



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**La función del síntoma desde el paradigma sistémico.
Comparativa con las principales corrientes
psicológicas**

Autor/a: Paula Regojo González-Cascos

Director/a: Giulia de Benito

Madrid

2020/2021

Índice

1. Introducción	4
1.1 Aproximación histórica a la Terapia Familiar Sistémica	6
1.2 Marco teórico	7
2. Función del síntoma	10
2.1 Ciclo Vital Familiar	10
2.2 Crisis de los sistemas familiares	13
2.3 Paciente identificado	15
2.4 El síntoma	17
2.5 El cambio y la función del terapeuta	20
2.6 Otras maneras de entender el síntoma	21
2.6.1 Teoría Psicoanalítica	21
2.6.2 Teoría Cognitivo-Conductual	22
2.6.3 Análisis desde las tres perspectivas del caso J.N.	23
3. Discusión	27
4. Conclusiones	29
5. Bibliografía	30

Resumen:

El presente trabajo pretende estudiar el síntoma como elemento en psicoterapia que cumple una función, con el fin de aproximarse a las personas desde una óptica libre de estigmas. Se enmarca en el paradigma sistémico y, la aproximación al tema desde otros dos modelos que difieren desde la base permite aportar una mirada amplia y enriquecedora sobre el asunto. El recorrido que se ha seguido ha sido una introducción teórica sobre el paradigma que vertebra el trabajo, el estudio de la función del síntoma, sus orígenes y elementos importantes, la visión desde el modelo psicoanalítico y cognitivo conductual y, un cierre con un caso práctico para iluminar el trabajo. El escrito está basado en una revisión bibliográfica que ha permitido concluir que, otorgar una función al síntoma, es una opción que elegirá libremente cada terapeuta con el fin de explicar, de la mejor manera posible, la realidad de la persona con la que esté trabajando.

Palabras clave: función del síntoma, comparación, Sistémica, Psicoanálisis, Cognitivo-Conductual

Abstract:

The aim of this paper is to study the symptom as an element in psychotherapy that fulfills a function, in order to approach people from a perspective free of stigmas. It is framed in the systemic paradigm, and the approach to the subject from two other models that differ from the core, allows us to provide a broad and enriching view on the subject. The path to follow has been a theoretical introduction on the paradigm that supports the work, the study of the function of the symptom, its origins and important elements, the vision from the psychoanalytic and cognitive-behavioral model and a closing with a practical case to illuminate the work. The paper is based on a bibliographic review that has allowed us to conclude that giving a function to the symptom is an option that each therapist will freely choose in order to explain in the best possible way the reality of the person with whom he/she is working.

Key words: symptom function, comparison, Systemic, Psychoanalysis, Cognitive-Behavioral

1. Introducción

La psicología ha ido ampliando sus fronteras con el paso de los años y esto ha permitido un estudio cada vez más completo de la mente humana. El progreso de esta disciplina ha permitido la aproximación al ser humano desde distintos enfoques. Este trabajo tratará de comprender el síntoma psíquico y su posible función desde tres ángulos diferentes.

Cada modelo teórico concibe a las personas y, por tanto, su manera de enfermar, de una manera concreta, por lo que explica la realidad humana con terminología, puntos de partida y finalidad diferentes. Un aspecto básico donde, desde la base, difieren las escuelas es en la conceptualización de los trastornos psicológicos. El origen y el fin de las patologías y, por tanto, su abordaje, se explican desde distintos puntos de vista según nos aproximamos al ser humano desde una perspectiva más dinámica o más empírica. Aquí nace la importancia de esta revisión.

Este trabajo indagará en un tema crucial: el síntoma como pregunta y respuesta de la patología. Se considera importante reflexionar sobre este aspecto porque, en el caso de concluir que el síntoma cumple una función, se podrá investigar en esa dirección y posicionarse ante las personas con las que se trabaja desde un enfoque integral.

Este trabajo persigue la finalidad de estudiar la función del síntoma, desde una perspectiva global, para conocer las posiciones que adoptan los distintos modelos teóricos frente a esta cuestión. El trabajo se encuadra dentro del marco sistémico y hará referencia a los enfoques psicoanalítico y cognitivo-conductual, con el fin de poder hacer una comparación de los tres modelos respecto a la función que cada uno otorga al síntoma, enriquecer el estudio de esta cuestión y ampliar el horizonte de posibles hallazgos.

La elección de estos tres modelos no ha sido casual. Pretende aportar una estimación representativa de las distintas corrientes de la psicología que existen en la realidad actual. Al hablar de la función del síntoma, encontramos modelos que apoyan la idea de que el síntoma cumple una función y modelos que, por el contrario, rechazan esta posibilidad. Estos modelos son, por un lado, defendiendo la funcionalidad, el Psicoanálisis y la Terapia Familiar Sistémica y, por otro lado, defendiendo la existencia del síntoma sin un valor añadido, el modelo Cognitivo-Conductual.

Si seguimos los modelos que parten de la idea de que el síntoma cumple una función, encontramos dos corrientes que discrepan en el lugar donde colocan el foco de intervención. El Psicoanálisis, abordará el síntoma desde la perspectiva individual, mientras que la Terapia Familiar Sistémica adoptará la perspectiva grupal-familiar.

Pongamos por caso un niño que muestra una actitud inquieta en un aula y llega a dificultar el aprendizaje a sus iguales y esta conducta se mantiene en el tiempo. Como profesionales de la psicología podemos optar por abordar esta situación aplicando una metodología orientada a corregir el comportamiento del niño, o bien, podemos plantearnos que su conducta denuncia un malestar sufrido y, por tanto, comprenderla como una petición de ayuda que debe ser escuchada. Por tanto, este se convierte en otro de los objetivos que persigue este trabajo, desestigmatizar los trastornos psicológicos y darle cabida a la escucha del síntoma y al cambio que trae consigo.

Un tercer objetivo de este análisis es comprender las funciones que puede desempeñar el síntoma, es decir, para qué aparece un síntoma y poder analizar las causas que lo originan, de tal manera que se pueda definir una situación psicológica o contextual favorable a presentar un síntoma y así poder llevar a cabo una labor de prevención.

Cuando se adopta la idea de que el síntoma psíquico cumple una función, podemos entender la capacidad de la mente para alcanzar el equilibrio y comprender la tarea, tanto de los terapeutas como de los pacientes, de dotar de significado al síntoma sufrido. Esta mirada ofrece una herramienta de trabajo muy útil para la intervención terapéutica, que llega inevitablemente a consulta por ser el motivo de asistencia del individuo o de la familia en cuestión. El síntoma se convierte en un facilitador de la terapia en el momento que es interpretado como un aliado y no como un enemigo.

La importancia de este estudio en profundidad posibilita un acercamiento más humano a la persona que llega a consulta. Esta aproximación elimina la culpabilidad de la ecuación y permite enfocar el síntoma como motor del cambio, como una oportunidad de crecimiento y aprendizaje.

Entre las motivaciones que impulsan este trabajo podemos encontrar, en primer lugar, el interés en situar a la persona sintomática en una posición activa como manifestante del síntoma y motivadora del cambio. Además, traer al primer plano la idea de funcionalidad,

permite observar la capacidad de la mente para crear vías de escape y propuestas de solución que hay que descubrir a lo largo del proceso de intervención.

Otro motivo para llevar a cabo esta revisión es conocer más en profundidad las tres importantes aproximaciones anteriormente mencionadas, al ser humano y a su modo de enfermar. Estas aproximaciones cuentan con años de investigación y hallazgos que respaldan sus argumentos y, conocerlos, permite una formación más completa y un saber que favorecerá un apropiado acompañamiento.

Establecidos los parámetros desde donde se hará el abordaje teórico a esta cuestión, se procede a plantear las preguntas que guiarán el trabajo y a las que se tratará de dar respuesta a lo largo del proceso. En primer lugar, nos preguntamos qué es un síntoma desde la perspectiva psicológica y cómo llega a aparecer en la vida de las personas con quienes trabajamos. En segundo lugar, nos preguntaremos sobre los argumentos en los que se basan las teorías que encuentran una funcionalidad en el síntoma y las que no y, en última instancia, se indaga sobre las aportaciones que ofrece esta visión y cómo se lleva a cabo el tratamiento una vez se ha identificado la función del síntoma.

1.1. Aproximación histórica a la Terapia Familiar Sistémica

La historia de la Terapia Sistémica comienza en Estados Unidos en los primeros años de la década de los cincuenta. En este momento histórico, después de la II Guerra Mundial, el ámbito de intervención psicológica y psiquiátrica estaba liderado por el enfoque psicodinámico. En estas circunstancias comienzan a surgir nuevas disciplinas en el estudio de las Ciencias Sociales, tales como la Sociología o la Antropología, que favorecieron el estudio del ser humano en relación con su contexto social. Esta transición de lo individual a lo grupal también se vio influida por el desarrollo de la Ecología, la Cibernética, la Teoría de la Comunicación y la Teoría General de Sistemas, teorías que quedarán notablemente representadas en las bases que sostienen a la Terapia Familiar Sistémica (Pereira, 1994).

A lo largo de la década de los años cincuenta en Estados Unidos, ocurría un acontecimiento que supuso la necesidad de la búsqueda de nuevas visiones: la intervención psicoanalítica en la esquizofrenia no estaba dando los resultados esperados (Pereira, 1994).

Al darse cuenta de la escasez de resultados respecto a esta patología, los psicólogos y psiquiatras psicoanalíticos, comenzaron a investigar involucrando a la familia y procurando su participación en terapia de los pacientes con esquizofrenia. Mientras, los profesionales de las nuevas ramas de las Ciencias Sociales, poniendo el foco en la comunicación, también hicieron investigaciones al respecto (Hoffman, 1987). Su mayor representación fue el artículo denominado “Hacia una teoría de la esquizofrenia” de Bateson et al. (1956).

Las diferentes corrientes se fueron desarrollando sin encontrar un punto de convergencia hasta dar origen a las distintas escuelas de psicoterapia sistémica que hoy existen (Pereira, 1994).

1.2. Marco teórico

La Terapia Sistémica basa su desarrollo e investigaciones en los descubrimientos de la Cibernética y la Teoría General de Sistemas que estaban en auge durante la génesis del modelo y aplica sus conocimientos al marco de la intervención clínica y a la familia (Pereira, 1994).

La Terapia Familiar sistémica hace un salto conceptual respecto a las corrientes convencionales. Traslada el foco de atención del individuo a las interacciones entre los miembros de un sistema (Pereira, 1994) y desde ahí, surgen nuevos términos y concepciones teóricas que se tratarán de recoger en este apartado para poder comprender la lógica subyacente a los hilos argumentativos.

Desde la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy (1968) se adopta la definición de sistema como “conjuntos de elementos en interacción” (p.38). Watzlawick, (1971, como se citó en Moreno, 2014) añade a esta definición, la importancia de las características de los elementos que conforman el sistema, es decir, lo define como “un conjunto de elementos, de sus características y de las relaciones entre los mismos” (p.32). Aplicado a la familia, los elementos serían los integrantes del sistema, sus pautas interaccionales las características específicas y, lo que les une será la comunicación entre los miembros.

Existen dos tipos de sistemas, los sistemas abiertos y los cerrados. Se conoce como sistema abierto aquel que intercambia información y energía con el exterior y suponen

la gran mayoría de sistemas (Villarreal-Zegarra y Paz-Jesus, 2015). Estos sistemas abiertos presentan una serie de propiedades que los definen, hablamos de la totalidad, la circularidad y la equifinalidad y equicausalidad (Flórez y Thomas, 1993; Moreno, 2014)

Antonio Flórez y Javier Thomas (1993) se refieren al concepto más extendido de totalidad con el término de globalidad y afirman que el sistema conforma la totalidad y esta es más que la suma de las partes, siendo este el primer principio que rige los sistemas. Esto nos lleva a comprender que no se puede entender el sistema estudiando los elementos por separado, dado que la interacción entre los miembros será la fuente de mayor información para comprender la dinámica propia de cada sistema.

El segundo principio que caracteriza a los sistemas es el de circularidad. Cada miembro del sistema influye en los demás componentes y en la totalidad, a esta influencia bidireccional se refiere el principio de circularidad (Espinal et al., 2006). Este principio se opone conceptualmente al principio, intrínseco en el pensamiento occidental de linealidad (Hoffman, 1987). La linealidad expone la posibilidad de encontrar una causa, modificar un factor y cambiar consecuencia. Sin embargo, desde el paradigma sistémico, se comprende que todos los elementos del sistema repercuten entre sí, por tanto, se puede comprender que cualquier modificación que se realice en un miembro, afectará a todo el sistema y modificará la constitución de este.

Desde este concepto de circularidad, cabe destacar el término de retroalimentación o feedback, este puede ser positiva o negativa. Este concepto se refiere a un modo de control del sistema, heredado de la Cibernética de segundo orden (Villarreal-Zegarra y Paz-Jesús, 2015). Lejos de estar asociada a un juicio de valor, hace referencia a si favorece una conducta o, por el contrario, la reduce, es la línea de razonamiento que sigue el paradigma conductista al hablar de condicionamiento operante. En el proceso de interacción, las secuencias que buscan el mantenimiento de la estabilidad del sistema se conocen como proceso de retroalimentación negativa y están asociadas al proceso de homeostasis. Mientras que las secuencias encaminadas hacia el cambio se conocen como proceso de retroalimentación positiva y se asocian a la morfogénesis (Flórez y Thomas, 1993).

En tercer lugar, encontramos el principio de equifinalidad y equicausalidad que se refiere a la posibilidad de llegar a un acontecimiento concreto desde distintos puntos de partida

o, viceversa, es decir, desde un punto concreto, refleja la capacidad de tomar distintas decisiones para llegar a distintos finales (Villarreal-Zegarra y Paz-Jesús, 2015).

El modelo sistémico se vio muy influido también, como hemos visto, por la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, et al. (1981) y en ella se recogen cinco axiomas de la comunicación. El primero habla de (i) la imposibilidad de no comunicar, cualquier acto y cualquier palabra transmiten información. El segundo axioma, recoge (ii) dos niveles de comunicación, el nivel de contenido y el nivel relacional, estos niveles definen el tipo de relación que existe entre los comunicantes. Seguimos con el tercer axioma, relacionado con la circularidad antes mencionada que defiende (iii) la arbitrariedad de la puntuación de los acontecimientos. Cada persona decide dónde poner el acento en la sucesión de hechos y, dependiendo de esto, se establecerán unas causas y unas consecuencias. Por tanto, al considerar la circularidad antes mencionada, eliminamos causantes y, por tanto, responsables y optamos por una visión de responsabilidad compartida. El cuarto axioma, también habla de niveles de comunicación, en este caso no definitorios de la relación, pero sí de la comunicación. Este axioma afirma que (iv) hay un nivel de comunicación analógico, es decir, no verbal y otro nivel de comunicación digital, verbal. En último lugar, la teoría de la comunicación nos ofrece el quinto axioma, que trata la base de las relaciones en cuanto a igualdad y diferencia, afirmando así que (v) existen relaciones simétricas y complementarias.

2. Función del síntoma

Para poder estudiar el síntoma desde el paradigma sistémico veremos una serie de conceptos que van ligados al origen de su desarrollo.

Se hará un recorrido por el Ciclo Vital Familiar, estudiaremos algunas crisis que pueden surgir en las familias y cómo estas se pueden vivir como una ruptura de la homeostasis. Desde el modelo Sistémico se entiende que la familia busca el equilibrio y que, en ocasiones, acudiría al síntoma para recuperarlo. Posteriormente, se verá el paciente identificado y el síntoma que desarrolla.

Para cerrar el estudio del síntoma desde el paradigma sistémico y poder seguir avanzando con la visión que nos ofrecen el modelo psicoanalítico y el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), veremos el cambio como estrategia para restablecer la funcionalidad relacional en el sistema y, por tanto, que el síntoma deje de ser necesario. Este cambio irá de la mano del terapeuta que acompañará a la familia en este proceso.

2.1. Ciclo Vital Familiar

Se define Ciclo Vital Familiar (CVF) como “una sucesión de etapas por las que atraviesa la familia, etapas de una complejidad creciente, debido a la influencia de las características psicológicas de sus miembros y de las variables culturales, sociales y económicas del entorno” (López, 2014, pp. 66)

Marisa López Gironés (2014) explica que, a lo largo del CVF, se suceden etapas de equilibrio y adaptación con etapas en las que es necesaria la implantación de unos nuevos patrones relacionales ya que los utilizados hasta ese momento dejan de ser válidos. Las transiciones entre las distintas etapas suponen un conflicto entre la adaptación y la homeostasis que ha de ser resuelto de la mejor manera posible.

El estudio del CVF nos permite, además, continuar con la visión del sistema familiar como un todo formado por partes relacionadas entre sí con influencia multidireccional. Efectivamente, cada miembro tendrá su propio proceso individual que a la vez influye y es influido por el sistema. Así, los procesos individuales influyen en el desarrollo evolutivo del sistema y marcan los puntos de transición de una etapa a otra, pero conviene estudiarlos de manera global para lograr una comprensión completa de una situación determinada.

Existen diferentes modelos que estudian el CVF, en este trabajo escogeremos el más recurrente en la literatura de las escuelas de terapia familiar, el modelo del Ciclo Vital Familiar de McGoldrick y Carter (citado en Moreno, 2014).

Estos autores describen seis etapas que caracterizan como universales por lo que las atraviesan todas las familias y cuentan con sus características y sus tareas (López, 2014).

La primera etapa es la del adulto joven independiente. Se trata de un momento importante en el desarrollo psicológico del joven y es emocionalmente impactante tanto para los progenitores como para los hijos. Una vez ocurre la emancipación, ha ocurrido una separación emocional, el joven comienza a desarrollar vínculos íntimos con otras personas y llega la segunda etapa del CVF que es la formación de la pareja.

En esta segunda etapa se crea un nuevo sistema familiar que trae la herencia de los sistemas de origen de ambas partes y, por tanto, tendrán que negociar para crear su propia estructura fruto de mutuo acuerdo, que tendrá influencia del pasado de cada individuo. Lo que creen en común, sus ideales, deseos y expectativas podrán materializarse o no hacerlo.

Con la llegada del primer hijo el sistema familiar pasa a la tercera etapa: la familia con hijos pequeños. Esta etapa se caracteriza por el cambio del subsistema conyugal que pasa a ser el subsistema parental. El hombre, cuando llega el nuevo miembro a la familia, tiene que lidiar con su parentalidad ya que la mujer ha ido atravesando este proceso a lo largo del embarazo. Es importante que la pareja haya solucionado sus posibles tareas pendientes para no desplazar sus problemas hacia sus hijos y no crear las llamadas “coaliciones intergeneracionales”. Además, es un momento en el que la pareja ha de interiorizar y aceptar su nuevo rol como padres ya que el tiempo de intimidad y pareja se reduce considerablemente y, con una buena gestión del nuevo rol, se pueden evitar frustraciones. En relación con la familia de origen, con la llegada de los nietos, aparecen nuevos roles familiares (abuelos, tíos, primos...). La última tarea de los padres en esta etapa será la de ir adaptando sus modos de crianza en la medida que el nuevo miembro de la familia lo vaya necesitando y se vaya desarrollando y, más en el caso de que nazcan más hijos.

Evolutivamente, los niños llegan a la adolescencia y esta se convierte en una cuarta etapa que suele traer consigo dificultades tanto para los adolescentes como para los demás miembros de la familia. En este periodo evolutivo, los hijos comienzan a tomar sus

propias decisiones y nace la necesidad de autonomía. Hay que tener presente la importancia que tiene para los adolescentes el sistema que configuran sus iguales ya que se convertirán en los nuevos modelos a seguir, separándose progresivamente de las antiguas figuras de referencia. Será ideal en esta etapa, que los adolescentes sientan que pueden tomar decisiones, equivocarse y que tienen un lugar seguro al que regresar en caso de necesitarlo. Esta etapa, además, suele coincidir con la crisis de la mitad de la vida de los progenitores en la que hacen un recorrido por los acontecimientos que han vivido a lo largo de su vida y, por tanto, se replantean ciertos aspectos y tratan de cerrar otros importantes. Respecto a los abuelos, ellos comienzan a tener problemas de salud y es otra tarea que hay que solventar.

Con el paso de los años, los hijos crecen y se emancipan, esta quinta etapa se denomina con el término de despegue de los hijos o etapa del “nido vacío”. El objetivo primordial en esta etapa es la aceptación de la emancipación de los hijos y de la llegada de nuevos miembros a la familia (políticos, nietos, etc.). También, hay que tener en cuenta que esto significa que las relaciones cambian puesto que desde este momento son relaciones entre adultos que habrá que ir modulando. Este momento vital trae consigo la incapacidad o la muerte de los propios padres de la pareja por lo que se caracteriza por el duelo que hay que hacer de los padres y de la pérdida de la maternidad y de la paternidad. Este proceso suele ser más complicado para la madre ya que es quien desempeña un rol más de cuidadora y adopta una posición importante en su identidad. Este proceso de duelo se trata de superar con un enfoque de crecimiento de pareja e individual.

La última etapa es la de la familia en la vejez. Los hitos de este momento evolutivo son, con una salvedad temporal, la jubilación y la muerte. En este momento es importante el rol de los abuelos ya que se crea un vínculo muy cercano e importante para ambas partes (abuelos y nietos).

Las transiciones de una etapa evolutiva a otra suponen un periodo de ruptura con la homeostasis que, hasta el momento había mantenido al sistema seguro. Esto supone que pueden ser motivos de crisis, pero, como se verá a continuación, no es el único motivo que dé pie a una pérdida de la estabilidad.

2.2. Crisis de los sistemas familiares

Existen numerosos teóricos que han estudiado las crisis de los sistemas familiares, entre ellos se encuentra Frank Pittman. Este autor define las crisis como fruto de una tensión que afecta al sistema y hace que cambie para lograr la adaptación. Por tanto, las crisis son periodos entre etapas de estabilidad que llevan al sistema a un nuevo nivel de madurez (Pittman, 1989).

En el año 1991, Pittman define cuatro tipos de crisis que puede atravesar un sistema familiar: las crisis por golpe inesperado, las crisis del desarrollo, las crisis estructurales y las crisis de desvalimiento. Esta revisión se enfocará en dos tipos de crisis concretas por la relevancia que desempeña el síntoma en estos casos: las crisis de desarrollo y las crisis estructurales.

Respecto a las crisis de desarrollo, Pittman (1991) asegura que son normativas y universales, por tanto, son previsibles, pero no pueden prevenirse. Esto quiere decir que todas las familias atravesarán estas crisis a lo largo de su ciclo vital porque se dan momentos en los que se necesita adaptar las relaciones y los roles de cada miembro de la familia. Sin embargo, estas adaptaciones pueden ir haciéndose de manera que el sistema no quede resentido o, por el contrario, que surjan complicaciones y se desarrollen síntomas para cubrir las necesidades que surjan.

En este sentido, Philippe Caillé (1990), director clínico del Centro de Terapia Familiar de Sagene, en Oslo, propone una clasificación y explicación de las crisis que puede ayudarnos a comprender mejor la aparición de los síntomas y la función que cumplen.

Caillé (1990), al estudiar el sistema familiar, se da cuenta de que todos los miembros que lo forman llegan a un acuerdo relacional que favorece la credibilidad, la seguridad, la estabilidad y crea una historia común del sistema familiar, es decir, co-crean un modelo relacional entre todos los miembros. Gracias a este proceso, el sistema familiar cumple una función estructurante que otorga un orden relacional, una estabilidad y permite que los acontecimientos sean previsibles para los miembros de la familia. Esta manera de dar una estructura se denomina función reflexiva del sistema (p.6).

Para comprender la razón de ser de las crisis, tomaremos la explicación de Shands (1971). Este autor parte de la base de que todos los seres humanos que forman un sistema familiar

poseen dos sistemas básicos que se contraponen y son incompatibles entre sí. Estos sistemas son, por una parte, el biológico, que tiende al desarrollo y al cambio y, por otra parte, el simbólico que, por el contrario, tiende a la estabilidad y favorece la homeostasis. Este conflicto de intereses hace que las crisis sean inevitables, ya que se producen en el momento en el que las necesidades colisionan y no se encuentra un desenlace válido para ambos.

Basándose en la teoría de los sistemas básicos que conforman al ser humano de Shands, Caillé (1990) afirma que, mientras la familia satisfaga las necesidades de ambos sistemas y no se pierda el equilibrio, no existe crisis. Sin embargo, en el momento en el que el sistema, en su continua búsqueda de la homeostasis, impida un adecuado desarrollo de algún miembro, se introducirá una duda que dará pie a la crisis.

Las dudas ponen en cuestión el modelo relacional del sistema familiar, ponen de manifiesto un desacuerdo existente. Por tanto, en ese momento, el sistema deja de ser funcional, es decir, al menos para un miembro el sistema ha dejado de ser estable y creíble. La duda puede provenir del interior o del exterior y, dependiendo de este factor, encontraremos crisis autorreferenciales o heterorreferenciales, respectivamente (Caillé, 1990).

En *Familias y terapeutas* (1990), Caillé define las crisis como “pérdida de control del sistema sobre su propia historia, a causa de una puesta en cuestión del modelo de relación” (p.2). El autor, habla de la posibilidad de que la crisis traiga consigo una bifurcación, bien hacia un nuevo modelo, o bien hacia la desintegración del sistema. Pero inevitablemente, la crisis, traerá consigo un cambio. Aunque, tras una crisis, se vuelva al estado previo, se habrá tenido que pasar necesariamente por un proceso de aceptación de las condiciones relacionales, es decir, para disolver la duda, es necesario un proceso de cambio.

Cabe mencionar aquí el aspecto paradójico que destaca Caillé (1990) sobre las crisis autorreferenciales: es un miembro de la familia, quien ha aceptado unas pautas relacionales y, al mismo tiempo, quien introduce la duda, la amenaza para el sistema.

Cuando hablamos de una amenaza es conveniente hablar también de las soluciones que proponen los miembros de las familias para solventar el problema. Caillé (1990) habla de dos mecanismos que se suelen poner en práctica para intentar que la crisis desaparezca.

En primer lugar, los miembros del sistema pueden tratar de sobrevalorar o rigidificar los límites del sistema, de tal manera que las dudas que surjan queden eclipsadas por estas ideas. Siguiendo esta línea, tratan de encontrar una razón que justifique el malestar vivido que se aleje de la explicación real, de darse cuenta de que se necesita un cambio en el modelo relacional. Esta razón, puede ser interior, un síntoma que cumpla la función de ocultar una necesidad de cambio relacional, porque desvía la atención del verdadero foco del problema; o exterior, en palabras de Caillé (1990), “un agente persecutorio externo” (p.8), que cumpla la misma función.

La otra opción por la que puede optar el sistema es su disolución. Esta opción, escribe la Dra. Lari (2011), es una opción que se intenta evitar debido a la función básica que cumple la familia para la humanidad, una función ligada a diferentes ámbitos (biológico, psicológico y social), y es la función de conservación de la humanidad y al adecuado desarrollo de sus miembros.

Retomando la teoría de las crisis de Pittman (1991) veremos la función que desempeña el síntoma en las crisis estructurales.

Las crisis estructurales, como su propio nombre indica, encuentran su dificultad en la estructura del sistema. Son varios los autores que afirman que estas crisis son las más difíciles de tratar (Lari, 2011; López, 2014) ya que implican un patrón relacional resistente al cambio. Los síntomas de estas crisis surgen de la misma estructura que terminan siendo, inevitablemente, familias disfuncionales. Pittman (1989, citado en Moreno, 2014) distingue los siguientes síntomas: (1) intentos de suicidio, (2) huidas/regresos del hogar, (3) toxicomanías y adicciones, (4) infidelidad estructural, (5) divorcio estructural, (6) algunas formas de violencia estructural y (7) algunas formas de presentaciones de enfermedades mentales graves (pp. 91). En los casos de estas crisis, se suele comprender el síntoma como una petición de ayuda externa al sistema para recuperar la estabilidad. Se puede hacer esta afirmación porque las crisis suelen seguir un estereotipo (López, 2014).

2.3. Paciente identificado

Hemos visto que la ruptura de la homeostasis, el equilibrio que mantiene unida a la familia, trae consigo crisis si no hay una adecuada gestión del proceso. Para dar salida a estas crisis, en ocasiones, puede aparecer un síntoma, que es portado por un miembro de

la familia que recibe el nombre, en el marco de la terapia familiar, de paciente identificado o portador del síntoma (Ochoa de Alda, 1995).

A pesar de que exista la figura de la persona sintomática, todos los elementos del sistema participan del síntoma y son responsables de su aparición. El concepto de causalidad circular toma aquí gran relevancia ya que, el comportamiento que adopta el paciente identificado influye en todo el sistema y en cada uno de sus miembros y, al mismo tiempo. Con las relaciones entre los miembros del sistema, estos co-crean el síntoma. El hecho de que todos los miembros del sistema acuerden que el problema familiar lo sostiene un miembro concreto, revela la idea de Minuchin y Fishman (1981) de que el síntoma es un recurso mantenido por el sistema que, además, puede servir para mantenerlo.

Gonzalo Adis (1980), como terapeuta familiar, comparte la idea, con este autor, de que los síntomas que aparecen en los sistemas familiares son una manifestación de un problema relacional entre los miembros del sistema, por lo que comprende al paciente identificado como un síntoma del mal funcionamiento del sistema familiar (p.1). Esta idea la comparte con Salvador Minuchin (1981) que defiende que una manera que tiene un miembro del sistema de expresar un conflicto del contexto es a través de un síntoma.

Desde el paradigma sistémico, el síntoma no es visto como un elemento negativo, se ve como un elemento que trata de mantener la homeostasis en el sistema y que, además, propicia el cambio necesario para la supervivencia. Por ende, el portador del síntoma se convierte en el chivo expiatorio de la familia, se entiende que se sacrifica y aporta una solución protectora (Minuchin, 1981) y que los demás miembros son igualmente sintomáticos. Por tanto, desde la escuela estructural de Minuchin (1981) se otorga al paciente identificado el rol protector de la familia, desde el sacrificio, por su intención de mantener la homeostasis (familias y terapia familiar).

Al hablar de los síntomas en los sistemas familiares, hablamos de los pacientes identificados, pacientes portadores del síntoma fruto de la disfuncionalidad del sistema. El conflicto relacional aflora en un síntoma concreto en una persona concreta y, por tanto, cumple una función para el sistema.

El sujeto portador del síntoma, a quien la familia identifica como “paciente”, atrae la atención sobre su comportamiento y, por consiguiente, la desvía del sistema. Es entonces cuando el sujeto portador del síntoma adquiere el rol de “enfermo” situando, por

contraposición, a los demás miembros en un rol de “no enfermos”. Este concepto ofrece una aproximación alternativa para la intervención en terapia (Sluzki, 1979 citado en Adis, 1980).

2.4. El síntoma

Cuando hablamos de síntoma, nos referimos a una conducta perturbadora que nace en un sistema a raíz de unas pautas de interacción disfuncionales (Minuchin, 1981). Como veremos más adelante, el hecho de que se ponga el foco en la interacción marca una importante diferencia conceptual respecto a las corrientes psicológicas que hablan de la función del síntoma desde la perspectiva individual e intrapsíquica. La interacción perjudicial para los miembros que componen el sistema, se convierte en una necesidad que, mientras no se cubra, se mantiene y, por tanto, así lo hará el síntoma que ha nacido como denuncia.

Esta conducta perturbadora supone un modo de comportarse del paciente identificado dentro del sistema. Este modo de comportarse se integra en las reglas del sistema, por lo que nos da información sobre la familia y sobre lo que ocurre en su interior (Escola Itinere, 2021).

Para poder entender la situación familiar que se vive y desvelar el significado que aporta el síntoma, hay que entenderlo dentro del sistema en el que se origina. Por tanto, podemos decir que el síntoma comunica (Adis, 1980). Desde este paradigma de sistemas, hay autores que identifican las conductas como un lenguaje, por tanto, el comportamiento integral del paciente identificado se convierte en una metáfora de la crisis relacional que vive la familia en un momento determinado (Haley, 1963, citado en Adis, 1980)

Recuperando el axioma de la Teoría de la Comunicación que define dos niveles de comunicación, el analógico y el digital, podemos adoptar la definición sobre el síntoma que se base en este principio. Recordamos que el nivel analógico recoge los actos, es un nivel pragmático, mientras que el digital engloba lo referente al ámbito verbal de la comunicación. Habiendo establecido esta base conceptual podemos comprender por qué hay autores que se refieren al síntoma como un acto comunicativo analógico y un intento de solución insatisfactoria.

Las familias que son denominadas “patológicas”, expresan su patrón relacional disfuncional a través del síntoma (Adis, 1980). Poniendo como base el comportamiento como un lenguaje para interpretar y comprender, podemos entender el síntoma como una metáfora que expresa la disfunción relacional del sistema. Es así como el síntoma nos dará información de la familia, de la situación en la que se encuentra y de las relaciones entre sus miembros. También podemos comprender el síntoma como la manera que el paciente identificado encuentra para ayudar al sistema familiar, favoreciendo el equilibrio y potenciando el cambio, evitando así la temida disolución de este (Caillé, 1990).

El síntoma se puede entender como un recurso informativo y comunicacional, una forma de organizar la relación del paciente identificado con los demás miembros del sistema que, a su vez influye de manera circular en el conjunto de las relaciones. Por tanto, siguiendo los principios de totalidad y circularidad, en primer lugar, no se puede comprender el síntoma y la problemática familiar si es estudiado de manera aislada y, en segundo lugar, existe una interrelación entre el síntoma y el sistema y se refuerzan el mantenimiento mutuamente.

El síntoma se convierte en una transformación isomórfica del conflicto relacional del sistema (Adis, 1980). Encuentra su explicación en la causalidad circular, debido a que no existen causas y consecuencias lineales, sino que es un proceso de influencia mutua, en un sistema, las diferentes partes que lo componen reflejan la totalidad, es decir, son transformaciones isomórficas de la totalidad. Con esto comprendemos que el comportamiento del paciente identificado, su manera de relacionarse con los otros refleja el estado relacional de la familia.

Algunas de las funciones que puede cumplir un síntoma son (i) proteger y encubrir al portador o algún tema no nombrado o no resuelto dentro del sistema familiar (ii) liberar de responsabilidad respecto al conflicto que se está viviendo, (iii) distraer la atención sobre un problema que podría poner en riesgo la continuidad de la familia (Caillé, 1990), (iv) otorgar un estatus diferente al previo a quien lo porta y (v) denunciar una situación insostenible y la inminente necesidad de cambio en las pautas relacionales (Minuchin, 1981).

Es importante tener en cuenta que el principio de causalidad circular se mantiene a lo largo de todo el discurso argumentativo del paradigma sistémico, por lo que aquí vuelve a ser importante mencionar este proceso lógico. El síntoma no es comprendido como consecuencia directa de las relaciones disfuncionales, sino que se influyen mutuamente. El síntoma y el sistema están en continua interacción y refuerzan la existencia mutua, por tanto, los síntomas son reforzados por las pautas transaccionales dañinas (Minuchin, 1981).

La aparición del síntoma la podemos estudiar desde diversas ópticas, bien como un proceso evolutivo, bien a raíz de una estructura familiar rígida, bien como legado multigeneracional o fruto de la transculturalidad. Pero es importante tener en cuenta que el factor común de estas circunstancias es el estrés que ocasionan al sistema familiar. Minuchin (1981) afirma que frecuentemente el síntoma supone una de las formas que utiliza la familia para lidiar con el estrés vivido. Por tanto, se puede comprender como expresión de los recursos y competencias de los que dispone la familia sintomática.

Esta conducta perturbadora a la que llamamos síntoma y que refleja el estado relacional de la familia, se comprende como una necesidad del sistema. Por tanto, el síntoma es un mensaje que advierte de que algo va mal y, además, al originarse en un contexto relacional deficitario, también cumple la función de metacomunicación de lanzar un mensaje sobre el mensaje, es decir, el síntoma también ofrece información sobre el contexto donde se origina (Adis, 1980).

Hasta aquí podemos afirmar que el síntoma comunica, que es un modo que tiene el paciente identificado de comportarse dentro del sistema y que este modo de comportarse genera efectos sobre los demás (causalidad circular). Además, podemos confirmar que carece de una connotación negativa, lejos de eso, Salvador Minuchin (1981) afirma que el paciente identificado *se sacrifica* para mantener el equilibrio y, por tanto, la supervivencia dentro de la familia.

La conducta perturbadora se origina en la interacción perjudicial y tiende a mantenerse por denunciar una necesidad del sistema, por lo que el síntoma se mantendrá hasta que se cubra la necesidad, se transformen o cambien las pautas de interacción disfuncionales.

Es un proceso semiótico, estudio de los significados, el síntoma es un mensaje es comprendido como un mensaje en sí, advierte de que algo anda mal y, además, informa

sobre el estado del contexto donde se origina el mensaje, por lo que se da un proceso de metacomunicación, es un mensaje sobre el mensaje, mensaje sobre el sistema relacional (Adis, 1980).

Con todo, Minuchin (1981) afirma que la función del terapeuta sistémico es modificar las pautas de interacción entre los miembros de la familia para poder cubrir las necesidades vigentes y que no sea necesaria la presencia del síntoma como modo de comunicación.

Es importante tener en cuenta que es el síntoma el que lleva a la familia a terapia.

2.5. Cambio y función del terapeuta

Desde el enfoque sistémico se apoya la idea de que el pasado queda reflejado en las interacciones actuales del sistema, por lo que se busca la modificación de las pautas interaccionales presentes en el momento de la intervención (Minuchin, 1981).

Las pautas relacionales se modificarán si los miembros que conforman el sistema adquieren roles diferentes y cambian sus posiciones, cambiando así su percepción subjetiva de la realidad vivida y la estructura del sistema.

Minuchin (1981) cuenta que, para insertar el cambio que devolverá la funcionalidad a la familia, ha de crearse un sistema terapéutico que incluya al terapeuta y que él, utilizándose como herramienta, procederá a ayudar a la familia en el proceso de cambio.

El primer paso que ha de conseguir el terapeuta es la asociación con uno de los miembros este es un movimiento delicado puesto que favorece el desequilibrio en el sistema. Aunque pueda parecer paradójico, el desequilibrio rompe la rígida estructura establecida que está siendo perjudicial para el sistema y esto permite, introducir un cambio. La ruptura de la homeostasis produce una crisis y con ella llega un foco de estrés con el que el terapeuta tendrá que lidiar y ayudar a la familia a superar con unas nuevas pautas transaccionales (Minuchin, 1981).

Una vez se ha producido la asociación y el desequilibrio y el terapeuta forma parte de este nuevo sistema, se procede a exponer a la familia el modelo relacional que mantienen, esta modalidad se recoge en el libro de Técnicas de Terapia Familiar de Salvador Minuchin (1981). De esta manera se abre la posibilidad de cuestionar la realidad subjetiva que han aceptado y co-creado, se pueden buscar y ofrecer alternativas consideradas válidas por el

sistema y, una vez se pongan en práctica, conducirán a nuevas pautas de interacción que devuelvan la funcionalidad al sistema.

2.6. Otra manera de entender el síntoma

Hasta ahora, hemos visto el paradigma sistémico que orienta su análisis e intervención hacia los grupos y hacia los sistemas. A partir de este momento, veremos dos corrientes contrapuestas de la psicología: la Terapia Psicoanalítica y la Terapia Cognitivo-Conductual.

Ambas aproximaciones al ser humano comparten el modelo individual y esta es una diferencia crucial con el modelo hasta ahora desarrollado. Sin embargo, la teoría psicoanalítica que será la primera en estudiar por su cercanía al modelo sistémico apoya la idea del síntoma como portador de una información sobre el conflicto subyacente en el paciente, mientras que la corriente cognitivo-conductual se basa en procesos de aprendizaje, por lo que no comparte que el síntoma tenga un significado que trascienda el error en la adquisición de conductas o pensamientos.

2.6.1. Teoría Psicoanalítica. Freud a lo largo de su trayectoria en la investigación sobre el psiquismo, desarrolla varias definiciones de síntoma. En este trabajo recogeremos la definición que habla del síntoma como una formación de compromiso, es decir, un producto del inconsciente que permite que parte del contenido reprimido aparezca a nivel consciente. Freud considera cuatro tipos de formaciones de compromiso: los chistes, los lapsus, los sueños y los síntomas (Brailly; Malenky y Quintana, 2020)

En el artículo de *La noción freudiana del síntoma* (2020), se recoge la idea de que, cuando se vive un episodio traumático, la función del Yo pasa a ser la de reprimir el recuerdo de lo vivido, es decir, hacer una escisión de la conciencia respecto a ese acontecimiento como defensa para el psiquismo. Ante la incapacidad de la persona para integrar el acontecimiento, según Freud de carácter sexual debido a su infantilismo, el Yo reprime el recuerdo. Sin embargo, la defensa que mantiene la idea fuera de la conciencia del sujeto puede fallar y es entonces cuando aparece el síntoma como resultado de un fallo en el proceso represivo.

En el momento en el que Freud presenta el síntoma como una formación de compromiso, afirma que cumple una función, la de permitir que la pulsión desplazada se ligue a otra

representación tolerable para el Superyó (desplazamiento) y aparezca así a nivel consciente. Gutierrez y Ferrer (2015) van más allá asegurando que “las conductas son meros síntomas, y ni tienen mayor interés que el de servir como pistas para averiguar la causa profunda que las produce” (pp. 87).

Además, el síntoma se convierte en una *satisfacción sustitutiva* (Brailly et al., 2020). Mediante la condensación y el desplazamiento, el psiquismo encuentra la manera de satisfacer la pulsión reprimida de modo que sea tolerable para el sujeto. El síntoma, como formación de compromiso entre el Yo y la pulsión, logra aparecer en consciencia de manera que permita la aparición y la satisfacción de la pulsión y sea socialmente aceptable. Por consiguiente, el síntoma guarda un conocimiento no sabido conscientemente por el sujeto que se convierte en motivo de asistencia a análisis para hacer consciente lo inconsciente.

Freud entendía que la labor del psicoanalista consistía en descomponer los elementos que integran el psiquismo, principalmente las motivaciones inconscientes para poder llegar así a comprender la idiosincrasia del sujeto (manual de psicopatología clínica). Desde este enfoque podemos comprender cómo, para el padre del Psicoanálisis, el síntoma es el fin de la cura ya que, si se comprende el mensaje subyacente, se podrá comprender el conflicto interno del paciente y, así, poder integrarlo en su identidad y el síntoma dejará de ser necesario (Negro, 2009).

Negro recoge las palabras de Freud en su artículo *La función del síntoma en la estructura psíquica* (2009) y expone que “el síntoma tiene una función de condensador, es un articulador, un facilitador del funcionamiento psíquico” (p.1). En este artículo se habla del síntoma como representación de un trauma que comparte elementos con el acontecimiento que provocó dolor en el sujeto.

2.6.2. Teoría Cognitivo-Conductual (TCC). Desde este modelo se trabajan los síntomas recogidos en la DSM-V y en la CIE (Keegan, 2012) con el fin de ayudar a la persona que acude a terapia a modificar sus pensamientos, emociones y conductas que se consideran problemáticas por interferir negativamente en la vida de quien lo sufre, por otras más adaptativas.

Es un modelo bio-psico-social, por lo que tiene en cuenta estas tres dimensiones del sujeto para alcanzar los objetivos de cambio (Camacho, 2002). Además, la intervención difiere

de los modelos anteriormente mencionados ya que en este modelo encontramos una psicoterapia estructurada, activa y concentrada en el problema para lograr que sea eficiente y de corta duración. Sigue una lógica lineal de causas y consecuencias propia de las ciencias naturales. Este modelo defiende la psicología como una ciencia empírica que busca la verdad y persigue el control de las conductas. Por tanto, el modelo empírico se rige por los principios de fiabilidad y validez que eliminan la posibilidad de comprender un posible significado subjetivo del síntoma tratado (Camacho, 2002).

La principal aportación de Pavlov (citado en Camacho, 2002) a la psicología fue el estudio experimental de los procesos de condicionamiento. Camacho, en el año 2002 retoma el origen del conductismo y explica que se remonta a la Segunda Guerra Mundial y surge como demostración de la igualdad de los seres humanos frente a la idea de la superioridad de unas personas frente a otras. Si se demostraba que existían unas leyes comunes por las que se rigen todos los seres humanos, se podía eliminar la diferenciación y supremacía de unos frente a otros.

Un aspecto fundamental en esta revisión y estudio del síntoma es que, para los conductistas, las conductas son fruto de aprendizaje, tanto las normativas como las patológicas, por tanto, responden a las técnicas de modificación de conducta de igual manera. El principio básico de este enfoque que se aplica a la psicopatología es que la conducta problema es fruto de una serie de condicionamientos desadaptativos asociados a determinados estímulos (manual de psicopatología clínica), por lo que el tratamiento será la aplicación de los principios de aprendizaje para modificar dichos condicionamientos (Polo y Díaz, 2011).

2.6.3. Análisis desde las tres aproximaciones del caso J.N. Con el fin de aplicar los conocimientos estudiados hasta ahora, se procede a la presentación de un caso concreto y al análisis de este desde las tres perspectivas estudiadas.

J.N. es una chica de 19 años que vivía con su madre. El padre de la chica desapareció de su vida cuando ella era pequeña y desde entonces la madre ha tenido sucesivas parejas que vulneraron los derechos de ambas en diversas ocasiones. Su madre no terminó los estudios de secundaria y, actualmente, tiene trabajos esporádicos que le cuesta mantener debido a un problema de consumo de alcohol. La adicción de la madre trajo como consecuencia que J.N. tomara responsabilidades que no le correspondían desde que ella tiene uso de razón: se encargaba del mantenimiento de la casa, de asegurarse de que su madre asistiera a las entrevistas

de trabajo y de crear excusas en el colegio para justificar la no asistencia de su madre a las tutorías programadas.

Esta situación sostenida en el tiempo provocó la inversión de los roles en el hogar, la concepción de la paciente sobre sí misma como “salvadora” de su madre y actualmente piensa que “si yo no estoy, mi madre se muere”.

En estas circunstancias, J.N. no terminó sus estudios de secundaria y ella vivió su etapa escolar como una experiencia de fracaso. Actualmente ha decidido retomar sus estudios, pero, en el momento de sentarse a trabajar, le comienza a doler la cabeza, le entra sueño, se olvida de las tareas que tiene pendientes o emplea el tiempo que tiene de estudio en otras actividades.

Acude a consulta quejándose de esta situación, asegura que ella quiere estudiar pero que no puede. A veces también justifica su conducta evitativa con frases como “No me va a servir para nada esto que estoy estudiando”, “¿Qué tiene que ver esto con el trabajo que yo quiero desempeñar en un futuro?” o “Me lo voy a aprender y, según salga del examen, se me va a olvidar todo”.

Terapia Familiar Sistémica. Desde esta corriente se interviene con la madre y la hija ya que son los miembros que conforman el sistema familiar. Aunque el motivo que lleva a consulta es la incapacidad de la hija para estudiar, también habría que trabajar la adicción de la madre, su dependencia del alcohol y de J.N. como síntoma del sistema.

Se observa que este sistema se encuentra en la cuarta etapa del Ciclo Vital Familiar, etapa de los hijos adolescentes en la que lo esperable es que la hija desarrolle su autonomía y se relacione con sus iguales. Paralelamente, siguiendo la teoría, cabría la posibilidad de que la madre estuviera atravesando la crisis de la mitad de la vida.

A lo largo de la historia de la familia, se ha producido una inversión de roles apareciendo así la parentalización de la hija, término que utiliza por primera vez Minuchin en el año 1967 para referirse a la renuncia de los progenitores de sus funciones parentales que recaen sobre los hijos (citado en Domínguez et al., 2019). La conducta de cuidado de J.N. hacia su madre, ha mantenido la homeostasis del sistema. Cuando se plantea un proyecto de autonomía (retomar los estudios) introduce una duda en el sistema. Esto entra en conflicto con la homeostasis familiar y trae consigo una crisis de tipo evolutiva fruto de la rigidez del sistema y sus dificultades de asumir los cambios propios del proceso de adaptación. Es entonces cuando aparece el síntoma que persigue la finalidad de evitar la disolución del sistema. Al no poder estudiar, no puede alcanzar el objetivo de autonomía, se sigue haciendo cargo de la madre y así se retomarían el equilibrio perdido.

Es importante tener en cuenta que el paciente identificado es quien da voz a la disfuncionalidad del sistema, pero madre e hija participan del síntoma. Se comprende

como una manifestación de un problema relacional ya que una de las partes ha dejado de aceptar el acuerdo que se había establecido.

Al prestar atención al síntoma, podemos desarrollar hipótesis de actuación, como ayudar a los miembros en sus respectivos procesos de autonomía, pero siempre habrá que contrastar la hipótesis de trabajo con la familia previo a la intervención.

Psicoanálisis. Desde la perspectiva psicoanalítica, el foco se pone en el individuo que manifiesta el síntoma, en este caso J.N.

El síntoma manifiesto de J.N. podríamos decir que funciona como un mecanismo de defensa de resistencia para evitar enfrentarse a la sensación de fracaso que ha vivido anteriormente en repetidas ocasiones. Presumiblemente, provoca menos angustia evitar la situación que asumir una vez más un fracaso que debilita al yo y ataca directamente al narcisismo de la persona.

Podemos establecer la hipótesis de que J.N. tiene un yo ideal debilitado debido a la falta de referentes en el momento evolutivo correspondiente y que esto le lleva a sentirse destinada al fracaso por repetición familiar. Podría ser, además, que exista una férrea identificación con la madre y que el hecho de tener éxito en el ámbito académico le separe de su madre y, por tanto, le despierte cierta inseguridad, por lo que evita inconscientemente esta situación.

Por otra parte, si estudiamos el caso desde la perspectiva de Winnicott (Aranda, Ochoa y Lezama, 2013). podemos ver que J.N. no ha gozado del acompañamiento de una persona que desempeñara una *función materna suficientemente buena* por lo que se ha podido crear un falso self y una niña sobreadaptada que, a la hora de enfrentarse a un desafío, al no contar con un soporte seguro, no puede hacer una buena transición.

Terapia Cognitivo-Conductual. Desde este modelo, analizaremos dos variables por separado, la conducta problema de no estudiar o dedicar el tiempo de estudio a otras actividades y, por otro lado, los pensamientos irracionales que conllevan al no cumplimiento de la tarea.

En primer lugar, desde el paradigma conductual, encontramos una conducta operante de no estudiar que se ve modificada por las consecuencias que acarrea. Al depender de las consecuencias que trae, puede modificarse la conducta añadiendo variaciones en las

consecuencias. Esta conducta se ve afectada por un proceso de reforzamiento negativo, le precede un estímulo discriminativo, la hora fijada para empezar a estudiar y le suceden cogniciones de miedo al fracaso que actúan como reforzadores negativos. De esta manera, la probabilidad de que J.N. se siente a estudiar y tenga un tiempo de eficacia en la tarea disminuye para evitar el sentimiento de fracaso.

A nivel cognitivo, podemos hacer un análisis desde la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (1990) y encontramos que J.N. presenta fundamentalmente dos firmes creencias irracionales: baja tolerancia a la frustración y depreciación o condena total de la valía humana. Estas creencias irracionales, intervienen directamente en el Modelo ABC, donde interviene un acontecimiento activador, en este caso el hecho de tener que sentarse a estudiar, la percepción que tiene la paciente del suceso y por último la consecuencia emocional, cognitiva o conductual que trae consigo. Por ende, es importante la modificación de la creencia irracional ya que, según el modelo, es la causa del síntoma.

Por último, cabe destacar el concepto que Ellis (1990) pone sobre la mesa de ansiedad del yo y es un intenso malestar emocional causado por la percepción de amenaza del yo del sujeto. En otras palabras, el posible fracaso que J.N. pueda sentir, ataca directamente a su yo y consecuentemente provocaría sentimientos de desprecio hacia sí misma. Sería importante trabajar en una línea de aceptación incondicional de su persona y lograr una autopercepción como un ser falible sin que eso signifique pérdida de valor como persona.

3. Discusión

En este trabajo se han ido repasando conceptos que nos acercan a la comprensión del síntoma, su origen y cómo es entendido desde distintos enfoques. Ahora cabe hacer una reflexión sobre estos términos y tratar de ahondar en el conocimiento que podemos obtener de esta revisión.

En primer lugar, se ha visto en profundidad el paradigma sistémico. Para el estudio del síntoma desde este modelo, es importante reparar en los conceptos de circularidad y homeostasis, que son los que caracterizan a la terapia familiar y, además, difieren en cierto modo de los otros dos modelos trabajados. La homeostasis es la capacidad de mantener el equilibrio y, cuando no se cumple, pueden aparecer síntomas. He aquí un punto de reflexión importante para este trabajo y es pensar sobre la intencionalidad del ser humano que revela la aparición del síntoma. Cuando otorgamos al síntoma la función de mantener la homeostasis y evitar la disolución del sistema, abrimos la puerta a considerar la bondad intrínseca del paciente identificado por estar sacrificándose por la unidad familiar. También se puede considerar la opción de que esté cubriendo una necesidad de cuidado, afiliación o protección, entre otras. El término de homeostasis no se considera en el enfoque cognitivo-conductual y, respecto al psicoanálisis, sí existen referencias a un equilibrio entre el principio de placer y el de realidad, pero son términos centrados en el inconsciente del individuo más que en la interacción entre personas. En segundo lugar, hablamos de la circularidad. Aquí toma gran importancia el tercer axioma que habla sobre la puntuación de los acontecimientos por ser un argumento importante a la hora de defender la funcionalidad del síntoma y, además, favorece la desestigmatización del paciente identificado ya que no existe una causa concreta para una consecuencia determinada, sino que se pone el acento en la interacción. Por último, es muy interesante pensar sobre la función que algunos autores de este modelo otorgan al síntoma, la de evitar la toma de contacto con una realidad doliente y que, probablemente los individuos del sistema no se perciban capaces de superar y, una manera de pedir ayuda externa para recuperar una estabilidad saludable para el sistema. Estas funciones son relevantes en este estudio porque posicionan a la mente en un lugar de sabiduría, de conocimiento y de creatividad. Nos hace reflexionar sobre la capacidad de la mente para proteger a los individuos y, al mismo tiempo, la importancia del autoconocimiento porque la falta de conciencia puede llevar a la enfermedad.

Respecto a la comparativa entre los tres modelos teóricos, encontramos un aspecto interesante, todos coinciden en la esencia de la definición de síntoma. El síntoma es una conducta perjudicial, bien para un individuo o bien para un sistema. A medida que se avanza en el estudio del síntoma, los modelos van siguiendo caminos diferentes. Respecto al origen, desde la sistémica se comprende como un problema relacional entre los miembros del sistema, el psicoanálisis localiza el origen en un trauma de la infancia y, por su parte, el modelo cognitivo-conductual, determina que el síntoma aparece por un error de aprendizaje. De este modo, la aproximación a la persona sintomática será distinta dependiendo del modelo teórico que se haya elegido, unos tratarán de ahondar y conocer, mientras que los otros serán más prácticos en ese aspecto. Respecto a la temporalidad de las corrientes, cabe destacar que el Psicoanálisis hará una indagación profunda sobre el pasado de la persona y sus experiencias vividas, sin embargo, las otras dos corrientes mantendrán su atención en el momento presente.

El síntoma es visto como un problema y el fin es que deje de suponer un estado de malestar tanto para el individuo como para el sistema. El síntoma podría considerarse, desde este punto de vista, como un medio para llegar a la raíz del problema. Estudiar y trabajar con él desde la perspectiva de la funcionalidad favorece una aproximación humana que no hace juicios de valor sobre la persona y permite una consideración multifocal del problema. Permitir el despliegue de la unicidad de cada persona, ensalzar la idiosincrasia y, desde ahí, acompañar a la persona en la búsqueda del sentido de su situación para poder darle una solución es una opción que ofrece la posición de otorgar un sentido, un significado y una función al síntoma.

Es importante establecer un límite en los síntomas, esclarecer y diferenciar qué síntomas son funcionales y cuáles no, esta podría ser una línea de investigación muy interesante ya que hay síntomas de origen biológico y orgánico que, para poder asegurar una correlación con la mente, se deben hacer estudios e investigaciones empíricas que permitan asegurar esas declaraciones.

4. Conclusiones

El hecho de que las personas sean seres bio-psico-sociales, lleva a la conclusión de que cada aspecto del ser humano queda influido por estos tres factores, incluidos los síntomas de los trastornos mentales que padecen. Por tanto, el estudio del síntoma no ha de verse mermado por una visión limitante, sería importante ir más allá de lo observable.

Sin embargo, es prácticamente imposible probar empíricamente que el síntoma cumple una función porque no se pueden realizar estudios experimentales eliminando o añadiendo un síntoma. Sin embargo, también es prácticamente imposible demostrar lo contrario. Por tanto, se convierte en un aspecto que queda en manos del terapeuta, que será quien decida cómo abordar el síntoma que llegue a su consulta.

Se podría considerar que otorgar o no funcionalidad al síntoma es una elección personal de cada terapeuta. Estableciendo una base amplia de conocimiento de las diferentes aproximaciones al ser humano que existen, cada uno decide, siguiendo sus criterios, la posición que toma, siguiendo los principios éticos comunes a todos los profesionales.

Considero este dilema como un asunto importante sobre el que seguir investigando, estudiando y escribiendo, porque, como se ha ido viendo, es la base sobre la que se establece la terapia, el origen del cambio y no es sencillo encontrar información variada y detallada sobre el mismo. Además, no se puede olvidar que, la gran mayoría de personas que se dedican a la psicología y al estudio de la mente humana, lo hacen con el fin de ayudar a otras personas que lo necesitan. Por tanto, hay que tener en cuenta que todos los marcos teóricos persiguen esa finalidad, pero cada uno será de mayor utilidad para unos pacientes u otros. Es muy importante que no se quede en el olvido la persona que acude a consulta, es importante recordar que ella es el motivo de los estudios y las investigaciones, por lo que tenemos que devolver la mirada al paciente y escuchar atentamente lo que tiene que decir.

5. Bibliografía

- Adis, G. (Agosto de 1980). El “Paciente Identificado”: Síntoma y Metáfora. Simposio llevado a cabo en el Primer Congreso Nacional de Psiquiatría de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.
- Aranda Boyzo, B. L., Ochoa Bautista, F. J. y Lezama Lezama, E. (2013). Función materna, subjetividad y maltrato infantil. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(3).
- Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J. y Weakland, J.H. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 231-256.
- Brailly, A., Malenky, L. y Quintana, L. (2020). La noción freudiana del síntoma. *Revista Científica de UCES*, 25(2), 106-114.
- Caillé, P. (1990). Familias y terapeutas. Lectura sistémica de una interacción. Buenos Aires. Edición Nueva Visión.
- Camacho, J. (2002). Apología del conductismo. Obtenido de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo17.pdf>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (Eds.). (1988). *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed.). Gardner Press.
- Domínguez, C., González, D., Navarrete, D., & Zicavo, N. (2019). Parentalización en familias monoparentales. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 346-355.
- Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). Manual de terapia racional-emotiva (Vol. 2). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Freud, S. (1894). Las Neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas* (Tomo III). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Greenbooks editore.
- La función del síntoma*. (s.d). Recuperado del sitio web de Escola Itinere: <https://itinere.eduvic.coop/la-funcion-del-sintoma/>
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos De La Terapia Familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas* (1.a ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Keegan, E. (2012). La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 20, 52-56.
- Labrador, F. J., & López, A. B. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.
- Lari, R. M. R. (2011). Dinámica psicológica de la familia. *Temática psicológica*, (7), 7-16.

- López, M. (2014). El ciclo vital familiar. En Moreno, A. (Coord.), *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención* (pp. 63-97). Editorial Desclée de Brouwer
- Gutierrez Maldonado, J. y Ferrer, M. (2015). Enfoques y modelos en psicopatología. En Jarne, A. y Talarn, A. (Coords.), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 55-107). Editorial Herder
- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno, A. (Ed.). (2014). *Manual de Terapia Sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Negro, M.A. (2009). La función del síntoma en la estructura psíquica. *Affectio Societatis*, 9, 1-7.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder
- Pittman, F.S. (1989). Una teoría de la crisis familiar: ideas acerca del estrés y los obstáculos. *Revista de sistemas familiares*, 5, 75-94.
- Pittman, F.S. (1991). Crisis familiares previsibles e imprevisibles. En Falicov, C.J. (Ed.). *Transiciones en la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida*. (p. 357-380). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Polo, J. V. P. y Díaz, D. E. P. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Salazar, M. L. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139-145.
- Shands, H. C. (1971). *The War with Words, Structure and Transcendence* (Vol. 12). Mouton de Gruyter.
- Tercero, R. P. (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista psicopatología*, 1.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1981). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder Editorial.