitados para espejear o reconocer las señales de sus hijos, emerge un vínculo inseguro lo que entonces conduce, entre otras consecuencias, a que el niño no aprende a "autocalmar" o modular sus estados y necesidades emocionales y físicas (Bowlby, 1969 citado en Primal Therapy of Denver, 2003). De esta forma sus necesidades biopsicológicas –que ya pueden ser excesivas- pueden elevarse en forma considerable, posibilitando un contexto en donde la falla ambiental es más probable (Balint, 1979, citado en Bleichmar & Leiberman, 1997).

Esta falla ocurre por elementos importantes en la relación padres-hijo, que se derivan de la propia experiencia de los padres como niños (Miller, 1984). Cuando éstos fueron niños, sus padres no fueron capaces de suplir todas sus necesidades y probablemente fallaron muchas veces en reflejar lo que les sucedía (Janov, 1993, 1996; Miller, 1985a, 1985b, 1998; Short, 1990), por lo que crecieron con lo que Balint (1979, citado en Bleichmar & Leiberman, 1997) denominó una "falta básica".

Como no pudieron reconocer ciertos elementos en sí mismos por esta falla en el ambiente, esto los incapacita para reconocer y empatizar con estos aspectos presentes en sus propios hijos (Trobe, 1998). En este sentido, las necesidades no reconocidas de los padres limitarán al niño ya que éstos no podrán reflejarle algo que ellos no poseen:

“[...] lo que influye sobre el carácter del self del niño no es tanto lo que sus padres hacen sino lo que son” (Kohut, 1971 citado en Bleichmar & Leiberman, 1997, p. 403).

Otro aspecto relevante de la infancia de los padres, es que éstos quedaron “fijados” en una constante búsqueda neurótica para satisfacer las necesidades que no fueron atendidas en sus primeros años (Miller, 1985a, 1985b; Janov, 1993, 1996).

Los hijos serán los que estarán más vulnerables a estas carencias de sus padres, ya que dependen de ellos para sobrevivir, por lo que intentarán completarlas de forma que esto asegure la satisfacción de sus propias necesidades (Miller, 1985a, 1985b; Janov, 1993, 1996; Short, 1990; Trobe, 1998, 1999): “Un recién nacido depende de sus padres venga lo que viniere. Y como su existencia depende de que consiga o no el afecto de éstos, hará todo lo posible por no perderlo” (Miller, 1985a, p. 19).

Janov (1993) plantea que las demandas inconscientes de los padres para que sus necesidades sean satisfechas y la respuesta de los hijos en su afán por satisfacer a sus padres, generan una cadena interconectada de transmisión de la deprivación, y por ende, del trauma y la neurosis:

El comportamiento infantil se parece a un sistema de radar; la esperanza más leve de amor en el padre dirigirá al niño para tratar de ser lo que el padre necesita (un padre) para sentir amor. Este es el camino, en el cual casi genéticamente, la neurosis es transmitida de una generación a la otra. La necesidad incumplida en el padre depriva al niño y produce la misma necesidad incumplida en éste. (p.143)

Trobe (1998), Miller (1984, 1985a, 1985b) y Reich (1999) apoyan esta visión, incorporando el rol que juegan los padres como agentes socioculturales de transmisión de valores represivos, los cuales serán reforzados más tarde por instituciones educativas y religiosas, entre otros agentes de socialización.

Es importante insistir que este proceso no es realizado conscientemente por los padres, sino que ellos también son víctimas de una infancia en la que fueron “utilizados” para satisfacer las necesidades no resueltas de sus propios padres:

Si un adulto ha tenido la suerte de rastrear hasta sus orígenes la injusticia personal y específica que sufrió en la infancia, y vivirla con sentimientos conscientes, él mismo se dará cuenta con el tiempo... de que en la mayoría de los casos sus padres no lo torturaron ni lo trataron mal por puro placer o exceso de energía o vitalidad, sino que no podían hacer otra cosa, dado que ellos mismos fueron alguna vez víctimas. (Miller, 1984, p. 241)

Es así como, debido a la relación padres-hijo, el niño comenzará a desligarse de sí –se refugiará en el falso self, antes explicado- para evitar el dolor que implica no ser reconocido, sino que ser el reflejo de algo que buscan o esperan sus padres: “[...] los padres responden a la idea irreal que se hacen de su hijo y no a lo que es [...] éste último sufre: el niño no puede ser a la vez lo que es y ser amado” (Schützenberger & Sauret, 1980, p. 159).

De esta forma, los padres reconocerán en sus hijos ciertas potencialidades y otras no (Kohut, 1971 citado en Bleichmar & Leiberman, 1997), lo que irá determinando, finalmente, el self con que el niño se manejará en el mundo para mantenerse adaptado a él y con el cual se identificará, pensando que es él mismo; éste es el falso self o capa de protección (Trobe, 1998, 1999; Rowan, 1988). Esta capa de protección cumplirá su objetivo, pero el costo de ésta son los sentimientos reales, la capacidad de sentir y la inconsciencia de lo que nos ocurre realmente (Janov, 1993, 1996).

El niño reprimirá el trauma, e inmediatamente después idealizará a los padres, ya que mantener latente la sola posibilidad de que éstos sean incapaces de satisfacer necesidades futuras, amenaza su homeostasis (Trobe, 1998; Miller, 1985b).

La consecuencia más importante de identificarse con el falso self, es una desconexión general con el sí-mismo real y sus emociones, lo que produce una sensación de falsedad, de falta de motivo existencial y de baja autoestima (Trobe, 1998, 1999; Winnicott, 1960a).

Además, el olvido de las propias necesidades y la búsqueda de necesidades sustitutivas, producirán que el niño no sepa quién es, de modo que éste, en el futuro, no podrá separarse de otros para autoafirmarse, lo que conducirá a una búsqueda constante de aprobación externa (Miller, 1985a; Short, 1990). “[...] la cuestión no es tanto lo que los padres les dan como lo que no les quitan. Cada uno puede aplicarse esta idea: debemos entender qué es lo que se nos ha permitido conservar, lo que no nos ha sido sustraído; y también lo que se nos ha arrebatado para que podamos reponerlo” (Short, 1990, p. 271).

3.2.3.2 Emocionalidad

En la Teoría Primal, las emociones cumplen un importante rol, debido principalmente a que son la expresión del verdadero self, y por lo tanto lo que ha sido desterrado de la conciencia y debe ser “rescatado” (Broder, 1976; Janov, 1993, 1996; Rowan, 1988; Turton, 2001; Primal Therapy of Denver, 2003).

Puede considerarse que tanto el entorno emocional como la represión de las emociones por parte del niño, juegan un importante rol en la configuración posterior de su emocionalidad, tanto en la posibilidad de identificar, diferenciar, expresar y vivenciar sus sentimientos, así como comprender los de los otros.

El dolor emocional se produce cuando hay una falta de amor por parte de los cuidadores primarios –expresada en una insatisfacción de las necesidades que surgen en

el niño- y las emociones que surgen de este hecho no pueden ser expresadas porque representan una seria amenaza para el sistema orgánico del niño (Janov, 1993).

Es por esta razón que el amor y cuidados hacia los niños son importantes, ya que esto permitirá que se desarrollen como un todo integrado, y pudiendo así generar un ambiente que permita la identificación, diferenciación y expresión de emociones (Miller, 1984; Janov, 1993, 1996; Reich, 1999).

Cuando el niño entra en el llamado proceso neurótico (Janov, 1996), las defensas que se erigen frente al ambiente que amenaza la integridad de éste y el correspondiente dolor emocional que esto conlleva, configurarán en él una imposibilidad para sentir realmente y una desconexión importante con su sí-mismo (Rowan, 1988).

Al mismo tiempo, cuando los padres no ayudan al niño a identificar y validar sus emociones, éste se aleja de su realidad interna, quedando alienado de sus propios sentimientos (Miller, 1985a). “Cuando no se permite que un niño padezca la soledad, la ira, la pérdida, la frustración, sus sentimientos verdaderos se distorsionan y se vuelven neuróticos” (Short, 1990, p.269). De este modo el niño quedaría imposibilitado de poseer una “autoconciencia sana”, la que es entendida como una incuestionable seguridad de que los sentimientos y deseos expresados pertenecen al verdadero yo, y cuya función es posibilitar el desarrollo de una autoestima positiva y servir de asidero en la vida adulta (Miller, 1985a).

Pero las experiencias tempranas traumáticas no sólo imposibilitarían para sentir, sino que también generarían emociones, que alejan más aún al individuo de su sí-mismo real. Dentro de éstas, encontramos a la vergüenza (Trobe, 1998, 1999; Armstrong, 2003; Miller, 1984), la cual se generaría a partir de una falta de validación del sí-mismo del niño, de modo que en éste surge la sensación de no ser suficientemente bueno.

El sentimiento de vergüenza no sólo se mantendría a lo largo de la vida en forma de criticismo interno y externo, sino que también es el responsable de ciclos de violencia; la vergüenza genera rabia y la rabia genera violencia (Armstrong, 2003). Esto se debe a que la vergüenza de no ser aceptable es tan profunda que genera un profundo sentimiento de rabia, que de modo defensivo se vuelca hacia fuera en forma de violencia, pudiendo llegar a la violencia política y social (Miller, 1984).

Para Trobe (1998, 1999), además de la vergüenza, las experiencias traumáticas vivenciadas en la infancia producen en el niño cuatro grandes miedos, los que dominarán su experiencia posterior como adulto. “Todos tenemos muchas fuentes de miedo que provienen de nuestra propia experiencia personal en la infancia –desde los abusos, indignaciones y traumas que sufrimos” (Trobe, 1998, p. 6). Las fuentes de estos miedos son no sobrevivir o no recibir amor.

Los cuatro grandes miedos presentes en los adultos como remembranza del pasado serían constantemente reactualizados en las relaciones interpersonales. Éstos son: miedo a ser presionado y a la expectativa; miedo a ser rechazado o abandonado; a no tener espacio, ser ignorado o no entendido; y, a ser abusado física o energéticamente. Estarían instalados en nuestra capa de protección o falso self, por lo que un adulto reaccionará ante cualquier situación en la que encuentre elementos relacionados con éstos. Esta reacción muchas veces es desmedida, al mismo tiempo que lo que la gatilla generalmente no tiene relación real con ninguna de estas experiencias de miedo (Trobe, 1998,1999).

Por último, la emocionalidad de los individuos se ve alterada por la constante búsqueda de llenar el vacío interno producido por la falta de contacto con el yo real, y por sentimientos de deprivación y abandono surgidos desde las experiencias tempranas insatisfactorias (Trobe, 1998, 1999). Esta búsqueda, lleva a que los sujetos confundan el amor con la satisfacción de las necesidades deprivadas en la infancia, trayendo

importantes dificultades en las relaciones de pareja, ya que se le “exige” al otro que cumpla el rol que no cumplieron los padres: “Una vez que alguien es privado en la infancia, crece confundido acerca de la diferencia entre amor y necesidad. Tenderá a ‘enamorar’ de alguien que pueda satisfacer sus necesidades“(Janov, 1993, p.14).

3.2.3.3 Experiencias Traumáticas y Procesos Defensivos

Una experiencia traumática infantil se puede definir como un acontecimiento -o una serie de ellos- en el que ciertas necesidades primales no fueron atendidas, lo que produjo un profundo dolor, que no pudo ser vivenciado e integrado debido a que su intensidad constituía un serio peligro para el funcionamiento e integridad de todo el organismo (Janov, 1993; Turton, 2001). Estas experiencias son profundamente ancladas en nuestro cuerpo, como impresiones, que son almacenadas en nuestra estructura orgánica y celular (Janov, 1993, 1996, 2000).

En relación a las experiencias traumáticas, Lake (1980, citado en Rowan, 1988) describe cuatro momentos relacionados con las necesidades primales y su satisfacción:

- a) Nivel 1: Existe satisfacción total de las necesidades.
- b) Nivel 2: Hay adaptación, ya que algunas necesidades no están reconocidas totalmente, pero el dolor derivado de esto es soportable, y la vivencia es suficientemente buena.
- c) Nivel 3: Las necesidades no satisfechas traen dolor cuya intensidad es mayor y el organismo no puede soportarla. El dolor es reprimido y muchos aspectos relacionados con él son empujados de la conciencia, surgiendo defensas para impedir que este dolor aflore nuevamente.

- d) Nivel 4: Aquí el dolor es tan insoportable que se deben utilizar defensas más drásticas, dividiendo al sí-mismo en dos (división del sí-mismo en falso y verdadero self).

En éste último nivel el organismo busca interrumpir la intensidad de la experiencia –que puede incluso llevar a riesgo vital- por medio de mecanismos de disociación y represión, en donde se retiraría el dolor y la vivencia traumática de la conciencia, por medio de separar el sí-mismo, para que el niño o feto pueda continuar subsistiendo (Janov, 1993, 1996, 2000). La vivencia del nivel 4 y sus consecuencias, serían bastante más usuales de lo que se podría creer (Rowan, 1988).

De esta manera para Janov (1993) el “trauma es un input que ingresa al sistema que es más de lo que puede ser aceptado e integrado. Cuando algo es demasiado doloroso como para ser absorbido por el sistema, esto es un trauma” (p.112).

El trauma en la Teoría Primal, puede ser entendido como producto de un solo suceso dramático, al modo freudiano, pero también se incorpora la noción de secuencias de “microtraumas” que finalmente cristalizan en un dolor primal igual de profundo que el vivenciado en una sola experiencia muy traumática (Janov, 1993). Al mismo tiempo, el concepto de trauma difiere del trauma freudiano en sus orígenes, ya que para este autor se produce por impulsos intrapsíquicos asociales, mientras que en la Teoría Primal se ven como traumas relacionales (Videgard, 1984a, citado en Khamsi, 1988).

Es importante mencionar que las experiencias traumáticas no serían traumatizantes de por sí, sino que existiría una incapacidad por parte de los cuidadores primarios para reflejar –devolver la imagen o simbolizar lo que está experimentando el niño- la vivencia intensa de dolor emocional surgido desde el déficit en la satisfacción de necesidades (Short, 1990). Esto impediría que los niños pudieran asimilar y simbolizar el dolor, el que sin embargo, es igualmente vivido de forma profunda, incluso biológicamente, produciendo el trauma (Janov, 2000).

Por otra parte, autores como Winnicott (1965) y Kohut (1977), plantean la necesidad de que exista un proceso de frustración sistemática y tolerable realizada por los padres con el objetivo de ayudar al niño a comprender que no es omnipotente y que para adaptarse a la realidad deberá posponer sus necesidades en determinadas ocasiones. “Hay, pues, un aspecto normal del trauma. La madre está siempre “traumatizando” dentro de un marco de adaptación” (Winnicott, 1965, p.179). Si este proceso no es realizado de forma gradual, o se descuidan las necesidades de forma más estable, se genera el trauma “dañino”.

Esto se relaciona con lo planteado por Freundlich (1973, citado en Rowan, 1988) en relación a que el dolor primal siempre va a estar presente, sin importar cuantos cuidados y amor entreguen los padres al niño, debido a que éste en su calidad de dependencia, no puede entender que la mayor parte de lo que ocurre en su mundo está fuera de su control, experimentando dolor aún cuando esta no sea la intención de aquellos alrededor de él.

Además, como se mencionó antes, las experiencias traumáticas, dependiendo de en qué momento ocurran, provocarán efectos en las estructuras específicas del cerebro que se estén desarrollando. Es así como las distintas líneas o niveles de conciencia planteados por Janov (1993, 1996, 2000), se relacionan con los traumas ocurridos durante su configuración; existen así traumas de primera línea, traumas de segunda línea y traumas de tercera línea.

Los traumas de primera línea se relacionarían con situaciones vivenciadas durante el periodo intrauterino hasta los seis meses, en donde el trauma se produce por un deprivación de necesidades que es asociada a la sensación de no sobrevivir. Los de segunda línea se relacionan con las experiencias emocionales asociadas a esta deprivación, la que generalmente ocurre en relaciones de dos individuos (niño-cuidador). Por último, en los traumas de tercera línea la deprivación es vivida a nivel intelectual y de

lenguaje, generalmente en relaciones triádicas, en donde el niño se está insertando en la familia (Rowan, 1988).

En la tercera línea de conciencia se producen ideas para defender al individuo de los traumas de la primera y segunda línea, utilizando su habilidad para inhibir sentimientos e impulsos, de modo de permitir hacer planes y seguir funcionando aunque haya mucho dolor reprimido a otro nivel (Janov, 1996). En este sentido esta línea de conciencia es la que permite continuar con un “piloto automático”, que no soluciona los problemas de base, pero que cumple el objetivo de proveer de un estado en el que se sea capaz de continuar con la vida mientras se soluciona lo más profundo.

El dolor y las defensas que surgieron frente a la experiencia traumática, permanecerán bloqueadas y separadas de la conciencia por el área cerebral relacionada con cada uno de estos niveles, por lo que el trauma poseerá sus características y deberá ser integrado, para poder solucionarlo, en su dimensión; sensaciones, emociones y pensamientos (Janov, 1993).

Por último podría considerarse la importancia del trauma del nacimiento como instancia de gran relevancia para la conformación de la herida primal (Rank, 1924, citado en Bryan, 1974; Grof, 1987, 1988; Albery, 1985 citado en Rowan, 1988), así como también la vida intrauterina o perinatal (Feher, 1980, citado en Rowan, 1988; Grof, 1987, 1988, s/f; Janov, 1993, 1996, 2000; Lake, 1980, citado en Rowan, 1988; Rowan, 1988; Primal Therapy of Denver, 2003). Swartley (1977, citado en Rowan, 1988), Farrant & Larimore (1995) y Peerbolte (1975, citado en Rowan) han planteado la posibilidad de que ocurran traumas aún más tempranos importantes para el desarrollo posterior; desde las experiencias separadas del óvulo y el espermio, la concepción, la implantación del óvulo, y en general durante el desarrollo del embrión.

3.2.3.4. Sociedad

La Teoría de las Experiencias Primales, como ya lo había destacado anteriormente Freud (Bryan, 1974), considera dentro de su planteamiento la importancia del contexto social, tanto en la génesis, mantenimiento y reproducción de las experiencias traumáticas (Miller, 1984, 1998).

Desde esta perspectiva, la sociedad es la base desde la cual los padres comienzan a influenciar la vida temprana de sus hijos, ya que es la que genera las pautas de comportamientos deseables o indeseables, así como la que permite y valida ciertas actitudes de los padres que van en desmedro de un desarrollo sano y autoconciente por parte del niño (Adzema, 1985; Armstrong, 1993).

El condicionamiento infantil, entonces, no provendría sólo desde los padres, sino que desde la sociedad de la que forman parte. De este modo, ciertas actitudes, emociones y vivencias de los niños, que no son valoradas, son negadas o condenadas socialmente no serán reflejadas por los padres, favoreciendo la desconexión del infante con su experiencia inmediata y, por ende, con su verdadero self (Armstrong, 1993; Short, 1990).

Asimismo, para autores como Miller (1985a, 1985b, 1998) y Armstrong (1993), la sociedad validaría la satisfacción neurótica de los padres y, por ende, ayudaría perpetuar la búsqueda compulsiva de satisfacer las necesidades tempranas no resueltas y su posterior reactualización a través de los hijos.

Para Miller (1998) esto sería aún más extremo, ya que la sociedad traicionaría al niño, no escuchando sus verdaderas necesidades y reforzando el actuar de los padres, al mismo tiempo que les proporciona una sola opción:

La sociedad toma el bando de los adultos y culpa al niño por lo que le han hecho [...] La victimización de los niños ha sido históricamente negada y lo

sigue estando ampliamente. Esta negación es lo que ha hecho posible que la sociedad ignore por tan largo tiempo los devastadores efectos de la victimización de los niños. El niño al ser traicionado por la sociedad, no tiene más opción que reprimir el trauma e idealizar al abusador. (p. 1)

Por otra parte, la sociedad poseería mecanismos para mantener la traumatización y el alejamiento del niño de su verdadero self. Una de las formas de mantener esta situación, es a través de los códigos que entrega la educación formal e informal; la sociedad ha validado procesos educativos rígidos y que poco permiten que el niño se desarrolle adecuadamente en contacto con sus necesidades y emociones reales. La transmisión de estos códigos implícitos es posible a través de la escuela y otras instancias educativas, ya que son medios de socialización primordiales (Miller 1984). Este mecanismo es considerado como una de las más profundas, silenciosas y peligrosas maneras de permitir el mantenimiento de la represión y los traumas encubiertos en los niños (Miller, 1998).

Las sociedades, además, tienden promover valores que limitan la libre expresión y la posibilidad de contacto con el verdadero sí mismo, fomentando el asumir roles y, por ende, fortaleciendo la importancia del falso self: "Todo nuestro sistema social actúa en pos de apoyar nuestra falacia, nuestro juego de roles, nuestro falso self. Nos dice constantemente que la autoimagen es muy importante, que el sí mismo no importa para nada. Incluso nos hace dudar de la noción de que existe un self real" (Rowan, 1988, p. 7).

De esta forma, el surgimiento de los traumas tempranos estaría directamente influenciado no sólo por la historia traumática heredada de padres a hijos, sino que también por el tipo de sociedad a la que un infante pertenece (Miller 1998).

3.2.4 Psicopatología

3.2.4.1 Conceptos Generales

Para entender la psicopatología, se deben primero establecer ciertos criterios que definan lo que se entenderá como “normal” o sano y lo que será “anormal” o patológico. Generalmente se entiende la normalidad desde una visión estadística; esto es, se determina un promedio, y mientras más se aleja un sujeto de éste, más anormal es (Janov, 1993). Pero en general se ha entendido la normalidad en términos de norma o regla, en donde más bien se aspira a un ideal, generalmente definido culturalmente (Dörr, 2000; Janov, 1993).

Janov (1993) plantea que lo que es normal para una persona no necesariamente lo es para otra, y define la normalidad en términos de un correcto funcionamiento de todos los sistemas, es decir, que éstos alcancen el estándar para el cual están programados. En este sentido, ser amado sería lo normal, ya que es este estándar, expresado en satisfacción de necesidades, el que permite que todos los sistemas del organismo del niño funcionen armónicamente (Janov, 1993,1996).

Puede considerarse que lo patológico o anormal, más que un déficit o un rasgo negativo, sería una restricción en la libertad de las personas, expresada en un no poder comportarse, sentir, pensar o vivenciar de distintas maneras: “No es la vivencia o el comportamiento mismo el que debería preocupar al psicopatólogo, sino la capacidad (libertad) de vivenciar o comportarse de cual o tal manera” (Dörr, 2000, p. 90).

La importancia de la libertad como criterio psicopatológico también es considerada por Janov (1993), quien plantea que la neurosis es un estado en el que se reactualizan constantemente escenas del pasado buscando satisfacer las necesidades primales insatisfechas, por lo que se impide mantener un control sobre la propia vida y se limitan

las posibilidades de desarrollo y expansión. La neurosis “[...] es una sentencia de por vida, una prisión con barrotes invisibles que circunscribe nuestras elecciones, intereses y alternativas” (Janov, 1993, p. 150).

Más que una normalidad o salud total en las personas, existirían distintos niveles de alteración a modo de una escala (Rowan, 1988). En este sentido Janov (1993) plantea incluso que la neurosis y la psicosis estarían ubicadas en un continuo; la neurosis no sería diferente de la psicosis en relación a su génesis –experiencias traumatizantes- sino que se diferencian en la intensidad de los mecanismos defensivos movilizados y en la adaptabilidad de éstos. El psicótico, así, se ha quedado sin defensas eficaces, mientras que el neurótico ha configurado una amplia gama de defensas eficaces y rígidas, y entre éstos se encuentran los trastornos limítrofes y narcisistas (Rowan, 1988).

La neurosis, incluso, puede ser considerada como una defensa frente a las psicosis -quedarse sin defensas frente al dolor-, ya que permite al organismo seguir manteniendo su integridad (Janov, 1993; Guntrip, 1971).

Por último, es interesante considerar que existiría cierta paradoja en el neurótico acerca de lo normal y anormal, ya que mientras más existe una sensación de normalidad, más neurótica sería la persona, y a la inversa, mientras más esté la persona en el camino hacia la sanidad, más anormal se sentiría (Janov, 1993). Al mismo tiempo, una conducta puede ser normal o neurótica dependiendo de las razones que motivan al sujeto para realizarla (Janov, 1993).

En su etiología, tanto la neurosis, como la psicosis y los trastornos limítrofes, serían consecuencia de las experiencias traumáticas tempranas (Rowan, 1988). Mientras más temprana la ocurrencia del trauma, más se tuvo que movilizar el organismo del individuo, ya que más indefenso se encontraba (Janov, 1993).

En relación a los niveles de conciencia planteados por Janov, y los traumas que se generan en cada uno, se plantea que generalmente los traumas de primera línea

producirían defensas psicóticas, mientras que los traumas de tercera línea desembocarían en defensas neuróticas (Rowan, 1988). Los de segunda línea desarrollarían de uno o del otro tipo de defensas, o producirían trastornos limítrofes o narcisistas (Kohut, 1971, 1977, citado en Rowan, 1988). Sin embargo, para Janov (1993), los estados psicóticos se producirían por la ausencia o inutilidad de mecanismos defensivos, más que por traumas ocurridos en un momento u otro.

Debido al surgimiento de los mecanismos de disociación y represión del dolor primal, producto de su cualidad de amenaza a la integridad, comienza en el individuo –en el caso de que éstos mecanismos no fallen- el llamado proceso neurótico (Janov, 1996), en donde el verdadero self, sus necesidades y emociones, quedan subyugadas por el falso sí-mismo, quien va adoptando progresivamente un rol cada vez más central en la personalidad (Janov, 1993; Miller, 1985a; Trobe, 1998, 1999; Winnicott, 1960a).

La totalidad de los traumas vividos cristalizaría en cierto momento en una “escena primal”, la que sería un hecho concreto que representaría y se asociaría a todos los dolores sufridos y todas las necesidades insatisfechas en distintas situaciones (Janov, 1996). Así, se establece una estructura neurótica más estable, en donde se rigidizan y generalizan las reacciones a circunstancias reales traumáticas, de modo que se construyen patrones de re-acción (Trobe, 1998, 1999). En este momento, el niño se desconecta globalmente, perdiendo el contacto con sus emociones y estados internos, y se identifica con su falso self; el es ahora lo que en un principio fue su defensa (Short, 1990; Trobe, 1998, 1999).

Las consecuencias de experiencias traumáticas no resueltas y el dolor que conllevan, se pueden manifestar tanto en problemas psíquicos-emocionales, como en enfermedades físicas. Esto se desprende de que toda herida emocional posee una contrapartida corporal y viceversa, no siendo posible separarlas (Janov, 1993, 1996). Algunos de los desórdenes psíquicos en la vida adulta producidos por estas experiencias

son: trastornos de ansiedad crónica, ataques de pánico, desórdenes obsesivos compulsivos, depresiones crónicas y mayores, adicciones, entre muchos otros (Grof, 1987, 1988, Turton, 2001; Primal Therapy of Denver, 2003).

Las enfermedades físicas serían consecuencia del estado constante de alerta en el que quedó “fijada” la estructura neurológica luego de la ocurrencia del evento traumático. Esto sucede porque el organismo aprendió un patrón de funcionamiento que cuando es gatillado moviliza todo el sistema como si fuera una situación de vida o muerte, generando un estrés con el cual el organismo no es capaz de lidiar constantemente, que lo termina debilitando (Janov, 2000).

Algunas conductas no consideradas directamente patológicas socialmente, pueden también ser una forma de expresión del trauma inconsciente anclado en el organismo, como la constante búsqueda de estímulos nuevos o la adicción al trabajo (Turton, 2001). Asimismo, las enfermedades, síntomas o ciertas conductas pueden tener a la base un intento por mitigar el dolor inconsciente o la sensación de incomodidad difusa presente en los neuróticos producida por la falta de contacto consigo mismos y por las impresiones presentes en sus organismos que no pueden ser negadas (Adzema, 1985; Janov, 1993, 1996; Miller, 1985a, Turton 2001).

3.2.4.2. Características Neuróticas

La principal característica del estado neurótico es la imposibilidad de sentir, la que deriva de la desconexión global con su sí-mismo real, necesidades y emociones (Short, 1990; Miller, 1985b; Trobe, 1998, 1999). Esto se debe a que cuando el niño bloquea los estímulos dolorosos producidos por algún fenómeno ambiental percibido como peligroso, no sólo consigue disociar el conocimiento de la situación con el dolor, sino que también va

eliminando su capacidad de ligar las emociones que siente con lo que le sucede. Al mismo tiempo muchas escenas importantes de su vida también se hallan ocultas en su inconsciente (Janov, 1993, 1996).

En este sentido, “[...] la neurosis resulta de la evasión del sufrimiento legítimo. Por *sufrimiento* entiendo aquí sufrimiento consciente” (Jung, citado en Short, 1990, p. 269). Es decir, la neurosis se produciría por una necesidad del organismo de interrumpir el sufrimiento excesivo, al mismo tiempo que este sufrimiento encapsulado es el que mantiene al sistema constantemente bajo un estado de tensión (Adzema, 1985; Janov, 1993, 1996; Miller, 1985a; Trobe, 1999; Turton, 2001).

Esta tensión se produce debido a que al ser la liberación del dolor catastrófica para el organismo en un periodo de vida vulnerable como los primeros años de vida, éste se mantendrá desligado y oculto, con la consecuente necesidad del organismo de invertir energía y de buscar maneras en las que esto pueda continuar de ese modo. Janov (1993, 1996, 2000) plantea que en la mantención de la represión del dolor primal, las endorfinas poseen un rol principal como “asesinos del dolor”, las que pueden ser estimuladas por distintos tipos de conductas, como las adicciones o la búsqueda de distracciones constantes (Trobe, 1999; Turton, 2001). Su función en la mantención de la represión es aliviar la tensión interior y eliminar cualquier rastro de dolor emocional.

A pesar del constante alivio del dolor mediante estos “asesinos del dolor”, la tensión interna no cesa -sólo se aplaca la vivencia de ésta-, de modo que el organismo se encuentra en un estado constante de estrés, disminuyendo las defensas del organismo y generando síntomas físicos, por un lado, y por el otro, generando síntomas psíquicos relacionados con la imposibilidad de controlar los procesos internos debido a su estado inconsciente y a profundas sensaciones de no estar completo (Janov, 1993, 1996, 2000; Turton, 2001).

De este modo, la tensión podría generar enfermedades las que se producirían por este estado de desarmonía interno en el cual hay una constante lucha entre lo reprimido y el intento neurótico de aplacar el sufrimiento. “Una persona que está herida, pero continúa funcionando como si el dolor nunca hubiera existido, está obviamente en desarmonía consigo misma. Hay una guerra interna teniendo lugar, con una parte del sistema luchando con la otra” (Janov, 1993, p. 49).

El organismo estaría constantemente buscando situaciones en las cuales poder revivir la experiencia traumática para así poder integrar la experiencia como un todo (Janov, 1993; Miller, 1985a; Winnicott, 1964) y reconectar los distintos niveles de conciencia que fueron aislados en el proceso de represión y escisión de las experiencias. Esta búsqueda, que tiene características compulsivas, repitiéndose una y otra vez, llega a ser muy disfuncional para el individuo si éste no es capaz de tomar conciencia de su procedencia y consecuencias (Janov, 1993; Short, 1990; Trobe, 1998, 1999).

Es así como la conciencia del dolor se constituye, en un primer momento, como una gran enemiga para la integridad del organismo, pero más tarde se vuelve la única posibilidad de lograr que éste evolucione y pueda integrar las experiencias traumáticas, ligando nuevamente el sufrimiento con las situaciones dolorosas. Sólo de este modo, el individuo puede recobrar su capacidad de sentir; su libertad –tanto en el sentido de conciencia acerca de lo que hace, como en un rechazo hacia la repetición compulsiva de patrones-; su salud psíquica y física; y su posibilidad de desarrollo de potencialidades (Broder, 1976; Janov, 1993, 1996; Rowan, 1988; Short, 1990; Turton, 2001).

Las características que poseería una persona que ha superado la neurosis serían (Janov, 1993; Trobe, 1998, 1999):

- Habilidad para estar satisfecho
- Ausencia de lucha para recibir amor

- Ausencia de tensión neurótica
- Estar preparado para cuidar a otros, ya que tiene acceso a sentimientos, emociones y estados internos que permitan una empatía y simpatía hacia los otros
- No busca pruebas del amor de otros, ya que el amor es un estado que se ha internalizado
- Puede soportar la crítica, ya que su mundo interno no está construido desde afuera
- No necesita dirigir a los otros
- Es histórica, recuerda y comprende su propia historia, sin cristalizarse en ella
- El cuerpo no es un misterio y puede reconocer sus símbolos y síntomas
- No necesita adulación
- Posee un equilibrio real
- No tiene nada que esconder, es y se comporta desde quien es
- Es capaz de reconocer sus cualidades
- Puede alejarse y acercarse a otros con equilibrio
- Puede estar solo
- Se respeta a sí mismo y a otros, respetando límites
- Está presente el desapego y la capacidad de autoobservarse sin miedo

Estas características se relacionarían con el camino hacia la sanación y el abandono del falso self, el cual es un proceso paulatino que se desarrolla a lo largo de la vida realizándose paso a paso, a través de la conciencia de la historia personal, sus consecuencias y los patrones que de esto se derivan, de modo de intentar alcanzar cada vez más un contacto real con el verdadero sí-mismo (Adzema, 1985; Trobe, 1998, 1999).

3.3 Teoría Clínica

3.3.1 Panorama General

Dentro del marco de la teoría primal se han ido perfilando diferentes variantes de terapia, entre las que se encuentran la terapia primal de Janov, la integración primal, el trabajo con el niño interno, el proceso Hoffman de la cuadrinidad y el descondicionamiento primal. Éstas compartirían al menos tres características básicas: a) el origen de los problemas actuales de las personas y lo que las anima a ingresar a psicoterapia son las experiencias tempranas traumáticas; b) el trabajo psicoterapéutico con éstas experiencias produciría en forma perdurable transformación y crecimiento personal; y c) consideran que recuperar la capacidad de sentir y la expresión libre de emociones es fundamental y es de por sí terapéutico (Sassenfeld, 2001).

Asimismo, cada una de estas variantes de terapia primal poseería elementos de una de dos tendencias básicas: la escuela dirigista y la escuela natural u original, es decir, enfoques directivos y no-directivos respectivamente (Álvarez, 2004; Ristad, 1977 citado en Sassenfeld, 2001). La escuela dirigista, desde un enfoque directivo considera que lo fundamental es desmoronar las defensas del cliente, dirigiéndolos a los sentimientos de la temprana infancia y al dolor emocional reprimido. La segunda, valora lo que el cliente siente o no siente, siendo una especie de facilitador que ayuda al cliente a hacerse cargo de su propio proceso, profundizando ahí dónde éste lo requiera. Las defensas son dimensionadas desde su utilidad, por lo que se considera que no deben ser abolidas externa, ni rápidamente (Álvarez, 2004).

A partir de un estudio fenomenológico realizado con sujetos que habían estado en terapia primal con terapeutas distintos, se extrajeron doce declaraciones teóricas generales relacionadas con la terapia primal (Khamsi & Witty, 1995):

1. Una vivencia primal –re-experienciar un evento temprano traumatizante- es un acontecimiento psicofisiológico en el cual la persona se vuelve consciente de memorias tempranas, permitiendo en el presente experimentar completamente los recuerdos y los sentimientos asociados a éstos.
2. Durante la vivencia primal, las personas están conscientes de que están en ella y pueden interrumpirla si el dolor se hace demasiado insoportable, lo que se puede considerar una autorregulación del individuo frente a la experiencia.
3. Cada nueva memoria y su sentimiento asociado que surgen durante una vivencia primal se hacen un estímulo para la aparición de otras memorias y sentimientos relacionados.
4. Las vivencias primales a menudo se acompañan de insights, los cuales a menudo tienen una validez indiscutible para la persona que los experimenta.
5. Cuando termina la vivencia primal, la persona experimenta un estado subjetivo de alivio y bienestar.
6. Durante el proceso primal, la persona va gradualmente re-experimentando y resolviendo sentimientos dolorosos del pasado.
7. A medida que la persona va resolviendo estos sentimientos dolorosos del pasado, gradualmente va adquiriendo un mayor sentido de sí mismo.
8. Durante el curso de la terapia primal, la persona experimenta alternadamente períodos de descubrimiento (cuando emerge el nuevo material) y de integración (cuando el material que ha emergido es trabajado y elaborado).
9. A medida que la terapia progresa, la persona tiende a experimentar material cada vez más temprano.
10. Ciertos sentimientos específicos, durante el curso de la terapia primal, son experimentados repetidamente en el contexto de diferentes memorias y con variaciones en la calidad afectiva.

11. Como los sentimientos tempranos son experimentados una y otra vez en la terapia primal, éstos tienden a surgir menos a menudo en la conciencia y parecen tener menos influencia sobre el comportamiento de la persona.
12. Las personas experimentan el proceso de terapia primal en siete etapas temporales superpuestas (iniciación, alienación, desesperación, aceptación, expansión, integración, retirada). Estas etapas serán consideradas con mayor profundidad en el apartado de “Estrategias”.

En conclusión, si bien no existe una terapia primal unificada, todos los enfoques poseerían puntos comunes fundamentales, así como también cada uno de ellos aportaría con un distinto énfasis, estrategias y técnicas terapéuticas.

3.3.2 Teoría del Cambio

El principal antecedente para lograr el cambio dentro de la teoría primal es re-experienciar los sucesos traumáticos, de modo de poder integrarlos en los distintos niveles de conciencia (Janov, 1993, 1996; Primal Therapy of Denver, 2003). Esto implica revivir el sufrimiento que fue intolerable en su momento, en todas sus dimensiones (Janov, 1996; Schützenberger & Sauret, 1980), el que puede considerarse la causa de la neurosis y de los disturbios físicos y mentales, pero que también implica la posibilidad de sanar a través de la vivencia emocional y corporal de éste y de su comprensión profunda (Janov, 1993, 1996; Short, 1990; Primal Therapy of Denver, 2003). La estrecha relación entre el sufrimiento y la posibilidad de cambiar y sanarse es expresada por Janov (1993) en el siguiente párrafo:

[...] el sufrimiento activo y la curación ocurren simultáneamente. La razón por la que no nos curamos en primer lugar es porque no sentimos la totalidad de una temprana serie de traumas. Si uno pudiera haber sentido los traumas

tempranos originalmente, no habría ningún motivo biológico para re-experimentarlos de nuevo. (p. 336)

Si bien es fundamental, no es sólo el sufrimiento el que se pretende liberar, sino que también la completa gama de emociones reprimidas (Broder, 1976). De este modo, en el re-vivir el trauma temprano la persona puede comenzar a reconectarse con sus emociones y es capaz de volver a sentir verdaderamente, posibilidad negada para el neurótico (Janov, 1993, 1996; Rowan, 1988; Trobe, 1998, 1999; Turton, 2001).

Tanto las enfermedades como los patrones neuróticos repetitivos serían una forma del organismo de poder re-experienciar la herida originaria y sanarla, por lo que éstos deben ser mirados no sólo como un resultado negativo del proceso neurótico, sino que también como una puerta hacia la salud integral: “Los síntomas de trastornos emocionales representan una tentativa del organismo por liberarse de viejas impresiones traumáticas, curarse, y simplificar su funcionamiento. Ellos no son sólo un fastidio y una complicación para la vida, sino que también una gran oportunidad” (Grof, s/f, p. 20). Para Miller (1985a):

Mucho se ha escrito sobre el lado negativo de la compulsión a la repetición; su siniestra tendencia a escenificar reiteradamente el trauma no recordado posee a veces un componente cruel y autodestructivo [...] Pero la compulsión a la repetición tiene a la vez un lado positivo. Es también el lenguaje del niño enmudecido, su única posibilidad de articulación [...] única manifestación del verdadero yo. (p. 90)

Este re-experienciar permite ir al encuentro del verdadero self, el que se encuentra oculto tras las defensas que se han construido (Trobe, 1999). Para esto el ser humano adulto cuenta con la herramienta de un intelecto desarrollado que es capaz de integrar las vivencias (Broder, 1976; Janov, 1993). En palabras de Broder (1976):

Este adulto debe otra vez ir a través del proceso primal para encontrar el principio del camino que lo alejó de su verdadero self. Él tiene ahora su

intelecto del cual careció como infante y niño. Volviendo a vivir y entendiendo los sentimientos dolorosos que una vez no pudo soportar, puede liberarse a sí mismo para vivir en el presente y hacerse cargo de su vida. (p. 1)

Para recobrar el verdadero self, romper los patrones neuróticos repetitivos y sanar las relaciones interpersonales, es necesario tomar conciencia de la identificación con el falso self o “niño emocional herido” (Short, 1990; Trobe, 1998, 1999). Para Short (1990):

La parte de nuestra psique que se aflige y sufre es la que contiene nuestro niño interior. A no ser que cobremos conciencia de este niño interior actuaremos a veces inconscientemente desde esta parte de nuestro ser. Muchos de nosotros hemos desatendido o reprimido nuestras experiencias infantiles y a nuestro niño interior y cuando nos cegamos de esta manera, limitamos nuestra conciencia y nuestra capacidad de vivir plenamente. (p.273)

Romper la identificación con el falso self y sus estrategias resolutivas implica entender las creencias y expectativas que provienen de la visión de mundo que se ha construido desde este niño herido; sumergirse en los profundos sentimientos que este niño posee en su interior; y, arriesgarse a buscar nuevos caminos alternativos a los utilizados desde esta identificación: “Cuando somos capaces de arriesgarnos a hacer algo nuevo y diferente, comenzamos a ver que lo que creímos sobre nosotros mismos no es quiénes somos” (Trobe, 1999, p. 147).

En este proceso de re-experienciar y tomar conciencia de la identificación propia con las estrategias de sobrevivencia forjadas en la infancia, es primordial recordar la historia personal de manera íntegra, desmitologizando y desidealizando la propia infancia (Janov, 1996; Miller, 1985a; Trobe, 1998; Primal Therapy of Denver, 2003).

Trobe (1998) enfatiza la importancia de reconocer a los padres en su rol de frustración y manipulación, considerando que lo relevante es reconocer la propia historia y

no culpar a los padres, ya que esto último llevaría a las personas a no hacerse cargo de sí mismos.

Aunque no es provechoso echar la culpa a nuestros padres por sus fracasos, tenemos que validar los caminos profundos en los cuales perdimos el contacto con nosotros mismos. Es vital para nuestra sanación ver como nos ofrecimos para vivir sus vidas en vez de las nuestras, experimentar y sentir el dolor de cómo no dieron a nuestro niño interior lo que él o ella necesitaron [...] Tenemos que aprender y sentir nuestra historia. (p. 99)

El cambio que se desarrollaría a partir de todo lo anterior sería una reestructuración fundamental de la personalidad en términos cognitivo-afectivos (Marina, 1982 citado en Rowan, 1988), considerando que ésta es un sistema que funciona como una unidad integral y que el cambio en un área afectará a las otras.

Si bien hay autores como Janov (1993, 1996) que consideran que la terapia es una “cura definitiva”, actualmente la mayoría de los autores plantean que el cambio dentro de una terapia primal no es un proceso que comienza y se termina, sino que es un camino para toda la vida, en el cual en sus primeras etapas puede existir la cura de síntomas iniciales, pero que es un proceso que debe continuar hacia la búsqueda de crecimiento personal constante (Adzema, 1985; Broder, 1976; Rowan, 1983, 1988). En este sentido, la búsqueda del verdadero self sería el primer paso para acceder al proceso de crecimiento espiritual, y ambos podrían darse simultáneamente (Adzema, 1985; Rowan, 1983).

En resumen, el cambio, desde la Teoría Primal, sólo puede provenir desde una toma de conciencia experiencial acerca de la procedencia histórica de los patrones neuróticos, lo cual sólo se logra realmente al recordar e integrar las vivencias en los tres niveles de conciencia, liberando el dolor emocional reprimido, recobrando la capacidad de

sentir y abriendo caminos para reconectarse con el verdadero self e idealmente desarrollando las potencialidades propias al máximo, encaminándose hacia un mayor crecimiento personal.

3.3.3 Objetivos

Desde la terapia primal, se persiguen dos grandes objetivos: re-contactarse con el verdadero sí-mismo y volver a sentir profundamente (Bryan, 1974; Broder, 1976; Janov, 1993, 1996, 2000; Miller, 1985a; Rowan, 1988; Trobe, 1998, 1999; Turton, 2001; Primal Therapy of Denver, 2003).

En el mundo actual del cuidado manejado, muchas psicoterapias populares, como la terapia breve, focalizada en la solución, o cognitivo-conductual, acentúan "el alivio de síntoma" como el objetivo principal. Contrariamente, "el alivio de síntoma" es un subproducto natural y no el objetivo último del proceso primal. El objetivo último del proceso primal es el de ayudar a los clientes a descubrir quiénes son ellos realmente y sentir la conexión, sentir la vida, y sentirse ellos mismos. (Primal Therapy of Denver, 2003, p. 1)

Friedenberg (1973, citado en Rowan, 1988) plantea el objetivo de la terapia primal de la siguiente forma:

El objetivo de la intervención terapéutica es el de apoyar y restablecer el sentido de sí mismo y la autenticidad personal. No un dominio del ambiente objetivo; no un funcionamiento eficaz dentro de las instituciones sociales; no la libertad del sufrimiento causado por la ansiedad -aunque algunos o todos éstos puedan ser resultados concomitantes de una terapia exitosa- aunque sí la conciencia personal, la profundidad del verdadero sentimiento, y, por sobre todo, la convicción de poder utilizar todos los propios poderes, de que uno

tiene el coraje para ser y usar toda la propia esencia en la praxis del ser. (p. 8)

Además, este reencuentro con el verdadero self, para algunos de estos autores, es el camino hacia la autoactualización –la que también se convierte en un objetivo, aunque a más largo plazo- y también el comienzo de un crecimiento personal constante que puede continuar o ser simultáneo a búsquedas espirituales o transpersonales (Adzema, 1985; Bryan, 1974; Rowan, 1983, 1988; Trobe, 1998, 1999; Wilber, 1980 citado en Rowan, 1988).

De este modo, recobrar la capacidad perdida de sentir profunda e integradamente –armonía entre cuerpo-sentimiento-intelecto- es un objetivo principal, que puede lograrse a través de la re-experiencia de los eventos traumáticos tempranos por parte del cliente, lo que permite no sólo lograr una comprensión global de la propia historia y un acercamiento al self verdadero y sus emociones, sino que además posibilita que el organismo libere la tensión física y psíquica acumulada durante los años en los que se ha retenido el evento traumático de forma inconsciente (Janov, 1993, 1996, 2000; Khamsi & Witty, 1995; Rowan, 1988; Primal Therapy of Denver, 2003).

Por último, otro objetivo que se deriva de los otros, pero que no es menos importante, es la desidentificación del cliente con sus propios patrones tempranos –es decir, de su falso self-, lo que le permitirá detener la repetición compulsiva de situaciones, cambiando así su relación consigo mismo y con el mundo (Trobe, 1998, 1999).

3.3.4 Rol del Terapeuta

En primer lugar, los terapeutas primales necesitan de un entrenamiento continuado, el que necesariamente debe incluir la experiencia de ser cliente (Janov, 1993; Turton, 2001; What is primal therapy, 2003): “Los facilitadores deben ser experimentados

en su propio proceso para ser guías eficaces –esto no es un ejercicio intelectual que puede ser aprendido y practicado desde libros” (Turton, 2001, p. 2).

Dentro de los roles más importantes que posee el terapeuta primal, se encuentra el de ser capaz de acompañar a los clientes en los distintos niveles de intensidad emocional en la que se encuentran, al mismo tiempo que ser capaz de modularla en los momentos críticos cuando sea necesario: “Esto es un equilibrio delicado en cual el proceso primal, correctamente facilitado, es suficientemente evocador y, al mismo tiempo, el cliente rutinariamente reporta que es también increíblemente suave” (Primal Therapy of Denver, 2003, p. 4).

En este sentido, es de vital importancia para la mantención de este balance - permitir la intensidad emocional y modularla suavemente-, que el entrenamiento de los terapeutas incluya un profundo conocimiento de sus propios procesos de modo que sus contenidos no interfieran con la experiencia de los clientes:

En otras palabras, es absolutamente crítico que el terapeuta no posea miedos irresueltos o problemas de rabia. Terapeutas con estos problemas demasiado frecuentemente pueden interferir, impedir, o parar en el momento en que el cliente orgánicamente trata de curarse. O, los terapeutas también pueden actuar estos problemas yendo al otro extremo “empujando” a los clientes demasiado lejos, demasiado rápido, sobrecargando sus circuitos y previniendo su integración. En esencia, los problemas irresueltos de parte del terapeuta pueden ser perjudiciales para los clientes en una u otra dirección. (Primal Therapy of Denver, 2003, p. 4)

Por otra parte un entrenamiento eficaz debería permitir que el terapeuta evite el “burn-out”, es decir, que posea herramientas para enfrentar el desgaste personal que significa enfrentarse al sufrimiento y dolor humano profundo en forma constante (Janov, 1993).

En el proceso terapéutico, es importante que el terapeuta pueda brindar un espacio seguro para que el individuo pueda expresar libremente lo que va descubriendo a través de su proceso y para que pueda re-experienciar situaciones difíciles en un clima que sea capaz de acogerlo y ayudarlo a integrarlas (Broder, 1976; Rowan, 1988; Primal Therapy of Denver, 2003; Winnicott, 1964).

Para cumplir con este rol, es importante que el terapeuta posea lo que Rogers denominó aceptación incondicional positiva, ya que esto permitirá que el cliente se sienta libre de compartir lo que le sucede, ya que está inmerso en un ambiente de aceptación y confianza: “[...] esta aceptación incondicional positiva es esencial cuando se utilizan técnicas primales para proveer los sentimientos de soporte y seguridad necesarios para ser capaz de expresar los sentimientos irracionales que emergen cuando las defensas están al desnudo” (Broder, 1976, p. 10).

Otro aspecto importante es que los sentimientos del terapeuta sean auténticos, de modo que el paciente se sienta cómodo y al mismo tiempo sea capaz de aprender a ser más espontáneo y natural en términos emocionales a partir de la observación del terapeuta:

[...] es muy importante que los sentimientos del terapeuta sean auténticos. Si la meta de la terapia es que el cliente sea capaz de contactarse con su yo real, como hemos dicho anteriormente, entonces es importante que el terapeuta modele eso, y que sea un ejemplo de ser humano real. (Rowan, 1988, p. 9)

En relación a la directividad del terapeuta, existen dos posturas con elementos antagónicos: por un lado se encuentran aquellos terapeutas que empatizan con las proposiciones de Janov y la escuela dirigista, en donde el terapeuta es más bien directivo y está encargado, entre otros, de distinguir entre verdaderas emociones y mera catarsis (Rowan, 1988; Álvarez, 2004; Broder, 1976); y por el otro, aquellos más cercanos a la

escuela natural o terapia original, que plantean la necesidad de que sea el propio cliente el que dirija su experiencia, extrayendo su propia verdad, de modo que el terapeuta se transforma en un facilitador, cuyo rol principal es acoger y acompañar (Álvarez, 2004; Broder, 1976; Rowan, 1988; Turton, 2001).

El terapeuta primal dirigista –al modo de trabajo de Janov-, asume una postura de científico en donde sabe qué es lo que debe hacer para transformar al sujeto (Rowan, 1988). De esta forma, utiliza técnicas para desarmar las defensas del cliente, dirigiéndolo hacia aquellos sentimientos tempranos que el terapeuta interpreta como los más relevantes, asumiendo la responsabilidad de sumergir al paciente en sus sentimientos y de ayudarlo a analizarlos (Álvarez, 2004).

Por su parte, el terapeuta primal original descubre primero lo que el cliente está sintiendo y luego profundiza en ese sentimiento, valorando todas las emociones por igual. Para él dirigir o controlar la terapia puede ser sumamente perjudicial, ya que cada sujeto posee un ritmo propio y no necesariamente necesita lo mismo que otro para sanarse. Por último, los terapeutas originales valoran el papel que desempeñan cotidianamente las defensas psicológicas y su utilidad para el sujeto, por lo que éstas deben ser desarmadas poco a poco por el propio cliente cuando éste tenga las herramientas necesarias para afrontar este cambio, las que se irán adquiriendo a medida que vaya sintiendo profundamente (Álvarez, 2004). En palabras de Broder (1976):

Los procesos primales son más eficaces cuando son interiormente-dirigidos. Esto quiere decir que cada cliente hace el noventa y nueve por ciento de su propia terapia. En la medida en la que él aprende a rastrear sus sentimientos, necesita poco más que un lugar para hacer terapia primal y otra persona entrenada para apoyarlo, que no empujará o dejará a su propia neurosis interferir con lo que el cliente experimenta mientras está en lo primal. Esto es

todo lo que un cliente necesita para seguir su exploración primal entre las sesiones de terapia formales así como para cuando termine su tiempo y salga de la terapia formal. (p. 15)

3.3.5 Orientación Temporal de la Terapia

En relación a la orientación temporal dentro de la instancia terapéutica, la terapia primal se basa en un trabajo con el pasado en el presente, es decir, recobrando desde el momento actual, la historia personal (Janov, 1996).

En este sentido, se puede considerar que la “regresión” hacia traumas tempranos sólo se hace relevante desde la posición actual de la persona en su vida y desde la particular temática que está vivenciando; en lenguaje guesáltico, se trabajaría con guesalts incompletas que son gatilladas desde sentimientos presentes en el aquí y ahora (Broder, 1976).

Por otra parte, re-vivir es actualizar en este tiempo y espacio, aquellas sensaciones, sentimientos y pensamientos que se asocian a un momento pasado, pero que puede ser evocado y experimentado en el presente (Broder, 1976).

3.3.6 Consideración de lo corporal

En terapia primal el cuerpo es muy importante, ya que forma parte de la integridad humana mente-emoción-cuerpo a la que se aspira en terapia primal (Broder, 1976; Janov, 1993, 1996, 2000; Rowan, 1988; Turton, 2001; Primal Therapy of Denver, 2003). Además, posee nuestra historia impresa en él, no sólo en su sistema nervioso, sino que también en cada una de sus células (Janov, 1993; Primal Therapy of Denver, 2003).

Para poder aspirar a la integración de los tres niveles de conciencia, primero habría que tomar en consideración el cuerpo, ya que debería considerarse el orden evolutivo en el que fueron apareciendo las estructuras. Éste es el más primitivo y en donde las memorias fueron codificadas a nivel de sensaciones, y por ende, se encuentran muy fuertemente arraigadas en la persona (Janov, 1993).

El cuerpo no sólo almacena las vivencias tempranas, sino que ha aprendido de ellas y se maneja en el mundo a partir de mecanismos defensivos corporales como lo son las tensiones musculares crónicas (Janov, 1971 citado en Broder, 1976). En este sentido, es importante en terapia primal aprender a “escuchar” el cuerpo, ya que a través de él también se están expresando elementos importantes que se deben resolver, sobre todo relacionados con traumas preverbales (Primal Therapy of Denver, 2003).

El cuerpo, en terapia primal, se considera una fuente de sabiduría e información muy importante, la cual es respetada por el terapeuta y validada en el cliente (Trobe, 1998; Primal Therapy of Denver, 2003). Esto se expresa en la siguiente frase dirigida a personas en un proceso primal: “Siempre confía en tu cuerpo y en tu sentido interno de espontaneidad para dirigir el camino” (Broder, 1976, p. 18).

Además, el cuerpo se utiliza como un medio para acceder al inconsciente del cliente, ya que conectándose con las sensaciones corporales que a éste le surgen en un momento determinado, se puede comenzar a sobrepasar la barrera de las defensas y comenzar a explorar profundamente en el significado de estos estados percibidos (Broder, 1976). Por esta razón, el cuerpo es un elemento importante en la mayoría de las técnicas utilizadas en la terapia.

El cuerpo también es valorado por el terapeuta como un medio para acercarse a la experiencia interna del cliente, al mismo tiempo que sirve de guía para ayudar al terapeuta a acompañarlo lo mejor posible (Broder, 1976; Rowan, 1988; Primal Therapy of Denver, 2003). Por ejemplo, los movimientos corporales de un cliente en un estado de

regresión, se han reconocido como relevantes para el terapeuta para acceder y acompañar la experiencia, llegando incluso a proponerse una guía en la materia, de modo de diferenciar una regresión hacia un trauma en la concepción o en el nacimiento (Swartley, 1978 citado en Rowan, 1988).

En síntesis, el cuerpo es un importante protagonista en terapia primal, por lo que se le considera, respeta y escucha:

[...] el cuerpo tiene su propia sabiduría inherente y regulará internamente la profundidad de acceso al material traumático. Este fenómeno es repetido una y otra vez en el proceso terapéutico y un terapeuta experto en traumas sabe cómo leer este sistema "de frenado" natural y no empujar al cliente más allá del punto de integración. (Primal Therapy of Denver, 2003, 16)

3.3.7 Diagnóstico

La mayoría de los autores en terapia primal no hacen referencia al diagnóstico, exceptuando a Janov (1993, 1996, 2000) quien plantea que sólo existe una enfermedad, ya que las causas son las mismas aunque la forma en la que se exprese pueda superficialmente parecer distinta. Este autor propone que lo que existiría serían distintos grados de represión y mecanismos defensivos secundarios distintos.

Para realizar un diagnóstico, según Janov (1993) existen dos caminos principales: determinar el grado de represión que una persona presenta al momento de querer iniciar terapia primal, y por otro lado una exploración profunda de la historia del sujeto. En el primer caso, Janov utiliza mediciones de signos vitales, sobre todo mediante EEG, las que le proporcionarán información para determinar cómo será el curso de la terapia. Si la persona posee escasez de ondas alfa, necesitará más tiempo para llegar a contactarse con su emoción y mucho más para acceder a sentimientos profundos (Janov, 1993).

Además, Janov (1993) plantea que las ondas cerebrales se correlacionan con una serie de factores fisiológicos y psicológicos, por lo que observarlas permitirá un acercamiento a la personalidad del sujeto:

Debido a que las ondas cerebrales están altamente correlacionadas con otras funciones vitales las considero como un aspecto más del síndrome de signos vitales. El 'significado'-psicofisiológico de las medidas obtenidas plantea que hay correlatos fisiológicos específicos con estados psicológicos. A través de observar las ondas cerebrales, en resumen, podemos decir algo sobre la personalidad, y viceversa. (p.248)

Para el diagnóstico también es fundamental la historia del individuo, ya que esto permite contextualizar los síntomas, que han absorbido la intensidad del trauma, y tratarlos desde sus orígenes, de modo que no sólo se logre la remisión de éstos, sino que también se modifiquen las raíces de estos (Janov, 1993, 1996). "Somos seres históricos, y cualquier terapia que rechace esa historia está condenada al fracaso. Sin la historia, todo lo que alguien puede ofrecer es ayuda, que no está mal, pero con la historia uno puede ofrecer la curación" (Janov, 1996, p. 4).

3.3.8 Estrategias

Distintos autores proponen pasos específicos a seguir durante un proceso primal, distinguiéndose dependiendo de su orientación y de la menor o mayor estructuración propuesta para realizar psicoterapia. Freundlich (1974, citado en Rowan, 1988) propone de modo general, cuatro fases por las que se debe atravesar en terapia primal, las cuales no son secuenciales, sino que simultáneas de modo que se refuerzan unas con otras. Estas fases son: a) re-vivir las experiencias primales, b) conectar estas experiencias con la existencia actual de la persona, c) actuar en el presente vivenciando los sentimientos

abiertamente, sin desconectarse, y d) hacerse responsable de la propia vida y cambiar lo que necesita ser cambiado.

Broder (1976), a su vez agrega otros elementos, proponiendo cinco pasos que se repetirían muchas veces en el proceso primal:

- a) Compromiso: en esta primera fase, la persona está lidiando fuertemente con sus defensas por lo que fácilmente querrá abandonar la terapia. El rol del terapeuta en esta situación es aportar el soporte suficiente como para que la persona desista de dejar el proceso y continúe superando por sí mismo sus defensas.
- b) Abreacción: en esta fase se pretende descargar la tensión psíquica por medio de re-experienciar la vivencia traumática reprimida en todos los niveles. Aquí se liberan tanto sentimientos positivos como negativos, los que muchas veces pueden ser irracionales. El cliente actúa como un “ego observador” proveyéndose soporte y reuniendo los datos necesarios para lograr una integración. El terapeuta sigue al cliente y lo ayuda a intensificar lo que está sintiendo, junto con acogerlo y aceptarlo, lo que reforzará que continúe profundizando.
- c) Insight: aquí, es necesario que la persona realice un proceso de integración de la vivencia primal sentida y expresada, de modo que esta experiencia sea realmente terapéutica. Esto se realiza primariamente en la abreacción misma y después observando cómo afecta esta vivencia primal a la vida cotidiana. Generalmente el cliente realiza esto en forma espontánea, en donde el terapeuta escucha y apoya los insights, pero si esto no ocurre ayuda al cliente preguntándole, de modo que profundice buscando respuestas. Si aún así esto no ocurre, se asume que la vivencia primal no ha terminado y que el insight vendrá en el momento en que el material más profundo esté listo para emerger; esto puede suceder en un sueño, al otro día, caminado por la calle, etc.

- d) **Contra-acción:** en esta fase la persona debería detener el comportamiento neurótico disfuncional, lo cual muchas veces ocurre sin esfuerzo consciente, aunque en otras la persona puede necesitar cierta ayuda externa para identificar en qué momentos está actuando de esa forma y detener conscientemente el acto. El terapeuta debe validar la elección del cliente de nuevos comportamientos, incluso si decide no cambiar.
- e) **Pro-acción:** es similar a la fase anterior, aunque aquí el énfasis está en encontrar nuevas direcciones en la vida, incorporando posibilidades que antes hubieran sido inconcebibles, lo que requiere de parte del cliente la capacidad para arriesgarse y hacerse cargo de su vida, recuperando su verdadero self.

Desde una perspectiva transpersonal (Rowan, 1988, 1983), se podrían agregar elementos a esta propuesta, ya que recuperar al verdadero self podría ser considerado como un paso más hacia un proceso de crecimiento espiritual, que se ve potenciado por las vivencias primales, pero que sería una fase siguiente; el emerger de un self transpersonal.

El planteamiento de Broder (1976), realizado desde una orientación de integración primal, es poco estructurado y permite variaciones dependiendo de las necesidades de cada cliente -el terapeuta es empático frente a éstas y su rol principal es contener y proveer soporte-, se diferencia de la propuesta de Janov (1970, citado en Broder, 1976; 1993; 1996), la cual es más estructurada y en donde el terapeuta es más directivo.

La terapia de Janov comienza con que se le pide al paciente que asista a una entrevista de admisión, en donde narre con detalles su historia, si ha estado en terapia previamente, y sus problemas y síntomas actuales. Se le dan, además, instrucciones en las que se le exige que deje de beber, tomar tranquilizantes, fumar, aspirinas, etc. y que se aísle en un hotel sin ver televisión, leer, conversar con amigos, ni ver a nadie, dos días antes de iniciar el proceso terapéutico, con la finalidad de aumentar la tensión interna.

Incluso es preferible que el paciente permanezca aislado de su vida cotidiana por un tiempo (Broder, 1976; Schützenberger & Sauret, 1980).

El proceso continúa con tres semanas de terapia individual, con sesiones diarias de dos a tres horas. Una vez que esto termina, el paciente ingresa a terapia grupal dos a tres veces por semana, en donde el grupo proporciona apoyo y acoge las vivencias primales de los otros. No se limita la duración de esta fase de la terapia –generalmente con una duración de uno a dos años- y se puede continuar con terapia individual hasta que el paciente esté “curado de su neurosis”. En ambas fases, el terapeuta está constantemente intentando quebrar las defensas del paciente y guiándolo constantemente a re-vivir experiencias tempranas traumáticas, las cuales más tarde son integradas mediante los insight del paciente, la verbalización y el análisis de las vivencias primales en un afán por integrar los tres niveles de conciencia (Broder, 1976; Bryan, 1974; Janov, 1993; Schützenberger & Sauret, 1980). Janov (1970, citado en Khamsi y Witty, 1995), en relación a etapas en la terapia primal, plantea que el proceso partiría con un enfrentamiento de la rabia, luego del dolor y, por último, de la necesidad de amor.

La rigidez en la terapia de Janov, los métodos directivos -a veces invasivos- y la idea de una “curación” completa luego de la terapia, son fuertemente criticados por otros autores y terapeutas primales (Broder, 1976; Rowan, 1988; Khamsi, 1988).

Desde el descondicionamiento primal, Trobe (1998, citado en Sassenfeld, 2001) plantea que si bien en un principio puede ser relevante re-vivenciar los eventos traumatizantes, después es importante trabajar con la conciencia de cómo afectan los acontecimientos cotidianos a la persona. Esto se basa en el planteamiento de que lo importante es desidentificarse del “niño herido interno”, de modo de no caer nuevamente en el dolor y de no seguir re-actualizando los patrones de reacción provenientes desde las experiencias tempranas (Trobe, 1998, 1999).

De este modo, si bien la terapia puede abrir el proceso de sanación y de desidentificación con los mecanismos defensivos-reactivos aprendidos la infancia, éste continúa largo tiempo. Por esta razón, lo importante sería expandir la capacidad de la persona de darse cuenta de sus identificaciones, de los condicionamientos y de los patrones compulsivos, de modo que pueda continuar un proceso de crecimiento personal constante (Trobe, 1998, 1999).

Por último, cabe destacar el aporte de la investigación de Khamsi y Witty (1995) y de las fases de la terapia propuestas desde la información aportada por personas en terapia primal. Los autores, luego de una serie de análisis de la información, plantean que la terapia primal poseería siete fases temporales superpuestas, las que contienen elementos similares a las propuestas por Broder, (1976) y Freundlich (1974, citado en Rowan, 1988), además de importantes aportes en relación a la vivencia personal de someterse a terapia primal:

- a) **Iniciación:** en esta fase la persona aprende cómo es el trabajo primal, a contactarse con su verdadero self y se compromete con el proceso. Puede haber una etapa de frustración por tener dificultades para sentir, aunque cuando esto se logra, los sentimientos experimentados parecen más profundos y poderosos que nunca. Al mismo tiempo, se reconoce la propia capacidad de sentir y la persona siente que está en una nueva fase de vida.
- b) **Alienación:** aquí la persona se siente separada de su mundo circundante y de quién era antes de comenzar la terapia. El entorno se ve y se vivencia de una forma distinta, lo que trae confusión, la que se aprende a permitir.
- c) **Desesperación:** en esta fase la persona siente una profunda falta de esperanza y de soledad. Los intentos por sobrellevar esto parecen ser inútiles, aunque en las sesiones se perciben pequeños avances.

- d) Aceptación: las personas comienzan a aceptar la realidad de su infancia y vida temprana, de modo que se deja de luchar para satisfacer las necesidades primales, reconociendo que no serán saldadas. La persona comienza a tener un profundo sentimiento de sí misma, tomando conciencia de su soledad en el mundo, así como también de lo mucho que comparte con otros. Aquí existe la sensación de que se ha cambiado y que no se volverá a ser lo que se era antes.
- e) Expansión: en esta fase, las personas empiezan a descubrir un enorme poder personal, belleza y amor internos que emanan desde su centro y que pueden ser compartidos con otros. Hay un rol más activo en la terapia; se asume un nuevo sentido de responsabilidad por la propia vida.
- f) Integración: estos nuevos descubrimientos son integrados en la vida; la persona se empieza a relacionar de forma distinta con sus familiares, amigos y colegas de trabajo, estableciendo relaciones interpersonales más honestas y menos complicadas, volviéndose menos dependiente de otros y gradualmente sintiendo menos rabia y apego hacia sus padres. Se activan acciones contra los comportamientos neuróticos para alcanzar un mejor funcionamiento en el presente.
- g) Retirada: la persona se siente más fuerte, clara y completa, empezando a necesitar cada vez menos la terapia. Aparece miedo a los sentimientos antiguos, pero es capaz de seguir sintiendo y atravesar el dolor, y existe un sentimiento de ir al encuentro de los desafíos de la vida y de explorar otros caminos de crecimiento personal.

Los autores (Khamsi & Witty, 1995) plantean que estas etapas, pueden ser utilizadas a modo de mapa para planificar la terapia, al mismo tiempo que permiten al terapeuta tener claridad sobre la evolución del proceso de la persona, que aunque no se

puede olvidar que es único y que existen grandes variaciones de un sujeto a otro, posee elementos comunes. Algunas de sus utilidades pueden ser: informar a los clientes de las dificultades y las complejidades del proceso primal; identificar en qué etapa está el cliente y apoyarlo desde ahí, evitando que se estanque; y, planificar los objetivos y tareas de cada fase, de modo de que sean lo más aprovechadas posible.

3.3.9 Técnicas y Herramientas

Las técnicas utilizadas en terapia primal son muy variadas y poseen distintos orígenes. Dependiendo de las necesidades del cliente momento a momento se utilizan libremente técnicas guesálticas, psicodramáticas, de trabajo corporal, arte terapia, entre otros (Rowan, 1988).

La técnica principal utilizada en terapia primal es la regresión, la que involucra ayudar al cliente a re-experienciar los eventos traumáticos a la base del comportamiento neurótico actual, lo que se puede realizar paralelamente con una profundización en la propia experiencia actual, denominada recesión (Rowan, 1988).

Para acceder a la experiencia de la regresión, se puede ayudar al cliente a que experimente globalmente lo que está sintiendo y que profundice en ello, observando cómo esto afecta a su cuerpo y respiración. Una vez que está contactado con sus emociones y que las ha vivenciado por un tiempo, se pide que se focalice en el sentimiento y que permita que recuerdos de otros tiempos en lo que haya tenido esos sentimientos accedan a su conciencia, para luego profundizar lo más posible en ellos. De este modo, el cliente puede empezar a vivenciarse profundamente en esa situación -con toda la gama de emociones asociadas- lidiando con los asuntos inconclusos de ésta y expresando lo que necesite. Así, se puede continuar profundizando cada vez más hacia atrás y en diversos recuerdos (Broder, 1976; Rowan, 1988). Este proceso tiene una semejanza con la

fantasía guiada de Desoille, en donde se propicia un viaje imaginario al pasado y se profundiza en las sensaciones y emociones emergentes (Broder, 1976).

Un elemento que ayuda a este proceso y a entrar en contacto con las emociones, es respirar más profunda y rápidamente de lo usual (Albery, 1985 citado en Rowan, 1988; Bryan, 1974). Una vez que se está inmerso en ellas, es importante respirar suave y expeditamente (Broder, 1976). Además, permitir que salgan de la boca sonidos espontáneos, ayuda a producir la regresión (Broder, 1976; Bryan, 1874).

Otros elementos importantes pueden ser: pedirle al cliente que repita palabras y frases claves que contengan sentimientos; poner música, ya que ésta incrementa la carga emocional; trabajar en un lugar cómodo, acolchado, con luces tenues y en donde no importe hacer ruido; trabajar con el principio de los opuestos –si algo no funciona, hacer exactamente lo contrario-; trabajo con libre asociación; enrollarse en el propio cuerpo, simbolizando la regresión; el contacto físico tanto positivo –abrazar- como negativo –soltar, luchar- permite que la persona ahonde en experiencias emocionales relacionadas con estos actos (Bryan, 1974; Janov, 1993; Rowan, 1988).

Una vez que se ha vivenciado una regresión, es de suma importancia que se puedan integrar los aspectos de los cuales el cliente ha tomado conciencia. Para esto es importante que el terapeuta ayude al cliente a preguntarse lo siguiente: ¿De qué se trató la experiencia primal? ¿Cómo se relaciona la vivencia primal con su vida actual y cotidiana? ¿Qué se puede hacer ahora? Estas preguntas son fundamentales para que ocurra una integración en los tres niveles de conciencia; se experimentaron emociones y sentimientos, y ahora se deben integrar a través y con el intelecto (Broder, 1976).

Además, en caso de que la persona no pueda lograr una integración por sí misma, el grupo y el terapeuta pueden ayudarla proporcionando apoyo, observaciones, feedback honestos y reflejos de sus propias emociones durante el proceso (Broder, 1976).

Otras técnicas importantes son: masaje primal de Swartley, que permite desbloquear emociones que están localizadas, mediante un firme masaje en esa área; elementos de la bioenergética, en donde se enfatiza la expresión corporal de los sentimientos, golpeando cojines para expresar la rabia, permitiendo al cuerpo estar paralizado de miedo, etc; el psicodrama de Moreno para trabajo en grupo, en donde se ayuda a los clientes a profundizar en las relaciones interpersonales y las consecuencias de éstas en la vida, por medio de representar roles y ayudar a reconstruir escenas significativas; elementos guesálticos como el diálogo con figuras claves o diferentes aspectos internos que buscan integración, o como el trabajo con los sueños, para acceder a insights; la co-terapia de Jackins en grupos, en donde se trabaja en pares para proveerse apoyo mutuo mientras re-viven experiencias dolorosas; y el trabajo con fantasías guiadas, dibujar y pintar (Broder, 1976; Rowan, 1988).

Por último, es importante mencionar que muchos terapeutas trabajan con técnicas de meditación, las cuales serían completamente opuestas a las técnicas primales, pero que tendrían los mismos efectos. Estas técnicas permitirían acceder a un estado semejante al del sentimiento profundo, facilitando el contacto con éstos, al mismo tiempo que ampliar la conciencia al igual que la terapia primal, permitiendo el acceso a mundos transpersonales y al crecimiento espiritual (Adzema, 1985). Al mismo tiempo, la meditación permite al sujeto observarse y tomar conciencia de sus patrones de reacción, lo que permite que éstos se puedan evitar cada vez más (Trobe, 1998, 1999).

3.3.10 Alcances Clínicos: Promoción y Prevención

Por último, dentro de los aspectos clínicos necesarios de considerar, se encuentran las nociones de prevención y promoción de la salud mental, los que ya han

sido definidos anteriormente¹⁴. Aunque desde de la Teoría de las Experiencias Primales, no existe una conceptualización acabada y sistemática relativa a estos temas, ciertos autores han realizado esfuerzos por empezar a plantear la necesidad de no sólo intervenir en función de un tratamiento a un problema ya existente, sino que también enfocarse en la posibilidad de generar propuestas para promover la salud mental¹⁵ y prevenir los problemas relacionados con ésta (Emerson, 1987; Reich, 1999).

En ésta línea, Alice Miller (1984, 1985a, 1985b, 1998) ha hecho hincapié en la necesidad de cambiar el concepto que se posee de la infancia, al mismo tiempo que revisar y establecer nuevas formas de acompañar el crecimiento, evitando el sometimiento del que son víctimas los niños, infantes y bebés del mundo. De este modo, la autora plantea que, si bien se han logrado importantes cambios en los países desarrollados a partir de la declaración de los derechos del niño, aún existen en los programas de educación y salud una fuerte incompreensión de esta etapa y sus reales implicancias. Su planteamiento entonces está enfocado a “educar” a la sociedad para recibir y permitir el desarrollo óptimo de los niños, reconociéndolos como seres únicos y distintos, actuando en consecuencia.

Desde la Teoría de las Experiencias Primales, también cobra importancia la prevención a nivel prenatal, ya que se han encontrado indicios de los devastadores efectos posteriores de eventos traumáticos desde el periodo de la concepción y el embarazo (Farrant y Larimore, 1995). De este modo, la propuesta iría en torno a las intervenciones psicológicas preventivas con los futuros padres, desde la preparación en términos concretos hasta la preparación emocional y la aceptación integral para con el futuro hijo.

¹⁴ Ver pág. 85.

¹⁵ “Un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento” (OMS, 2001a, p.1, citado en OMS, 2004, p. 16).

Se han realizado, además, estudios, investigaciones y planes de intervención a nivel de prevención de futuros trastornos psicopatológicos en niños que han presentado indicios de experiencias traumáticas en el nacimiento y/o traumas prenatales, tales como intentos de aborto, accidentes, intoxicaciones intrauterinas, adicciones intrauterinas, experiencias cercanas a la muerte, crisis familiares, entre otros (Emerson, 1987).

Por otra parte, el trabajo psicoterapéutico también posee a la base una intervención preventiva, ya que las personas al comenzar a tomar conciencia de su compulsión a la repetición de patrones procedentes de sus historias de vida temprana con sus padres, estarían más capacitadas para no proyectar en sus hijos sus propias necesidades no resueltas, al mismo tiempo que evitar utilizarlos a ellos para satisfacerlas.

Por último, sería importante entrenar a los padres en el reconocimiento de emociones y la sensibilización empática frente a un otro, de modo que sean capaces de reflejarles a sus hijos las distintas experiencias que van teniendo durante su desarrollo, por muy lejanas que éstas estén de su propia experiencia. De este modo se podría permitir que las vivencias tempranas tan importantes para la configuración del sí mismo fueran más fácilmente integradas, facilitando una conexión mayor con el verdadero self y sus potencialidades.

4. COMPARACIÓN

La comparación de la TSF¹⁶ y la TEP¹⁷, que se realiza a continuación, exige en primera instancia clarificar el foco que cada teoría posee con respecto a lo que considera como unidad de análisis. En este sentido, es relevante tomar en cuenta la concepción de lo relacional que posee cada una y cómo es que ésto se vincula con los preceptos teóricos que establecen.

En ambas teorías se considera que las relaciones con los otros significativos son determinantes en el desarrollo de los individuos, ya que la configuración del sí mismo sólo es posible en el contexto de las relaciones que se van estableciendo a lo largo de la vida, de modo que se produce una influencia recíproca entre lo que el individuo es y la forma en que se va vinculando con su medio.

Sin embargo, es importante destacar que lo relacional no posee exactamente las mismas características desde cada enfoque. La TSF considera a la familia multigeneracional como unidad de análisis, planteando que no es posible realizar una abstracción que considere al individuo de manera independiente: la familia es abordada como una unidad indivisible donde todo lo que sucede es el resultado de las relaciones que se establecen. En este sentido, vale señalar que las características relacionales no pueden ser vistas como diádicas, triádicas o con un número limitado de participantes, sino que más bien deben ser abordadas como inmersas en un entretejido emocional en el que todo lo que acontece repercute en cada individuo y en cada relación como si se tratase de un organismo.

¹⁶ En adelante la Teoría de los Sistemas Familiares de Murray Bowen será abreviada como TSF

¹⁷ En adelante la Teoría de las Experiencias Primales será abreviada como TEP.

Por su parte en la TEP, si bien lo relacional tiene lugar como la instancia que permite la configuración y reactualización del funcionamiento del sí mismo, el foco está puesto en el individuo. Las relaciones tempranas (con los cuidadores primarios) imprimen en su sistema nervioso una determinada manera de sentir, pensar y actuar, de modo que lo que sucede en sus relaciones actuales es producto del modo en que las dinámicas relacionales fueron internalizadas dentro del organismo.

Lo anterior implica que el punto donde cada teoría hace el corte de su unidad de observación es distinto. La TSF conjuga en su visión tanto los elementos individuales como los relacionales y contextuales, en tanto en la TEP, el énfasis está más bien en lo intrapsíquico y su primaria y permanente interacción con lo relacional.

De esta forma queda establecido el carácter con que cada teoría considera el tema de lo relacional y sus implicancias para el desarrollo del individuo. A continuación se comparan los distintos aspectos de las teorías tanto teóricas como clínicas, considerando para esto que se abordan fundamentalmente los conceptos generales que sean de relevancia para la comparación, sin que ello signifique obviar los elementos particulares que enriquecen a cada enfoque.

4.1 Comparación de los Fundamentos Teóricos

4.1.1 Concepción de Ser Humano

En relación a la visión de hombre que sostiene cada una de las teorías tratadas, es posible distinguir en primer lugar que para ambas una característica esencial en el ser humano es la existencia de necesidades. Para la Teoría de los Sistemas Familiares de Bowen éstas corresponden a la necesidad que tienen los individuos de estar junto a otros y a la necesidad de tener un espacio propio en el cual configurar el sí mismo; estas

necesidades son expresión de la presencia de las fuerzas de juntidad e individualidad que están presentes en todos los seres vivos (Bowen, 1973-1974; Kerr y Bowen, 1988).

Para la Teoría de las Experiencias Primales, en cambio, son igualmente relevantes toda la amplia gama de necesidades que aseguran la supervivencia física y psicológica del individuo, considerando que estas últimas son fundamentales para que las primeras sean satisfechas (Janov 1993; Maslow 1963; Millar, 1985b; Trobe, 1999).

La concepción de la existencia de necesidades fundamentales en el ser humano, planteada desde ambos enfoques, implica la consideración de que el desarrollo y configuración del individuo como entidad biopsicosocial depende directamente de la interacción recíproca que se establezca entre éste y el medio que lo rodea.

De lo anterior se desprende la importancia fundamental que ambas teorías le otorgan a las relaciones con los otros significativos. Esto se relaciona con la concepción del ser humano como una especie que ha evolucionado principalmente a partir de una estructura sociocultural compleja que se caracteriza por la vida en comunidad. Consecuentemente, en ambos enfoques se postula que el individuo inicialmente se caracterizaría por una total dependencia de quienes lo rodean para satisfacer sus necesidades, de modo que es en este periodo cuando se encuentra más vulnerable a las dinámicas relacionales en las que está inmerso.

En la TEP se habla de un estado de “dependencia absoluta” (Winnicott, 1960b, 1963) que comienza en el periodo prenatal y se extiende hasta los primeros años. Este estado se caracteriza porque el niño no es capaz de autoabastecerse tanto a nivel fisiológico como psicológico, lo que implica que depende totalmente de sus cuidadores primarios. Si se dan las condiciones y existe un desarrollo sano, este estado se va dejando atrás progresivamente a medida que avanza el desarrollo.

La TSF, por su parte, se refiere a un estado “indiferenciado” en el cual el niño aún no ha configurado un sí mismo independiente del de su familia: la fuerza primordial en esta

etapa es la fuerza de juntidad y el bienestar fisiológico y psicológico del individuo depende absolutamente del campo emocional familiar (Bowen, 1971-1972).

En ambas teorías el estado inicial de dependencia/indiferenciación respectivamente debe ser superado a medida que el individuo va adquiriendo la capacidad de responsabilizarse frente a la satisfacción de sus necesidades, de modo que se va convirtiendo en un ser más independiente (TEP), con un sí mismo propio y diferenciado (TSF). Esto no quiere decir, en ninguna de las dos teorías, que el individuo deje de necesitar a los otros ni su cercanía, sino más bien refiere a un proceso a través del cual la persona se mueve hacia su propia autonomía emocional (Bowen, 1971-1972; Fairbairn, 1962; Guntrip, 1962; Kerr y Bowen, 1988; Winnicott, 1963).

El desarrollo de los individuos al que ambas teorías hacen referencia implica principalmente para la TEP la capacidad de acercarse y alejarse de las figuras significativas sin sensaciones de pérdida y pudiendo lograr el reconocimiento y satisfacción de las propias necesidades (Fairbairn, 1962; Janov, 1993). En tanto la TSF alude a esto señalando que la diferenciación refiere a la capacidad de funcionar –actuar, pensar y sentir- en base a los propios principios, responsabilizándose por éstos frente a sí mismo y a los demás (Bowen, 1971-1972; Kerr y Bowen, 1988).

Es importante señalar que el periodo de la adolescencia es considerado por ambas teorías como el momento evolutivo en el cual el individuo comienza a avanzar hacia la independencia/diferenciación; esto significa que toda la historia relacional que tiene lugar hasta el momento de la adolescencia posee un fuerte peso en su desarrollo.

Sin embargo, cabe señalar que si bien esto corresponde al desarrollo óptimo, muchas veces el proceso de independencia/diferenciación se bloquea. Para la TEP este fenómeno tendría relación con la no resolución de los patrones de dependencia tempranos, es decir, la persona bloquea su desarrollo cuando no elabora el miedo a que los otros lo rechacen o abandonen, ya que en un momento esto significó dolor y muerte por la no satisfacción

de las necesidades fundamentales para la conservación de la vida (Guntrip, 1962; Janov, 1993, 1997; Trobe, 1998, 1999).

Bowen, en tanto, explica esta incapacidad para diferenciarse señalando que muchas veces, producto de la ansiedad familiar, se alteraría el equilibrio entre las fuerzas de juntidad e individualidad, de modo que los miembros de la familia quedarían envueltos en el sistema emocional sin la posibilidad de configurar un sí mismo separado del de los demás (Bowen, 1971-1972, 1976c; Kerr, 1992).

Otro aspecto fundamental en la concepción de ser humano de ambas teorías es la distinción de tres sistemas o niveles de funcionamiento, cada uno de los cuales posee un correlato neuroanatómico (Bowen, 1966, 1973-1974, 1975, 1976a; Janov, 1993, 2000; Kerr y Bowen, 1988). Así en ambos enfoques se alude a un cerebro reptiliano encargado de las funciones básicas de supervivencia, el cual brinda una herramienta primaria para la interrelación entre el organismo y el medio, siendo además reconocido como el sistema que regula la mayor parte del funcionamiento de los seres vivos, incluido el hombre. Janov incluye en este nivel la capacidad de establecer un aprendizaje y una memoria sensorial a partir de una base instintiva, en tanto Bowen utiliza el término Sistema Emocional, refiriéndose a todos aquellos comportamientos que “movilizan” al organismo. El correlato neurofisiológico de este nivel se encuentra principalmente en el r-complex.

La segunda línea de funcionamiento es denominada por Janov como Conciencia Emocional y por Bowen como Sistema Afectivo. En este nivel se incluye la experiencia subjetiva de los afectos, es decir, corresponde a un nivel de sentimientos profundamente vivenciados, y en la anatomía se encuentra prioritariamente en el sistema límbico. En ambos enfoques se le reconoce a este nivel un rol importante en el establecimiento y mantención de relaciones con otros significativos.

Por último, se encuentra el tercer nivel, el cual considera las operaciones cognitivas: para Janov es la Conciencia Intelectual y para Bowen el Sistema Cognitivo. Aquí se

incorporan todas las funciones corticales superiores, incluyendo la capacidad de modular los otros niveles, sin que esto implique un dominio de éste sobre los primeros. Anatómicamente, este nivel de funcionamiento se encuentra principalmente en la neocorteza cerebral.

La concepción global de estos tres niveles de funcionamiento posee aspectos similares y diferentes en ambas teorías. Entre los primeros se encuentra la correspondencia de cada nivel con una estructura anatómica; las características generales de éstos; la importancia que se le atribuye a cada uno para el funcionamiento del ser humano; la consideración de estos niveles como herramientas para interrelacionarse con el medio; y la existencia de una interacción entre ellos, considerando que todo funcionamiento humano es resultado de ésta.

En lo que se refiere a las diferencias, se pueden apreciar distintas concepciones del funcionamiento óptimo de los niveles. Para la TEP lo funcional estaría dado por la capacidad de integrar las experiencias en los tres niveles, reconectándolos de modo de lograr una armonía entre éstos. En cambio para la TSF, estaría dado por la diferenciación de los sistemas, es decir, que cada uno pueda operar sin ser interferido por los otros. En este punto es relevante señalar que si bien cada teoría plantea un modo diferente en el que se alcanzaría un funcionamiento adecuado, el ideal en ambas estaría dado por una integración en la que todos los sistemas o niveles participan de la experiencia del organismo de manera equilibrada.

Una segunda diferencia se relaciona con que si bien en ambas teorías se considera el aspecto evolutivo, la TEP se centra en la evolución ontogenética del individuo, mientras que la TSF se focaliza en la evolución de las especies. Lo anterior implica que para la TEP los contenidos específicos de los niveles de funcionamiento son individuales, dependiendo de la memoria y aprendizaje fijado en cada uno a través de la experiencia,

mientras que para la TSF estos contenidos estarían determinados por la evolución de los seres vivos y serían comunes para todas las personas.

De lo anterior se desprende la importancia que los dos enfoques tratados otorgan a la biología como un aspecto inseparable del funcionamiento humano, considerando ambos la existencia de una estrecha relación entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es así como postulan que, por ejemplo, el bienestar psicológico se encuentra estrechamente vinculado al bienestar fisiológico y al establecimiento de relaciones con otros significativos.

Otra característica que señalan ambas teorías dentro de su concepción de ser humano es la existencia de un falso o pseudo sí mismo en contraposición al sí mismo verdadero o sólido (Bowen, 1975, 1976a; Janov, 1993, 1996; Kerr y Bowen, 1988; Meyer, 1998; Miller, 1985a; Rowan, 1988; Trobe, 1998). El falso sí mismo constituye un producto de la historia relacional del individuo, ya que éste desarrolla estrategias sustitutas que le permiten sentirse aceptado por quienes lo rodean; esto, para la TSF, si bien es algo común, representa un estado donde lo que prima es la fuerza de juntidad y la escasa diferenciación. En tanto, para la TEP, la existencia del falso sí mismo constituye inicialmente una defensa frente a la posible pérdida del cuidador primario y, posteriormente, una limitante en el desarrollo que se debe superar.

De todas formas, para las dos teorías, si bien se aspira al funcionamiento a partir de un sí mismo sólido o verdadero, es necesario para el crecimiento que los individuos se encuentren insertos e integrados a su entorno social.

Las características que se atribuyen en cada teoría al pseudo sí mismo difieren en algunos aspectos. En la TEP se considera que el falso sí mismo es una estructura estable y rígida, siendo esto lo que le otorga su carácter disfuncional. En contraposición, en la TSF, el pseudo sí mismo se caracteriza por ser acomodaticio y variable según las circunstancias, de modo de asegurar siempre la aceptación grupal.

Un último aspecto relevante en la concepción de ser humano, es que en cada una de las teorías se considera que la ansiedad participa y genera consecuencias en el desarrollo del individuo (Janov, 1993, 2000; Kerr y Bowen, 1988). Ambas teorías distinguen entre una respuesta normal a situaciones estresantes -la cual sería momentánea y adecuada a la intensidad del evento- y la ansiedad crónica o patológica, la cual incluye una activación fisiológica frente a estímulos inespecíficos y que perdura en el tiempo, pese a la desaparición del desencadenante inicial.

Para ambos enfoques la presencia de elevados montos de ansiedad crónica o patológica trae como consecuencia el desarrollo de sintomatología a cualquier nivel. Para la TEP, la ansiedad patológica representa una expresión de la desconexión de los niveles funcionales, la cual es generada y retroalimentada por la reactivación de las conexiones neuronales impresas en el sistema nervioso por los traumas tempranos, manteniendo un estado constante de alerta en el organismo. Para la TSF, por otra parte, la ansiedad crónica es conceptualizada como causa y efecto del desequilibrio entre las fuerzas de juntidad e individualidad, tanto a nivel personal, como del sistema familiar. De esta forma, la presencia crónica de ansiedad activa un proceso de regresión que implica una disminución en la capacidad del individuo de diferenciar entre su funcionamiento emocional y cognitivo y, en la familia, una dificultad para la diferenciación de cada uno de sus miembros (Janov, 1993, 2000; Kerr y Bowen, 1988; Primal Therapy of Denver, 2003).

De lo anterior se desprende que la TSF, a diferencia de la TEP, considera que la ansiedad es un factor que responde a la interacción entre la adaptatividad del sistema relacional actual del individuo y la presencia de eventos potencialmente estresantes en el presente; mientras que para la TEP lo esencial en las respuestas ansiosas patológicas sería la irresolución de los dolores emocionales generados tempranamente en las relaciones cercanas. De esta forma, la diferencia esencial entre ambas concepciones es que en la TSF la ansiedad está presente tanto a nivel relacional como individual, mientras

que en la TEP sólo lo está a nivel del organismo. De todas formas, en las dos teorías, la génesis y las consecuencias de la ansiedad se expresan tanto en la biología como en las relaciones del individuo con los otros significativos.

En síntesis, es posible establecer que dentro de la concepción de ser humano de la TEP y TSF existen múltiples aspectos diferentes y desarrollos particulares. Sin embargo, se encuentran concepciones fundamentales que pueden analogarse. De esta forma, es importante destacar que para ambas es prioritaria la consideración de que el ser humano necesita al medio y a los otros para desarrollarse. Asimismo, se atribuye importancia tanto a los aspectos más primitivos en la evolución –expresados en el r-complex y el sistema límbico-, como a los de adquisición más reciente –neocorteza cerebral-. Además, en ambas se considera al ser humano como biopsicosocial, dando un importante rol a la interacción que se produce entre los aspectos biológicos, psicológicos y relacionales.

4.1.2 Conceptos Fundamentales

Como un primer concepto fundamental se encuentra que en ambas teorías existe un énfasis en la importancia de la historia en la configuración del sí mismo del individuo, considerando no sólo lo que sucede a través de una generación, sino que también los procesos que han tenido lugar a lo largo de múltiples generaciones. En este sentido, es posible establecer que si bien se otorga relevancia a lo que sucede en un momento dado, se considera lo diacrónico como un eje constituyente de lo que el individuo experimenta en su presente.

En este sentido, ambos enfoques observan cómo los patrones de relación que han tenido lugar en las distintas generaciones inciden en las relaciones actuales y en la experiencia de los individuos. Sin embargo, la TEP postula que la transmisión rígida de patrones relacionales se origina en los conflictos producidos por necesidades no resueltas

presentes en los cuidadores primarios en relación a sus propios padres (Janov, 1993, 1996; Miller, 1985b; Short, 1990; Trobe, 1998, 1999), mientras que en la TSF esto sucede debido al interjuego de las fuerzas de juntidad e individualidad que se da al interior de la familia, transmitiéndose a través del campo emocional familiar multigeneracional (Andolfi y Nichilo, 1979; Titelman, 1998a, 1998b). En síntesis, las características de los patrones relacionales representan conflictos no resueltos en la TEP y el interjuego de las fuerzas vitales de contrabalance en la TSF.

De todas formas, es importante destacar, como ya se trató anteriormente, que si bien en ambos casos la historia familiar tiene un rol fundamental en las características actuales del individuo y las formas que tiene de establecer relaciones, en la TEP esto se aborda considerando las relaciones interpersonales que se dan entre cuidadores-hijo, mientras que en la TSF se contempla cómo es que la familia en su totalidad –como una unidad emocional multigeneracional- incide en la formación del individuo.

Tanto para la TEP como para la TSF la transmisión de patrones relacionales constituye una realidad ineludible y que afecta profundamente el funcionamiento del individuo, pero a la vez, paradójicamente, es lo que le permite constituirse como un sí mismo.

Concretamente, los patrones de interacción son transmitidos mediante acciones y omisiones –tanto verbales como no verbales- entre padres e hijos. Esta transmisión posee una cualidad recíproca en la medida que por un lado los padres proyectan algo sobre sus hijos y por otro éstos hacen propias las necesidades de ellos. De esta forma, los distintos participantes poseen un rol activo en la configuración y perpetuación de las dinámicas relacionales (Bowen, 1966, 1973-1974, 1975, 1976a; Janov, 1993, 1996; Kerr y Bowen, 1988; Miller, 1985a).

El proceso de proyección de padres a hijos en la TSF se produce a través del triángulo, ya que la incorporación de un tercero a una relación originalmente diádica,

permite que la ansiedad circule en un campo relacional más amplio (Bowen, 1967a, 1976a; Georgetown Family Center, s.f). Para la TEP, en cambio, este proceso ocurre por un intento de los padres por satisfacer necesidades negadas e inconscientes a través de la relación con un hijo, debido a que éste necesita mantener su cercanía y aprobación (Janov, 1993; Miller, 1985a, 1985b; Primal Therapy of Denver, 2003; Trobe 1998). De esta forma, en ambas teorías la proyección se produce en un intento de los padres por disminuir el malestar que se genera en su relación o en ellos mismos.

Otro fenómeno relacionado con lo anterior que consideran ambas teorías es que al momento de formar pareja, los individuos tienden a elegir a otros que satisfagan sus necesidades¹⁸ y que, por ende, se tenderá a la complementariedad de patrones relacionales. Esto se refleja en la tendencia de los individuos de adoptar ciertas posiciones funcionales dentro de una relación, las cuales se vuelven disfuncionales cuando se rigidizan, es decir, cuando el individuo permanentemente ocupa el mismo rol – dependencia/independencia, sobrefuncionamiento/subfuncionamiento- independiente de las condiciones contextuales (Bowen 1967b; Georgetown Family Center, s.f; Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b; Trobe, 1998, 1999).

Todo lo anterior refleja la presencia de una compleja interrelación entre los contenidos a expresar –necesidades no resueltas (TEP), interjuego juntidad/individualidad (TSF)-, la forma en que se expresan estos contenidos –patrones relacionales- y el proceso al que dan lugar –proyección en los hijos-. Esta interrelación tiene un carácter dialéctico, reflejando la riqueza de las relaciones humanas.

Ambas teorías conciben la existencias de medios para manejar los procesos disfuncionales, los cuales si bien permiten cierta adaptación, al rigidizarse propician el desarrollo de dificultades en las distintas relaciones de los individuos y en su propio

¹⁸ Para la TSF las necesidades serán de juntidad e individualidad, mientras que para la TEP serán necesidades primales insatisfechas.

funcionamiento. En la TSF, la ansiedad que origina y resulta de la indiferenciación es anclada a través de cuatro distintos procesos relacionales al interior de la familia. En la TEP, las necesidades no resueltas son abordadas a través de la compulsión a la repetición en todas las relaciones significativas de los individuos.

Por último, en lo que respecta a la consideración de la sociedad, tanto la TEP como la TSF realizan una extrapolación de la teoría a las dinámicas sociales. En la TEP la base de las estructuras sociales son las que influyen la forma en que los padres se relacionarán con el niño, validando muchas veces situaciones que desencadenarán traumas primarios (Adzema, 1985; Armstrong, 1993; Miller, 1984, 1998; Rowan, 1988). En tanto en la TSF, Bowen analiza el funcionamiento de la sociedad bajo el supuesto de que ésta, al estar conformada por individuos, posee similares características al resto de los sistemas como la familia, sólo difiriendo en la intensidad de sus dinámicas (Bowen, 1973-1974, 1976a; Georgetown Family Center, s.f.).

El abordaje de lo social de ambas teorías, al ser una extrapolación de una teoría clínica, no constituye un desarrollo teórico distinto al propuesto para los individuos y familias, razón por la cual no incorpora elementos propios de la complejidad del entramado social.

4.1.3 Psicopatología

Para realizar la comparación de las consideraciones psicopatológicas de ambas teorías, primero es necesario establecer el fundamento que las sustenta, ya que es aquí donde surge uno de los principales puntos de encuentro. Tanto para la TEP como para la TSF, la normalidad como parámetro no existe, sólo habrían funcionamientos más cercanos o lejanos a un estado ideal, y por ende, inalcanzable en cabalidad (Bowen, 1965a, 1976a, 1976c; Janov, 1993, 1996; Kerr & Bowen, 1988).

En este sentido, para la TEP los eventos traumáticos tempranos no son evitables, al mismo tiempo que se pueden considerar como fundamentales para la construcción del sí mismo (Kohut, 1977; Winnicott, 1965). Asimismo, para la TSF la desarmonía entre el funcionamiento emocional, cognitivo y afectivo, es la norma en el ser humano (Bowen, 1973-1974, 1975; Kerr y Bowen, 1988).

De esta forma se puede considerar desde ambas teorías que todos los seres humanos se encuentran lejos del funcionamiento ideal, requiriéndose un esfuerzo sistemático y continuo para alcanzar niveles que se acerquen más a éste. Respecto de este punto es importante destacar que lo considerado disfuncional por ambas teorías, si bien forma parte de la naturaleza humana, no proviene desde un individuo aislado, sino que se configura a partir de su historia relacional.

Este aspecto posee importantes consecuencias, ya que al no situarse el origen de lo disfuncional al interior del individuo, sino más bien en las relaciones que éste establece, se le otorga al funcionamiento del ser humano un carácter más flexible y menos limitante, alejándose de la concepción psiquiátrica tradicional del “enfermo mental”.

De lo anterior se deriva que la diferencia entre los distintos niveles de funcionamiento es cuantitativa y no cualitativa. Esto es, los procesos que se encuentran a la base de enfermedades tan disímiles como la neurosis, psicosis, trastornos de personalidad, entre otros, son los mismos, sólo difiriendo en su intensidad. Asimismo, se establece una interrelación explícita entre lo psíquico, lo somático y lo social, postulándose que cualquier alteración en estas áreas se funda en los mismos factores: las dinámicas relacionales¹⁹ (Bowen, 1965a, 1976a, 1976c; Janov, 1993, 1996, 2000; Kerr y Bowen, 1988; Rowan, 1988).

¹⁹ Por dinámica relacional se entiende un conjunto de procesos que van mucho más allá de la “forma” de la interacción, abarcando aspectos constitutivos del ser humano y de su naturaleza inevitablemente social.

Si bien se comparten los aspectos básicos mencionados anteriormente, existen diferencias importantes en la conformación, caracterización y expresión de lo disfuncional en cada una de las teorías tratadas. En la TSF se reemplaza el término enfermedad mental por el de enfermedad emocional, entendiéndola como una fusión –de origen filogenético- entre el funcionamiento cognitivo y emocional, de tal modo que las emociones invaden al individuo, impidiendo que desarrolle un funcionamiento diferenciado, tanto entre sus sistemas, como en la relación con los otros (Bowen, 1973-1974, 1975; Kerr y Bowen, 1988).

En la TEP, se considera que la disfuncionalidad se relaciona con los traumas tempranos, los cuales desencadenan una desconexión profunda entre los distintos niveles de conciencia, provocando una desarmonía general en el organismo y en sus interacciones. Ésta es la responsable de las enfermedades psíquicas, físicas y sociales.

En ambas teorías, la consecuencia final de este proceso es la hiperactivación del organismo en su totalidad, lo que conlleva consecuencias incluso a nivel celular y un constante desgaste (Janov, 2000; Kerr, 1992). En la TSF esta hiperactivación se relaciona con la presencia de ansiedad crónica resultante de la indiferenciación, mientras que en la TEP, tiene que ver con los procesos de represión de los traumas y el dolor encapsulado resultante, presente en el sistema nervioso de los individuos.

Por último, cabe señalar que desde ambas perspectivas la disfuncionalidad implica una restricción en las posibilidades de sentir, pensar y actuar de los individuos, así como también en los patrones relacionales que establecen. Mientras mayor sea la disfuncionalidad, mayor será la rigidez del individuo (Kerr y Bowen, 1988; Trobe, 1998, 1999; Turton, 2001).

4.2 Comparación de la Teoría Clínica

4.2.1 Teoría del Cambio

Una primera distinción para abordar este punto es aclarar que la teoría del cambio comprende el proceso a través del cual éste tiene lugar, sin hacer referencia a los objetivos o contenidos perseguidos desde cada una de las teorías en estudio.

Un primer aspecto es la consideración de los límites del proceso en términos temporales. En la TSF se distingue entre dos tipos de cambio: uno funcional, que se relaciona con los aspectos comportamentales y sintomáticos, que puede ser alcanzado en un tiempo acotado, y otro sólido, que es más difícil de lograr, requiriendo un trabajo constante a lo largo de la vida (Titelman, 1998b). Por su parte, la TEP no establece distinciones entre niveles de cambio, pero al igual que la TSF, plantea la existencia de cambios sintomáticos al inicio del proceso de cambio real, el cual también tendría lugar durante toda la vida (Adzema, 1985; Broder, 1976; Rowan, 1983, 1988).

En el desarrollo del proceso de cambio, la TSF enfatiza el trabajo en la concientización de los patrones relacionales presentes en los sistemas significativos en los que se desenvuelve el individuo, especialmente en la familia de origen; así como la responsabilización de la propia participación en la génesis y mantención de los mismos (Titelman, 1998b). Lo anterior es llevado a cabo por medio de un análisis cuidadoso de las dinámicas multigeneracionales que influyen y son influidas por el individuo. Este análisis posee un carácter esencialmente cognitivo, lo que no significa que no se experimenten emociones, sino que se considera que el sistema cognitivo es la principal herramienta para su consecución.

Para la TEP, lo que se enfatiza en el desarrollo del proceso es la toma de conciencia de la identificación con el falso self y los patrones relacionales que de éste se

desprenden. Para ello el individuo trabaja en la re-experienciación de los sucesos traumáticos tempranos, la cual posee elementos primordialmente viscerales y emocionales, utilizándose lo intelectual posteriormente para integrarlos (Janov, 1993, 1996; Primal Therapy of Denver, 2003).

Las características procedurales del cambio en cada una de las teorías reflejan que si bien existe una semejanza en la concepción del proceso de cambio como una instancia que persiste a través de todo el desarrollo vital, y en la idea de la importancia de la toma de conciencia para la consecución del mismo, se diferencian tanto en el contenido de dicha concientización como en las características de la misma, ya que existe un énfasis en los aspectos cognitivos (TSF) o viscerales-emocionales (TEP) como herramientas fundamentales del proceso.

4.2.2 Objetivos

En ambas teorías se establece una diferencia entre los objetivos fundamentales y los objetivos intermedios o prerrequisitos para alcanzar el verdadero cambio. En la TSF el objetivo fundamental tiene relación con la diferenciación del sí mismo del individuo respecto de la unidad emocional multigeneracional (Andolfi y de Nichilo, 1979; Bowen, 1965b, 1966, 1967b, 1971-1972, 1975, 1976a; Titelman, 1998b). Para la TEP la terapia busca fundamentalmente la reconexión del individuo con su verdadero self y de los distintos niveles de conciencia (Bryan, 1974; Broder, 1976; Janov, 1993, 1996, 2000; Miller, 1985a; Rowan, 1988; Trobe, 1998, 1999; Turton, 2001; Primal Therapy of Denver, 2003).

En lo que refiere a los objetivos intermedios, ambas teorías plantean la importancia del alivio sintomático y la disminución de la ansiedad; aunque esto no se considera como un fin en sí mismo, se reconoce que forma parte del proceso de cambio

(Kerr y Bowen, 1988; Primal Therapy of Denver, 2003; Titelman, 1998b). Además, ambas incentivan que se produzcan modificaciones en los patrones de relación que establece el individuo, especialmente con aquellos que le son más significativos, ya que se considera que tiene lugar una dinámica de retroalimentación en la cual los cambios profundos en el individuo inciden en su forma de relacionarse, a la vez que las modificaciones en las pautas de interacción facilitan el desarrollo individual (Kerr y Bowen, 1988; Trobe, 1998, 1999).

Por último, cabe señalar que para la TEP existe adicionalmente la idea de dar inicio a un proceso de autoactualización y búsqueda espiritual, lo cual trasciende al espacio terapéutico. Para la TSF, existe, a su vez, un objetivo transversal al proceso terapéutico, a saber, posibilitar que el individuo y/o la familia participantes, se conviertan en expertos para pensar en sí mismos en términos relacionales, ya que es justamente esto lo que da lugar a la puesta en marcha de los cambios.

4.2.3 Rol del Terapeuta

En lo que refiere al rol del terapeuta, un aspecto fundamental tiene que ver con el nivel de directividad con que éste realiza la terapia. En la TSF, si bien existe un reconocimiento de que el cambio es el resultado de un esfuerzo individual por parte de los consultantes, el terapeuta guía el transcurso del proceso, explorando y profundizando en aquellas áreas que le parecen relevantes desde su experticia en la teoría (Bowen, 1966, 1971b; Kerr y Bowen, 1988).

Por otro lado, en la TEP existen dos líneas distintas respecto a este tema: escuela dirigista y escuela natural. La primera de éstas propone que en el desarrollo de la terapia es el terapeuta quien desde su experticia se encarga de diferenciar lo relevante o irrelevante dentro de lo que le está sucediendo al paciente y actuar en concordancia con

esto. La escuela natural, por su parte, señala que el terapeuta es más bien un facilitador y que es el paciente el que dirige su experiencia en un espacio de contención (Álvarez, 2004; Broder, 1976; Rowan, 1988; Turton, 2001).

Ambas teorías enfatizan la creación de un clima propicio para que los consultantes se sientan contenidos y puedan explorar aquellos temas significativos para su desarrollo. Sin embargo, la TSF propone un ambiente en que la ansiedad sea lo más baja posible, de modo que los participantes se puedan relacionar principalmente desde su funcionamiento cognitivo, mientras que en la TEP el ambiente es básicamente facilitador, para que emerjan emociones y reacciones viscerales del paciente (Andolfi y de Nichilo, 1979; Bowen, 1966; Broder, 1976; Primal Therapy of Denver, 2003; Rowan, 1988; Titelman, 1998b; Winnicott, 1964).

Otro aspecto fundamental para ambas teorías es la necesidad de trabajo de la persona del terapeuta, ya que se considera que para poder ayudar a otros el terapeuta debe haber experimentado un cierto nivel de cambio y desarrollo en sí mismo, de modo de no interferir en el proceso de los consultantes (Bowen, 1967b, 1975; Janov, 1993; Kerr y Bowen, 1988; Titelman, 1998b; Turton, 2001; What is primal therapy, 2003).

Asimismo, el terapeuta cumple en ambas teorías un rol de modelaje para los consultantes, ya que su propio modo de comportarse y relacionarse se constituye en un ejemplo. Así, para la TSF el terapeuta mantiene un estilo relacional diferenciado a través de la neutralidad y objetividad con respecto al sistema, mientras que en la TEP el terapeuta debe ser auténtico, expresando sus emociones y aceptando incondicionalmente la emocionalidad y vivencia de los clientes (Bowen, 1975; Broder, 1976; Kerr y Bowen, 1988; Rowan, 1988; Titelman, 1998b).

4.2.4 Orientación Temporal de la Terapia

En relación a la orientación temporal en la que se centra la terapia, ambas teorías se centran en cómo la historia de los clientes se expresa en su presente. De esta forma, se intenta que los individuos logren identificar la relación existente entre su funcionamiento actual y su historia de relaciones. En la TSF este intento se expresa en la exploración de la historia familiar multigeneracional y en cómo es que ésta da lugar a los patrones relacionales que desarrolla el individuo. Por su parte, en la TEP, es importante que el individuo logre reconocer tanto los episodios traumáticos tempranos que no fueron integrados, que han ido constituyendo su falso self actual, como la tendencia a repetir compulsivamente situaciones relacionadas con éstos (Bowen, 1984 citado en Titelman, 1987; Broder, 1976; Janov, 1996).

De este modo, ambas teorías están centradas en el aquí y ahora, aunque manteniendo un énfasis en la concepción de que el presente está inserto en un contexto histórico de relaciones significativas, que de alguna forma están interfiriendo en la realidad actual del paciente.

4.2.5 Consideración de lo Corporal

Respecto a la importancia que se concede al cuerpo, un primer punto a considerar es que si bien ambas teorías lo conciben como fundamental a la hora de comprender el funcionamiento humano, difieren en el uso directo que hacen de éste en el espacio psicoterapéutico.

De esta forma, en la TSF no se considera fundamental la realización de trabajo corporal, ya que desde la perspectiva sistémica el cambio en el funcionamiento a un nivel necesariamente influirá en los otros, incluido lo corporal (Kerr, 1981b). En la TEP en

cambio, el cuerpo es una base fundamental para acceder a la experiencia interna del cliente, al mismo tiempo que permite al terapeuta estar atento a las necesidades de contención y compañía que éste requiera. Además, el cuerpo está a la base de la mayoría de las técnicas utilizadas por la TEP, ya que es una forma de que el cliente se contacte directamente con sus vivencias inconscientes reprimidas (Broder, 1976; Primal Therapy of Denver, 2003; Rowan, 1988; Trobe, 1998).

4.2.6 Diagnóstico

En relación al diagnóstico, en la TEP existen teóricos que no hacen referencia a éste, mientras que otros como Janov, realizan un proceso diagnóstico de forma sistemática y cuidadosa, lo que permite una forma de realizar investigación, seguimiento y evaluación a lo largo del tratamiento (Janov, 1993). Asimismo, para la TSF, el diagnóstico es parte importante de la terapia, ya que éste permite establecer las principales áreas a trabajar. Además, se considera que el proceso diagnóstico ya es en sí el inicio de las intervenciones terapéuticas (Kerr y Bowen, 1988).

Es importante destacar que tanto para Janov como para Bowen, el diagnóstico no posee características tradicionales, es decir, no existe una subdivisión de las patologías en categorías discretas, como las utilizadas en los manuales psiquiátricos. Ambos autores consideran la enfermedad como un continuo donde las diferencias entre los individuos, más o menos sanos, es de orden cuantitativo antes que cualitativo. Es por esta razón que el diagnóstico se relaciona con la evaluación del nivel de intensidad y las características específicas de la disfunción (Bowen, 1966, 1973-1974; Janov, 1993, 2000; Titelman, 1998b).

En cuanto a la forma de realizar el diagnóstico, ambos confieren mucha importancia a la historia del individuo con sus relaciones significativas (Kerr y Bowen,

1988; Titelman, 1998a). Sin embargo, Janov adicionalmente incorpora mediciones fisiológicas que correlaciona con determinado grado o nivel de gravedad de los traumas no resueltos por el individuo, lo que posteriormente se transforma en un indicador de los cambios durante y al final del proceso (Janov, 1993, 2000).

4.2.7 Estrategias

Los abordajes teóricos de la TEP y de la TSF implican el establecimiento de objetivos claros en la terapia, ya que existe un ideal de funcionamiento óptimo hacia el cual se orientan los esfuerzos terapéuticos. Esto implica que en ambos existen lineamientos estratégicos definidos, pues la claridad de lo que se quiere conseguir permite, y en cierta medida exige, definir cómo es que se debe trabajar en términos generales.

De todas formas, lo anterior no posee un carácter rígido: no se pretende que todos los procesos terapéuticos sean exactamente predefinidos, sino más bien que exista una base general desde la cual lograr una flexibilidad que se acomode a los requerimientos particulares de los consultantes.

En términos generales es posible plantear que la TEP posee una estrategia en la cual el primer período se orienta a que el individuo se contacte con sus vivencias emocionales, el segundo que se realice una integración de las mismas en los distintos niveles de conciencia, y por último, que incorpore lo anterior a su vida y relaciones significativas (Broder, 1976; Janov, 1993; Rowan, 1988; Trobe, 1998, 1999). En la TSF la estrategia se orienta a comprender el rol que el sí mismo tiene en el contexto del sistema emocional multigeneracional, para luego incentivar que el individuo implemente modificaciones en su funcionamiento y posición respecto de los otros significativos, y por

último, contribuir a que el consultante enfrente la reacción familiar derivada de lo anterior, manteniendo los cambios que ha alcanzado (Titelman, 1998).

Por último, cabe señalar que cada una de las teorías, en el proceso terapéutico, centra su atención en áreas distintas y esenciales según sus planteamientos. Es así como en la TEP lo primordial en la estrategia es el trabajo con las emociones y sensaciones reprimidas, en tanto que en la TSF el foco se dirige principalmente a las dinámicas relacionales significativas en la historia multigeneracional del individuo.

4.2.8 Promoción y Prevención

Los temas relacionados con la promoción y prevención en salud mental han sido poco abordados desde las teorías tratadas en el presente trabajo en particular -y desde las teorías psicológicas en general- haciéndose necesario realizar inferencias para establecer algunos márgenes en que se podrían realizar acciones vinculadas a estos temas, los cuales cobran cada día mayor relevancia, considerando los enormes costos a nivel individual, familiar y social que implican.

La consecuencia de lo anterior es que a la hora de pensar en la promoción y la prevención, se hace prácticamente inevitable ligarlo a las acciones de carácter psicoterapéutico. En este sentido, la promoción y prevención –desde el presente marco teórico- parece mayormente posible desde una postura que vaya más allá del individuo y considere las repercusiones en las otras personas (como los hijos) desde el trabajo psicoterapéutico focalizado en algunos individuos (como los padres).

Lo anterior puede ser considerado una falencia de las teorías, sin embargo, al mismo tiempo, la mirada relacional que ambas proponen constituye un aporte en la medida que se privilegia un enfoque contextual del individuo considerado como un ser biopsicosocial, es decir, establece en cierta medida la obligación de pensar a los

individuos inmersos en sistemas sociales y culturales a la hora de planificar estrategias de fomento de la salud.

Por otra parte, en lo que refiere al modo en que sería posible ejecutar esta clase de acciones, en ambas teorías esto tendría relación con fomentar la concientización respecto al propio funcionamiento, el de los otros y cómo es que éstos se afectan mutuamente. De esta forma, lo que se buscaría es que a partir de un autoconocimiento, las personas puedan relacionarse de un modo que favorezca un ambiente propicio para el desarrollo óptimo y bienestar de todos los miembros de la familia en tanto grupo significativo, lo que desde estas teorías fomenta la salud mental.

Un aspecto que cabe señalar es que en la TEP existen desarrollos teóricos que hacen referencia directamente a establecer un cambio de los parámetros sociales –sobre todo en la concepción de la infancia- que permita que las futuras generaciones mejoren su calidad de vida. Al mismo tiempo, se han planteado algunas estrategias para trabajar con niños, de modo de prevenir en el futuro problemas de salud mental.

Por último, parece necesario considerar que debido a la escasa formulación y énfasis que se le ha dado a la promoción y prevención, tanto desde la TEP como desde la TSF es importante contar en el futuro con una mayor profundización y un abordaje más serio en lo que refiere a estos aspectos, que resultan cruciales dentro del área de la salud y la práctica clínica.

5. ASPECTOS CLINICOS RELEVANTES

Una vez comparados los principales aspectos relacionados con cada teoría y su quehacer en la práctica clínica, es posible proponer algunas ideas acerca de cómo enriquecer esta última área sin abandonar la coherencia interna del modelo desde el cual se trabaja. Esto adquiere sentido especialmente cuando las estrategias y herramientas propuestas desde un enfoque en particular parecen resultar limitadas a la hora de enfrentar ciertas situaciones que se suceden constantemente en la práctica clínica. De esta forma, si se considera que el objetivo fundamental es ayudar al cliente a enfrentar un aspecto, temática o situación que le resulta dolorosa es necesario adoptar todas las medidas posibles para alcanzar dicho fin. Tal como lo señalan Boscolo y Bertrando (2000):

[...] en los casos en que la terapia no evoluciona, después de repetidos intentos de salir de un eventual *impasse*, algunos terapeutas desgraciadamente atribuyen el fracaso a las características particulares del cliente (resistencias) más que a sí mismos o a la teoría adoptada. Como ya se ha dicho, las teorías son como las redes del pescador: ninguna red es adecuada para atrapar toda clase de peces. (p. 69)

Lo anterior hace relevante la realización de un esfuerzo por considerar aquellos aspectos que podrían resultar susceptibles de incorporar en estas circunstancias. Así, en lo que respecta a la TSF, durante el transcurso del desarrollo de un proceso terapéutico puede ocurrir que en el interés por mantener bajo el nivel de ansiedad y los montos de emotividad presentes, exista cierta tendencia a una sobre-elaboración de los contenidos, pudiendo caer en una rigidización o entrapamiento del proceso. En estas circunstancias, una alternativa sería explorar la introducción en el sistema terapéutico de ciertas cotas de

emotividad, de modo que se produjera una reactivación y continuara el flujo del proceso. Esto no implica abandonar la idea de mantener un clima neutral y apto para desarrollar un funcionamiento con menor reactividad y ansiedad, pudiendo volver a esto una vez superado el impasse.

Por otra parte, la incorporación de pequeños montos de emotividad –por medio de herramientas utilizadas en la TEP para este fin- bajo ciertas circunstancias, podría permitir al terapeuta y al propio sistema consultante ir evaluando su capacidad de adaptarse a situaciones estresantes, tales como las que tienen lugar en la vida cotidiana.

Otro elemento considerado en la TEP que podría contribuir a la práctica de la TSF es la consideración del comportamiento analógico de los consultantes, esto quiere decir poner atención en aspectos como movimientos corporales, tonos de voz, gesticulaciones, entre otros; ya que el lenguaje analógico se constituye como una importante fuente de observaciones e información que facilita captar las retroalimentaciones que dan los clientes a las acciones del terapeuta y a los contenidos o temas que surgen en sesión, lo que podría ir reflejando el estado del proceso (Andolfi y Angelo, 1989).

Un tercer aspecto susceptible de consideración es la ampliación de la gama de herramientas para la evaluación diagnóstica y de seguimiento de los individuos y familias. Respecto de esto, la TEP propone la utilización de mediciones fisiológicas, lo que para la TSF podría resultar aplicable como un método para estimar los niveles de ansiedad y sobreactivación fisiológica de los individuos, siendo además concordante con la idea de que lo que sucede a nivel somático es un reflejo de los aspectos psicológicos y relacionales, y viceversa. De este modo, es posible diversificar los instrumentos para explorar el sistema familiar.

En relación a los aspectos que pueden ser considerados a la hora de favorecer la práctica clínica de la TEP, es posible comenzar señalando la posibilidad de incorporar una mirada ampliada de las relaciones significativas de los clientes. Con esto se pretende que

no sólo sean relevantes las relaciones primarias con los padres, sino que también las relaciones con hermanos y otros miembros de la familia sean consideradas como modo de acceder a la base de los patrones adquiridos inconscientemente. Esto no desconoce que los procesos traumáticos fundamentales sigan en estrecha vinculación con la relación paterno-filial y la dependencia que de ésta se deriva, sino más bien que pueden existir otros elementos en el entorno de formación primaria que estén afectando el funcionamiento actual del individuo.

Expandir la mirada acerca de las relaciones más cercanas, puede aportar en la medida que las experiencias primales de hermanos u otros miembros significativos, pueden brindar importante información y ayudar al individuo a dilucidar su propia historia y patrones relacionales. Al mismo tiempo, la expansión del foco de observación en determinados momentos específicos permitiría un mayor reconocimiento y toma de conciencia de la replicabilidad de padres a hijos de la compulsión a la repetición a lo largo de las generaciones.

Otro elemento susceptible de considerar es que el terapeuta sea capaz de ayudar al cliente a reconocer en sus relaciones significativas actuales y pasadas, las posiciones funcionales adoptadas por él mismo y por los otros. Esto se constituye en una herramienta para la práctica clínica de la TEP, en la medida que el identificar estas posiciones permite que el individuo acceda más fácilmente a su experiencia directa y cómo es que los patrones interiorizados en la infancia surgen actualmente. Además, el identificar las posiciones que toman los otros, puede facilitar el reconocimiento de los propios patrones de funcionamiento en relación a ellos, acercándose a la posibilidad de experimentar el sí mismo real escondido bajo la necesidad tempranas de aceptación y reconocimiento externos.

Por último, a nivel más específico, para la TEP puede ser de gran utilidad incorporar la utilización del diagrama familiar dentro del proceso terapéutico, ya que podría

constituirse como un medio que por un lado le permite al terapeuta conseguir un mayor ordenamiento del tipo de relaciones que ha establecido el cliente a lo largo de su historia, y por el otro, facilita a los propios individuos ir identificando activamente la cadena de compulsión a la repetición presente en su familia. Asimismo, es un instrumento que puede clarificar, tanto a terapeuta como paciente, las temáticas de privación y necesidades insatisfechas fundamentales que están a la base de las experiencias tempranas del consultante, a partir de la observación de la historia familiar.

Finalmente, cabe señalar que la utilización del diagrama familiar, y con el fin de mantener la coherencia teórica, se expresaría como una herramienta de contacto emocional, permitiendo situarse en la realidad emocional personal, y más tarde, ser un medio que facilite a los clientes el proceso de concretizar las vivencias traumáticas vividas a través de las generaciones, en camino hacia la integración de la experiencia en los distintos niveles de conciencia.

6. DISCUSION Y CONCLUSIONES

El análisis y comparación de las teorías revisadas en la presente investigación nos permite distinguir una serie de aspectos fundamentales en términos de concordancias y diferencias entre las mismas y sus implicancias para la psicología clínica.

En lo que refiere a los puntos de encuentro más relevantes entre la TEP y la TSF, fue posible establecer algunos puentes entre las temáticas tratadas por cada una de ellas. Entre éstos se reconocen en primer lugar elementos tales como el reconocimiento de que el hombre posee necesidades básicas para su desarrollo; la distinción entre un sí mismo verdadero y uno creado en el proceso de adaptación al entorno inmediato; la consideración de que la ansiedad presente, tanto en el individuo como en las relaciones, puede llegar a interferir en el desarrollo y generar sintomatología; la importancia otorgada a los aspectos neurofisiológicos a la hora de explicar y comprender el funcionamiento psicológico; y la concepción de que el estado de completa diferenciación-autoreconocimiento corresponde a un ideal hacia el que los individuos pueden dar pequeños pasos a lo largo de su vida en la medida que se hagan responsables de su propio proceso, ya que corresponde a un trabajo que sólo puede hacer cada persona por sí misma.

Adicionalmente a estos elementos nos es posible realizar ciertas reflexiones en consideración a aspectos semejantes más amplios que en cierta medida son los que dan el contexto a las teorías y que pueden ser señalados como fundamentales y distintivos para la aplicación de éstas.

En primer lugar es importante mencionar que tanto Bowen como los teóricos primales inician el desarrollo de sus ideas desde el ejercicio psicoterapéutico, por lo que las teorías surgen principalmente desde una observación de los consultantes y sus

problemáticas, sin que esto signifique que más tarde no se hayan incorporado los aportes de otros autores relacionados con la psiquiatría, la psicología u otras disciplinas. La forma “empírica” en que surgen las ideas desarrolladas le otorga valor a las teorías, ya que toman en consideración las características y dificultades expresadas por quienes solicitan ayuda psicológica, yendo un paso más allá de aquellos planteamientos que, a pesar de mantener una exhaustiva coherencia teórica, tienen poca aplicabilidad en la concreción del quehacer psicoterapéutico.

Por otra parte, la importancia que ambas teorías le otorgan a la historia multigeneracional a la hora de comprender el funcionamiento actual de los individuos y los patrones relacionales que establecen, refleja una mirada diacrónica y contextual que contribuye a no perder de vista la complejidad de éstos. En el ámbito clínico, esto implica que es necesaria una exploración de la historia, una relectura que permita que cada individuo sea capaz de reconocer su propio rol y el de los otros en lo que le acontece en el presente.

Una mirada que enfatiza la importancia de la historia en el presente, también implica la consideración de que dentro de cualquier proceso psicoterapéutico es fundamental e ineludible explorarla para mejorar el funcionamiento y que, en consecuencia, no basta con solucionar los síntomas actuales, pues éstos son sólo un reflejo de dinámicas que se han instalado a lo largo de todo el desarrollo del individuo. Esto, a su vez, conlleva que en la práctica no sea posible esperar implementar una terapia de corta duración, pues no se trata de terapias pragmáticas, y es importante tener en cuenta las consecuencias en términos de costos humanos y económicos que esto implica.

Un tercer aspecto relevante lo constituye la mirada de la psicopatología que proponen estas teorías, ya que ambas plantean que lo disfuncional no puede ser visto como una cualidad intrínseca a determinados individuos, sino que más bien es el producto de dinámicas que han perturbado el desarrollo, por lo que se podría presentar en

cualquier persona o familia. En este sentido, observamos un distanciamiento de la concepción psiquiátrica tradicional, fomentándose la desestigmatización de las personas sintomáticas. Esto trae consigo consecuencias éticas y políticas, pues contribuye a mantener una mirada que propicia la dignidad de quienes padecen problemas de salud mental en tanto seres humanos similares a los no sintomáticos. De esta forma, se abren las puertas para que las familias y la sociedad desarrollen una mayor flexibilidad y tolerancia al enfrentarse a estas personas.

La postura planteada frente a la psicopatología, sin embargo, a nuestro parecer, posee un carácter excluyente, ya que al establecer que existe cierto tipo de funcionamiento ideal, se descartan otras posibilidades que permitan a las personas alcanzar un estado de bienestar, que incluso podría poseer características distintas a las propuestas por cada uno de estos enfoques. De todas formas, es necesario considerar que el hecho de tener parámetros claros acerca de lo que se pretende, permite desarrollar estrategias más sistemáticas que benefician la investigación, al mismo tiempo que permiten mayor rigurosidad y control en la actividad del terapeuta, constituyéndose en un aporte para el desarrollo de la Psicología. La complejidad que representa el desarrollo de una postura frente a la psicopatología nos hace pensar que es relevante que exista un cuestionamiento serio respecto a esto cada vez que se pretenda construir e implementar teorías psicológicas.

Asimismo, la adopción de una postura clara frente a la psicopatología, a nuestro parecer, implica también abordar los tópicos relacionados con la promoción y la prevención, ya que estas temáticas constituyen actualmente aspectos fundamentales en el abordaje de la salud mental. En este sentido, consideramos que en ambas teorías hay muy poco desarrollo al respecto, pues se centran principalmente en el origen y curso de lo disfuncional, orientándose, en general, al tratamiento. A pesar de esta limitación, nos parece que el hecho de que ambas teorías tengan una mirada relacional y contextual,

facilitaría trabajar con elementos de prevención y promoción, ya que al considerar la importancia de la familia en tanto unidad social básica, es posible aprovechar los recursos presentes en ella y, simultáneamente, dirigir las acciones directamente a los procesos de relaciones primarios, constituyéndose esto en una potencialidad que puede ser explotada en el futuro.

Por otra parte, en relación al criterio del funcionamiento ideal, recién mencionado, también encontramos que en ambas teorías está presente una “censura” respecto de la familia y de los padres, o más específicamente, de la relación que se forma entre el individuo y las personas más significativas de su entorno. Esto podría entenderse si se considera el contexto socio-histórico en que se desarrollan estas teorías y los ideales que están a la base del mismo, tales como la autonomía, la independencia económica, la libertad de acción, entre otros. Desde esta óptica, vale considerar que esto podría ir en desmedro de su aplicabilidad en culturas distintas a la occidental industrializada, donde prevalecen otros valores como la importancia de la estabilidad de la comunidad, la colaboración, la mantención de las costumbres, entre otros.

Un último aspecto semejante entre las teorías es la importancia que atribuyen a las relaciones para el funcionamiento del ser humano, pues se considera que éste posee un carácter social por naturaleza y que, por ende, es imposible no considerar los patrones relacionales a la hora de intentar comprenderlo. En este punto, cabe señalar que el hecho de que una teoría particular posea el carácter de relacional no significa que el foco esté puesto en el mismo lugar que el de las demás teorías de esta clase, sin embargo, creemos que pueden convivir si se explicita claramente cuál es la amplitud de las relaciones consideradas, ya que enfocar un aspecto o sector específico no implica que las teorías olviden o nieguen que existen los otros niveles relacionales.

Lo anterior permite comenzar a desarrollar las principales diferencias encontradas entre la TSF y la TEP, ya que el foco del desarrollo teórico se centra en distintos niveles de relaciones; a saber, la TEP se centra exclusivamente en la relación padres-hijo, mientras que la TSF considera a la unidad familiar como un todo.

Este foco distinto se expresa en concepciones fundamentales tales como la idea, en la TEP de que la ansiedad es individual –aunque se expresa en las relaciones- y que se debe a la reactualización de traumas tempranos impresos en el sistema del organismo, mientras que en la TSF la ansiedad es definida como una dinámica en la cual tienen un rol todos los integrantes del sistema familiar, es decir, se considera que la ansiedad se sitúa y se expresa en el ámbito relacional.

Las distinciones anteriores implican consecuencias clínicas a la hora de establecer el foco de las intervenciones: en la TEP existiría un mayor énfasis en la elaboración individual de los traumas tempranos y la ansiedad que de éstos deriva, mientras que la TSF postula que si bien la diferenciación y la disminución de la ansiedad es un trabajo personal, es requisito fundamental que esto sea llevado a cabo en el contexto de la relación con los otros significativos.

Una segunda diferencia encontrada es el énfasis que se da al funcionamiento cognitivo y emocional en cada una de las teorías. El desarrollo de la TSF puede ser leído como una sobrevaloración de los aspectos cognitivos, ya que el terapeuta, al dirigir la terapia, intenta constantemente mantener la ansiedad en niveles lo más bajos posible, de modo de que pueda tener lugar un análisis cognitivo, con la menor interferencia de aspectos emocionales y afectivos. Al mismo tiempo, Bowen y sus seguidores señalan que no se trata de una valoración especial por lo cognitivo, sino tan sólo de impedir que el funcionamiento de este nivel sea interferido por el ámbito emocional.

En la TEP, en cambio, existe un énfasis primordial en la emergencia de las emociones y sensaciones reprimidas, por lo que una posible lectura es que existe una

mayor valoración de estos ámbitos. Pero, esto no significaría que se deje de lado lo racional, sino que es considerado como secundario, de momento que se espera que en primer lugar las emociones se presenten. De este modo, en la práctica psicoterapéutica, el terapeuta es el encargado de generar un espacio donde éstas puedan ser expresadas libremente, para posteriormente ser elaboradas a través de la esfera cognitiva.

El énfasis en uno u otro ámbito del funcionamiento humano que cada teoría realiza, trae consecuencias a nivel de las intervenciones clínicas, debido a que de esto se desprende una determinada clase de herramientas, estrategias, postura del terapeuta, y objetivos, entre otros aspectos relevantes.

Otra diferencia fundamental es la concepción que se posee del falso sí mismo presente en cada teoría. En la TEP el pseudo self es rígido y estable, en tanto que para la TSF es acomodaticio. Esto en la práctica clínica implica que en la TSF se busque que el sujeto vaya desarrollando un sistema de creencias y valores estable y coherente (autogenerado), mientras en la TEP se fomentaría que la persona sea más espontánea, es decir, que funcione de acuerdo a las necesidades que le van surgiendo.

Por último, la idea en la TEP de que es necesario que exista una integración de los distintos niveles de conciencia, de modo que las emociones y sensaciones de vivencias primales sean reconocidas y elaboradas, encuentra su contraparte en el planteamiento de la TSF de que se debe aspirar a que los distintos sistemas funcionen de manera autónoma y sin que se produzca una interferencia entre ellos. Nos encontramos, entonces, con distintas concepciones acerca del funcionamiento ideal de los sistemas anclados biológicamente, por lo que sería relevante para el desarrollo de ambas teorías enriquecer sus planteamientos a la luz de los aportes actuales de las neurociencias.

Los aspectos revisados hasta aquí, a nuestro parecer, constituyen los principales puntos de comparación que permitieron establecer las semejanzas y diferencias entre las teorías abordadas. Este ejercicio nos permitió observar que si bien es común concebir a

las teorías como desarrollos completos y cerrados, es prácticamente imposible que una teoría en particular logre dar cuenta de la totalidad del funcionamiento del ser humano. La realización de una comparación entre teorías permite, entonces, reconocer que lo observado y la explicación generada es una consecuencia de la posición desde donde se instala el observador, es decir, tiene lugar en un determinado contexto y parte de ciertas premisas.

El ejercicio de comparar, independientemente de sí se logran identificar puntos de encuentro o complementariedades entre las teorías, nos parece constituye una contribución incluso para el estudio mismo de una teoría particular, ya que permite establecer con mayor claridad los planteamientos de la misma, así como identificar aquellos aspectos en que existen vacíos, inconsistencias o temas no tratados.

Por otra parte, en lo que refiere a la forma en que es posible llevar a cabo este tipo de ejercicio, nos parece que el establecimiento inicial de núcleos temáticos permite en primer lugar tener un punto de partida que da orden y sistematicidad. Además, el hecho de tomar aspectos relativamente amplios y a la vez fundamentales para cualquier enfoque psicológico permite que la comparación misma sea posible, en la medida que existe una base común general que, a su vez, evita que el esfuerzo se disgregue en las especificidades propias de cada teoría.

Otro aspecto útil de la elaboración de núcleos básicos de comparación es que esto permite que los aspectos fundamentales sean identificados y tratados, realizando un esfuerzo por reconocer lo que cada teoría señala explícita e implícitamente, sin dejar de lado temas que resultan del todo relevantes para las visiones psicológicas.

Respecto al segundo objetivo general del presente trabajo, tuvimos la posibilidad de identificar en cada teoría algunas áreas susceptibles de ser enriquecidas con las herramientas y técnicas de la otra. Sin embargo, consideramos que sería pertinente en el futuro examinar la aplicabilidad de lo encontrado directamente en el quehacer clínico, de

modo de ver qué efectos tiene esto en su desarrollo. Además, en el contexto de la práctica podrían surgir otras herramientas útiles que no pueden ser consideradas si no es desde éste.

Por otra parte, nos parece necesario señalar que el enriquecimiento que surge a partir de una comparación no se refiere sólo a los aportes en términos de estrategias, herramientas y técnicas, sino que también se genera la posibilidad de que los representantes de cada teoría se abran a un espacio de autoanálisis en relación a qué es lo que efectivamente se está llevando a cabo en el ámbito de su quehacer clínico a partir de un enfoque específico.

Es importante mencionar que nos parece completamente esencial que al incorporar aportes de otras teorías, esto se realice a partir de una investigación sistemática y seria. De esta forma, se evita caer en un eclecticismo técnico que mezcle indiscriminadamente las propuestas de las distintas teorías sin realizar antes una revisión cuidadosa de los beneficios y perjuicios de esto. Desde nuestro punto de vista resulta fundamental mantener una posición teórica sólida, desde donde observar el funcionamiento humano y, a la vez, ser capaz de reconocer la importancia de otras teorías y las herramientas que pueden ofrecer en determinados contextos.

El desarrollo de las ciencias ha demostrado que no es posible llegar a una verdad última, por lo que es importante seguir constantemente incorporando y reformulando los preceptos teóricos. En Psicología, considerando sus implicancias para las personas y para el desarrollo social, es de suma importancia dar cabida a la construcción y reconstrucción del conocimiento que guía su aplicación en la práctica.

Si sostenemos que la prioridad de la Psicología como profesión es ayudar a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, surge como criterio fundamental la responsabilidad ética para con los clientes antes que una experticia teórica ortodoxa. Creemos que limitar el accionar a los preceptos de alguna teoría en forma rígida podría

entorpecer el avance de la disciplina y el respeto hacia el ser humano en sus distintas dimensiones y su enorme complejidad.

Finalmente, consideramos que toda teoría psicológica posee implicancias políticas, ya que al plantear y promover una visión de ser humano, de lo que es “normal” y “anormal”, de lo ideal y de las estrategias y acciones para tratar con esto, inevitablemente se orienta la mirada a favor de algunas ideologías y premisas por sobre otras. En consecuencia, nos parece necesario preguntarse constantemente acerca de las implicancias éticas y sociales de lo que se está haciendo, pensar hacia dónde apunta la visión, qué es lo que se persigue y cuáles son los fines a los que contribuye.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adzema, M. (1985). A primal perspective on spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 25 (3), 83-116.
- Álvarez, A. (2004). Terapia natural o dirigida [on-line]. *Asociación Primal* (<http://www.primal.es/original.htm>).
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1991). Tres generaciones en terapia. *Revista Sistemas Familiares*, Abril, 9-17.
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1989). *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*. Buenos Aires: Editorial Barcelona.
- Andolfi, M. y de Nichilo, M. (1979/1998). Introducción. En M. Andolfi y M. de Nichilo (Comp.) , *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª reimpresión) (pp. 9-18). Buenos Aires: Paidós.
- Armstrong, K. (2003). Child abuse, shame, rage and violence. *The Journal of Psychohistory*, Summer, 26-31.
- Astorga, A. y Cruzat, A. (1998). *Creación e implementación de un taller de trabajo con la propia familia de origen, a través del genograma, para modificar el grado de diferenciación del sí mismo, de un grupo de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología de la Universidad de Chile*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Bernard, P. (1980). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Blankenburg, W. (1983). La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 21, 177-188.
- Bleichmar, N. & Leiberman, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. Ciudad de México: Paidós.
- Bonelli, C. y Gálvez, F. (2004). La construcción del espejo milanés: reflexiones en deformación. *Revista del Instituto chileno de terapia familiar*. 18, 7-15.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bowen, M. (1959). Las relaciones familiares en la esquizofrenia. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol I* (pp. 37-56). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Bowen, M. (1960). Un concepto de familia en la esquizofrenia. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol I* (pp. 57-79). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.

- Bowen, M. (1965a). Psicoterapia familiar de la esquizofrenia en el hospital y en la práctica privada. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol I* (pp. 119-146). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Bowen, M. (1965b). La dinámica intrafamiliar en la enfermedad emocional. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol I* (pp. 107-118). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Bowen, M. (1966). Aplicación de la teoría de la familia en la práctica clínica. En M. Andolfi y M. de Nichilo (Comp.) , *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª reimpresión) (pp. 19-63). Buenos Aires: Paidós.
- Bowen, M. (1967a). El anónimo. En M. Andolfi y M. de Nichilo (Comp.) , *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª reimpresión) (pp. 87-132). Buenos Aires: Paidós.
- Bowen, M. (1967b). Sobre la diferenciación de self. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol II* (pp. 185-242). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Bowen, M. (1971a). La terapia familiar y la terapia de grupo familiar. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol I* (pp. 179-232). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Bowen, M. (1971b). Principios y técnicas de terapia familiar múltiple. En M. Andolfi y M. de Nichilo (Comp.) , *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª reimpresión) (pp. 133-155). Buenos Aires: Paidós.
- Bowen, M. (1971-1972). Hacia la diferenciación del sí mismo en la familia de origen. En M. Andolfi y M. de Nichilo (Comp.) , *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª reimpresión) (pp. 64-86). Buenos Aires: Paidós.
- Bowen, M. (1973-1974). Sociedad, crisis y teoría sistémica. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol II* (pp. 137-173). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Bowen, M. (1975). La terapia familiar después de veinte años. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol II* (pp. 17-52). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Bowen, M. (1976a). La teoría en la práctica de la psicoterapia. En F. Corral (Trad.) , *La terapia familiar en la práctica clínica Vol II* (pp. 67-114). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Bowen, M. (1976b). La reacción de la familia frente a la muerte. En M. Andolfi y M. de Nichilo (Comp.) , *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª reimpresión) (pp. 156-172). Buenos Aires: Paidós.
- Bowen, M. (1976c). Una entrevista con Murray Bowen. En M. Andolfi y M. de Nichilo (Comp.) , *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª reimpresión) (pp. 173-199). Buenos Aires: Paidós.
- Broder, M. (1976). An eclectic approach to primal integration [on-line]. *The Primal Psychotherapy Page* (<http://primal-page.com/articles.htm>).
- Bryan, B. (1974). The roots of primal therapy [on-line]. *International Primal Association* (<http://www.primals.org/articles/bryan01.html>).

- Campos, S. Y Bernal, S. (1993). *Aspectos teóricos de los diferentes modelos del enfoque sistémico*. Apuntes de Cátedra Psicoterapia Adultos Enfoque Sistémico. Manuscrito no publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Dörr, O. (2000). Normalidad y anormalidad en psiquiatría. En A. Heerlein (Ed.), *Psiquiatría clínica*, (pp.81-93). Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Emerson, W. (1987). Primal therapy with infants [on line]. *The Primal Psychotherapy Page* (<http://primal-page.com/emerson.htm>).
- Fairbairn, W. (1962). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Farrant, G. & Larimore, T. (1995). Egg and sperm memory: Universal body movements in cellular consciousness and what they mean. *Primal Renaissance: The Journal of Primal Psychology*, 1 (1).
- Georgetown Family Center (2004). *Bowen theory*. Extraído el 10 Septiembre 2004, de <http://www.thebowencenter.org/pages/theory.html>
- Grof, S. (1987). Beyond psychoanalysis: Birth trauma and its relation to mental illness, suicide and ecstasy. *Aesthema: The Journal of the International Primal Association*, 7.
- Grof, S. (1988). *Psicología Transpersonal: Nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
- Grof, S. (s/f) Beyond psychoanalysis: Conceptual challenges to psychiatry, psychology and psychotherapy [on-line]. *The Primal Psychotherapy Page* (<http://primal-page.com/sgrof.htm>).
- Guntrip, H. (1965). *Estructura de la personalidad e interacción humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Mc Graw Hill.
- Innes, M. (1996). Connecting Bowen Theory with its human origins. *Family Process*, 35, 487-502.
- Janov, A. (1993). *The new primal scream: Primal therapy twenty years on*. Londres: Abacus.
- Janov, A. (1996). Terapia primal: el poder curativo de los sentimientos [on-line]. *Asociación Primal* (<http://www.primal.es/charlaJanov.htm>).
- Janov, A. (2000). *The biology of love*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Jutorán, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. *Sistemas Familiares*, Abril, 9-27.

- Kerr, M. (1981a). Bowen Theory and therapy. En G. Stolevar (Ed) , *A handbook of marriage and marital therapy* (pp. 143-172). New York, NY: Spectrum Publications, Inc.
- Kerr, M. (1981b). Cancer and the family emotional system. En J. Goldberg, (Ed) , *Psychotherapeutic treatment of cancer patients*. Nueva York: The Free Press.
- Kerr, M. y Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. New York, NY: W.W. Norton y Company, Inc.
- Kerr, M. (1992). Physical illness and the family emotional system: Psoriasis as a model. *Behavioral Medicine*, 8, 101-113.
- Khamsi, S. (1988). The success and failure of primal therapy: a critical review. *Aesthema: The Journal of the International Primal Association*, 8, 11-23.
- Khamsi, S. & Witty, S. (1995). The seven stages of primal therapy. *Primal Renaissance: The Journal of Primal Psychology*, 1 (2), 22-23.
- Lawson, D. y Brossart, D. (2004). The developmental course of personal authority in the family system. *Family Process*, 43, 391-409.
- Liss, J. (1996). *Principios científicos y Epistemológicos en psicoterapia corporal*. Serie de estudios N°13. Buenos Aires: Fundación Cuerpo y Energía.
- Luna, I., Portela, S. y Rojas, C. (2003). *Exploración y reflexiones acerca de los procesos emocionales-relacionales de la propia familia de origen, vinculadas a la formación del terapeuta, desde la Teoría de los Sistema Naturales de Murray Bowen: un estudio de casos mediante la utilización de diagramas familiares o genogramas*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Maslow, A. (1963). *Motivación y Personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Maslow, A. (1985). *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós.
- Maturana, H. (1997). *La realidad: ¿objetiva o construida?. I. Fundamentos biológicos de la realidad* (2ª Reimpresión). Barcelona: Anthropos Editorial.
- Mc Goldrick, M. y Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar* (3ª Reimpresión). Barcelona: Gedisa, S.A.
- Meyer, P. (1998). Bowen theory as a basis for therapy. En P. Titelman (Ed.) , *Clinical applications of Bowen family systems theory* (pp. 69-116). New York, NY: Haworth press, Inc.
- Miller, A. (1984). *Por tu propio bien: raíces de la violencia en la educación del niño*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Miller, A. (1985a). *El drama del niño dotado*. Barcelona: Tusquets Editores.

- Miller, A. (1985b). Twenty-one points [on-line]. *The Natural Child Project* (http://www.naturalchild.com/alice_miller/twenty-one.html).
- Miller, A. (1998). Childhood Trauma [on-line]. *The Natural Child Project* (http://www.naturalchild.com/alice_miller/childhood_trauma.html).
- Noone, R. (1988). Symbiosis, the family, and natural systems. *Family Process*, 27, 285-292.
- Noone, R. (1995). The family unit and the transmisión of individual variation in adaptiveness. *Family Systems*, 2, 116-137.
- Norcross, J. (1997). Emerging breakthroughs in psychotherapy integration: three predictions and one fantasy. *Psychotherapy*, 34, 86-90.
- Primal Therapy of Denver (2003). What is primal therapy? [on-line]. (<http://www.primaltherapydenver.com/page4.html>).
- Reich, E. (1999). *Bioenergética Suave*. Barcelona: Ediciones Abraxas.
- Rowan, J. (1983). The real self and mystical experiences. *Journal of Humanistic Psychology*, 23 (2), 9-27.
- Rowan, J. (1988). Primal Integration [on-line]. *International Primal Association* (<http://www.primals.org/articles/rowan01.html>).
- Salgado, C. y Alvarez-Schwarz, M. (1990). El genograma como instrumento de formación de terapeutas de familia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 12, 385-420.
- Sassenfeld, A. (2001). Teoría primal y psicoterapia [on-line]. *Centro Experiencial para el Desarrollo Humano* (<http://www.centroexperiencial.cl/>).
- Sassenfeld, A. (2005). *Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial*. Manuscrito no publicado.
- Schützenberger, A. & Sauret, M. (1980). Terapias y formaciones mediante el grito. En A. Schützenberger & M. Sauret (Eds.), *Nuevas terapias de grupo* (pp.152-163). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Short, S. (1990). El susurro de las paredes. En J. Abrams (Ed.), *Recuperar el niño interno* (pp.157-176). Barcelona: Kairós.
- Sierra, R. (1994). *Técnicas de investigación social*. Madrid: Editorial Paraninfo S.A.
- Olivos, P. (2002). La psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers. En P. Olivos, *Las actitudes básicas del psicoterapeuta centrado en el cliente como condiciones necesarias para la efectividad de la psicoterapia* (pp. 18-32). Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas [on-line]. Ginebra: C. Hosman, E. Jané-Llopis y S. Saxena (Eds.).

- Titelman, P. (1987). The therapist's own family. En P. Titelman (Ed.), *The therapist's own family: Toward the differentiation self*. Northvale, Nueva Jersey: Jason Aronson Inc.
- Titelman, P. (1998a). Family systems assessment based on Bowen theory. En P. Titelman (Ed.), *Clinical applications of Bowen family systems theory* (pp. 51-68). New York, NY: Haworth press, Inc.
- Titelman, P. (1998b). Overview of the Bowen theoretical-therapeutic system. En P. Titelman (Ed.), *Clinical applications of Bowen family systems theory* (pp. 7-49). New York, NY: Haworth press, Inc.
- Tobin, S. (1990). Self Psychology as a bridge between existential-humanistic psychology and the psychoanalysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 30 (1), 14-63.
- Trobe, T. (1998). *Face to face with fear*. Kaisheim, Alemania: Koregaon.
- Trobe, T. (1999). *Stepping out of fear: Breaking our identification with the emocional child inside*. Kaisheim, Alemania: Koregaon.
- Turton, S. (2001). What is primal? [on-line]. *International Primal Association* (<http://www.primals.org/whatisprimal.html>).
- Villegas, M. (1995). Eclettismo o integracione. Questioni epistemologiche. En G. Lombardo, M. Malagoli (Eds.), *Epistemología in psicología clinica* (pp. 31-54). Torino: Bollati Boringhieri.
- Von Bertalanffy, L. (1980). *Teoría general de los sistemas* (2ª Reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.
- Winnicott, D. (1960a). La distorsión del yo en términos de verdadero y falso self. En D. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1960b). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En D. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 47-72). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1963). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En D. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp.108-120). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1964). Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis. En C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Eds.), *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 122-130). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Eds.), *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 161-181). Buenos Aires: Paidós.

A Nuestros Padres...

Agradecimientos

A René Riquelme, Elizabeth Wenk y André Sassenfeld
por su guía, respaldo y comentarios constructivos.

A Cristián Cortés y Alicia Cruzat, por el tiempo e interés dedicados.

A todos quienes, día a día, construimos Universidad y abrimos espacios.

A nuestras amigas y compañeras Isabel, Alejandra, Manuela y Marcela,
por su compañía incondicional, las sonrisas,
emociones y pensamientos compartidos.

Pamela y Madeleine

Agradecimientos

A mi querido padre por su apoyo y amor permanente,
su compañía y la confianza que ha depositado en mí.

A mi familia, mis abuelos con su cariño incondicional,
las hermanas y hermanos de mi padre que han sido una bella mezcla
entre la amistad y el cuidado,
a mis hermanos -mis mejores críticos- que han estado siempre disponibles.

A Lourdes por su guía, apoyo y capacidad de generar ideas.

A Madeleine por su compañía en los momentos fundamentales,
sus ideas, su constancia y la gran amistad
que ha crecido cada día entre nosotras.

A Felipe quien me ha impulsado a preguntarme cada día por lo que hago,
a ver en nuestra disciplina un espacio de reflexión y acción política.

Pamela

Agradecimientos

A mis padres, Sandra y Christian por confiar en mi, por el apoyo incondicional, por el amor, por ser tan diferentes y mostrarme distintos aspectos de la vida.

A mi hermano Ignacio por ser mi querido cómplice y compañero de historias.

A toda mi familia por ser quienes son y por estar ahí.

Al equipo humanista: Laura, Leila, André, Andrea, Sergio y Gonzalo, por la enorme acogida y la cariñosa apertura.

A Felipe por el amor, por ayudarme a tomar conciencia de mi fuerza y servirme de espejo.

A mis amigos y amigas que siempre están.

Y por supuesto, a mi querida amiga y compañera de memoria, Pamela.
Por su entrega, por su cariño, por su orden y, sobre todo, por recorrer este camino juntas, apoyándonos mutuamente.
Te deseo lo mejor en el camino que viene.

Madeleine

INDICE

1. Introducción	1
1.1 Relevancia	3
1.2 Metodología	6
1.2.1 Objetivos	6
1.2.2 Tipo de Estudio	7
2. Teoría de los Sistemas Familiares de Murray Bowen	8
2.1 Epistemología	8
2.2 Fundamentos teóricos	12
2.2.1 Orígenes de la teoría	12
2.2.2 Concepción de ser humano	14
2.2.2.1 Fuerzas Vitales de Contrabalance en los Sistemas Naturales	14
2.2.2.2 Sistema Emocional, Afectivo y Cognitivo	17
2.2.2.3 La Diferenciación del Sí Mismo	22
2.2.2.4 Ansiedad Crónica	26
2.2.2.5 Rol de la Biología: una perspectiva evolutiva	30
2.2.3 Conceptos fundamentales	33
2.2.3.1 Familia como Sistema Emocional Multigeneracional	33
2.2.3.2 Sistema Emocional de la Familia Nuclear	37
2.2.3.3 Triángulos	41
2.2.3.4 Proceso de Proyección	46
2.2.3.5 Sistema Fraternal	50
2.2.3.6 Proceso de Transmisión Multigeneracional	52
	205

2.2.3.7	Corte Emocional	53
2.2.3.8	Regresión Societal	55
2.2.4	Psicopatología: Normalidad-anormalidad	57
2.3	Teoría Clínica	64
2.3.1	Teoría del cambio	64
2.3.2	Objetivos	68
2.3.3	Rol del terapeuta	69
2.3.4	Orientación temporal de la terapia	72
2.3.5	Consideración de lo corporal	73
2.3.6	Diagnóstico	75
2.3.7	Estrategias	77
2.3.8	Técnicas y Herramientas	82
2.3.9	Alcances Clínicos: Promoción y Prevención	85
3.	Teoría de las Experiencias Primitives	88
3.1	Epistemología	88
3.2	Fundamentos teóricos	89
3.2.1	Orígenes de la teoría	89
3.2.1.1	Orígenes Psicoanalíticos	89
3.2.1.2	Humanismo Existencial y Movimiento Transpersonal	93
3.2.2	Concepción de ser humano	97
3.2.2.1	Necesidad y Dependencia	97
3.2.2.2	El Ser Humano: Tres Niveles de Conciencia	100
3.2.2.3	Verdadero y Falso Self	102
3.2.2.4	Rol de la Biología	107
3.2.3	Conceptos fundamentales	114
		206

3.2.3.1 El niño en la Familia	114
3.2.3.2 Emocionalidad	118
3.2.3.3 Experiencias Traumáticas y Procesos Defensivos	121
3.2.3.4 Sociedad	125
3.2.4 Psicopatología: Normalidad-anormalidad	127
3.2.4.1 Conceptos Generales	127
3.2.4.2 Características Neuróticas	130
3.3 Teoría Clínica	134
3.3.1 Panorama General	134
3.3.2 Teoría del cambio	136
3.3.3 Objetivos	140
3.3.4 Rol del terapeuta	141
3.3.5 Orientación temporal de la terapia	145
3.3.6 Consideración de lo corporal	145
3.3.7 Diagnóstico	147
3.3.8 Estrategias	148
3.3.9 Técnicas y Herramientas	154
3.3.10 Alcances Clínicos: Promoción y Prevención	156
4. Comparación	159
4.1 Comparación de los Fundamentos Teóricos	160
4.1.1 Concepción de ser humano	160
4.1.2 Conceptos Fundamentales	167
4.1.3 Psicopatología	170
4.2 Comparación de la Teoría Clínica	173
4.2.1 Teoría del Cambio	173
	207

4.2.2	Objetivos	174
4.2.3	Rol del Terapeuta	175
4.2.4	Orientación Temporal de la Terapia	177
4.2.5	Consideración de lo corporal	177
4.2.6	Diagnóstico	178
4.2.7	Estrategias	179
4.2.8	Promoción y Prevención	180
5.	Aspectos Clínicos Relevantes	182
6.	Discusión y Conclusiones	186
7.	Referencias Bibliográficas	195