

VERGÜENZA Y LA PÉRDIDA DEL APEGO

La praxis clinica de la Terapia Reparativa
al cliente con Atracción al Mismo Sexo
No Deseada

Joseph Nicolosi Ph.D.

Prólogo de H. Newton Malony, Fuller Theological Seminary Robert Perloff, ex presidente, Asociación Psicológica Americana.

“En medio del actual clima de polémica y división que envuelve al tratamiento de la PMS, el bienestar de miles de pacientes se encuentra en juego. Por ello, en nombre de la integridad clínica, deberán evitarse toda pretensión militante de censura y toda ideología que pudieran limitar la apertura en la investigación. El derecho de los pacientes para establecer sus propias metas terapéuticas es fundamental, y todo intento por sofocar su libertad de elección no sólo resulta denigrante, sino también contrario a los compromisos más básicos de la atención a la salud.

Por esta razón, si bien no concuerdo con algunas de las relaciones causa-efecto presentadas en este libro, el punto de vista del Dr. Nicolosi debe ser incluido en la ecuación para ser discutido con apertura y honestidad, hasta que lleguemos a hechos científicos y clínicos definitivos. Durante mis ya más de 60 años en la práctica clínica como psicólogo he sido testigo de muchas condiciones, tanto médicas como psicológicas, que previamente eran consideradas incurables y que, no obstante, ahora pueden ser tratadas. Durante esta fase temprana del acalorado debate en torno al tratamiento de la PMS y la atracción al mismo sexo, el hecho de condicionar a todo homosexual a un estilo de vida inmutable representaría un perjuicio de la peor clase”.

Nicholas A. Cummings, Ph.D., Sc.D., profesor distinguido, Universidad de Nevada, Reno; presidente, Cummings Foundation for Behavioral Health; presidente de consejo, The Nicholas & Dorothy Cummings Foundation; presidente ejecutivo de consejo, CareIntegra; y ex presidente, Asociación Americana de Psicología

“A partir del conocimiento obtenido en su labor con individuos con atracción indeseada al mismo sexo, Nicolosi nos ofrece una perspectiva clínica amplia y profesional mientras que, a su vez, nos sumerge en la literatura histórica referente a esta materia. Este volumen proporciona una serie de fructíferas hipótesis clínicas que permanecen abiertas a ser objeto de mayor indagación. La postura de Nicolosi es equilibrada, pues reconoce el papel de las contribuciones biológicas y psicológicas como factores causales, explora las implicaciones del consentimiento informado en la práctica clínica, respeta los límites apropiados en dicha práctica, y reconoce la experiencia tanto de aquellos para quienes la labor clínica haya resultado improductiva como la de aquellos para quienes haya sido exitosa”.

Stanton L. Jones, Ph.D., rector y profesor de psicología, Wheaton College, autor de *Homosexuality: The Use of Scientific Research in the Church's Moral Debate* (PMS: el empleo de la investigación científica en el debate moral de la Iglesia) y *Ex-Gay? A Longitudinal Study of Religiously Mediated Change of Sexual Orientation* (¿Ex gay? Un estudio longitudinal sobre el cambio de la orientación sexual mediado por factores religiosos)

“Respecto a la terapia de la atracción indeseada al mismo sexo, muy pocos son los que

poseen la enorme experiencia y el éxito tan amplio que ha tenido J. Nicolosi. Este experto en la materia destila aquí su experiencia tanto para los especialistas como para los legos interesados.

Todo terapeuta con una mente de genuina apertura debería estar familiarizado con las profundas reflexiones presentadas por el Dr. Nicolosi. Este libro puede y debería constituir la base para cursos de entrenamiento dirigidos a especialistas interesados en el arte y la ciencia de revertir la PMS, con la finalidad de restaurar el deseo y funcionamiento heterosexuales de aquéllos que busquen semejantes cambios”.

Jeffrey Burke Satinover, M.D., diplomado, American Board of Psychiatry; diplomado, American Board of Neurology; diplomado, C. G. Jung Institute of Zurich, Suiza; y autor de *Homosexuality and the Politics of Truth (PMS y la política de la verdad)*

“En este libro rico en detalles, el Dr. Nicolosi comparte su experiencia de muchos años trabajando con hombres atraídos al mismo sexo que desean disminuir su atracción indeseada y desarrollar su potencial heterosexual.

Nicolosi está convencido de que las grandes tradiciones religiosas del mundo están en lo correcto: la humanidad está diseñada para el acoplamiento a través de la complementariedad sexual entre varón y mujer. Las asociaciones de la salud mental deben respetar este punto de vista; lo contrario representaría una grave violación a la diversidad de cosmovisiones así como al derecho de los clientes a la libertad y a la autodeterminación.

*Este nuevo libro constituye una rica fuente de información —escrito por un clínico brillante, cuya revolucionaria labor con clientes atraídos al mismo sexo comenzó con su libro *Reparative Therapy (Terapia reparativa)* en 1991.*

A. Dean Byrd, Ph.D., M.B.A., M.P.H., profesor clínico de psiquiatría, Universidad de Utah; presidente, National Association for Research and Therapy of Homosexuality (NARTH) / Asociación Nacional para la Investigación y Terapia de la PMS

“Cumpliendo con las expectativas de los lectores del Dr. Nicolosi, Vergüenza y pérdida del apego: la práctica de la terapia reparativa constituye nuevamente una gran contribución de este autor, donde reúne las complejidades propias de la PMS y su tratamiento para ser comprendidas por padres de familia, terapeutas, y todo aquel interesado en cuestiones culturales. El Dr. Nicolosi sigue marcando su trayectoria contribuyendo clínica y filosóficamente al modo propio de un investigador”.

Benjamin Kaufman, M.D., profesor clínico de psiquiatría, Universidad de California at Davis; psicoanalista

“Como especialista clínico internacionalmente reconocido, experto en la terapia reparativa para la atracción homosexual indeseada, el Dr. Joseph Nicolosi ha escrito un libro práctico y coherente a nivel teórico, clínicamente penetrante, intelectualmente brillante y

altamente comprensivo que, sin duda, se convertirá en una referencia profesional obligada para psicólogos, psiquiatras y otros especialistas de la salud mental que trabajen con individuos inquietos por sus impulsos homosexuales. Este libro no sólo resulta psicológicamente coherente y teóricamente penetrante, sino que también es consistente con la concepción judeocristiana que afirma que los seres humanos fueron creados como varones y mujeres, así como la naturalidad propia de las relaciones emocionales no sexuales entre hombres”.

George A. Rekers, Ph.D., Th.D., FAACP, profesor distinguido en neuropsiquiatría y profesor emérito de ciencias del comportamiento, Escuela de Medicina de la Universidad de South Carolina.

“Acabo de terminar de leer este libro, y sólo desearía haber podido disponer antes de esta clase de investigación y de semejantes palabras de esperanza para mi ministerio de consejería a homosexuales. El libro de Nicolosi es como una copa fresca y refrescante de razones y de esperanza para uno de los temas más álgidos de nuestros días. Se trata de un libro que deben leer no sólo los homosexuales luchando con su sexualidad, sino también todo pastor, consejero y terapeuta. Como profesor universitario de estudios de posgrado en la obra ministerial con las familias, este libro definitivamente será uno de mis libros de texto requeridos”.

Roger Sonnenberg, M.Div., M.A. (psicoterapia pastoral), profesor de estudios de posgrado en ministerio familiar, Concordia University, y autor de *Human Sexuality: A Christian Perspective*/(Sexualidad humana: una perspectiva cristiana)

“Joe Nicolosi, una leyenda en el mundo de la afirmación del género, ha dedicado gran parte de su carrera profesional a comunicar al mundo occidental que el cambio de la orientación sexual es posible. Habiendo ya escrito otros tres libros sobre esta temática, su último libro, Vergüenza y pérdida del apego: la práctica de la terapia reparativa, contiene sus reflexiones más recientes y expone su creciente comprensión sobre el tratamiento de aquéllos que experimentan una atracción indeseada al mismo sexo. Si bien Joe inicialmente consideró la PMS como un impulso ‘por reparar los déficits de género’, ahora cuenta con una perspectiva más amplia y concibe ésta como un impulso ‘por reparar profundos déficits del propio “yo”’, así como una ‘defensa para evitar el trauma del “yo” nuclear’.

A partir de estas agudas premisas, el texto está principalmente dirigido a profesionales de la salud mental y a líderes de ministerios religiosos, a quienes se ofrece una explicación de la psicodinámica de la PMS, sus modalidades de tratamiento, y el papel que la resolución del dolor ocupa en la terapia reparativa. Este volumen no sólo contiene nuevas y brillantes reflexiones, sino que también muestra cómo la cosmovisión judeocristiana concuerda con estas técnicas prácticas de sanación. Recomiendo ampliamente la lectura de este libro a todo aquel que desee conocer las causas o el tratamiento de la PMS. Este libro debería figurar en la biblioteca de todo especialista de la salud mental, todo líder religioso y todo individuo preocupado por la confusión sexual que se ha desatado en nuestro mundo actual”.

Arthur Goldberg, codirector, JONAH, y autor de *Light in the Closet: Torah, Homosexuality, and the Power to Change*/(Luz en el clóset: Torah, PMS y el poder para cambiar)

“La más reciente obra del Dr. Nicolosi constituye, como siempre, la continuación de una escritura reflexiva firmemente afianzada en su experiencia clínica. A pesar de que los elementos básicos del abordaje terapéutico hayan prevalecido con el paso del tiempo, éstos también han ido refinándose a través de la experiencia. Muchos de los mitos en torno a la terapia reparativa son refutados en este libro, y nadie que lo lea podrá pensar que su principal motivación sea atacar a las personas gay. Por el contrario, las sesiones transcritas dejan ver una gran preocupación por los clientes. Se trata de un abordaje refrescante, especialmente porque su pretensión no es adoctrinadora. A pesar de estar diseñado para terapeutas, este libro también contiene material que aumentará la comprensión de aquéllos que no lo sean. Incluso los críticos que aborrecen este tipo de terapia podrían cambiar de opinión si leyeran este libro”.

Neil Whitehead, Ph.D., consultor de investigación científica, autor de *My Genes Made Me Do It: A Scientific Look at Homosexual Orientation*/(Mis genes me forzaron a hacerlo: una visión científica de la orientación homosexual), y autor de más de 120 artículos científicos publicados

“Joseph Nicolosi ha conseguido a través de este libro lo que sólo puede ser la culminación de décadas de observación clínica e integración académica sobre lo que hasta hoy sabemos sobre los orígenes y tratamiento de la PMS no ego-sintónica. Los medios populares han difundido la idea de que si se rechazan los impulsos homosexuales esto se debe a la desaprobación de la sociedad tradicional. Sin embargo, los estudios científicos objetivos muestran lo contrario. Nicolosi revela las complejas motivaciones basadas en la vergüenza y en el apego que subyacen al comportamiento homosexual, y provee ejemplos clínicos para mostrar cómo el trabajo reparativo puede liberar a quienes tengan el valor de explorar las fuentes del dolor que durante tanto tiempo han permanecido ocultas a su conciencia.

Para los especialistas en este ramo que deseen adherirse a la noción prevalente hoy día en torno a la PMS, Vergüenza y pérdida del apego constituirá un libro del que será mejor rehuir. No obstante, quienes lo lean se verán recompensado con una mayor comprensión sobre el desarrollo de la personalidad y las dinámicas familiares, y advertirán por qué el recorrido psicoterapéutico de cada individuo debe ser considerado como una nueva aventura”.

Johanna Tabin, Ph.D., miembro, Asociación Americana de Psicología; miembro, Division 38 Psychoanalysis; y autora de *On the Way to “yo”: Ego and Early Oedipal Development*/(De camino al “yo”: el Ego y el desarrollo edípico temprano)

“Nicolosi, un pionero en el campo de la terapia reparativa, presenta a los clínicos a través de este revolucionario libro la influencia que tienen la vergüenza y la pérdida del apego en el contexto del impulso hacia el mismo sexo. A partir de la integración de múltiples bases teóricas, Nicolosi desarrolla y presenta de manera efectiva un marco de referencia fresco e integral a través del cual la PMS (atracción al mismo sexo) masculina puede ser comprendida y abordada. Las técnicas y estrategias que se presentan a lo largo de esta obra de vanguardia también proveerán una mejor comprensión para muchos otros casos clínicos. Este libro es uno que debe leerse, y constituye un recurso esencial que debería figurar en la biblioteca de todo consejero. Tendrá un impacto duradero en el modo en que las comunidades de científicos y de profesionales de la salud mental conciben y comprendan la PMS”.

Janelle Hallman, M.A., L.P.C., autora de *The Heart of Female Same-Sex Attraction* (El corazón de la atracción al mismo sexo femenina)

“Para los que libremente hayan decidido buscar un camino diferente para enfrentar los retos de la PMS, este libro será una bendición. Joseph Nicolosi provee un manual de primera clase que aborda directamente estas situaciones a través de la mejor evidencia disponible y fundamentada en años de práctica terapéutica. Necesitábamos desde hace mucho tiempo un libro como éste: uno que respetara las decisiones humanas, que contuviera afirmaciones realistas, cuyos fundamentos teóricos fueran claros, que fuera consciente de las principales objeciones y que propusiera soluciones clínicas robustas. Todo pastor y terapeuta, sea cuales sean sus propios compromisos teológicos y morales, debería incluir este libro en su biblioteca. Le deben esto a todos aquéllos que buscan una alternativa a la ideología sexual de nuestra cultura, y también a las demandas propias de la honestidad común y de la virtud intelectual”.

William J. Abraham, Ph.D., profesor Albert Cook Outler de Wesley Studies, profesor docente distinguido Altshuler, Perkins School of Theology, Southern Methodist University

DEDICATORIA: A mi querida Linda, amorosa esposa e incansable compañera en el trabajo. Su compromiso con nuestra labor ha transformado mis ideas en un lenguaje legible. Ella ha hecho posible todos mis escritos.

CONTENIDOS

Lista de figuras y tablas

Prólogo de H. Newton Malony Prólogo de Robert Perloff Agradecimientos

Introducción

PARTE UNO: *La psicodinámica de la PMS*

- Una visión general: *avances en la terapia reparativa*
- La dinámica familiar
- La PMS como un síntoma basado en la vergüenza La PMS como una compulsión de repetición
- La PMS como un impulso reparativo

PARTE DOS: *Tratamiento: la terapia centrada en el afecto*

- La importancia del afecto
- El cuerpo
- El trabajo corporal reparativo: *la secuencia de los dos triángulos*
- El trabajo corporal reparativo: *utilizando la secuencia de los dos triángulos*
 - El doble dilema
 - El doble giro
- Del doble dilema al doble giro
- El escenario precedente a la actuación homosexual
- Trabajando con el escenario precedente a la actuación homosexual
- Llevando un diario
- Consejería para los adolescentes
- Las amistades masculinas
- Las relaciones con las mujeres

PARTE TRES: *El trabajo del dolor*

- El papel del trabajo del dolor en la terapia reparativa Abordaje de la herida nuclear
- Defensas contra el dolor

- La actuación homosexual como una oportunidad para trabajar en el dolor La resolución del dolor:
una vida libre de ilusiones y distorsiones

Apéndice: Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy/EMDR

Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares

Notas

Referencias

Índice

LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

- Figura 2.1. Relación triádica clásica
- Figura 2.2. Una mirada más cercana a la relación triádica clásica
- Figura 3.1. La falta de vinculación parental
- Figura 3.2. Las cuatro fases de la identidad gay
- Figura 5.1. Humildad
- Figura 7.1. Lenguaje corporal
- Figura 8.1. Secuencia de la sesión
- Figura 10.1. El doble dilema
- Figura 10.2. El mensaje del doble dilema
- Figura 11.1. El mensaje del doble giro
- Figura 11.2. Doble giro: contención afectiva
- Figura 11.3. Doble giro: intrapsíquico e interpersonal
- Figura 12.1. El doble dilema y el doble giro
- Figura 12.2. Dándole un doble giro al doble dilema
- Figura 13.1. El falso “yo”
- Figura 13.2. La zona gris
- Figura 13.3. Emociones de la zona gris
- Figura 13.4. La zona gris y la actuación homosexual
- Figura 14.1. La vergüenza conduce a la zona gris o al dolor
- Figura 14.2. Modelo del conflicto entre la aserción y la vergüenza
- Figura 14.3. Evadiendo el escenario precedente
- Figura 14.4. El momento de la envidia, una forma particular de momento vergonzoso
- Figura 14.5. Modalidades básicas de intervención
- Figura 20.1. Dos vías que conducen al dolor
- Figura 20.2. Vergüenza y dolor
- Figura 20.3. El triángulo de contención
- Figura 22.1. La actuación homosexual como una oportunidad para trabajar en el dolor

TABLAS

- Tabla 3.1. Diferencias básicas entre la PMS masculina pre-género y post-género
- Tabla 5.1. Signos del verdadero “yo” versus el falso “yo”
- Tabla 7.1. Los cuatro afectos nucleares negativos y los dos afectos nucleares positivos
- Tabla 12.1. Dos formas en que el cliente sabotea el doble giro terapéutico
- Tabla 13.1. Los cinco estados del “yo” y los criterios de Fosha

PRÓLOGO

Deseo aprovechar esta oportunidad para recomendar la publicación de esta importante obra del Dr. Joseph Nicolosi. Habiéndome dedicado durante muchos años a la educación y entrenamiento de terapeutas, recomiendo este trabajo por diversas razones. En primer lugar, porque aunque la terapia reparativa haya sido difamada por algunos integrantes de la 12ª División (Clínica) de la Asociación Americana de Psicología, ésta no ha sido descartada como una modalidad terapéutica para todos aquellos que deseen cambiar su orientación sexual, especialmente los cristianos y otras personas motivadas por cuestiones religiosas o morales.

En segundo lugar, si bien actualmente se pone gran énfasis en las modalidades de tratamiento que hayan sido validadas empíricamente, todos los abordajes inicialmente comenzaron siendo teorías que fueron aplicadas en el contexto clínico antes de ser sometidas a estudios clínicos controlados. La terapia reparativa, al modo en que se describe en la obra de Nicolosi, pertenece a esta modalidad. La validación empírica constituirá el siguiente paso en su desarrollo, pero no debería descartársela por el mero hecho de encontrarse en esta fase de desarrollo.

En tercer lugar, la terapia reparativa, como especifica Nicolosi, no es presentada como un tratamiento de cura para todos los casos, ni tampoco como un modelo que explique todos y cada uno de los casos de PMS. La terapia reparativa es más bien presentada como un remedio esperanzador que se afianza en un determinante ambiental significativo —a saber, la interacción familiar. También se ofrece como una opción para las personas que, motivadas por cuestiones religiosas, estén buscando una alternativa a la visión según la cual el cambio no es posible.

Resumiendo, Nicolosi abre un espacio a la hipótesis “socio-ambiental”. Su teoría constituye una actualización significativa del modelo psicoanalítico clásico, y concuerda con las enseñanzas clásicas judeocristianas. Aunque debido a la atmósfera actual en que vivimos la publicación de este libro podría comportar cierto riesgo, acojo esta valiente y valiosa contribución de Nicolosi a la psicoterapia, con la esperanza de que influya en este campo y contribuya a un mayor balance en su abordaje.

Newton Malony, Ph.D.

Decano, Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary

PRÓLOGO

Como alguien que aboga por los hombres y mujeres gay que han tomado en serio su lucha por vencer su orientación al mismo sexo y lograr la plenitud sexual a través de la heterosexualidad, Nicolosi —como una voz en el desierto— desafía audazmente a los psicólogos convencionales que se aferran a la creencia de que el paso de la PMS a la heterosexualidad no es ni posible ni recomendable.

La difusión de este punto de vista no sólo es deseable sino también necesaria para la sociedad, así como para los hombres y mujeres gay. Ahora bien, esto en definitiva no significa afirmar que para muchos homosexuales la heterosexualidad sea preferible a la PMS; más bien, dicha búsqueda debería permanecer libremente disponible para los hombres y las mujeres homosexuales que efectivamente así lo deseen.

El tratado de Nicolosi sobre la terapia reparativa constituye una navegación osada y revolucionaria a través de difíciles obstáculos, corrientes peligrosas y una serie de curvas y giros repentinos para sortear la declaración de la comunidad psicológica, la cual afirma que la PMS es apropiada para todo hombre y mujer homosexuales. Aunque no deja de ser controvertido, su tratado se ve reforzado y adquiere credibilidad al apoyarse en las percepciones, sentimientos y dinámicas familiares de los clientes.

En una palabra, la confianza que Nicolosi muestra al promover su punto de vista en torno a esta cuestión álgida y polémica es amplia y profunda, abstracta y empírica, descrita a nivel tanto teórico como práctico.

Las políticas y resoluciones de organizaciones como la Asociación Americana de Psicología y —probablemente también— la Asociación Americana de Psiquiatría quedarían mejor enmarcadas y más confiablemente afianzadas si dichas organizaciones conocieran y se mantuvieran abiertas a los sentimientos que impulsan la terapia reparativa.

El libro de Nicolosi merece una amplia lectura de amigos y enemigos por igual, independientemente de que, la verdad sea dicha, se trate todavía de un trabajo en proceso, e incluso si a la larga mostrara estar en lo correcto, errado o bien cabalgando en un punto intermedio. Los caminos que conducen a la verdad definitiva sólo pueden trazarse cuando se recorren plena e incondicionalmente, y no en presencia de otras referencias ideológicas que obstaculicen y rivalicen con la intención de desviar el rumbo de su travesía.

El autor ha contribuido enormemente a la literatura sobre la sexualidad al ofrecer una visión de corte racional que pueda ser considerada por gays y lesbianas, por los especialistas de este ámbito y por los psicoterapeutas en su práctica clínica. Su comentario vigoroso y provocador constituye un libro que debe ser leído de arriba a abajo y de principio a fin.

Robert Perloff, Ph.D. Ex presidente, Asociación Americana de Psicología Profesor emérito distinguido, Universidad de Pittsburgh

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer especialmente a Howard y Roberta Ah-manson por su generosidad al servicio de la apasionada creencia que compartimos —que los hombres y las mujeres fueron diseñados para la heterosexualidad.

También me gustaría expresar mi enorme gratitud por la ayuda de Alan Schore, Ph.D., Johanna Tabin, Ph.D., y Donald Nathanson, M.D.

Agradezco a Don Schmierer y a Lela Gilbert por su apoyo, y a mis colegas Tim Long, Cynthia Winn, David Pickup, Scott Sutherland y Robert Vazzo por sus útiles sugerencias. También deseo agradecer a mis muy eficaces asistentes, Sara Trevino y Linda Overbeck.

Finalmente, mi más profundo reconocimiento a todos los hombres que me han permitido ser testigo de su vergüenza —ellos me han enseñado mucho sobre la verdadera masculinidad.

INTRODUCCIÓN

“Mi primer acto del libre albedrío será creer en él”.
—William James

Este libro está dirigido a psicoterapeutas en búsqueda de técnicas para ayudar a un grupo sistemáticamente ignorado, el de los homosexuales *no gay* —una población que la mayoría de mis colegas consideraba inexistente.

Los homosexuales *no gay* son hombres atraídos a su mismo sexo, cuyos profundos valores y sentido de “yo” han impedido que adopten la identidad *gay*. Durante los últimos 20 años he trabajado con más de 1000 clientes con estas características; todos ellos buscaban disminuir su atracción homosexual indeseada y desarrollar su potencial heterosexual. Los hombres con este perfil ahora forman alrededor del 95% de los casos que atendemos en nuestra clínica.

Dado el entrenamiento “políticamente correcto” que se imparte en los postgrados de psicología, y por una implacable difusión de los medios, la gran mayoría de mis colegas psicólogos ahora creen equivocadamente que la atracción sexual de sus clientes está biológicamente determinada. Aproximadamente un 50% de los clientes que hemos atendido había oído previamente a través de otro psicoterapeuta que no podían cambiar — que habían “nacido así”. Estos terapeutas les habían aconsejado que la única posibilidad que tenían era “resolver su homofobia internalizada” y “aceptar estos sentimientos — porque, lo quisieran o no, eso era lo que realmente eran”.

Al describir la terapia en la que previamente se encontraba, un adolescente me dijo: *“Mi primer ‘loquero’ me dijo que mi ADN era gay, y que básicamente lo que tenía que hacer era organizar una fiesta para declararme”.*

Sin embargo, nosotros no aceptamos el fatalismo de la postura que sostiene que los homosexuales “nacen *gay*”. En cambio, lo que proponemos es un modelo alternativo, en el que quedan revelados y se resuelven los conflictos subyacentes que, bajo nuestro punto de vista, constituyen la base que sostiene al síntoma de la atracción al mismo sexo.

En nuestra clínica empleamos con nuestros clientes un formato detallado de consentimiento informado, y les explicamos que la teoría de nuestra postura difiere de lo establecido por la Asociación Americana de Psicología. Les dejamos en claro que no ofrecemos terapia de afirmación *gay*, si bien respetamos los puntos de vista de nuestros clientes, quienes en ocasiones cambian radicalmente de objetivo en el transcurso de la terapia. Algunos clientes dan un giro radical y deciden adoptar una identidad *gay*, abandonando la terapia reparativa. Otros inician la terapia y luego la dejan durante algunos meses —entrando y saliendo del estilo de vida *gay* durante el curso de las sesiones. Respetando estos cambios del corazón y de la mente, siempre le digo a mis clientes: *“no aceptes nada de lo que te diga, a menos que te parezca verdadero”.*

¿Nacidos así?

Nuestra profesión ha sido bombardeada por los medios que promueven la teoría de que los homosexuales “nacen así”. Sin embargo, no hay evidencia que sostenga que la PMS sea simple y llanamente una cuestión innata. Por otro lado, los factores biológicos, en efecto, podrían tener en algunas personas cierta *influencia* que les predispusiera a la PMS, como serían los factores de tipo genético (heredados) que causarían la inconformidad de género, o influencias hormonales prenatales que, especialmente en el caso de los hombres, pudieran dar lugar a un cerebro poco masculinizado.

De igual manera, cualquier factor —biológico o socio-ambiental— que haga que un hombre se sienta menos seguro de su masculinidad, puede potencialmente afectar su identidad de género y, por tanto, su orientación sexual.

No obstante, ninguno de estos factores hacen de la PMS algo normal y parte del diseño humano. Es más, ninguno de estos factores prueba que la PMS sea inevitable o que sea inmutable.

Este trabajo está dirigido a aquellos hombres que busquen vivir la orientación sexual que les corresponde por su diseño biológico. Nuestras teorías plantean un reto radical a la narrativa de aquellos hombres que se identifiquen a sí mismos como gay y que, por tanto, perciben en lo más profundo de sus personas que la PMS es lo que “realmente son”.

Nuestros cuerpos nos dicen quiénes somos

Filosóficamente hablando, soy un *esencialista*, y no un *deconstructivista* social: creo que la identidad de género y la orientación sexual están cimentados en la realidad biológica. El cuerpo nos dice quiénes somos, y no podemos “construir” —montar o desmontar— una realidad diferente donde la identidad sexual y el género estuvieran desvinculados de la biología.

La creencia que afirma que la humanidad está diseñada para la heterosexualidad ha sido moldeada por fuerzas culturales y religiosas muy antiguas, y deben ser respetadas como un aspecto de la diversidad intelectual. Este punto de vista no es una “fobia” o un miedo patológico.

La filosofía de la ley natural enuncia que esta visión deriva del *conocimiento colectivo e intuitivo* de la humanidad —una especie de consciencia natural e instintiva. Esto explicaría por qué hay tantas personas, incluso no religiosas, que consideran la identidad gay como un constructo falso.

El mismo hombre que apoyó la eliminación de la PMS de la lista de desórdenes mentales —el psiquiatra Robert Spitzer, un ateo declarado— también ha afirmado que en la PMS hay “algo que no funciona”. Incluso ha llegado a decir que si su propio hijo tuviera una atracción al mismo sexo, él desearía que su hijo optara por la terapia reparativa.

Poniendo este mismo conocimiento intuitivo en términos más claros, uno de mis clientes preguntó: “¿Cómo pudo haber sido diseñado por el Creador para tener sexo anal?”, mofándose de la postura de la Asociación Americana de Psicología. Este cliente también añadió que “el sexo anal daña al cuerpo” y “rebaja la dignidad de un hombre; no es sano. Yo no pude haber sido creado para tener relaciones con personas del mismo sexo, pues su *propio diseño* ya de suyo hace imposible la paternidad biológica”.

Cuando me dijo esto, se rió irónicamente y dijo: “¿Resulta entonces que así fui diseñado? Entonces he sido creado por un dios absurdo”.

Muchos otros hombres nos han dicho, “*Probé la PMS, pero descubrí que no funcionaba*”.

El hecho es que la gran mayoría de los clientes que se acercan a nosotros se han dado cuenta de que la vida homosexual no se adapta a sus vidas. El ímpetu que tienen por cambiar proviene de la profunda convicción de que, en el fondo de todo, realmente son hombres heterosexuales, y lo que buscan es un terapeuta que pueda apreciar su potencial interior. Pero, como George Orwell dijera, “***En un tiempo de engaño universal, decir la verdad es un acto revolucionario***”.

No es un camino fácil

Como cualquier otro auténtico compromiso por mejorar, los esfuerzos por cambiar serán todo un desafío. El cambio no puede ser motivado primordialmente por la culpa social o religiosa; más bien, la persona deberá encontrar la fuerza necesaria para avanzar a partir de un compromiso profundo y constante que provenga de su interior. El éxito en el tratamiento sólo puede provenir de una motivación *intrínseca*, ya sea por una fuerte aspiración personal, o por un profundo compromiso con una cosmovisión particular o cierta tradición de fe. Esto es distinto a una motivación *extrínseca*, donde entraría en juego la presión de las influencias externas, con frases como “*Mi esposa quiere que venga a terapia*”, “*Mi iglesia dice que necesito ayuda*”, “*Mis padres dicen que debería cambiar*”, y otras semejantes.

Para estos hombres, el viaje comienza con la convicción interna de que la PMS no es ingenuamente algo que “esté mal”, sino que —bajo una dimensión más amplia— la PMS simple y llanamente *no es verdadera*. La mayoría de los hombres no puede explicarlo de una mejor manera; pero con sus propias palabras expresan la convicción de que el sexo gay no “sirve” —que nunca satisface sus anhelos interiores, y que no refleja quiénes son realmente como seres dotados de género.

Un cliente, describiendo su propia desilusión, se refería a la vida gay como un juego de “*úsalo y luego cámbialo*”:

“Lo que quiero no es sexo, pero siempre acaba todo igual — sólo como sexo. Lo que realmente busco es estar cerca de alguien, abrazar y ser abrazado, amar y sentirme amado, susurrar y ser escuchado, mostrarme a la otra persona. Pero a fin de cuentas, el sexo gay siempre se siente vacío. No se siente genuino, no se siente verdadero”.

Otro hombre decía que, “*En el sexo gay, las partes no encajan. La mayoría de los psicólogos creen que la PMS es normal, pero yo sé que no lo es*”.

Honrando la determinación del cliente

El único debate en psicología que todavía continúa al momento de la publicación de este libro es

si “debería o no ser *permisible* el tratamiento de la PMS indeseada”.¹ En respuesta a esta cuestión, son muchos los autores que han defendido de manera convincente que dicho tratamiento *no* debería prohibirse.

La presión que se vive dentro de mi profesión por *proscribir* el tratamiento de la atracción al mismo sexo no deseada constituye una gran violación al liberalismo contemporáneo y a la diversidad que le caracteriza. Sólo unos cuantos miembros de nuestra profesión han tenido la valentía de alzar la voz y exigir una verdadera diversidad de puntos de vista. Los dos hombres que a continuación mencionaré representan dos ejemplos de estas extrañas excepciones. Ambos son reconocidos defensores de los derechos gay, se autoproclaman liberales, y en el pasado han sido presidentes de la Asociación Americana de Psicología; sin embargo, ambos impartieron exposiciones magistrales en las recientes conferencias anuales de la NARTH (National Association of Research and Therapy of Homosexuality/Asociación Nacional para la Investigación y Terapia de la PMS), de la que yo fuera presidente.

En la Conferencia Anual 2004 de la NARTH, Robert Perloff, Ph.D., ex-presidente de la Asociación Americana de Psicología, dijo:

“El individuo tiene derecho a elegir si él o ella aceptará una identidad gay. Es su decisión, no la de un grupo impulsado ideológicamente. Disuadir a un psicoterapeuta de aceptar a un cliente que desea el cambio es contrario a la investigación, contrario a la docencia, y no es ético en cuanto a la búsqueda de la verdad se refiere”.

Nicholas Cummings, Ph.D., quien también fuera presidente de la Asociación Americana de Psicología, afirma que él personalmente ha ayudado a clientes homosexuales a reorientarse hacia la heterosexualidad. Las siguientes palabras fueron pronunciadas por él en la Conferencia Anual 2005 de la NARTH:

“Estoy firmemente comprometido a defender la libertad de elección de toda persona, especialmente el derecho a escoger las metas que quieran plantearse en la psicoterapia individual. Los pacientes deberían tener el derecho a explorar su potencial heterosexual”.

Robert Spitzer, M.D., fue el psiquiatra que dirigió al grupo que eliminó la PMS del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) en 1973. Sin embargo, Spitzer dijo en el 2001 que:

“Contrario a la sabiduría convencional, algunos individuos fuertemente motivados, a través de una variedad de esfuerzos por cambiar, pueden lograr cambios substanciales en múltiples indicadores de la orientación sexual y llegar a tener un buen funcionamiento heterosexual”.

Y Sigmund Freud, M.D., escribió en 1918:

“Nosotros nos negamos rotundamente a convertir a un paciente... en nuestra propiedad privada, a decidir su destino, a imponer nuestros propios ideales en él... al servicio de una filosofía particular. En mi opinión, esto es... ejercer la violencia [en el paciente]”.

Los grupos dominantes en el ámbito de la salud mental

En la Conferencia Anual 2006 de la Asociación Americana de Psicología (APA), hubo un grupo de 50 personas dando la bienvenida a los asistentes de la conferencia. Todos eran hombres y mujeres ex-gay que cargaban pancartas que decían, “¡APA, por favor ayúdanos!”, “¡Deja que mi decisión sea ética” y “¡La diversidad nos incluye!”. La mayoría de los psicólogos que hablaron con los manifestantes expresaron su sorpresa al enterarse de que en su propia profesión quisieran restringirse las terapias reparativas o de reorientación. Si una persona no está satisfecha siendo gay, ¿por qué no habría de poder recibir ayuda para reducir su atracción homosexual indeseada y desarrollar así su potencial heterosexual?

De hecho, ¿por qué no? Al hacerse esta misma pregunta durante una reunión en la misma conferencia, el entonces presidente de la APA, Gerald Koocher, estuvo de acuerdo. Subrayando la importancia de la autonomía del cliente y su propia determinación, el Dr. Koocher dijo a la audiencia: “La APA no está en conflicto con los psicólogos que ayudan a aquéllos que se sienten afligidos por una atracción homosexual indeseada”. Siempre y cuando no hubiera coerción y se obtuviera un consentimiento informado apropiado, dijo, la terapia de reorientación ciertamente podía ser ética.

Sin embargo, en cuanto abandonó la reunión Koocher fue rodeado por psicólogos activistas gay que estaban molestos, y rápidamente emitió declaraciones escritas, insistiendo que la PMS no debía ser presentada al cliente como una enfermedad mental.

En un correo electrónico enviado al psicólogo David Blakeslee, con fecha del 15 de agosto del 2006, Koocher expuso sus razones: “De hecho, los datos muestran que las personas gay y lesbianas no difieren de los heterosexuales en su salud psicológica. Con esto quiero decir que no tienen una mayor incidencia de desórdenes mentales que los heterosexuales”.

Una notable desinformación

En cuanto a este aspecto crucial, el presidente Koocher estaba claramente desinformado. En años recientes, toda la información disponible ha coincidido en la conclusión incontrovertible de que los gays y las lesbianas tienen un nivel marcadamente más alto de problemas de la salud mental que los heterosexuales.

En *Archives of General Psychiatry* (Archivos de Psiquiatría General) —una revista periódica bien establecida y muy respetable, revisada por especialistas— se presentaron cuatro artículos al respecto (Fergusson *et al.*, 1999, Herrell *et al.*, 1999, Sandfort *et al.*, 2001, y un comentario realizado por Bailey, 1999). J. Michael Bailey concluye su artículo afirmando que en su trabajo había sintetizado toda la investigación disponible sobre el tema. (Bailey, vale la pena decirlo, condujo los tan difundidos “estudios de gemelos gay”, que fueron usados por los defensores gay para sostener la teoría de que los homosexuales “nacían así”). Bailey afirmó en su artículo que:

“Podría decirse que estos estudios contienen la mejor información publicada sobre la asociación entre la PMS y la psicopatología, y que coinciden en la misma triste conclusión: las personas homosexuales tienen un riesgo substancialmente mayor de presentar algunas formas de problemas emocionales, incluyendo el suicidio, la depresión mayor, los desórdenes de ansiedad, [y] desórdenes de conducta... La

fuerza de los nuevos estudios dependerá de su grado de control". (énfasis añadido)

Sin embargo, 7 años después de dicha publicación, el presidente de la APA —que evidentemente ha “entregado el gallinero a los zorros” en lo referente a la temática gay— seguía creyendo que las personas con orientación homosexual *no diferían de los heterosexuales en su salud psicológica*.

Pero, ¿y si el cliente no cambia?

Desde luego, la terapia de reorientación es un proceso largo y difícil, sin garantía de éxito. Pero sabemos que el cambio es posible.² ¿Qué pasa entonces si el cliente no cambia?, ¿habrá obtenido algo valioso?

La terapia reparativa incluye mucho más que sólo cambiar el comportamiento sexual. De hecho, la gente muchas veces se sorprende al percatarse de que en la terapia se habla muy poco acerca de sexo. Una buena terapia aborda a toda la persona y apunta a su cambio en muchos otros niveles.

La teoría reparativa sostiene que el origen de la PMS se encuentra en necesidades emocionales que no fueron satisfechas por el cliente, mismas que son identificadas durante el proceso terapéutico. Durante la primera sesión suelo decirle a mis clientes que la regla número uno es que nunca acepten algo que les diga a menos de que les parezca verdadero. Su experiencia, sea cual sea, debe siempre prevalecer frente a cualquier teoría preconcebida. Si esa teoría no es percibida por él como verdadera, generalmente decidirá abandonar la terapia tras una o dos sesiones. Tal vez después decida ver a un terapeuta de afirmación gay, quien sostendrá que la PMS es una parte intrínseca de su identidad.

Pero si continúa con la terapia, el espacio terapéutico proveerá una oportunidad en la que podrá explorar, reexperimentar y asimilar el trauma del pasado. Es aquí donde el cliente empezará a liberarse de los viejos patrones de vergüenza y de autosabotaje, superando el aislamiento emocional y la soledad crónica que durante tanto tiempo lo han limitado, logrando así una nueva inversión emocional para relacionarse auténticamente.

Especialmente a través de la relación con un terapeuta sintonizado, el cliente descubrirá cómo se siente abrirse emocionalmente ante otro hombre y mostrarle los sentimientos de vergüenza de género que durante tanto tiempo había mantenido enterrados. En el espacio terapéutico recibirá una gran aceptación, independientemente del punto actual en el que se encuentre en su vida y de que logre cambiar o no. Una experiencia de este tipo siempre será terapéutica.

Además de generar una mayor capacidad para construir amistades masculinas genuinas, el cliente descubrirá cómo mantener relaciones más sanas con las mujeres — aprendiendo a evitar que se violen los límites que establezca con ellas para que no menoscaben su propio sentido de masculinidad e independencia.

En el proceso terapéutico también aprenderá a examinarse a sí mismo con una crítica apropiada. Como lo expresaba un cliente: “Antes yo simplemente asumía lo peor de mí mismo. Pero ahora veo con claridad lo que quiero y lo que necesito —mi voz tiene fuerza— y conozco una manera más profunda de comunicarme”.

En lugar de enfocarse en el cambio de la orientación sexual, el principal objetivo de la terapia será, de hecho, enseñar al cliente a relacionarse desde un lugar de autenticidad, apertura y honestidad. Esto es lo que llamamos la “postura asertiva”, donde la persona coteja sus sentimientos interiores con sus relaciones externas —lo que, parafraseando a la psicóloga Diana Fosha, define al individuo sano como la persona que está “sintiendo y relacionándose” activamente.

Nosotros también creemos que este estar “sintiendo y relacionándose” es el ingrediente esencial para sanar la PMS, enseñando al individuo a vivir y amar desde quién auténticamente es, desde su verdadero “yo”. Sostenemos por tanto que cuando la persona logra este cometido, su PMS indeseada disminuirá notablemente y tendrá más libertad para desarrollar su potencial heterosexual.

Como expresaba una persona que luchaba con la PMS, “Mi PMS es como una serpiente que siempre trata de enroscarse alrededor de mi identidad”. El tratamiento debe desarrollarse sin dirigir la atención exclusivamente a la “serpiente”, sino abarcando a toda la persona alrededor de la cual ésta se ha “enroscado”.

En otra ocasión, un hombre joven me decía esto: “La naturaleza siniestra de la PMS consiste en que mantiene mi atención sólo en *ella* y no en *mí*”. El éxito terapéutico no implica la mera eliminación del síntoma de la atracción al mismo sexo, sino que debe abarcar el crecimiento y la madurez del hombre completo.

¿Y qué hay del cliente que no consigue cambiar; será dejado acaso en una especie de “limbo de intimidad” —sin ser heterosexual, siendo todavía incapaz de ser íntimo con los hombres? Para empezar, la verdad es que nuestro cliente nunca ha sido íntimo con los hombres. Es por eso que ha venido a terapia. También se acercó a nosotros porque cree que la verdadera intimidad sexual con una persona del mismo sexo es, de hecho, imposible: el erotismo hacia personas del mismo sexo simplemente es incapaz de satisfacer su diseño biológico y emocional, y no refleja quién es como persona, el hombre que realmente es.

Algunos clientes, desde luego, alteran su modo de ver las cosas. Jason dejó la terapia reparativa para vivir una relación gay. Estaba convencido de que la PMS era (contrariamente a sus creencias originales) verdaderamente compatible con su religión. Su visión había cambiado tanto que él y yo ya no pudimos permanecer en nuestro acuerdo fundamental sobre el significado de la PMS, y decidimos dar por terminada nuestra relación terapéutica. Me dijo, “No cambié mi orientación sexual, pero puedo ciertamente decir que ya no me dan miedo los hombres heterosexuales —y he aprendido a ser yo mismo”.

Algunos hombres inician la terapia reparativa identificándose como gays, sin tener el deseo de cambiar. Con estos clientes acordamos una precondition para nuestro trabajo juntos —esto es, que no haremos mención del tema del cambio de la identidad sexual, pero que trabajaremos en todas las demás cuestiones vitales. De esta manera trabajamos en aspectos como la capacidad para intimar, los problemas de autoestima, la vergüenza internalizada, el trauma infantil y la búsqueda de identidad.

Un buen terapeuta siempre transmite aceptación al cliente, incluso si el cliente eventualmente decide identificarse como gay. Como en el caso de Jason, algunos de nuestros clientes decidirán cambiar de curso y adoptar la PMS como “lo que son”. Otros se mantendrán ambivalentes respecto al cambio, entrando y saliendo de la vida gay por periodos que pueden durar meses. Nosotros honramos

sus elecciones porque aceptamos a la persona, si bien tal vez no estemos de acuerdo con su decisión.

La intención general de este libro es aislar y presentar qué es “lo que funciona” en la terapia reparativa. He procurado minimizar la discusión teórica y, en cambio, deseo concentrarme en las técnicas prácticas para el ejercicio de la terapia reparativa para los psicólogos interesados en aplicarla.

Sin embargo, este libro no es un “cómo” explícito, sino más bien un sugestivo “cómo puede hacerse”. A primera vista, algunas de las técnicas específicas parecerán reduccionistas, rígidas y carentes de la complejidad, matices e individualidad de cada cliente. Ya que cada cliente presenta una historia y personalidad únicas, sólo podremos ofrecer aquí ciertos principios que sirvan de guía, mas no fórmulas absolutas ni sentencias universales.

En particular, los diagramas que se encuentran a lo largo de este libro pueden ser tachados de crudos, simplistas, e incluso ingenuos —y en cierto modo lo son. Con todo, habiendo concedido esto, ofrezco al especialista estos diagramas como una herramienta rudimentaria que esboce el arte clínico de la terapia reparativa.

Desde luego, todavía habrá cierta artificialidad en este intento por reducir lo que en esencia será un proceso creativo durante la intervención clínica. Pero si la psicoterapia es más un arte que una ciencia, entonces —como cualquier arte— deberá estar guiada por ciertos procedimientos y reglas con las que el artista ejecute su trabajo creativo. Estas intervenciones deberán aplicarse sin comprometer la primacía de la experiencia del cliente. El peligro consiste en querer encajar al cliente en un determinado sistema de trabajo. Se insta al buen psicoterapeuta a honrar la historia única de cada persona, al tiempo que libremente aplica metodologías y técnicas manteniendo una cuidadosa sintonización empática con el cliente.

El hecho es que la gente no cambia sólo por la aplicación de las técnicas. *La gente cambia a través de las relaciones* —relaciones con personas comprensivas y solícitas que apliquen estas efectivas técnicas.

Mantenerse políticamente “seguro” en un territorio peligroso

Un psicólogo cristiano me contactó para hablar sobre la terapia de reorientación para hombres con atracción al mismo sexo (PMS). Como esperaba encontrar ciertos obstáculos políticos con la APA, este psicólogo estaba ansioso por evitar el uso de juicios de valor para mantener su puesto en la profesión y permanecer a salvo evadiendo todo lo relacionado a la condición homosexual. La solución, creía él, consistía en crear un programa sencillo de modificación de la conducta, que ayudara a los clientes a cambiar su comportamiento indeseado, pero que no evaluara la heterosexualidad como preferente respecto a la PMS.

Hablando desde mis 25 años de experiencia en este campo, le dije que su propuesta me parecía ingenua y, a fin de cuentas, imposible. Estos hombres no se acercan a nosotros para cambiar el comportamiento indeseado. Vienen a nosotros para cambiar el sentido de sí mismos, para ser más heterosexuales, no sólo para “actuar” como heterosexuales; para sentirse cómodos en sus relaciones con otros hombres heterosexuales, para aprender a mantener su autonomía masculina con las mujeres — en pocas palabras, para explotar su potencial heterosexual. Un programa de modificación de la

conducta podría ser políticamente seguro pero, dada su superficialidad, sin duda estaría condenado al fracaso.

“¿Por qué debería negarme a revelar mi posición filosófica”, le dije, “cuando los terapeutas de afirmación gay están trabajando muy duro por reforzar su propia filosofía? Le dicen a los clientes que los sentimientos hacia el mismo sexo son ‘sagrados’. Los empujan a revolucionar las actitudes de la sociedad y de la Iglesia. Esos terapeutas redefinen cualquier convicción que el cliente tenga de la heterosexualidad como una norma, y será tratada por dichos terapeutas como una ‘enfermedad psicológica-homofobia’ ”.

“El hecho es que la neutralidad no sirve a ninguno de los clínicos en ambos lados de la discusión”, le dije a este psicólogo. “Los especialistas clínicos, como tú y yo, que creemos que la humanidad fue diseñada para la heterosexualidad, debemos alzar la voz para defender nuestra postura, nuestra visión. Estos hombres con PMS indeseada quieren alguien que los anime, desean contar con aliados, alguien que abogue por ellos, y así como reclaman su identidad masculina, también buscan alguien que crea en ellos y que se mantenga firme a su lado”.

Un escenario clínico resulta esencial

Además, ¿qué pasará cuando el terapeuta no comprometido (“neutral”) escuche a su cliente y éste le revele comportamientos autodestructivos, mismos que estadísticamente se ha comprobado que están asociados con la PMS?, ¿cómo interpretará estos comportamientos? Para poder mantenerse con el cliente fuera del territorio filosófico se requeriría una “neutralidad rogeriana” que incluso el propio Carl Rogers no pudo lograr. Y habiendo presenciado todo esto, ¿cómo pueden ser ignorados estos factores, incluyendo su significado y posibles orígenes?

Los hombres que permanecen con nosotros en terapia de hecho creen que “algo les pasó”. Les brindamos la comprensión de los traumas de los que nos hablan — especialmente sobre uno que resuena profundamente en ellos. También les presentamos un camino de salida que, si bien arduo, ha probado ser útil para otros hombres.

Cliente y terapeuta juntos

En efecto, la dimensión más poderosa de la alianza de trabajo sólo puede darse cuando terapeuta y cliente consideran juntos la PMS de la misma manera. Cuando el terapeuta toma una posición neutral (considerando las soluciones gay y heterosexual como igualmente buenas), se diluye el poder de la transferencia, y se deja al cliente sintiéndose parcialmente comprendido y no completamente apoyado.

Lo que sostiene al cliente durante los periodos difíciles de la terapia es la persistente convicción del terapeuta de que su cliente posee una naturaleza heterosexual latente. Para estos hombres es muy inspirador el hecho de saber que un hombre significativo pueda ver el potencial que poseen, por escondido que se encuentre, incluso cuando ellos mismos duden al respecto.

Reconectando al hombre con su “yo” dotado de género

Al narrar sus historias familiares, una y otra vez nuestros clientes nos indican que nunca se

sintieron conocidos o amados por *quienes realmente eran*. Esto no significa que sus familias no los amaran —la mayoría de los padres amaban y querían lo mejor para sus hijos. Pero con este hijo en particular hubo una desconexión, una falta de sintonía. La mayoría de mis clientes afirman que nunca se sintieron verdaderamente “vistos” por sus padres. Por tanto, el objetivo de la terapia será desmenuzar la vergüenza, reparar la pérdida del apego y reconectar nuevamente al hombre con su “yo” dotado de género, como originalmente fue diseñado.

Posdata: En cuanto a las historias de los clientes y las transcripciones de sesiones que he incluido en este libro, todos los nombres y los detalles han sido modificados para proteger su confidencialidad. Las historias de los clientes y las citas han sido elaboradas; por lo tanto, cualquier semejanza con alguna persona conocida por el lector será mera coincidencia.

PARTE UNO

LA PSICODINÁMICA DE LA PMS

CAPÍTULO 1

UNA VISIÓN GENERAL: AVANCES EN LA TERAPIA REPARATIVA

“La PMS tal vez no sea un problema para la Asociación Americana de Psicología, pero para mí sí que lo es”.

un estudiante de 19 años de edad

“Enganché mi vagón a la estrella equivocada”.

un cliente de 50 años de edad

En años recientes hemos logrado avances significativos en la comprensión de la etiología y tratamiento de la atracción al mismo sexo masculina. Este libro contiene una serie de nuevas perspectivas desde la publicación de mis anteriores obras: *Reparative Therapy of Male Homosexuality: A New Clinical Approach* (1991) / (*Terapia reparativa de la homosexualidad masculina: un nuevo abordaje clínico*); *Healing Homosexuality: Case Stories of Reparative Therapy* (1993) / (*Quiero dejar de ser homosexual: casos reales de terapia reparativa*); y *A Parent's Guide to Preventing Homosexuality* (2002) / (*Guía para padres sobre cómo prevenir la homosexualidad*).

No existe ningún modelo sano del desarrollo homosexual

Al momento de la publicación de esta obra ya han pasado más de treinta años desde que en 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría eliminó el carácter patológico de la PMS. Desde ese entonces ningún teórico ha logrado todavía presentar un modelo convincente de un desarrollo temprano *no traumático* de la PMS. El mejor acercamiento a un modelo de un desarrollo no patológico de la PMS es el sostenido por el psicólogo Daryl Bem (1996).¹ He criticado su modelo en otra obra.

Bem, un psicólogo —y activista gay— presenta un modelo en el que afirma que “lo exótico se vuelve erótico”. En este modelo, lo *exótico* —es decir, lo misterioso— para un niño durante su infancia será lo que se volverá *erótico* cuando sea adulto. Estamos de acuerdo con este concepto: una persona erotiza aquello con lo que él o ella no se identifica. Pero, cabe notar, para Bem no parece problemático que la masculinidad se torne “exótica” para un niño. Evidentemente, él no cree como nosotros que la normalidad es *aquello que funciona de acuerdo a su diseño*.

Cuando un hombre percibe la masculinidad como algo misterioso y exótico, buscándola fuera de sí mismo, creemos que está viviendo desde un falso “yo” y que —empleando nuevamente las palabras de Robert Spitzer— “*algo no está funcionando*”.

Los factores socio-parentales siguen siendo nuestro principal enfoque

Aunque hemos observado que en algunos casos un temperamento atípico puede ser un factor de predisposición para el desarrollo de la atracción homosexual, nuestro enfoque sigue estando principalmente dirigido a la influencia de los factores socio-ambientales en el desarrollo de la PMS. Ponemos especial énfasis en la familia triádica-narcisista, es decir, en los rasgos de narcisismo y en las deficiencias de identidad de género asociadas a la PMS, así como en el papel etiológico que tiene la falta de sintonización temprana con los padres. La influencia del padre representará un factor crítico en el caso de un hijo que haya nacido con un temperamento sensible.²

Respecto a los principios de nuestro tratamiento, subrayamos cuán importante es la poderosa experiencia curativa que tiene lugar gracias a la relación que establecen el cliente y un terapeuta del mismo sexo correctamente sintonizado. Además, resaltamos la relevancia que comporta la constante necesidad de amistades masculinas cercanas —una necesidad que, de hecho, prevalecerá durante toda la vida.

El principio esencial de la terapia reparativa sigue siendo el mismo: dicho de manera simple por un cliente, ***“cuando un hombre real me ve como a un hombre real, entonces me convierto en un hombre real”***.

Reconociendo el déficit de género y el déficit del “yo”

La terapia reparativa ha avanzado recientemente al concebir la atracción homosexual como algo más complejo que un mero intento por reparar el déficit de género. Ahora podemos percibir desde una perspectiva más amplia que en realidad se trata de un **intento por reparar un profundo déficit del “yo”** como tal.

El tiempo que he dedicado a la observación clínica me ha permitido reconocer un rasgo común en la infancia temprana de estos clientes: *específicamente, una **acumulación de heridas nucleares a temprana edad, mismas que han generado un daño en el apego***. Creemos que la PMS no se reduce a una mera defensa frente a la inferioridad de género, *sino que **constituye una defensa ante un trauma del “yo” nuclear***.

Además de las necesidades que ya considerábamos indispensables para lograr la identificación del propio sexo y su afirmación, ahora comprendemos mejor la condición homosexual al reconocerla como un **intento por resolver un trauma de abandono- aniquilación**. Solemos pensar en la PMS como un intento por “reparar” un deseo de individuación a partir del género, un deseo que ha quedado frustrado por la vergüenza. Como tal, la PMS puede entenderse como una **forma patológica de experimentar el dolor**. Sin embargo, adoptando nuevos conceptos de la literatura sobre el duelo y la experiencia del dolor, hemos dirigido nuestra atención hacia las contribuciones de las teorías del apego y el papel que tiene la vergüenza.

Un modelo interactivo

Entre las posibles etiologías que reconocemos existen muchas combinaciones que pueden ser consideradas como causantes de la PMS. Estos factores se reúnen de una manera única en cada

persona. Si bien nuestro modelo no descarta las influencias biológicas (un temperamento sensible), consideramos que tiene todavía mayor relevancia la incapacidad de los padres para apoyar la identidad emergente del niño. También serán importantes las experiencias negativas de la infancia con compañeros del mismo sexo.

Todos estos factores crean en los hombres con atracción homosexual una peculiar sensación de extrañeza que, como el psicólogo y activista gay Daryl Bem también ha identificado, se manifiesta cuando el niño con PMS percibe a los demás hombres como si fueran misteriosos, distintos a él o, en una palabra, *exóticos*.

Durante los años que llevamos trabajando con miles de hombres que luchan con su PMS indeseada, hemos escuchado una y otra vez las mismas historias de infancia, llenas de dolorosas decepciones relacionales, traiciones y desencantos inconsolables. Los clientes se quejan constantemente de sentirse débiles, inadecuados y sin control, por lo que mantienen una postura precavida frente a la vida y las relaciones.³ Es precisamente a través del abordaje de estas profundas heridas que ocurre un encuentro entre el terapeuta y el cliente a un nivel todavía más profundo. Y es precisamente en este nivel de encuentro humano donde la curación comienza a ocurrir.

Una visión amplia

“¡Gracias, PMS! A pesar de la miseria que me has causado, me has forzado a mirarme a mí mismo y a enfrentar todas esas cosas que había enterrado y evadido. Estoy más vivo porque enfrenté mi PMS”.

Se da un paso importante cuando el cliente deja de concentrarse en el modo en que originalmente percibía su problema al comienzo de la terapia —es decir, cuando deja de enfocarse en su PMS indeseada— y pasa en cambio a atender aspectos más profundos y consecuentes, relacionados con la vulnerabilidad que antecede a sus actuaciones homosexuales. Habiendo comprendido esta distinción, un cliente me explicaba lo que muchos otros clientes de alguna u otra manera también me han dicho: *“Mi problema es este **profundo vacío en mi vida** que me dispone a sentirme atraído por los hombres”.*

Otro cliente, habiendo comprendido su problema de atracción homosexual desde una perspectiva más amplia, me anunció lo siguiente tras seis meses de terapia: *“La buena noticia es que mi problema no es la PMS. ¡La mala es que todo lo demás sí lo es!”.* Por “todo lo demás” este hombre se refería al modo en que se vinculaba con otras personas —su tremenda dificultad para relacionarse con otros hombres, y la necesidad que tenía de presentarse al mundo a través de su falso “yo”.

El siguiente hombre también describe su convicción de estar enfrentando un problema mucho más fundamental que la PMS indeseada: *“Es como lo que mi profesor de canto solía decirme: ‘Tu problema con el canto empieza por cómo respiras’”.*

El hecho de que la **falta de autenticidad emocional** sea lo que empuja a estos hombres a actuar homosexualmente se vuelve más evidente cuando analizamos lo que hemos llamado el “escenario precedente a la actuación homosexual”. En este modelo incluimos todos aquellos eventos cotidianos en la vida de nuestros clientes que nos indican que se encuentra más propenso a tener una actuación homosexual indeseada. Al seguir de cerca la vida de nuestros clientes, reconocemos los cambios en el

estado de su “yo” y observamos cómo el **conflicto entre la aserción y la vergüenza** es lo que con mayor frecuencia sumerge a los clientes en un estado depresivo al que llamamos “zona gris”, un estado en el que el deseo homosexual se vuelve todavía más intenso.

Si afirmamos que **la PMS es sólo un síntoma de un problema más profundo de la identidad personal**, lo hacemos apoyándonos en la queja casi universal de nuestros clientes que dicen sentirse “inseguros”, “inadecuados”, “como un niño pequeño en un mundo de adultos”, “sin control” y carentes de autoridad en sus relaciones. Durante años hemos oído a distintos clientes expresar esta impotencia interpersonal: “Ella me fastidia, ellos me molestan, él no me toma en serio”.

La vergüenza como elemento constitutivo de la PMS

Casi todos los terapeutas que trabajan con hombres con PMS escuchan a estos clientes referir su lucha con la vergüenza. De hecho, virtualmente todos los terapeutas de *afirmación* gay —quienes activamente exhortan a sus clientes a adoptar la identidad gay— identifican la vergüenza como una de las principales cuestiones terapéuticas. Sin embargo, los terapeutas de esta vertiente describen la vergüenza como si se tratara de “homofobia internalizada” —un conflicto socialmente inducido que impide al hombre homosexual aceptar su homoerotismo normal y sano. Si bien la reacción de la sociedad frente a la PMS aparentemente produce vergüenza, considero que **la condición homosexual más bien surgió por la vergüenza** —específicamente, **por los esfuerzos infructuosos de la persona por obtener el apego seguro y la identidad masculina**.

Basándonos en esta premisa, nuestro abordaje terapéutico apunta más allá de la queja actual del cliente, con la intención de tratar la cuestión más radical del papel o “postura” que la persona haya asumido en su mundo relacional. Por tanto, lo que proponemos es que cuando el cliente sienta y desee ser íntegro, éste se enfrentará con la vergüenza; dicho encuentro generará en él la necesidad de regular su autoestima (reparación), lo que a su vez le empujará a buscar el apego erótico con otros hombres. Dado este particular enfoque, **el objetivo de la terapia reparativa será ayudar al cliente a rechazar la vergüenza para que viva desde la postura asertiva**.

A diferencia de los terapeutas de afirmación gay, quienes sostiene que la vergüenza es una consecuencia de la falta de aprobación social de la PMS (homofobia), nosotros consideramos que **la PMS representa una solución narcisista a un problema relacionado con la vergüenza**. Refiriéndose a su lucha diaria con la PMS —la lucha con “eso”—, un hombre escribió las siguientes palabras en su diario:

*El falso consuelo de “eso”
es mi vergüenza,
la que le da poder a “eso” sobre mí. “Eso” siempre regresa a mi vergüenza.
Hay momentos en los que “eso” no está ahí, cuando no está presente en mi vida, y pienso,
“¡Wow!, esto es hermoso, tan lleno de paz”. Pero entonces mi vergüenza regresa —y otra vez
“eso” está ahí.
Cuando la vergüenza se apodera de mi vida, entonces “eso” es como
¡LA GRAN PROMESA DE CONSUELO!
Mi reto es vivir mi vida libre de vergüenza.
Entonces ya no necesitaré de los falsos consuelos de “eso”.*

El trabajo corporal terapéutico

Hemos adoptado en la terapia reparativa una serie de intervenciones conocidas en conjunto como “terapia centrada en el afecto” (Affect Focused Therapy/AFT). Los representantes más importantes de este movimiento son Davanloo (1980); Neborski (2004); Alpert (2001); Coughlin Della Selva (1996) y Fosha (2000).

La técnica intensiva de la AFT se enfoca en reducir los conflictos y traumas nucleares a nivel intrapsíquico. Algunos conflictos nucleares específicos ocurren con una regularidad casi predecible en la vida de los hombres con PMS, para quienes los principios y técnicas de la AFT resultan particularmente útiles.

A nuestro propio modelo de AFT le hemos denominado “trabajo corporal”. (*El trabajo corporal nunca implica tocar o tener contacto físico con el paciente*). Hemos realizado algunas modificaciones a este abordaje terapéutico —pues en otras de sus aplicaciones puede implicar un alto grado de confrontación— hasta convertirlo en una versión más “amable y gentil” para nuestros clientes. Nuestros clientes en general refieren haber sido víctimas de la manipulación y del control; por esta razón, el trabajo corporal no se concentra en la confrontación sino en la creación de una alianza de trabajo de mutua colaboración y apoyo.

El trabajo corporal facilita que el cliente responda en el presente con sus auténticos sentimientos, en lugar de que reaccione a los eventos actuales como si fueran eventos del pasado. Este trabajo se concentra en la expresión y resolución del conflicto emocional, y recuerda en parte a la terapia Gestalt de Fritz Perls. El trabajo corporal aborda a través de una especie de “marcha forzada” o método acelerado la estructura defensiva con la que el cliente está inhibiendo la expresión del afecto. De esta manera, el trabajo corporal permite acceder rápidamente a dicha estructura, dando lugar a una efectiva expresión emocional que como consecuencia resultará en un estado de autoconsciencia. Estas técnicas son eficientes para vencer las defensas del cliente y acceder inmediatamente a sus sentimientos. También resultan particularmente útiles en el caso de los clientes con PMS, cuya sintomatología actual suele ser el resultado de una inhibición afectiva —es decir, una consecuencia de la vergüenza traumática.

La meta del cliente en terapia reparativa no será recrear sus heridas del pasado en el presente, sino lograr experimentar ahora, en el presente y en presencia del terapeuta, los sentimientos auténticos del pasado. Cuando el terapeuta apoya e insta al cliente a abrirse, el cliente volverá a experimentar esos sentimientos y sus asociaciones en presencia de otro hombre que se mantiene sintonizado con él. De esta manera, el cliente será capaz de “interiorizar” esta nueva autoconsciencia. El conflicto identificado será por tanto redefinido y transformado, siendo ahora capaz de darle un significado nuevo y coherente.

El trabajo corporal, por tanto, ayuda a los clientes a entender su atracción al mismo sexo no sólo a nivel cognitivo, sino “desde dentro”, desde sus sensaciones corporales. A través de este proceso, los clientes suelen percatarse de la profunda sensación que tienen de ser indignos.

Determinando el origen del apego

Nuestra identidad personal se fundamenta en el apego. Es a través del apego del niño con la

madre que éste desarrolla su sentido de “yo” y descubre quién es en realidad. La vergüenza experimentada durante este proceso de apego e individuación trastocará no sólo el desarrollo de la identidad del “yo”, sino también el desarrollo de la identidad de género.

Como nuestros clientes reportan que a un nivel muy fundamental no se sintieron “vistos” por sus padres por lo que realmente eran, también sienten que tampoco fueron amados —al menos, en el sentido más profundo y genuino. Comparten la penetrante sensación de que sus padres —aunque en realidad hayan sido bien intencionados— no lograron verlos, conocerlos y aceptarlos plenamente. Este trauma ocurre durante sus primeros intentos de individuación. Sintiéndose abandonados al no haber sido realmente conocidos, estos niños desarrollarán la respuesta inadaptada del falso “yo”. Si bien el falso “yo” sirve como una adaptación y para proteger el ego durante la infancia, éste se convierte en un recurso inadaptado en la vida adulta. Como se trata de una defensa que evita la expresión auténtica de los sentimientos, el falso “yo” también mina las oportunidades para establecer apegos auténticos. El cliente deberá abandonar la defensa del falso “yo” para poder recibir la afirmación masculina necesaria para resolver su PMS.

Constantemente observamos los efectos persistentes de la vergüenza infantil por no haberse sentido vistos por lo que realmente eran. Por esta razón exhortamos al cliente con PMS a reexperimentar el trauma —particularmente, el enojo y la tristeza que suelen estar asociados al evento— para que de esta manera sean “vistos y conocidos” por el terapeuta durante el trabajo del dolor (ver parte 3). Durante dicho trabajo el terapeuta también mostrará al cliente las consecuencias negativas que se derivan del empleo de estas ilusiones y distorsiones que, si bien le han protegido, también han impedido que reconozca y reexperimente sus pérdidas nucleares del apego.

El reto de ser padres de un hijo que no actúa acorde a su género

Entre los hombres con PMS solemos observar un temperamento más sensible, más emotivo, relacional y orientado a lo estético que los hombres que actúan acorde a su género. De hecho, la mayoría de los hombres homosexuales refieren haberse sentido “diferentes a los demás niños”, y haberse sentido incómodos entre otros hombres (incluso con sus padres).

Ambos padres se enfrentan a un reto particular cuando tienen un hijo de temperamento sensible. Estos hijos tendrán una especial dificultad para sortear la fase de identificación de género durante la infancia. Los padres suelen recordar que este niño en particular, a diferencia del resto de sus hijos, parecía *rechazarlos*. Será crucial que el padre se acerque a su hijo y activamente “vaya y lo traiga” de regreso a su esfera masculina, pues —a diferencia del resto de sus hermanos con características más masculinas— a este hijo le resultará mucho más fácil refugiarse en la consolución femenina.

Reconociendo los factores biológicos

Los esfuerzos que se han hecho en mi profesión por demostrar que la PMS está única y exclusivamente “predeterminada biológicamente” no han tenido éxito e, incluso, los propios investigadores que dirigían dichos estudios (quienes en muchos casos eran gay) lo han admitido. Todo comportamiento, claro está, tiene alguna base biológica, y algunos niños podrían, en efecto, tener una predisposición biológica para desarrollar la PMS. Pero “predisposición” no es lo mismo que

“predeterminación”. *Ser susceptible no es equivalente a ser inevitable*. Hasta este momento no existe ningún estudio que haya demostrado que algunos niños estén inevitablemente destinados a ser homosexuales.

Si las investigaciones confirmaran que se tratara de un factor en el desarrollo de la PMS, ¿deberíamos considerar “normal” un cerebro que no estuviera completamente masculinizado? Suele asumirse erróneamente que si algo es innato entonces se trata de algo normal. Sin embargo, muchos de nosotros nacemos con condiciones innatas, como serían un temperamento explosivo, inclinaciones hacia la obesidad y el alcoholismo, miopía, o desórdenes de déficit de atención. Podríamos afirmar que los individuos con dichas condiciones han “nacido así”, pero no que fueron *diseñados* así; éstas son anomalías y obstáculos que pueden ser superados. Es fácil confundir el concepto de “haber nacido así” con el de “haber sido diseñados así”. Incluso en el caso biológico extremo de un cerebro que no estuviera totalmente masculinizado, tendremos que admitir que éste sería (como, por ejemplo, el desorden de déficit de atención), un *error biológico del desarrollo*.

¿Una variante normal?

Ahora bien, cuando se analiza honestamente la condición homosexual, nos percatamos de que no se trata de una expresión normal de la diversidad humana. Incluso sin considerar sus consecuencias negativas para la sociedad, observamos que posee un penetrante nivel de desesperanza y una característica desconexión emocional.

No es ninguna sorpresa que nuestros propios clientes muestren una actitud de desesperanza frente a la vida y desconfíen tanto de las relaciones. Anticipan que todas las cosas buenas, al fin y al cabo, les traicionarán. Esto es de esperarse, pues la PMS, después de todo, siempre ha requerido esfuerzos y luchas para lograr un sentido de pertenencia en un mundo dotado de género.

También identificamos la continua auto-preocupación narcisista que tan comúnmente observamos entre los hombres con PMS, una preocupación que constantemente debilita la tendencia humana de mantenerse emocionalmente conectados. Un cliente de 35 años de edad describía su batalla personal (pero muy típica) contra la absorción que el narcisismo producía en él: “En mi caso, tengo que hacer un esfuerzo consciente para salir de mí, para conectarme con los demás. Siempre es como una especie de ejercicio, un acto de voluntad para salir del aislamiento y permitir que los demás entren”. Este miedo tan característico al compromiso emocional conduce a la frustración, a la soledad, al cinismo generalizado frente a la vida y, finalmente, a la resignación a vivir una vida de relaciones superficiales.

Otro hombre hablaba de la larga depresión por la que había estado pasando, y afirmaba que ésa era la razón por la que la vida social gay le había atraído durante tanto tiempo: “Me pregunto, ‘¿Qué era lo que más me llamaba la atención de la vida gay?’ y pienso, ‘*La frivolidad —es, bueno, hablemos de cosas divertidas*’. Pero esas ‘cosas divertidas’ sólo han hecho que caiga en la desesperación”.

Finalmente, los clientes descubren que el arduo trabajo de la terapia no se trata tanto de eliminar toda tentación homosexual, sino que en realidad se trata de aprender a desarrollar la autenticidad a nivel personal e interpersonal. Se trata de rastrear los caminos tomados en la infancia que condujeron a esta persona hasta este desafortunado camino.

Al preguntarle a un cliente qué le diría a otros hombres que estuvieran en terapia reparativa, me dijo lo siguiente:

“Les diría, ‘No crean en la agenda gay. Sigán lo que su corazón y su mente realmente les esté diciendo. Este modo de vida nunca podrá ser auténtico. Si están siguiendo el camino del cambio, no se detengan —no se den por vencidos. Esto me ha hecho mucho más feliz que cualquier otra cosa que hice durante mis días locos de actuación gay’ ”.

CAPÍTULO 2

LA DINÁMICA FAMILIAR

“Mi madre abandonó una mitad de mí —al hombre— y se aferró a la otra mitad, al niño bueno”.

“Cada vez que veo a un papá con su hijo desearía ser ese niño. Siempre siento la misma puñalada —un profundo anhelo”.

La familia triádica-narcisista

A nuestro modo de ver, el modelo familiar que favorece el desarrollo de un hijo homosexual suele ser uno en el que no se ha logrado validar la individuación masculina del niño durante la fase formativa de la identificación de género. La masculinidad es un logro y no algo “dado” —se trata de algo susceptible a ser herido durante su desarrollo.

Existe un patrón familiar particular que frecuentemente encontramos en la historia de los hombres con PMS. Este patrón reúne dos de los modelos que terminan por truncar la individuación de género del niño —la *familia triádica clásica* y la *familia narcisista*. Juntos, estos modelos forman lo que denomino la familia triádica-narcisista (Nicolosi, 2001).

Al unir ambos modelos podemos comprender mejor algunos de los aspectos que comúnmente observamos en la condición homosexual —particularmente, la dimensión del narcisismo/vergüenza. Nuestro modelo incorpora el creciente conocimiento psicológico sobre la sintonización/de-sintonización infantil. Este modelo también permite explicar el conflicto entre los hombres con PMS y sus madres, quienes suelen estar sobreinvolucradas con ellos, si bien también podemos toparnos con precisamente lo opuesto —un estilo de crianza inadecuado donde los padres se caracterizaban por estar poco involucrados. En ambos casos, el resultado será la inseguridad en elapego.

El sistema clásico de la familia triádica

El sistema de la familia triádica, descrito en la literatura psicoanalítica fundacional sobre la PMS por Bieber, Socarides, Kronemeyer y otros, se caracteriza por contar con una madre

sobreinvolucrada y un padre crítico/indiferente. Otros escritores posteriores han observado este mismo patrón familiar (Moberly, 1983; Fitzgibbons, 2005; van den Aardweg, 1997). El modelo de la familia triádica representa la base para el déficit de la identidad de género, especialmente cuando el niño tiene un temperamento sensible.

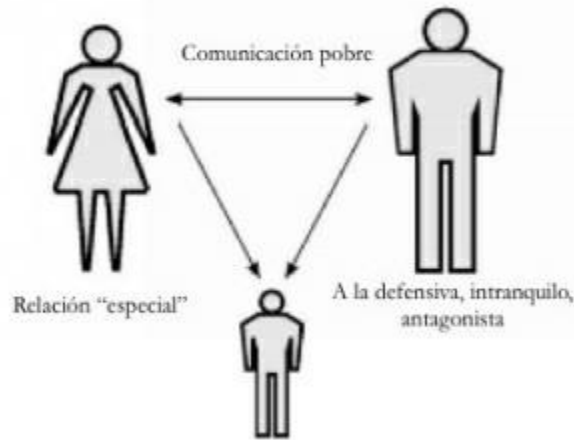
Figura 2.1. Relación triádica clásica

Este patrón clásico de la familia triádica (ver fig. 2.1) es descrito en la literatura de la siguiente manera:

Padre: El niño percibe a su padre como hostil, emotivamente indiferente, o como portador de ambos rasgos. A pesar de que el padre puede ser muy competente en el mundo laboral, es percibido por el hijo como alguien insignificante en la vida familiar —pues no es capaz de ser “lo suficientemente bueno” ni “lo suficientemente fuerte”. (Tal vez podría ser visto como “bueno”, pero débil; o podría percibirse como “fuerte”, pero crítico y no benevolente). En cualquier caso, el resultado será el mismo: el hijo percibirá a su padre como un objeto de identificación inseguro o indigno.

Madre: Sus cuidados son típicamente descritos por el hijo como acciones sobreinvolucradas, entrometidas, posesivas y controladoras. La relación entre ellos es particularmente cercana y excluyen al padre. Su unión ha sido descrita por muchos hombres homosexuales como “especial e íntima”, donde los dos son como “almas gemelas y confidentes”. Ella deposita sus necesidades emocionales en el hijo, y le transmite la insatisfacción crónica que tiene con el padre. Ambos comparten penas mutuas sobre las limitaciones del padre/marido. Las críticas expresadas por la madre son el terreno fértil para que el hijo desarrolle una visión negativa de los hombres y, por extensión, de la masculinidad en general. La masculinidad se percibe entonces como “misteriosa”, “distinta a mí”, “peligrosa” e “inaccesible” —o, cómo el psicólogo activista gay Daryl Bem indica, se convierte en algo *exótico*.

Hijo: Es temperamentalmente sensible, tímido, pasivo, introvertido, artístico e imaginativo. Las madres describen a estos hijos como más intuitivos, verbales, gentiles y perfeccionistas que el resto de sus hijos. Mientras el temperamento usualmente es “dado” biológicamente, algunos de los rasgos antes mencionados (especialmente la timidez y la pasividad) también pueden ser adquiridos, y pueden ser síntomas de un apego inseguro.



Este temperamento sensible e intuitivo hace que la madre gravite en torno a este hijo en particular, desviándolo del camino normal del desarrollo de su individuación masculina. Cuando observamos más de cerca las relaciones de la triada clásica, observamos los siguientes patrones relacionales:

Figura 2.2. Una mirada más cercana a la relación triádica clásica

Relación esposo- esposa: Dadas sus limitaciones psicológicas, el padre se mantiene distanciado de la madre, a quien evita por parecerle emocionalmente absorbente. El matrimonio se caracteriza por una falta de compatibilidad emocional y un nivel mínimo de intimidad. Él no quiere tratar con ella pues corre el riesgo de “disgustarla” y así despertar nuevas demandas emocionales que se convertirán en una carga. Mantiene el equilibrio ofreciéndole a su mujer el hijo sensible y relacional, quien se convierte así en una especie de esposo sustituto.

La madre se vuelca particularmente en este hijo (al que puede controlar y moldear, quien afortunadamente no tienen ninguno de los aspectos objetables de su esposo); sin embargo, su amor es posesivo, y ella se “traga” al hijo. Cuando la pareja riñe, el hijo se pone del lado de su madre y se identifica con su dolor y su enojo.

En algunos casos menos comunes, la madre será fría e indiferente. Esto es más común en el tipo de PMS de aparición posterior a la fase de identificación de género, pero el resultado —un apego inseguro— seguirá siendo el mismo.

Relación madre- hijo: Suele existir una relación cercana entre la madre y el hijo; muchos clientes describen que la relación con sus madres era de “mejores amigos” o “almas gemelas”. La madre frecuentemente compartirá sus problemas maritales con este hijo, algunas veces usándolo como un esposo sustituto, intentando compensar la falta de soporte emocional y comprensión de su esposo.

Relación padre-hijo:

Nuestros clientes suelen describir esta relación con frases como “Nunca conocí a mi

padre”, “Ahí estaba, pero realmente no estaba”, “Era como una sombra”, o “Era tan inaccesible como la estatua de Lincoln”.

Mínima o inexistente, la relación entre padre e hijo se caracteriza por una pobre comunicación y una falta de apertura y confianza. El padre es visto por el hijo como distante y/o crítico. Padre e hijo casi nunca hablan sobre cuestiones importantes, y se evita la manifestación de sentimientos personales. Siempre que entablan algún tipo de comunicación importante la madre está presente.

Hermano mayor:

Freud sostenía que si un homosexual tiene un hermano mayor, es probable que éste le tenga miedo y que la relación sea hostil. Nos hemos percatado de que dicho patrón es bastante común. El hermano mayor puede tener problemas para ajustar su comportamiento y es visto por el hijo prehomosexual como un abusador (*bully*) que lo intimida; así, mientras el hermano mayor es en el “niño malo” de la familia, el hijo prehomosexual opta por ser el “niño bueno”. O podría ser que el hermano mayor fuera un gran triunfador al que todo le “resultara fácil”, especialmente en los deportes. Pero en cualquiera de los escenarios, el cliente se sentirá intimidado por su hermano mayor y encontrará poco apoyo en él.

Sólo en un caso he observado una adecuada relación con el hermano mayor pero, al igual que su padre, dicho hermano había sido incapaz de proteger al cliente de una madre demasiado trastornada. (A este respecto, dicho cliente encajaba en el tipo de PMS post-identificación de género, variante que se describirá más tarde).

Relación padre- hijo mayor:

El padre y el hijo mayor suelen llevarse mejor, comparten intereses comunes y son más parecidos. En algunas ocasiones, el rol de compañero del padre es adoptado por un hermano más joven (y más masculino).

Otro escenario alternativo es uno caracterizado por un alto grado de hostilidad — derivando incluso en violencia— entre el padre y el hijo mayor. Sin embargo, también en este caso el hermano mayor (heterosexual) se identificará con el padre y su poder —de manera suficientemente significativa como para ser capaz de confrontarlo y enfrentarse a él directamente. En contraste, la rebelión del hijo prehomosexual será más bien indirecta, mostrándose emocionalmente indiferente frente a su padre. El hijo con PMS recuerda a su familia de la siguiente manera: “Mi hermano fue siempre el hijo de papá, y yo el hijo de mamá”.

El padre inevitablemente resentirá la relación especial que existe entre la madre y este hijo en particular. Al reconocer que su hijo se lleva tan bien con su madre, el padre se distanciará todavía más de él. El hijo por ende se sentirá también más rechazado, y se vengará de su padre a través del rol privilegiado del que goza como confidente y mejor amigo de su madre, usurpando de esta manera el rol de esposo.

La desventaja de “ser especial”

Este “lugar especial” que suele ocupar el hijo prehomosexual respecto a su madre fue ganado sin tener que resolver ningún conflicto con el padre, sin que el niño lograra apropiarse de la masculinidad que su padre representa. Esto constituye el origen del desdén con el que muchas veces los hombres gay se refieren a los hombres heterosexuales — fundado en la envidia— , a quienes califican de “aburridos y ordinarios”.

En una ocasión, un cliente afirmaba lo siguiente: “De mi madre recibí el mensaje de que mis encantos, mi sociabilidad, mis habilidades verbales y sociales y mi sensibilidad emocional me hacían mejor que los hombres ordinarios”. Este “ser especial” que se le confiere al niño implica que no tuvo que ganar la masculinidad para obtener su lugar en el mundo. Este escenario, en el que “mamá y yo permanecemos juntos contra esos hombres poderosos, hirientes y agresivos”, interrumpe la separación-individuación del niño y le impide interiorizar su poder masculino.

Como consecuencia, el niño gradualmente desarrollará una fascinación por esa parte esencial de su propia identidad que él nunca reclamó. Empezará a buscarla “afuera”, bajo la forma de otro hombre, sintiendo intensos deseos románticos. Durante la pubertad, el deseo de poseer su propio poder masculino se transformará en deseos eróticos.

La familia narcisista

“Para mi padre, yo no era nada. Para mi madre, yo era algo condicional”.

“Sé que hasta cierto punto mi madre me ama. Pero ella me impide ser yo mismo”.

En la sección previa describimos las características básicas de la familia triádica clásica. Aquí trataremos a detalle los elementos esenciales de la familia narcisista.

En la familia narcisista, la separación-individuación del hijo (no sólo su individuación de género) representa una amenaza para la inversión del equipo parental, el cual ha dedicado sus esfuerzos a este “niñito bueno”. Esta familia —también conocida como “el modelo centrado en los padres”— coloca al hijo en una posición en la que tiene que gratificar (y asumir como si fueran suyas) las necesidades emocionales de sus padres — especialmente para ayudar a mantener el *status quo* entre el padre indiferente y la madre sobreinvolucrada. Sin embargo, el padre y la madre —que en cierta medida pudieron haber sido cuidadosos, atentos, cariñosos y conscientemente bien intencionados— no ven a su hijo de acuerdo a lo que él es como individuo separado, sino que lo perciben de acuerdo a cómo les haga sentir. Cabe añadir que las necesidades de los propios padres en este sistema proceden de las necesidades que ellos mismos experimentaron durante su infancia. No obstante, el resultado final será que las necesidades del sistema parental narcisista se impondrán por encima de las necesidades del hijo (Donaldson-Pressman & Pressman, 1994).

Este modelo ha sido referido con frecuencia por nuestros clientes con orientación homosexual. Uno de nuestros clientes describía un incidente que ilustra esta dinámica:

“Cuando tenía unos 6 años tuve en nuestra casa una especie de juego sexual con un niño mayor que yo. Sabía que de algún modo lo que había hecho estaba mal, por lo que se lo

conté a mi mamá. Lo primero que me dijo fue, ‘¡No!, ¿en nuestra casa?’. A pesar de mi corta edad, percibí que algo estaba mal en el modo en que ella había reaccionado.

Hoy, en retrospectiva, me doy cuenta de que algo andaba mal porque ella convirtió este incidente en algo exclusivamente suyo, como si nada tuviera que ver conmigo. En lugar de responder a mi necesidad de niño, ella sólo pensó en la vergüenza que ella misma sentía”.

Los padres narcisistas viven vidas sobre-dramatizadas; lo que a ellos les esté ocurriendo en un momento dado es todo lo que importa. Pasan de un drama a otro, mientras los hijos permanecen como espectadores pasivos o se convierten en participantes manipulados. Un hombre que haya crecido en este tipo de familias generalmente expresará una excesiva compasión al momento de reprochar a sus padres, llegando incluso a sentir una profunda tristeza y angustia por ellos. Estos hombres fueron condicionados desde muy temprana edad a permanecer emocionalmente atrapados en el interminable drama de las vidas de sus padres, mientras desatendían lo que realmente les correspondía. Cuando estos niños expresaban sus propios problemas a sus padres, éstos respondían con desaprobación. La estructura familiar creaba así un efecto inverso, donde el hijo no siente compasión por sí mismo, sino por sus padres.

Rasgos narcisistas entre los hombres homosexuales

El modelo de la familia triádica-narcisista explica en parte el origen de los rasgos narcisistas que con tanta frecuencia observamos entre los hombres con orientación homosexual (Freud, 1914; Fenichel, 1945; van den Aardweg, 1985, 1986; Hatterer, 1970). Los hijos de padres narcisistas no son vistos por lo que realmente son, sino que sólo son reconocidos en la medida en que presenten un “yo” falso-positivo que agrade a uno o ambos padres. Como consecuencia, los hijos tenderán a desarrollar ellos mismos estructuras de carácter narcisistas o al menos rasgos narcisistas. El narcisismo hace que difuminen los límites entre lo que ellos mismos son y dónde comienzan los demás, y por esta razón confunden sus propias necesidades con las del resto de las personas. Suelen tener una baja autoestima, dificultad para comprometerse a lograr metas a largo plazo o cuando la gratificación tarda y no es inmediata. Pueden embarcarse en nuevos proyectos con una gran intensidad, pero conforme se van enfrentando a dificultades pierden el compromiso inicial. Simplemente no se conocen pues, cuando eran niños, carecieron de un padre sintonizado que les ayudara a identificar y expresar de manera efectiva sus verdaderas necesidades emocionales y, por tanto, no aprendieron a evaluar de forma realista sus fortalezas y debilidades.

Otros rasgos narcisistas que con frecuencia observamos entre los hombres de orientación homosexual incluyen: una gran preocupación por ellos mismos, un característico distanciamiento emocional, el excesivo cuidado de su apariencia exterior, una marcada limitación en su capacidad para permanecer conscientes de ellos mismos, la tendencia a escoger la imagen en lugar de la substancia y, finalmente, la propensión a ser fácilmente heridos y ofendidos por los demás. Estos hombres tienen una excesiva necesidad de afirmación y de que se le haga sentir “especiales”. Frecuentemente se aferran a expectativas irreales sobre las demás personas, y demandan que los demás reflejen que ellos son especiales. Tienen la sensación de poseer derechos exclusivos y permanecen absortos en sí mismos; sin embargo, esta grandiosidad fluctúa con momentos de depresión y autohumillación.

¿Poco o demasiado involucrados?

En la familia narcisista, la apreciación positiva de los padres, que se manifiesta a través de calidez, afecto y amor, generalmente sólo se otorgará a fin de modelar la conducta del niño. Simultáneamente, el amor puede ser dado o retirado de acuerdo a los estados de ánimo, manías, impulsos o sentimientos de los padres. En lugar de proveer un ambiente emocional de aceptación, apoyo y comprensión para que el “yo” de su hijo se desarrolle, estos padres se muestran sistemáticamente “incapaces de ver” al niño como una persona separada, con necesidades y derechos propios. Lo que perciban en su hijo estará selectivamente determinado de acuerdo al modo en que se vean afectados por las acciones del éste.

En la familia narcisista centrada en los padres existen dos “campos” que separan a los hijos de sus padres. Un cliente lo expresaba de la siguiente manera: “Siempre fueron dos familias. Mi madre y mi padre eran una familia, y los hijos éramos otra —los pudientes y los desposeídos. Cuando yo tenía unos 11 años mis padres se fueron de vacaciones y me dejaron solo con mi hermano y mi hermana menores. Mis padres querían que yo fuera el encargado de la casa mientras ellos estuvieran ausentes. Fui abandonado con esa responsabilidad. No nos enseñaron nada”. Otro cliente lo explicaba así: “Nuestros padres sólo ‘contemplaban’ cómo nos criábamos por nosotros mismos”.

El niño que posteriormente se vuelve homosexual generalmente ha sido el miembro de la familia cuyo papel tácito fue el de “mantener a la familia unida” y “tener contenta a mamá”. Se le encomendaba consolarla, confortarla y ser responsable de sus sentimientos. Seguramente los sentimientos de mamá eran particularmente impredecibles debido a su tumultuosa relación marital, así como a su contante inquietud, sensación de vacío e insatisfacción crónica consigo misma y con la vida.

Violación de los límites

La violación de los límites ocurre frecuentemente en la familia narcisista, y es común que observemos transgresiones injustas a la privacidad, el tiempo, las emociones, la psique y las propiedades del niño. Todos estos elementos son puestos al servicio de los padres. Al niño se le enseña que su comportamiento determina la felicidad de su madre, aunque en realidad no sea tanto su comportamiento sino los sentimientos idiosincrásicos de su madre los que determinen la forma en que ella responderá a las acciones del hijo. Como consecuencia, las recompensas se recibirán de acuerdo a un sistema de acierto y error.

Por tanto, no es de sorprender que el niño sea incapaz de mantener contenta a su madre todo el tiempo a través de su buen comportamiento (i.e., ser “bueno”, “lindo”, “considerado”, “dulce”, etc.), y al no poder lograrlo surgirá en él una sensación crónica de insatisfacción consigo mismo. Sus logros no serán premiados de manera consistente ni tampoco parecerán ser nunca suficientes. Es precisamente en este momento que se plantan las semillas para la sensación de inadecuación interpersonal. El niño reprimirá sus sentimientos de dolor —especialmente su enojo. Bajo esta dinámica el niño no logrará interiorizar la sensación de ser competente y capaz. Le resultará muy difícil distinguir cuáles son en realidad sus necesidades y su identidad.

Este proceso acabará dando lugar al falso “yo” del niño, caracterizado por su conformismo con el exterior y una actitud pasiva. Por fuera, se convertirá en el “niñito bueno”, pero por dentro sentirá

la necesidad de alguna distracción, razón por la que emprenderá una búsqueda maniaca de “algo” que compense este aparentemente irresoluble descontento e impotencia que habita en su interior.

En el caso del hijo de una familia narcisista, dicha sensación de impotencia constituye algo aprendido, y es consecuencia de la repetición de la experiencia infantil donde “nada de lo que haga o diga hará que las cosas cambien”.

La importancia de la imagen

Una de las principales necesidades de la familia narcisista es mantener una buena imagen. Para este tipo de familia resulta de vital importancia mantener una apariencia aceptable, pues de esto depende que la familia sea o no deseable a ojos de los demás. Esta familia parece “no tener problemas”, suele ser religiosa y socialmente conservadora, asistiendo a la iglesia con regularidad. El niño recuerda a su familia como si fuera “muy típica, de clase media, tan común como un pastel de manzana”. Pero, en realidad, su familia es una “manzana roja y brillante por fuera que aloja un gusano en su interior: por fuera tiene una apariencia excelente, hasta que se la muerde y se descubre el gusano. Puede ser que el resto de la manzana esté bien, pero ya se habrá perdido el apetito” (Donaldson-Pressman & Pressman, 1994, p. 18).

Mientras que en la familia narcisista la individuación del niño queda trunca, en la familia triádica se desalienta la masculinidad emergente del niño. Cuando combinamos ambos sistemas familiares — narcisista y triádico— la expresión del “yo” *individuado* y *dotado de género* del niño queda muy debilitada por la dinámica familiar.

Los hijos de estas familias posteriormente afirmarán que nunca se les permitió aceptar la realidad de sus familias rotas; por el contrario, sus padres les presentaron una imagen idealizada de la vida familiar, imagen que la familia no sólo debía proyectar al resto del mundo, sino que también debían creer en ella. A través de la promoción de esta “familia fingida”, lo que implícitamente se aprobaba era el uso de la fantasía como una estrategia para lidiar con toda realidad incómoda. La opción de enfrentar la realidad a través de la fantasía constituye la base para la identidad del niño bueno, lo que más tarde sustentará su rechazo del diseño hombre-mujer. Así, por ejemplo, generará fantasías como las siguientes: “Puedo ser tanto hombre como mujer”, “es normal que algunos hombres se sientan incómodos cuando están con otros hombres”, “tengo un cuerpo masculino, pero me siento como una niña por dentro —esto es ‘lo que soy’”.

Al sentirse emocionalmente abandonados se convierten a sí mismos en un objeto —uno que debe ser constantemente perfeccionado. Tienen miedo de cualquier comportamiento espontáneo que pudiera humillarlos, por lo que están revisando constantemente su identidad personal. Abandonan toda esperanza de poder ser personas de verdad y escogen en cambio ser meras imágenes.

Como un cliente lo decía, “el modo en que otras personas se refieran a mí es el modo en que me defino a mí mismo”. Otro cliente lo explicaba así:

“Todo yo soy la promoción de una imagen: mi departamento, mi ropa, todo lo que tenga que ver conmigo. Tengo esta “hiper-consciencia” de mí mismo; ¿qué estarán pensando de mí?, ¿qué debo decir?, ¿qué les estaré pareciendo?, ¿cómo estoy parado? Todo el tiempo soy consciente de estarme viendo a mí mismo a través de esta especie de ‘tercer ojo’”.

La vida de Montgomery Clift

En la biografía del actor Montgomery Clift encontramos un ejemplo impresionante de muchos de los rasgos de una familia narcisista —el típico estilo de crianza parental; el “niñito bueno” que nunca se rebela y que se convierte en un perfeccionista con altas metas pero que parece nunca conocer ni confiar en sus propios sentimientos; los hermanos que guardan un “secreto de familia”, algo tras la imagen familiar que estaba muy mal aunque no sabían a ciencia cierta de qué se trataba; y, finalmente, el hijo con PMS cuyos turbadores impulsos gradualmente le llevan a su autodestrucción.¹

El secreto de la familia

Un rasgo común en el sistema de la familia triádica-narcisista es la existencia de algún secreto del que no se habla y que se mantiene oculto a las personas ajenas a la familia e incluso a los propios miembros de la familia. Bajo esta imagen de normalidad, incluso “ideal”, subyace algo que está mal, algo demasiado extraño como para ser discutido entre los propios hijos. Tal vez el secreto sea que sus padres realmente nunca se amaron, o tal vez (como los hijos de Montgomery Clift sospechaban, consultar las notas finales), los padres no eran las personas felices que los demás creían que eran.

Los adultos que llegan a terapia muchas veces hablan con sus hermanos para confirmar su propia percepción de que algo no cuadraba: “¿Es verdad?” se llegan a preguntar entre los hermanos y las hermanas, “¿realmente sucedió así?”. Cuando comparten lo que sentían, suelen sorprenderse al descubrir que compartían las mismas “extrañas” impresiones. Los mensajes conflictivos de la familia eran demasiado confusos como para poder ser comprendidos, y resultaba más fácil refugiarse en la creencia de que “todo estaba bien”.

Como en una ocasión dijera Brooks, el hermano de Montgomery Clift:

“Psicológicamente no podíamos soportar los recuerdos... así que mejor olvidamos. Pero al mismo tiempo estábamos obsesionados con nuestra infancia. Nos referíamos a ella entre nosotros, pero sólo entre nosotros. Una parte de cada uno de nosotros quería desesperadamente recordar nuestro pasado, y cuando no lo lográbamos era muy frustrante. Cuando estábamos lo suficientemente ebrios llegábamos incluso a llorar...”. (Bosworth, 1978, p. 49)

El cliente que proviene de una familia narcisista rara vez reconocerá algo patológico en su crianza. Al inicio de la terapia tal vez reporte una vida familiar muy normal —a pesar de su incapacidad de sentir o expresar enojo, su baja autoestima, la sensación de no ser adecuado en las relaciones, la depresión, los estados de ánimo cínicos o pesimistas, y la dificultad para tomar decisiones. Muchas veces no hubo una negligencia evidente por parte de los padres; sin embargo, la falta de sintonización es sutil —difícil de detectar. Los asuntos en la familia “parecían normales”, como una vez me dijera un cliente, “sin embargo, de alguna manera, algo parecía extraño”:

“Mis padres no eran verbal ni físicamente abusivos. Siempre tuve suficiente comida, educación, ropa, vacaciones, y siempre sentí que me cuidaron. Como fueron tan ‘buenos’ conmigo, me parece realmente difícil responsabilizarlos por el apoyo emocional que nunca me brindaron”.

El encanto del teatro y la actuación

El hijo de una familia triádica-narcisista debe desarrollar un mecanismo de adaptación para poder sobrevivir. Esto lo logra creando un falso “yo”, el cual observamos cuando emplea el rol del “niño bueno”. Al actuar este papel, consigue enterrar su “yo” “malo” y puede adaptarse para satisfacer las demandas de los que le rodean. Sin embargo, al hacer esto necesariamente tendrá que desconectarse de supropia vida emocional.

Para compensar, el hijo muchas veces desarrollará una fascinación por la fantasía, el teatro y la actuación, apropiándose de la vida emocional de alguien más. Si el hijo nació con rasgos temperamentales de creatividad y sensibilidad le resultará particularmente atractivo refugiarse en la fantasía.

Como afirmaba el hermano de Montgomery Clift, cuando Monty interpretaba a alguien más por fin quedaba libre de su antiguo papel del hijo bueno, y ya no debía dar vida a la imagen que su madre quería que él viviera. Libre de la culpa podía deshacerse del rol de “niño bueno” y se apropiaba de la vida y persona de alguien más.

Otro lugar donde los hombres gay suelen buscar refugio y consuelo espiritual es en los arquetipos que niegan la realidad y difuminan el género, como sucede en la filosofía del *New Age* (Nueva Era).

La incapacidad para conectarse emocionalmente conduce a la sensación de que la vida no tiene sentido

El hijo de una familia narcisista no se conoce a sí mismo porque sus padres confundieron sus propias necesidades con las de su hijo. Nunca podrá satisfacer plenamente las necesidades que exigen sus padres, así que se siente como un completo fracaso. Se considera inadecuado, inmaduro, poco preparado para afrontar las responsabilidades adultas, y no se siente listo para tomar el control de su vida. Continúa fijándose en las expectativas de los demás. Ha crecido sin saber a quién pertenece el control de su vida y se maneja por el “deberías” de los demás, pues nunca ha sido reflejado de manera adecuada por los demás.

Ya que no puede mantener una conexión emocional genuina consigo mismo ni con los demás, sufre por la constante sensación de que la vida carece de sentido. Un hombre lo expresaba de esta manera: “La vida es simplemente tan...(buscando una palabra)...¡ruin!”.

Otro cliente expresaba la misma sensación de desconexión y falta de alegría:

“Escondo pedazos de mí para que no los vean los demás. Distintos amigos verán diferentes pedazos de mí. Pero nadie me verá completo. Ni siquiera yo me conozco del todo. Sólo conozco diferentes pedazos de mí en diferentes momentos, dependiendo de con quién me encuentre. Cuando estoy solo, me siento incómodo porque no sé con quién estoy”.

“El hijo preferido de mamá” evoca su amor, su culpa y su resentimiento

En la siguiente autobiografía, escrita por un hombre gay, observamos otros rasgos de la familia

triádica-narcisista. Escuchamos la confusión de un hijo que no sabe realmente quién es; percibimos el dolor y la extrañeza que sentía hacia su padre, una figura negativa y sombría; también notamos la incapacidad para separar sus propios sentimientos de los de su madre. Finalmente (en un escenario muy típico), a este hombre, solo y vulnerable, otro hombre le ofreció su atención sexual:

En mi familia no era un secreto que yo no tenía padre... Yo era el hijo de un hombre con quien mi madre, entonces casada, había tenido un romance, y cuya familia mexicana y católica aún estaba avergonzada por lo que hizo...

Todo lo que sabía sobre mi padre biológico era su nombre, y sólo lo vi una vez, cuando yo tenía cinco años y apareció un día borracho en nuestra casa. Mi padrastro lo sacó de la casa y lo llevó al jardín de enfrente, increpando maldiciones. Después de eso, nunca volví a preguntar sobre él y me avergonzaba cuando mi madre llegaba a mencionarlo.

Aparte de este único incidente mi padrastro no mostró ningún interés paternal por mí. Cuando él y mi madre peleaban, solía sacar a cuento la infidelidad de mi madre con su primer marido. Una vez, durante una pelea y estando ebrio, le escuché llamar “puta” a mi madre, y sentí que la humillación era tanto para ella como para mí.

En pocas palabras, yo era el hijo de mi madre, su favorito, como ocasionalmente me decía, y tanto ella como su madre me mimaban. Pero aun así, con apenas cinco o seis años de edad, me daba cuenta de que los cuidados de mi madre respondían más a su compasión que a su amor, por no mencionar la intrincada vergüenza que ella sentía hacia sí misma.

Lo que yo sentía por mi madre por sus atenciones era una mezcla confusa de amor, culpa y resentimiento. Siendo niño yo sentía en lo más profundo de mi ser que yo no era hijo de nadie, y cuando crecí la extrañeza que sentía hacia mi familia se hizo todavía más intensa. Cuando a los once años fui abusado sexualmente por un adulto de la familia, me sentí completamente desechado.

Ellas, (mi madre y abuela) no tenían ni la más remota idea de qué hacer conmigo, un niño que cambiaba repentinamente de estado de ánimo, que pasaba de precoz a retraído en un abrir y cerrar de ojos, un niño que en ocasiones aceptaba sus atenciones y en otras las rechazaba con enojo. Todo esto estaba fuera de mi control —porque estaba más allá de mi entendimiento— y no podía siquiera decirles cuánto medolía.

(Michael Nava, citado en Preston, 1992, pp. 15-18)

La imposibilidad de que madure el género del niño

El niño que crece al interior de una familia triádica-narcisista desarrollará problemas de seguridad que atentan contra su “yo” dotado de género —por ejemplo, temerá que los hombres lo “disminuyan” y lo “degraden”, y que las mujeres lo manipulen y lo controlen al robarle su poder masculino.

Un hombre lo explicaba así: “Mi madre abandonó una mitad de mí —al hombre— y se aferró a la otra mitad, al niño bueno. Desechó todo lo masculino”.

Muchos de nuestros clientes reportan pesadillas y miedos recurrentes por sentir que su masculinidad y su “yo” asertivo se ven amenazados. Las siguientes palabras provienen de un cliente que describe este miedo a perder el valor de su masculinidad y la vergüenza que sintió porque su padre nunca lo rescató cuando era niño:

“Mi madre era doctora, y siempre que estaba enfermo me sentía muy amado por ella; ella me atendía con mucha solicitud y cuidado. Pero cuando se enojaba, ella podía llegar a decirme las cosas más insensibles, dolorosas y humillantes. Cuando cometía algún error, ella me llamaba ‘Tom idiota’. Cuando algo me molestaba, ella me preguntaba si la razón por la que estaba irritado era porque estaba ‘en mis días’. Evidentemente devaluó mi masculinidad.

A pesar de que mi padre era básicamente alguien fácil de tratar, emocionalmente me abandonó. Cuando mi madre abusaba de mí él nunca intervino, como si no valiera la pena rescatarme.

No recuerdo que él haya tenido la iniciativa de empezar alguna actividad conmigo. Si se me hubiera antojado pasar todo el tiempo solo en mi cuarto, él no habría hecho ni el más mínimo esfuerzo por ir a buscarme.

El papel de los padres para lograr la masculinidad

En un estudio clásico de los niños afeminados, titulado *The Sissy Boy Syndrome* (El síndrome del niño amanerado), el psiquiatra Richard Green sostiene que los padres de niños con problemas de género no fueron necesariamente los que alentaron el comportamiento afeminado de sus hijos sino que, como tampoco lo desalentaron, implícitamente lo estaban permitiendo.

El niño sano sabe y disfruta el hecho de no ser sólo un “yo”, sino ser un “yo-niño”.² En algunos casos, los padres llegan a castigar activamente los comportamientos masculinos de sus hijos pues les parecen amenazadores e inconvenientes. En otros casos, cuando el niño ha nacido con un temperamento sensible, los padres no han sabido cómo apoyar su identificación masculina brindándole un mayor apoyo y la validación especial que requería. La “masculinidad”, como Stoller indica, “es un logro” y no algo dado —y, por tanto, se trata de algo vulnerable y que puede ser dañado durante su desarrollo.

El niño “privado de gozo”

Mientras buscaba algún elemento particular que fuera fundamental en la vinculación padre-hijo para el desarrollo de la identidad masculina del niño, llegué a identificar lo que denomino “gozo compartido”. Estoy convencido de que el desarrollo sano de la identificación masculina depende de este fenómeno. Se trata de un especial intercambio emocional que debería existir entre un hijo y su padre, si bien una figura paterna o un abuelo podrían servir para este mismo propósito en los casos donde el padre no sea accesible. No se trata de un único evento aislado que acontece en una ocasión durante la relación, sino que nos referimos más bien a algo que caracteriza a la propia relación.

Esta peculiar sintonía emocional es muy importante durante la etapa crítica de la identificación de género. Los hombres homosexuales rara vez —si no es que nunca— recuerdan una interacción padre-

hijo que incluyera la realización de actividades que ambos disfrutaran juntos. En la experiencia vital de la que hablamos, el padre y el hijo comparten el deleite (“gozan”) por los éxitos del niño.

El psicoterapeuta Robert Rupp explica cómo el hombre homosexual queda “privado de gozo” por su padre, es decir, dicho hombre no recuerda a su padre disfrutando las actividades que realizaban juntos, ni sus éxitos ni sus triunfos. Por otro lado, la mayoría de los hombres que no tienen atracción homosexual suelen recordar el hecho de haber compartido con sus padres actividades donde podían fracasar y hacerse daño, actividades que por tanto implicaban cierto miedo y peligro.

Los hombres homosexuales difícilmente recuerdan haber compartido con sus padres durante su niñez actividades que fueran divertidas, excitantes y que hubieran disfrutado juntos, o que incluyeran algún éxito del hijo. Es raro que tengan recuerdos positivos sobre las enseñanzas y lecciones de sus padres, ni que se hayan sentido alentados a alcanzar nuevas metas que requirieran su esfuerzo físico o el empleo de sus fuerzas. En efecto, muchos clientes lamentan especialmente esta privación.

Un ejemplo de “gozo compartido” puede encontrarse en la autobiografía del escritor y crítico social Malcolm Muggeridge. El padre de Malcolm era su héroe —y siendo adolescente, Malcolm solía viajar a la oficina de su padre en Londres. Cuando el joven llegaba, notaba un cambio en la expresión de su padre:

“Cuando me veía, su cara siempre se iluminaba repentinamente, alterando completamente su apariencia; se transformaba y pasaba de ser algo semejante a un encorvado hombre de las cavernas a ser alguien infantil y apasionado. Saltaba ágilmente desde su banco, despidiéndose con las manos alegremente de su colega... y salíamos juntos. En estas excursiones siempre tenía la sensación de estar sumergido en una especie de borrachera ilícita que en gran medida era lo que las hacía tan placenteras. Fueron los momentos que más disfruté en toda mi infancia”. (Wolfe, 2003, p.26)

Contrastando con este gozo compartido, el cual radica en lo más esencial de una verdadera experiencia de vinculación padre-hijo, muchos hombres con orientación homosexual sólo recuerdan experiencias vergonzosas. Como uno de mis clientes explicaba:

“Cuando recuerdo a mi padre siento esta enorme fuerza, negra y pesada, que se estrella contra mí como una ola poderosa y opresiva. Mi padre no me veía como si yo fuera una persona, un niño o como su hijo, sino como una ‘cosa’. Cuando me dirigía la mirada ésta decía ‘has cometido un error —y, literalmente, cometía un error, ése error—y ya no quiero estar contigo’. Ésa es la angustiada ola que rompe contra mí”.

Un cliente de 22 años lamentaba haberse perdido de la experiencia del gozo compartido:

“Me hubiera gustado que se ilusionara con mis actividades, con mis logros. Quiero que esté orgulloso de mí. Quiero que me haga sentirme orgulloso de mí mismo. Me hubiera gustado que trabajara conmigo, que me hubiera empujado, que me hubiera retado y que me hubiera alentado”.

Otro cliente recordaba lo siguiente:

“No creo que mi padre fuera feliz conmigo. Por alguna razón parecía infeliz, y yo no podía dejar de pensar que era por mi culpa. Cuando mi padre llegaba a casa y se sentaba a la mesa, se veía infeliz. Estoy aquí sentado y él está infeliz. De alguna manera me sentía como si ‘estuviera fallando por no poder hacerle feliz’. Era confuso; no podía estar seguro de si mi papá se sentía mal consigo mismo o si era por mí”.

El gozo compartido típicamente surge en el contexto de actividades físicas donde se puede ganar o perder. Ahí se encuentran las cualidades del riesgo, el peligro y la aventura, elementos que inicialmente aterran al niño —pero quien después, gracias al apoyo y al entrenamiento del padre, logra éxitos y se siente bien consigo mismo. Sin duda, la emoción se intensifica debido al riesgo de fracasar, y tanto el padre como el hijo comparten el gozo por el éxito del hijo.

Esta interacción ejemplifica cómo las madres y los padres cuidan de sus hijos de distinta manera. Mientras las madres atienden al hijo —protegiéndole de cualquier daño— los padres se vinculan con ellos a través del juego. Con frecuencia este juego incluye actividades que podrían parecer imprudentes e incluso peligrosas.

Todos hemos observado alguna vez cómo un padre joven lanza a su hijo por los aires para volver a atraparlo inmediatamente. Cualquiera que presencie este ritual universal se percatará de que el padre está riendo mientras el hijo parece tener miedo. El niño no tardará en empezar a reír porque papá se está riendo. El niño acaba de aprender una importante lección que los hombres más maduros enseñan a los más jóvenes: “el peligro puede ser divertido”. Pero el niño también aprende otra lección todavía más importante: que puede confiar en su padre —“Papá me va a atrapar”. Y es que precisamente a partir de esta relación temprana el niño comenzará a aprender a confiar en otros hombres.

Contrastemos ahora este ritual de unión con otro recuerdo temprano bastante distinto; se trata del relato de un hombre de temperamento sensible que nos narra cómo experimentó los juegos de su padre, bien intencionados pero toscos, de una forma absolutamente distinta:

“Tendría unos tres o cuatro años cuando papá estaba lanzándome al aire y atrapándome. Creo que me gustó un rato, pero al poco tiempo sus manos y pulgares empezaron a hacerme daño en las axilas. Entonces empecé a llorar o a quejarme. No recuerdo que mi padre dijera nada, sólo dejó de lanzarme. Me sentí avergonzado, como si hubiera echado a perder su diversión. Me sentí separado de él y eso me hizo sentir mal. Tenía miedo de haber decepcionado a papá y de que jamás volviera a jugar conmigo”.

En este caso, el niño percibió la decepción de su padre. Con el paso de los años fue ensanchándose gradualmente una brecha emocional entre el padre y el hijo —una brecha que el padre nunca intentó comprender ni resolver.

La interacción física positiva entre el padre y el hijo resulta esencial para que el padre pueda convertirse para el niño en alguien familiar, en alguien que no sea misterioso, en alguien accesible e “igual queyo”.

Mucho de lo que subyace a la atracción homosexual adulta es un deseo insatisfecho, profundo y permanente de lograr la cercanía física con un hombre. Si durante la infancia se logra interiorizar sanamente la masculinidad del padre, entonces simplemente no habrá necesidad de sexualizar a los demás hombres.

“Tomado y luego abandonado” por los padres

En una familia sana, los hijos saben que sus sentimientos son significativos y que sus necesidades son importantes. Pero los hijos de las familias narcisistas, al haber sido usados como extensiones de sus padres, no están tan seguros de esto. En las familias sanas se reconoce y apoya a los hijos como individuos separados con necesidades propias. En una familia narcisista los padres pueden ser muy atentos y solícitos —sin embargo, cuando el hijo manifieste sus propios deseos y éstos chocan con las necesidades de los padres, ellos se apartarán abruptamente de él. Las necesidades emocionales del niño son consideradas egocéntricas, egoístas y molestas. Al verse emocionalmente manipulado, el niño se siente impotente y desvalido. Tiene la dolorosa sensación de que intermitentemente se le toma, se le seduce y luego se le abandona.

Los hijos de las familias narcisistas carecen de un sentido razonable sobre cuáles son sus derechos. No se les otorga el derecho a tener sus propios sentimientos, propiedades, tiempo, ni siquiera su propio cuerpo —como ocurre en el escenario de un abuso sexual a temprana edad. Cuando son adultos les resulta muy difícil establecer límites personales claros.

Conforme el hijo de esta familia se va independizando, será constantemente etiquetado de “egoísta e irrespetuoso”. Como se encuentra en la triste posición de tener que hacer feliz a su madre, y simultáneamente es incapaz de obtener el amor y atención de su padre, este niño crecerá con una sensación de futilidad y pesimismo frente a la vida y las relaciones. Siendo adulto no confiará en sus sentimientos ni en sus juicios internos, porque nunca se le enseñó a estar en sintonía con los dictados internos de su consciencia.

Negro o blanco

Los hijos de estas familias son proclives a “dividir”, esto es, a percibir a los demás como “absolutamente buenos” o “absolutamente malos”. Evalúan sus relaciones significativas en términos absolutos —una persona es “magnífica” o “terrible”, y pueden “amarle” u “odiarle”. El hijo de esta familia, quien también es propenso a mostrar rasgos narcisistas, no puede percibir las ambigüedades que realmente existen en toda relación —los matices y los tonos grises. Si la persona hace estas distinciones de manera tan tajante es precisamente para evitar una intensa ansiedad, en ocasiones insoportable, pues a través de la división logra obtener cierta sensación de control al momento de interpretar las cosas como totalmente positivas o negativas.

Pero incluso esta percepción de negro o blanco puede mutar: la otra persona puede repentinamente pasar de ser completamente buena a ser absolutamente mala, dependiendo de cómo haga sentirse al hijo de la familia narcisista. Esto ocurre porque los padres se relacionaban con el hijo como si éste fuera “totalmente bueno” (por ejemplo, mostrándose cariñosos y atentos) cuando su comportamiento les hacía sentirse bien, pero lo trataban como “totalmente malo”, (siendo fríos y mostrando rechazo) cuando su comportamiento les hacía sentirse mal con ellos mismos.

Por ende, este tipo de familia no permite que el hijo experimente la constancia del objeto, ni tampoco que comprenda que todas las relaciones inevitablemente incluirán grandes satisfacciones y grandes decepciones.

La reconciliación familiar

Cuando el cliente reconoce la disfunción familiar, esto no tiene por qué derivar en la destrucción de la relación con la familia y un amargo rompimiento. De hecho, puede conducir al perdón. Como un hombre explicaba:

“Inicialmente sentí enojo, resentimiento y confusión por las cosas que mis padres escogieron hacer. Hoy, sin embargo, comprendo mejor que ellos también habían sido emocionalmente heridos, y que no podían darme lo que no tenían. Reconocer esto me ha conducido a tener una relación mucho más auténtica con ellos.

Ahora soy capaz de sentir más compasión por ellos y también he tomado una postura de perdón y comprensión”.

CAPÍTULO 3

LA PMS COMO UN SÍNTOMA BASADO EN LA VERGÜENZA

“Un océano de olvido arrasa con un niño cuando se le avergüenza”.

— Robert Bly

El modelo de desarrollo de la PMS descrito en el capítulo anterior en gran medida coincide con las historias de la mayoría de los hombres con PMS que se acercan a nuestra clínica buscando el cambio.

Dicho modelo se adapta a un grupo de clientes al que conocemos como hombres con PMS pre-identificación de género. No obstante, este modelo no concuerda con aproximadamente el 20% de los casos, a quienes denominamos clientes con PMS del tipo “post-identificación de género”.

Ahora bien, el modelo de la familia triádica-narcisista que analizamos en el segundo capítulo se activa a través de dos fases sucesivas. En un primer momento el niño experimenta un apego inseguro con la madre, mismo que ocurre debido a un estilo narcisista de crianza parental en el que las necesidades e identidad del niño se confunden con las necesidades de los propios padres. Llegado el segundo momento del desarrollo del niño, cuando éste se enfrenta a la vinculación con un padre

hostil/crítico o distante/desinteresado, el niño se encuentra desprovisto del apego maternal seguro que le permitiría surcar con éxito la fase de individuación de género. Por esta razón sostenemos que para algunos hombres homosexuales (muchos quizá), no sólo hubo un fallo en la identificación con el padre sino que, de hecho, ya estaban marcados por una inseguridad fundamental y más temprana en relación con la madre.

Viendo y siendo visto

Una y otra vez observamos cómo nuestros clientes expresan la sensación de haber vivido un profundo abandono emocional. Tras haber escuchado constantemente historias similares, podemos sospechar que hubo una privación temprana del apego materno que precedió a la posterior dificultad para lograr la identificación de género.

Las fases de identificación de género y de individuación-separación en el desarrollo de la identidad ocurren en un momento particular, caracterizado por una capacidad más aguda para darse cuenta de uno mismo y una mayor sensibilidad narcisista. Alrededor de los dos años de edad, el niño descubre que puede ser “visto”. Este impresionante descubrimiento —la consciencia del “yo”— nace al percatarse de que los demás, de hecho, pueden verlo. El modo en que los otros reflejen *lo que él es* perfilará el modo en que se desarrolle la percepción de su propio “yo”.

En la primera fase de nuestro modelo, el apego inseguro entre madre e hijo detona una respuesta de vergüenza cada vez que el niño se esfuerza por ser autónomo. A partir de estas experiencias su sensibilidad a la vergüenza aumentará, y el niño estará poco preparado para afrontar la segunda fase, en la que tendrá que lograr el apego seguro con el padre.

La biología puede disponer el escenario

Hoy en día existe evidencia de que algunas personas pueden tener una predisposición biológica para desarrollar un déficit de género, especialmente niños, misma que posteriormente podría derivar en una atracción homosexual. Pero la biología es sólo uno de los múltiples factores que configuran la identidad de género y la orientación sexual.

Paralelamente contamos con nuevas bases empíricas que sostienen la importancia de la influencia parental —especialmente en el caso de los hombres homosexuales, pues nuevos hallazgos indican cuán frecuentes son las historias familiares de padres ausentes y hogares destruidos. (Este hallazgo se presenta a detalle en www.narth.com/docs/influencing.html). Además, ha habido avances en la teoría del apego y en nuestra comprensión del desarrollo neurobiológico del género; estos hechos nos han llevado a prestar especial atención a los problemas de apego que ocurren en la vinculación temprana entre el infante y la madre.

Un modelo interactivo: la biología y el entorno social

Una manera útil de entender la interacción que se entabla entre la biología y el entorno social sería la siguiente: en primer lugar, tenemos aquello que nos ha sido “dado” —los genes y las influencias hormonales prenatales. Estos factores biológicos funcionan en conjunto para crear una predisposición del temperamento —ya sea al modo de una conformidad de género, que probablemente derivará en un desarrollo heterosexual normal, o como una inconformidad de género, misma que podría transformarse en

una atracción homosexual. Sobre la base de estos factores biológicos van disponiéndose el entorno social de los padres, así como las relaciones con los compañeros y las experiencias vitales del niño. Finalmente, aparte de la biología y el entorno social, también están presentes la libertad y las decisiones.

Los factores biológicos y sociales interactúan y operan juntos para configurar la identidad de género y la orientación sexual. El factor de la elección opera a partir de una serie de valores con los que decidimos identificarnos, el grupo social que elijamos y los modos de comportamiento a los que aspiremos, siendo que todos estos elementos refuerzan o modifican las experiencias tempranas de nuestra formación.

La mayoría de los niños que se vuelven homosexuales son por naturaleza sensibles, lo que los hace especialmente vulnerables a ser heridos emocionalmente. Sin embargo, esta misma sensibilidad también representa un gran don, que generalmente incluye habilidades estéticas muy marcadas. No obstante, cuando se empuja a un niño con estas características al aislamiento debido al apego inseguro con los padres, estos mismos dones se convierten en una fácil ruta de escape de la realidad.

Al ser empujado al aislamiento, el niño herido se siente tentado a escapar a un mundo secreto de fantasía en el que todo lo que desea se hace realidad. Un cliente describía este escenario tan común como si hubiera pasado su infancia “inmerso en aquellas maravillosas historias que no eran más, en aquellos sueños consoladores que ocurrían en otros mundos”. Esta forma de adaptación contrasta con los juegos e intereses del niño pre- *heterosexual*, quien suele empeñarse en dominar el mundo más que huir de él.

Tristemente, el niño prehomosexual aprende desde muy temprana edad a ser un espectador desinteresado. Se dedica a observar las acciones de los demás desde un punto ventajoso y seguro. Su modo de vivir es indirecto, en lugar de involucrarse directamente. Su contacto con el mundo es mediado a través de la fantasía —con la que imagina personas, escenarios e interacciones que nunca existieron, desde donde puede observar, reportar y crear, sin tener que tomar el riesgo de realmente involucrarse emocionalmente. Como las más de las veces ha sido emocionalmente abandonado (por su padre) y manipulado (por su madre), el único lugar en el que puede sentirse seguro de ser *él mismo* es en este mundo artístico-imaginario que conoce tan bien. Ahí sus relaciones pueden ser construidas de manera fantástica y puede ejercer control sobre ellas.

La inconformidad de género en la infancia es un fuerte indicador para el desarrollo de la PMS en la vida adulta. Saghir y Robins (1973) reportan que, “alrededor de dos tercios de los hombres homosexuales (67% de su grupo muestra) se describían a sí mismos como si hubieran sido niñas durante su infancia” (p. 18). El estudio de Green (1985), realizado con niños diagnosticados con trastorno de identidad de género (TIG), mostró que aproximadamente dos tercios de estos niños posteriormente se identificaron a sí mismos como bisexuales u homosexuales. Zucker y Green (1992) también descubrieron que entre un 66 y un 75% de los niños con TIG más tarde se volverían homosexuales.

La imitación del apego femenino: una explicación para el TIG

Los niños con desorden de identidad de género (TIG) se sobre-identifican con sus madres. Es mucho más probable que deseen ser como sus madres, y mucho menos probable que quieran ser

como sus padres si se les compara con los niños que tienen un comportamiento típico para su género.

El TIG puede entenderse como una tentativa del niño de temperamento sensible por aferrarse a la madre, quien sólo está disponible de manera intermitente. El enorme estrés generado en el niño por el apego inseguro con la madre le empuja a adoptar el rol femenino para así compensar la pérdida del apego. De esta manera procura restaurar la pérdida del objeto de amor a través de una “fusión fantástica” con la madre, internalizando la feminidad como una defensa contra el terror que le causa la posibilidad de ser abandonado por mamá. La investigadora Susan Coates (Coates & Wolfe, 1995) afirma que cuando el vínculo de apego ha fallado,

“el niño se defiende de la enorme ansiedad de separación a través de una recitativa fantasía de fusión con la madre. En esencia, el niño sustituye una identificación por una relación, y confunde lo que es ‘ser mamá’ con ‘estar con mamá’. Esto ocurre durante un periodo en el que el niño carece de la representación interna de sí mismo y del otro, cuando su comprensión sobre la clasificación permanente del género todavía es muy inmadura” (p. 9).

Así el niño desarrolla una “fusión fantástica” de sí mismo con su madre: “Identificándose de esta manera con la mujeres, el niño se disocia de su propio odio y protege el lazo interno” (p. 650).

Pero el afeminamiento del niño no es realmente femenino, sino una caricatura de lo femenino. Como algunas madres indican, sus hijos con TIG en realidad son mucho más afeminados que sus hermanas. De hecho, el niño con TIG “no se comporta como las niñas de su edad; más bien, actúa bajo su idea fuertemente estereotipada de lo que significa ser una niña” (Coates & Wolfe, 1995, p. 10).

Coates (Coates & Zucker, 1988) analizó las respuestas del Rorschach de los niños con TIG y —reforzando la noción de que el TIG es sintomático de una confusión del objeto del “yo”— descubrió que había una falta de concordancia entre el “yo” y el objeto de las representaciones, así como un trastorno en las fronteras que median entre la fantasía y la realidad.

De manera similar, Susan Bradley (2003) afirma lo siguiente:

“Concibo el síntoma del TIG como una solución que el niño encuentra a aquellos afectos que le resultan intolerables. Esto se confirma por el hecho de que el TIG típicamente aparece en un momento de la vida del niño en el que la familia ha estado particularmente estresada y los padres se encuentran enojados y/o menos disponibles. Los síntomas del TIG, especialmente la adopción del rol y comportamientos del sexo opuesto, operan como un alivio a la ansiedad y hacen que el niño se sienta más valioso, fuerte o seguro” (p. 202).

Los niños confundidos con su género y su vínculo con la actuación

La idea de que el TIG es una defensa por imitación es apoyada por la evidencia de que los niños confundidos con su género tienen un especial interés por el teatro y la actuación. Coates (Coates & Wolfe, 1995) menciona la “notable habilidad para la actuación y el gran talento para imitar que tienen los niños con TIG, como muchos observadores de estos niños han descrito” (p. 31). Fenichel (1945) se ha percatado de la desproporción de hombres homosexuales que se dedican profesionalmente a la actuación. Green y Money (1966) también encontraron que existe una relación entre el afeminamiento

durante la infancia temprana y la adopción de roles con la actuación escénica. Estos investigadores creen que la capacidad del niño para adoptar un rol afeminado se debe a que han desarrollado un talento “camaleónico”, que podría estar relacionado con “el mecanismo fundamental de la disociación de la personalidad” (p. 536).

El TIG y la psicopatología general

¿Es el TIG un rasgo de comportamiento fundado en la biología, una característica “normal” de ese niño (como defienden los activistas gay), o más bien sugiere una profunda inadaptación de la personalidad? Esta condición no se trata exclusivamente de un desorden aislado, sino que es indicador de una psicopatología subyacente mucho más profunda, como han sugerido los siguientes autores: Bates, Bentler y Thompson (1973,1979); Bates, Skilbeck, Smith y Bentler (1974); Tuber y Coates (1989); Coates y Pearson (1985); Bates *et al.* (1973, 1974, 1979); y Bradley (1980).

Dentro del ámbito general de la investigación de las psicopatologías, los datos sugieren que el trastorno de identidad de género es un síntoma de la ansiedad de separación (Bradley *et al.*, 1980; Coates & Pearson, 1985; Lowry & Zucker, 1991).

Esto también es sustentado por la gran frecuencia con que el desorden de ansiedad por separación ha sido identificado en estudios de niños con TIG (55-60%), así como el alto índice de síntomas depresivos.

Las contribuciones de Allan Schore: el apego materno

Al integrar la teoría del apego y la neurobiología en nuestro modelo de terapia reparativa, observamos cómo ante la falta de sintonización con los padres el niño sensible responde experimentando vergüenza, afectando negativamente áreas del cerebro en desarrollo relacionadas con la formación de la identidad de género.

Si estudiamos el periodo más temprano de desarrollo con la madre, nos topamos con una posible e intrigante explicación de por qué el hombre con PMS ha tenido esta dificultad para identificarse de forma segura con su padre y su masculinidad.

En esta sección sintetizaremos la literatura al respecto, particularmente las contribuciones iniciales de Schore (1994, 2003), para dar lugar a un modelo del desarrollo homosexual en el que confluyen la neuropsicología, la teoría interactiva y la psicología del “yo”. Este modelo multidimensional del desarrollo expone cómo los eventos interpersonales disparan los cambios neurofisiológicos cerebrales que resultan en una percepción de inferioridad de género.

Este modelo de apego inseguro con la madre también explica algunas de las defensas que frecuentemente emplean nuestros clientes con PMS, como son la tendencia a la disociación, la identificación proyectiva y las adicciones —particularmente la adicción sexual.

El género se actualiza mejor desde un “yo” que se ha individuado de forma segura

Durante sus primeros años de vida el niño se enfrentará a dos importantes retos del desarrollo —la fase de separación-individuación, en la que construirá su “yo” autónomo; y la fase de identidad de género, con la consecuente identificación masculina.

Como muchos han indicado con acierto (Greenson, 1968; Horner, 1991; Coates, 1990; Fast, 1984; Tabin, 1985), estas dos fases ocurren aproximadamente al mismo tiempo, alrededor del año y medio y hasta los tres años de edad.

El modo en que el niño se vuelve consciente de su género resulta crucial en la formación de su identidad. A través del género él crece y entiende quién es en relación con otras personas. Entendiendo su lugar dentro de la dicotomía natural *hombre-mujer*, el niño es capaz de elaborar una visión organizada de sí mismo en el mundo (Tabin, 1985; Tabin & Tabin, 1988).

Estructuralmente, podríamos decir que para un niño, la *masculinidad* es al “yo” autónomo lo que la *varilla de hierro* es al edificio. Más que una mera “construcción cultural o social”, el género está biológicamente cimentado, y se actualiza en mayor medida sobre un “yo” individuado de manera segura. La identidad de género refuerza la identidad personal; por su parte, la identidad personal es la base sobre la cual el género se construye. Ya que cada tarea del desarrollo se sustenta en la anterior, un fallo en un área pone en peligro el éxito de la etapa subsecuente.

Especialmente en el niño, una masculinidad despierta actúa sobre su emergente “yo” autónomo que se encuentra en pleno desarrollo. Su impulso hacia la identificación masculina mantiene en movimiento la continua y vital tarea de separarse de su madre. Irene Fast (1984) resume este proceso: “En el caso de los niños, las cuestiones de separación- individuación y diferenciación de género se compenetran de modo especial: las tentaciones regresivas de fusión con la madre ponen en riesgo la identidad de género” (p. 106).

La madre como regulador del afecto

Durante el primer año de vida, el infante muestra una respuesta de ansiedad de separación sólo cuando la madre está ausente. Ella constituye el principal regulador interactivo, especialmente cuando el niño se siente desconsolado. Si durante el primer año de vida la madre se encuentra extremadamente deprimida, el niño no aprenderá —a través de ella— a regular su afecto, y probablemente dirigirá su atención al padre. Pero en la mayoría de los casos el desarrollo ocurre a través de una secuencia, donde la madre representa el primer objeto de apego y regulación del afecto y sólo posteriormente el padre entra en juego.

El rol del padre es claramente distinto al de la madre; su modo de interactuar con el hijo es jugando con él y estimulándolo, mientras que la madre regula sus estados negativos, como serían el hambre y la aflicción física.

Durante el segundo año de vida deberá quedar bien establecido el segundo sistema de apego (ahora con el padre), para que a mediados del segundo año se observe cómo la ausencia del padre crea una genuina respuesta de ansiedad de separación en el niño.

La influencia del apego materno en la identidad de género

“Concebimos que el fracaso en la adquisición del género se remonta a la dinámica de apego entre la madre y el bebé”.

— Allan Schore (comunicado personal, septiembre 30, 2005)

El niño desarrolla la capacidad de confiar en otros seres humanos a través de su relación primaria con la madre. Cuando observamos en el niño problemas de confianza y dificultad para conectarse emocionalmente, reconocemos que esto se debe a dificultades en la regulación del afecto, cuyo origen se remonta a la relación primaria con la madre. La madre actúa como una referencia social para todos los seres humanos —y, de manera especial, como un referente social para el infante al relacionarse con su padre.

La primera experiencia que el niño tiene de su padre ocurre a través de los ojos de la madre, y una serie de estudios sugieren que cuando la relación entre la madre y el padre es pobre, esto constituye un factor que influye en el niño durante esta fase de su desarrollo. La madre puede transmitir al hijo que su padre es alguien seguro o, por el contrario, que es alguien peligroso. También puede devaluar al padre, bloquear su acceso al hijo o proyectar mensajes de desaprobación —mensajes que no son exclusivamente relativos a su esposo, sino que también dirige contra el propio niño como hombre.

La mala sintonización temprana entre la madre y el hijo puede deberse a la relación con una madre sobre-vinculada o desvinculada. La sobre-vinculación resulta en una intensa hiper-estimulación, mientras que la negligencia produce una hipo-estimulación del niño. Algunas veces presenciamos una oscilación entre ambas polaridades, dependiendo de las necesidades idiosincrásicas de la madre en cada momento dado. Una madre maniaco-depresiva, por ejemplo, genera altos niveles de estimulación en el niño pero luego lo sumerge en un estado depresivo a través de su abandono. El resultado de ambos estilos maternos es muy estresante, y el niño se ve forzado a adaptarse empleando las defensas de la disociación y la identificación proyectiva.

El tipo de madre hiper-entrometida

La madre narcisista e interactiva suele fungir como un intruso, como un cuidador hiper-estimulante de su hijo. En este caso, la madre emplea al hijo como su nueva fuente de autorregulación afectiva. Si persiste este modo interactivo de hiper-intromisión e hiper-estimulación, el niño acabará bloqueando el acceso a la madre. En los estudios clínicos de niños muy pequeños y de hasta cuatro años de edad puede observarse cómo el infante, bajo un estado de hiper-estimulación trata de defenderse dándole señales a la madre (por ejemplo, evitando su mirada). También se observa cómo la madre ignora el hecho de que su hijo está evitando su mirada; aunque el niño arquee la espalda para alejarse, ella seguirá asomándose insistentemente hasta poder ver de nuevo su cara.

En una situación de estas características todas las estrategias compensatorias empleadas por el niño quedarán suprimidas por la persistencia de la madre. Su intrusión sólo logrará que el infante quede hiper-estimulado y que proteste. Si la madre insiste todavía más, alcanzando un grado de estimulación extremadamente alto, el niño finalmente se bloqueará (disociación).

Si la madre también se relaciona con su marido de la misma manera hiper-estimulante, éste (especialmente si se trata de alguien pasivo-elusivo) se distanciará de su mujer y permanecerá en la

periferia de la vida familiar.

La pérdida de apego por una madre que no responde

En un escenario problemático distinto, pero con consecuencias similares, la madre no reaccionará ante el estado anímico y las muestras de orgullo del niño, causando finalmente que el niño se bloquee. Este tipo de madre permanece absolutamente desinteresada, por lo que el niño también pierde el interés en ella y se disparará en él un colapso afectivo y finalmente la disociación.

Ambos estilos de crianza materna hacen que el niño se adapte a través de la disociación: para cuando se aproxime la segunda fase del desarrollo (ahora con el padre), el niño ya estará acostumbrado a recurrir a esta defensa infantil.

Pasando de la madre al padre

El niño ahora avanza hasta la segunda fase del desarrollo, el apego con el padre. Sin embargo, como el niño ya ha adquirido la defensa de desinterés emocional (disociación) en su relación primaria con la madre, si en este momento se enfrenta a un padre desinteresado o inaccesible, muy probablemente no se podrá crear el vínculo de apego entre padre e hijo.

Tras este breve y muy general esbozo del modelo de las dos fases, describiremos a continuación a mayor detalle los roles de cada padre dentro de este modelo.

Una subfase práctica: la separación de la madre

La fase de apego entre madre e hijo comienza primeramente con una fase de práctica, seguida posteriormente por la fase de reacercamiento (el regreso a la madre).

Al inicio de la fase de práctica, el niño comienza mostrando gestos espontáneos de la actualización de su “yo” individual. Durante este periodo descubre su poder y su autonomía. Se revela a los demás con su recién descubierto “yo” encarnado”, esto es, un “yo” que posee corporeidad propia y que está separado de la madre. Esta nueva identificación con su cuerpo representa el terreno fértil para que posteriormente desarrolle su identidad masculina.

En un estudio clásico de la infancia, *The Magic Years* (Los años mágicos), Selma Fraiberg (1959) plasma bellamente la euforia del niño cuando descubre por primera vez que posee un cuerpo:

“Permanecer de pie sin necesidad de apoyo y dar ese primer paso constituye algo valiente y solitario; así, el mantenerse de pie por sí mismo y caminar representa en verdad un cortar las amarras con el cuerpo de la madre. En este momento se da un elevado nivel de introspección del “yo”, una sensación de estar absolutamente solo en medio de un mundo vacío, sorpresivo y aterrador... este momento hace surgir la primera noción aguda de que es único, así como el carácter separado de su persona y de su cuerpo, el descubrimiento del “yo” solitario... y se siente bastante ‘enamorado de sí mismo’ por ser tan listo”.

“Desde el amanecer hasta el ocaso marcha en una danza extática, embriagadora, que culmina sólo cuando colapsa rendido por el cansancio. Ya no puede ser contenido por las cuatro paredes de su casa, y el jardín rodeado por una cerca le parece una prisión. Contando ahora con un espacio prácticamente ilimitado, se tambalea alegremente con los brazos abiertos dirigiéndose hacia el final del horizonte” (pp. 60-61).

Durante la fase de práctica, la madre debe ajustarse al niño y apoyar su estado de hiperestimulación. La madre no debe sentirse amenazada (i.e., molesta) por la vitalidad del niño, ni tampoco debe transmitirle su miedo a que se lastime físicamente. En cambio, a través de la expresión corporal y facial, debe mostrarse “feliz” por él, mostrando entusiasmo porque se está individuando como alguien distinto a ella.

Esta fase, que presenta desbalances emocionales y estados no regulados de sobreexcitación, hace que el niño se encuentre particularmente sensible a cualquier fractura con la empatía materna. Se trata de una fase de auto-exhibición, júbilo y sobre-estimulación, donde el niño es muy sensible a la vergüenza y también es particularmente vulnerable a las respuestas de su madre. El furor del niño y la gran inversión narcisista que está haciendo durante su creciente separación de la madre requieren que ella se muestre especialmente sintonizada con él, apoyándolo y aceptándolo.

Durante esta fase la madre no debe exagerar los estados hipo-depresivos del niño ni tampoco hiper-estimularlo; más bien, lo que su hijo necesita es una sintonización de apoyo. Si el niño se siente abrumado por una madre hiper-estimulante, o deprimido por una madre que no responde, puede llegar a disociarse y reaccionar a través del bloqueo.

Este sistema afectivo de comunicación madre-hijo resulta crítico para la integración del propio afecto del infante y para que éste descubra cómo puede mantener (o recuperar) el contacto emocional consigo mismo y con los demás.

Cuando falla la respuesta materna, cuando ésta no consigue reflejar el estado de estimulación del niño —especialmente si se trata de un niño sensible— seremos testigos de la primera “experiencia vergonzosa” del niño.

Los “momentos centrales” que requieren sintonía

Schore (2003) subraya que, tras estas incursiones de exploración, la relación simbiótica temprana con la madre se ve amenazada ahora que el hijo ha probado el mundo. Cuando regresa a ella después de interactuar con estos nuevos espacios físicos y sociales, siempre que “encuentre alguna falta de sintonía en la expresión facial” de su madre, experimentará una “repentina disminución del afecto positivo de la impresión”, lo que terminará sumergiendo al niño en un estado de vergüenza y depresión (pp. 159-160).

Estos “momentos centrales” de reunión, como Schore los llama, duran sólo entre unos treinta segundos y hasta tres minutos, pero no por ello dejan de ser críticos. El aprendizaje de la regulación del afecto es esencial para completar exitosamente la fase de separación-individuación. Si esta fase se completa con éxito, quedará construida la base para el siguiente reto de vinculación (con el padre), a través del cual el niño obtendrá la identificación masculina.

Schore describe el daño que ocurre cuando se suscita una “transacción prototípica de vergüenza”, esto es, cuando el niño tiene “esperaba ver el brillo en los ojos de su madre en un momento de reunión pero, por el contrario, se encuentra repentinamente con su frustración, y experimenta entonces en su cuerpo una respuesta de estrés autonómico” (p. 163).

Durante este “agudo estado de excitación, hiper-estimulación, júbilo y grandiosidad, cargado de narcisismo” (p. 155), el niño estará lleno de expectativas sobre lo que ocurrirá al regresar a su madre. Durante el momento crítico de su regreso, el niño será más vulnerable que nunca a la vergüenza. Si al regresar de sus exploraciones eufóricas súbitamente se topa con que la expresión facial de su madre proyecta emociones negativas, a través de su respuesta tácita y una “cara extraña” (Basch, 1976, p. 765), observaremos un problema en la regulación del estado de excitación del niño. Ocurrirá entonces un “momento vergonzoso”, una ruptura del nexo en el apego, mismo que estará acompañado de cambios internos y fisiológicos, es decir, un cambio abrupto en su estado biológico, pasando del estado simpático al parasimpático. El niño entrará entonces en un estado en el que su atención estará dispersa y su afecto disminuido. Se tornará pasivo, deprimido, y mostrará menor interés por aquello que lo rodea (Schore, 2003, pp.154-155).

Esta investigación sobre la neurofisiología de la interacción madre-infante ofrece una posible explicación biológica de la frecuente inclinación que nuestros clientes tienen a pasar súbitamente del estado asertivo al estado vergonzoso. Schore llama a este cambio la “transición rápida de estado”, el paso de la hiper-excitación a la hipo-excitación, siendo precisamente éste el mismo cambio que observamos una y otra vez en nuestros clientes adultos con PMS.

Schore (1994) subraya que los momentos críticos para la impresión del rol de género y para la regulación de la vergüenza y la socialización, ocurren durante el mismo periodo en que ocurre el desarrollo órbito-frontal. “Estas transacciones de vergüenza”, explica, “influyen críticamente en los procesos de identificación de género que emergen a mediados del segundo año de vida” (p. 268).

Desarrollando la habilidad para reparar la sintonía

Una madre sintonizada rescatará al infante de este colapso afectivo para que logre recuperar nuevamente el estado energético a través de su respuesta. Su adecuada sintonización tiene la capacidad de modular el estado vergonzoso del infante a través de una nueva vinculación emocional. Con esto se ayuda al niño a desarrollar su propia capacidad para regular sus cambios anímicos. Así, la madre le enseña la “auto-regulación del afecto”, y le ayuda a desarrollar la capacidad para mantener un equilibrio interno durante periodos de gran estrés.

Un acontecimiento común en la interacción madre-niño son los episodios en los que ocurre una falta de coordinación entre ambos afectos, pero a los que sigue una inmediata reparación de la sintonía, incluso cuando la madre haya permanecido bien sintonizada con su hijo. De hecho, los estudios del intercambio de miradas cara a cara entre la madre y el infante muestran que esta interacción ocurre cada pocos segundos, como una especie de patrón cíclico de coordinación interactiva, en el que se intercalan momentos de coordinación, ausencia de ésta y el posterior retorno a la comprensión mutua. El infante adopta de esta manera sus capacidades interpersonales y desarrolla la habilidad de mantenerse en un estado asertivo del “yo”. La tolerancia a la ausencia de sintonía, generada durante los momentos en los que madre e hijo no están coordinados, facilita que el niño desarrolle un sentido de autonomía personal (Winnicott, 1965).

Siempre y cuando el desapego maternal esté seguido de un nuevo apego (re- vinculación exitosa), la capacidad del niño para soportar el estrés incrementará. Al rescatarlo de la vergüenza, la madre sintonizada refuerza la identidad y continuidad personales del niño. Con su participación en esta reparación de la sintonía, el niño genera sus propias herramientas internas para su posterior autorregulación y así poder permanecer al margen de un estado depresivo (es decir, para evitar quedar inmerso en la “zona gris”).

Este proceso cíclico de desapego y vuelta al apego también ayuda al niño a aprender que su comportamiento y sus necesidades son propias y que, por tanto, son distintas del comportamiento y necesidades de su madre.

Además de la conformación del sentido autónomo del “yo”, el niño también aprenderá que es competente para las relaciones interpersonales. Descubrirá que tiene la capacidad de impactar en los demás —en particular, ahora que tiene el poder de volver a vincularse con otra persona tras la aparición de una fractura en la relación. Si no desarrolla este poder para volver a vincularse con los demás en sus relaciones, el niño más tarde se sentirá inclinado a regular su afecto a través de comportamientos adictivos, como serían la adicción sexual y el uso de drogas.

No obstante, el niño se sentirá impotente cuando sus esfuerzos por reparar la falta de coordinación no sean correspondidos por la madre. Esta sensación representa la base para el conformismo y la pasividad interpersonales, así como la inutilidad y falta de esperanza que acompañan a la tendencia a crear relaciones hostiles y dependientes.

Por tanto, podemos sospechar que las madres de estos hombres homosexuales tuvieron una capacidad limitada para volver a vincularse y lograr un apego apropiado con sus hijos, y que no pudieron apoyar su separación e individuación.

Enajenación de la vitalidad del género masculino

El niño prehomosexual crece “sin cuerpo” —es decir, enajenado de su propio cuerpo, especialmente de sus genitales, y se desconecta de la vitalidad biológica de su género. No es sorprendente que más tarde envidie los cuerpos masculinos de otros niños como una tentativa compensatoria (reparativa) por adquirir otro cuerpo masculino a través de la unión erótica.

Parte de esta enajenación radica en un escenario vergonzoso de la infancia relacionado con la autoexploración corporal del niño —particularmente la exploración de sus genitales. “Si las respuestas afectivas de los padres hacia las exhibiciones sexuales del niño producen vergüenza”, indica Schore (2003), “éstas podrían influir críticamente en la formación de la identidad de género durante este periodo” (p. 994).

Los genitales masculinos son el símbolo corporal de la diferencia esencial entre el niño y la madre. Si los padres reaccionan negativamente cuando el niño está explorando o jugando con sus genitales, podrían (especialmente en un niño muy sensible) provocar que el niño repudie y sienta vergüenza por sumasculinidad.

Muchos de nuestros clientes adultos se sienten profundamente alienados de —o avergonzados

por— sus cuerpos; en cambio, otros hombres a modo de compensación permanecen atrapados en una fascinación narcisista con su cuerpo y sus genitales, como si no fueran suyos. En los hombres gay observamos una fascinación universal —de hecho, una verdadera obsesión— por el pene.

En fases más tardías la terapia, especialmente a través del trabajo corporal, estará concentrada en reconectar al cliente con su cuerpo.

La segunda fase del desarrollo homosexual: apego inseguro entre el padre y el hijo

La segunda fase de nuestro modelo implica el apego del niño con el padre, que ocurre durante la fase de práctica de la que ya hablamos anteriormente. Como desea satisfacer sus deseos masculinos naturales, el niño se acerca al padre en búsqueda de atención, afecto y aprobación. El niño adquiere su identidad masculina satisfaciendo estas necesidades afectivas.

Durante esta fase de apego paterno se reta al niño a abandonar la seguridad de su madre y apearse a su padre, asegurando de esta manera su identidad masculina. Como ya hemos sugerido, el niño que previamente ha experimentado un apego inseguro con la madre (lo que ha dado pie a su tendencia a la disociación), no estará suficientemente preparado para este reto.

Padre y madre juntos

Padre y madre pueden trabajar en conjunto, proveyendo una sintonización alternada y compensatoria, donde la sintonización con uno u otro progenitor ocurra en diferentes momentos del desarrollo del hijo. Así, por ejemplo, los problemas de sintonía que pudieran estar suscitándose con la madre podrían mitigarse si durante dicho periodo el niño se sintiera comprendido y apoyado por su padre.

Sin embargo, cuando el sistema familiar es de suyo narcisista, cada padre obstaculizará el trabajo del otro, impidiendo el trabajo del equipo que ambos conforman, y todo apego compensatorio quedará frustrado. La preocupación de los padres por su propio sistema disfuncional impide que cualquiera de ellos “destaque” y pueda ofrecer al niño un apego alternativo. Consecuentemente, ninguno de los dos rescatará al niño cuando la relación entre ellos esté viciada.

Un cliente lo exponía así:

“Mi padre se unía a mi madre cuando ella me atacaba, o no decía nada para ayudarme. La respaldaba contra mí, incluso cuando sabía que estaba equivocada. Él tenía que mantenerse en buenos términos con mamá”.

La personalidad del padre: una característica “incapacidad para vincularse”

Nuestra experiencia clínica ha revelado consistentemente que los padres de los hombres homosexuales parecen incapaces o renuentes a conectarse con sus hijos cuando éstos se desapegan emocionalmente. Como grupo, estos padres carecen de los rasgos que harían de ellos figuras significativas y que, sin embargo, resultan necesarios para poder vincular nuevamente a un hijo que los evita y que tiende a disociarse. Los padres suelen decir “mi hijo *me rechaza*”, pero ellos tampoco han procurado una conexión emocional, sostenida y constante, necesaria para vencer el desapego

emocional con sus hijos. Esta consideración sobre las limitaciones en la personalidad de los padres es discutida en otro lugar (Nicolosi & Nicolosi, 2002). A pesar del fracaso del padre con este hijo en particular, puede ser que otros hijos menos propensos a la vergüenza lo hayan percibido como “suficientemente bueno”.

De esta manera el niño prehomosexual alcanza la segunda fase de su desarrollo con dos desventajas: la primera, una inclinación a la disociación; y la segunda, un padre que no percibe como significativo y que es incapaz de superar la disociación del hijo. Cuando se le insta a vincularse con un padre desinteresado, cuyo desapego y/o críticas le impiden “ir y rescatarlo”, el niño (cuya madre tampoco está sintonizada con él) continuará recurriendo a sus defensas: se distanciará y caerá en un colapso afectivo, en un estado vergonzoso del “yo”.

La vergüenza creada por el padre puede ser activa, con abusos físicos y/o emocionales explícitos, empleo de apodos y muestras de desdén, o bien pasiva, a través de su desentendimiento y negligencia que dejan ver el poco valor del niño.

Bajo el escenario pasivo, la interacción del padre daña a través de un “no hacer”, por ejemplo, si muestra indiferencia y una falta de respuesta ante las necesidades de afirmación paterna del hijo. La respuesta parcial, impredecible o poco entusiasta del padre hacia su hijo no empata con la inversión narcisista que el niño ha hecho en su esfuerzo por lograr el apego masculino.

Al enfrentarse con el rechazo activo o pasivo del padre, el niño experimentará una “caída” o “hundimiento” internos por no haber logrado satisfacer sus deseos de afirmación. Eventualmente, su respuesta corporal vergonzosa (parasimpática) quedará almacenada en él como una lección de vida.

Un cliente describió el dolor y la vergüenza que sintió por haber sido “exiliado” por su padre y sus hermanos, y el profundo efecto destructivo de la “privación de gozo” por su padre, diciendo esto: “Me ocurre todo el tiempo, estoy perdiendo mi alma —perdiendo mi inocencia”.

Probablemente encontraremos algunos escenarios favorables en los que el padre logró darse cuenta de la reacción del niño y pudo rescatarlo de su depresión. Sin embargo, si las necesidades del hijo por vincularse pasan continuamente desapercibidas por el padre, el niño acabará abandonando su deseo de apego con él e interiorizará un mensaje de minusvalía y regresará al apego imitativo con la madre.

Así, “siendo” femenino, el niño no sólo se apegará simbólicamente a su madre, sino que también manifestará su rechazo hostil contra el padre. La constante incapacidad del padre para responder al desapego defensivo de su hijo dará pie a un característico antagonismo entre padre e hijo que perdurará toda la vida, y que resulta muy característico de la condición homosexual.

Por tanto, a modo de resumen, el apego inseguro del niño con la madre, seguido de la indiferencia o abusos del padre, crearán en el niño una dolorosa sensación de privación emocional y de pérdida. Si ninguno de los padres logra vincularse con su hijo, liberándolo de la defensa de la disociación, se estarán estableciendo las bases para toda la vida de un estilo relacional basado en la vergüenza, así como una persistente sensación de falta de pertenencia y de no ser verdaderamente amado.¹

El “yo” avergonzado se interiorize

De esta manera la primera herida narcisista del niño constituye la base para todas las futuras experiencias vergonzosas. Él escuchará la voz interiorizada de sus padres con mensajes como “Mis padres tienen razón, hay algo (“malo”, “débil”, “sin valor”, etc.) en mí por el hecho de ser niño”, o bien “Algo dentro de mí que quiere ser como papá es (“malo”, “débil”, “sin valor”, etc.).

Los hijos de la familia narcisista suelen tener recuerdos muy vagos de su infancia — sólo recuerdan momentos difusos de dolor y aislamiento, de traición, y de una gran incompreensión. Experimentan un penetrante sentido de injusticia que no logran articular. Tienen la abrumadora sensación de que de alguna manera “esto no es justo”, pero nadie más parece percatarse de la injusticia. Es como si sus padres secretamente conspiraran para mantenerles impotentes por alguna razón desconocida.

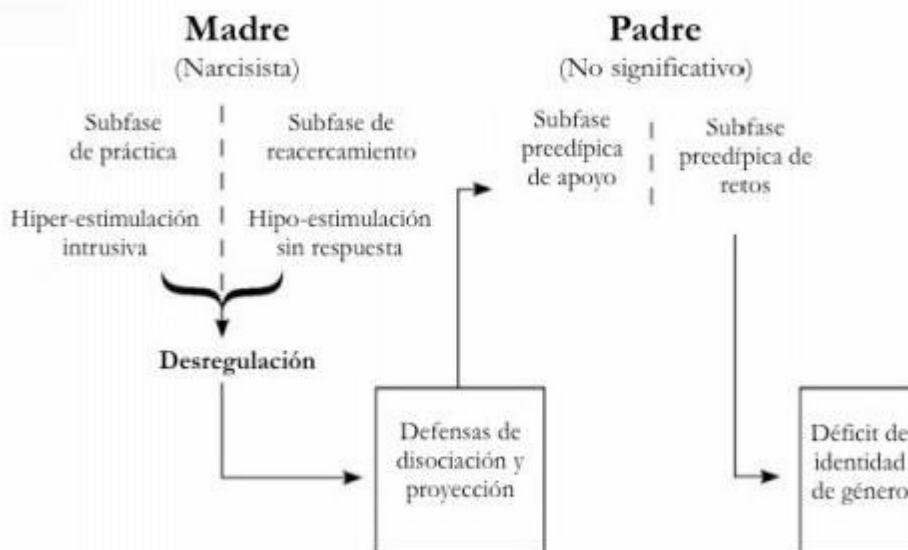


Figura 3.1. La falta de vinculación parental

Uno esperaría que la reacción del niño fuera de enojo dirigido contra quienes le avergonzaron y que sintiera tristeza por sí mismo. Pero para un niño que ha vivido en este tipo de familia los sentimientos se invierten, y toma sobre sí la responsabilidad de las acciones de los que le avergonzaron. Está enojado consigo mismo por haber “moleestado” a sus padres, y se “siente triste” por ellos. Invirtiendo la tristeza y el enojo “preserva al amado” (Freud, 1917) en su supuestamente “legítima” posición de honor y poder, pero al mismo tiempo frustra su propia capacidad para percibir y sentir el dolor por los fallos de sus padres.

Nuestros clientes son particularmente susceptibles a la vergüenza cuando intentan ser asertivos, si bien ellos mismos inducen esta respuesta inhibitoria. Existe una vieja asociación con su ego hundido almacenada en su cuerpo, contenida en las memorias de otras instancias en las que su “yo” asertivo fue humillado. Por eso estos hombres han aprendido a asociar el estado asertivo con el siguiente pensamiento: *Prepárate —estás a punto de quedar desilusionado.*

Durante la terapia los clientes emplean ciertas palabras para describir la “minusvalía personal” que sienten cuando pretenden ser asertivos. Una y otra vez se describen a sí mismos como “débiles”, “rotos”, “defectuosos”, “dañados”, “malos” y que “no merecen ser amados”. Estas etiquetas críticas representan la internalización del mensaje parental negativo. A partir de todas estas suposiciones personales inevitablemente surgirá toda una serie de autosabotajes, actitudes autodestructivas y comportamientos inadaptados en la vida adulta.

Un hombre explicaba el gran impacto que esta vergüenza tenía en su vida:

“Cuando me humillan pierdo el sentido de mi masculinidad. Y al perderlo los demás se dan cuenta y perciben que soy vulnerable. Entonces en el trabajo me asignan más proyectos porque no soy capaz de defenderme. Cuando estoy en el gimnasio, los hombres lo perciben también y algunos querrán tener sexo conmigo. Incluso mi madre se da cuenta de mi estado y saca provecho de esta situación para conseguir algo que quiere. Dirá algo así como, ‘¿Por qué no pasas más tiempo conmigo en casa?’”

El hijo de la familia narcisista se ha enfrentado con la abrumadora amenaza del abandono-aniquilación. La única solución —o, para ser más precisos, la adaptación que debe generar para poder sobrevivir emocionalmente— es aceptar e interiorizar el mensaje *soy débil y no soy masculino*. Al rechazar su “yo” autónomo dotado de género será recompensado con algo parecido al amor y la aprobación de los padres. Por doloroso que sea considerarse inferior, este mensaje parece preferible a experimentar el trauma por la pérdida del apego con los padres. Para que un niño llegue al punto de abandonar una parte nuclear y biológicamente sustentada de su personalidad —es decir, su identidad de género— tiene que tratarse de un trauma con un impacto lo suficientemente negativo y poderoso como para sentir que su propia existencia está verdaderamente amenazada.

Entre nuestros clientes una y otra vez escuchamos referir esta sensación no sólo de ser débiles, poco masculinos o que no merecen ser amados, sino también la sensación de nunca haber sido genuinamente “vistos” por lo que son. Algunos de nuestros clientes expresan esta ambivalencia por la aceptación de sus padres de esta manera: “Sí, creo que hasta cierto punto fui amado —pero sé que no fui comprendido”. Otro hombre lo explicaba así: “Sé que mis padres me amaban, pero nunca sentí realmente que ‘estuvieran ahí’ para mí. Dicen que me aman, pero no se siente como si realmente lo hicieran”.

La relación ambivalente con la madre en la vida adulta

Los hombres homosexuales suelen mantener a lo largo de sus vidas relaciones muy apegadas pero también muy ambivalentes con sus madres. Estas relaciones se caracterizan por una dependencia hostil.

Solemos oír hablar de madres que en ciertos aspectos estaban demasiado involucradas con sus hijos, pero que a un nivel más profundo no los apoyaban. Por dar un ejemplo, resulta paradójico cuando algunos de nuestros clientes empezaban a alabar a sus madres por el apoyo leal que habían recibido por parte de ellas, y al mismo tiempo expresaban el miedo que abrigaban de que el amor de sus madres en realidad sólo fuera condicional. En una ocasión, un hombre me refería que su madre lo rechazaba y lo sofocaba, pero por otro lado “ella era la mejor mamá del mundo, y había dado mucho de

sí misma. Obtuve muchas cosas materiales y mucha atención pero, no obstante, ella nunca llenó el vacío que había en mi corazón”.

Otro cliente hablaba sobre su madre y el modo narcisista en que ella se involucraba: “Mi madre está muy interesada por mi vida, es amorosa —pero cuando cometo algún error ella simplemente explota. Es como si de golpe me convirtiera en un maldito— y ya no valiera absolutamente nada”. Otro cliente de 19 años alababa a su madre por haberle apoyado siempre, pero también decía lo siguiente: “Recuerdo sus críticas todo el tiempo. De golpe se volvía contra mí despiadadamente”.

Otro extremo es el de la madre desinteresada, como en el caso descrito por un cliente de 16 años al decir “mi madre es como un animal disecado —sólo no responde”.

Una disposición del temperamento —¿o un apego inseguro?

Muchos hombres en terapia reparativa reportan haber sido siempre tímidos, vergonzosos, introvertidos, y haber preferido los aspectos estéticos del arte, el teatro y la música. Evitaban de manera casi universal los juegos bruscos. Estaban muy preocupados de lastimarse físicamente y evitaban las actividades peligrosas.

Pero estos rasgos, que generalmente han sido considerados como un elemento innato del temperamento, bien podrían deberse a un apego inseguro. Bowlby (1977) creía que para obtener un sentido seguro del “yo” era necesario el contacto constante con un padre al que se considerara “más fuerte y/o sabio” (p. 203). La psicóloga Diana Fosha (2000) sintetiza esta correlación al afirmar que “la libertad para explorar el mundo es consecuencia de estar y sentirse seguro” (p. 35). Sin embargo, el apego inseguro hace que el niño se sienta ansioso y vulnerable, y le priva de los recursos emocionales necesarios para desarrollar confianza, curiosidad y temeridad para explorar el mundo más allá de la esfera materna. Bowlby (1988) señala que cuando un niño experimenta un apego verdaderamente seguro con sus padres tiene entonces menos probabilidades de sentirse inhibido para explorar el mundo. De hecho, afirma que “explorar el entorno, tanto a través del juego y toda una serie de actividades con los compañeros resulta...*antagónico a la [la inseguridad] del apego*” (p. 121, énfasis añadido). De manera similar, Jerome Kagan (1994) descubrió que el modo en que los padres trataban a sus hijos influía y podía determinar su grado de timidez.

Muchos hombres homosexuales recuerdan a sus madres como débiles, inestables y que sus respuestas emocionales eran inconsistentes. Las madres emocionalmente inseguras interactúan con sus hijos a través de sus propias necesidades idiosincráticas, dejando a sus hijos sintiéndose ansiosos e inseguros. Como consecuencia, los hijos se sienten responsables de la estabilidad emocional de sus madres.

El cliente con orientación homosexual reporta con frecuencia sentirse muy vulnerable. La inseguridad en el apego muchas veces se manifiesta a través de miedos irracionales (ver Nicolosi, 1991, p. 100). Un cliente narra lo siguiente: “Cuando era niño, me sentía solo y asustado a pesar de que todos los demás estuvieran a mi alrededor. Tenía miedo a la oscuridad; siempre creía que había alguien en mi clóset o debajo de mi cama”. Otro hombre decía: “Mis padres nunca hicieron que me sintiera seguro de mí mismo. Mi madre no creía en mí, no me alentaba. Mi padre tal vez lo intentó, pero su ejemplo era más bien pobre”.

Muchas veces faltaban las palabras de apoyo de los padres, eran inconstantes o — en palabras de un cliente— carecían de credibilidad.

“Hasta donde puedo recordar, incluso siendo un niño pequeño evitaba los deportes y la competición. No salía afuera a hacer nada. Me quedaba en casa —era alguien solitario, aislado y tímido. Mis hermanos hacían cosas juntos, se llevaban bien y participaban, pero yo me apartaba al sentirme intimidado y simplemente no salía. Era un introvertido triste que se quedaba en casa.

Mamá siempre me decía que yo era maravilloso, que podría lograr todo lo que deseara. Pero nunca le creí. Pienso que ella tampoco lo creía realmente”.

Cuando los padres son percibidos como débiles y/u hostiles, presenciamos cómo el equipo parental ha fallado y no ha logrado brindar el constante apoyo emocional necesario para que el niño tenga una actitud temeraria, agresiva y retadora frente a la vida. Un padre mínimamente involucrado y emocionalmente desapegado junto a una madre involucrada de manera narcisista no ofrecerán al niño una base emocional segura. Todo esto limita la exploración temeraria del mundo, así como la fuerza, independencia y autosuficiencia del niño.

Ahora bien, cuando el niño se apega de forma segura con sus padres, puede entonces tolerar la pérdida o rechazo de sus compañeros —incluyendo a los compañeros que le molesten por tener una pobre actuación en los deportes, o por no poseer una masculinidad promedio. La seguridad que este apego provee generará una red de seguridad para toda la vida, independientemente de que todas las demás personas en su vida fallen.

Por todo lo anterior proponemos que la timidez, generalmente atribuida a causas biológicas, puede en realidad deberse en algunos hombres homosexuales a un apego inseguro.

Defensas contra la introyección negativa: el narcisismo y el falso “yo”

Hemos propuesto que para muchos —probablemente la mayoría— de los hombres con orientación homosexual, su “yo” dotado de género ha sido herido durante la infancia. Creemos que dicha herida hunde sus raíces en la vergüenza. Esta experiencia se asemeja a la descripción hecha por Walt Whitman en *A Hand Mirror* (Un espejo de mano):

Por fuera, hermoso vestido, Pero dentro, ceniza y basura.

Al no poder tolerar los sentimientos de desprecio generados por su “yo” avergonzado, el niño desarrolla dos defensas específicas —el falso “yo” y el narcisismo. En conjunto, ambas defensas compensan el déficit que el niño percibe y que es causado por su “yo” avergonzado. El falso “yo” y el “yo” narcisista no sólo sirven como estrategias de supervivencia para lidiar con las relaciones del presente, sino que funcionan como una defensa contra cualquier futura pérdida del apego. Estas defensas se apoyan entre sí a tal grado que algunos autores las han llegado a considerar como sinónimas (Johnson, 1987).

Si bien puede argumentarse que el narcisismo y el falso “yo” son en realidad dos aspectos del

mismo fenómeno, para favorecer un diagnóstico y tratamiento más efectivos, así como una mejor comprensión por parte del cliente, nosotros las trataremos por separado como si se tratara de dos fenómenos distintos.

Comparación entre el falso “yo” y el “yo” narcisista

Para conservar un sentido de aceptación y pertenencia en su familia —misma que no lo ve como un individuo separado con necesidades propias—, el niño construirá una identidad por compromiso. Como un cliente lo explicaba, “prefiero ser ‘alguien falso’ a no ser nadie”. Para evitar la aniquilación que comporta no ser nadie, el niño se adapta al sistema familiar presentándole a sus padres un falso “yo”, aparentemente necesario para ser reconocido. Evidentemente, el precio que paga será la restricción de la genuina expresión de su “yo” y de su apego relacional.

El falso “yo” prototípico en la prePMS es el “niñito bueno”, la falsa imagen adaptativa para sobrevivir del niño “lindo”, inofensivo y sin género. Pero adoptar este rol implica un alto precio, pues impide al niño expresar sus deseos masculinos naturales y satisfacer sus necesidades de apego con el mismo sexo. Esta careta que ha adoptado causa un profundo vacío afectivo e implantará en el individuo un deseo crónico e insatisfecho de conexiones humanas profundas.

Ya como adulto, el síntoma residual del niñito bueno se manifestará bajo la forma del “buen tipo”. Un hombre con estas características suele describirse como “complaciente”, “pasivo” y “dadivoso”. Muestra una personalidad unidimensional y codependiente que constantemente busca la aprobación de los demás.

El buen tipo presenta una postura corporal restrictiva y que comunica la vergüenza que aloja en su interior. Es una especie de escudo (¿a quién podría disgustarle un “buen tipo”?) que le protege de la herida nuclear que se le infligió al “yo” dañado por la vergüenza. El buen tipo generalmente evita el conflicto, es reservado, indeciso, defensivo y muy contenido, proyectando una unidimensionalidad rígida y restrictiva. Un hombre así permanecerá sujeto por una camisa de fuerza emocional que le impedirá conocer y experimentar completamente sus propias emociones, así como recibir abiertamente las emociones de los demás. Es indeciso, inhibido, y tiene especialmente miedo a ser herido.

La insaciable necesidad de “ser visto”

Otra defensa común entre los hombres con orientación homosexual es el narcisismo. En contraste con el falso “yo” del buen tipo, la vertiente narcisista está acompañada de aires de grandiosidad y la exigencia de derechos. El hombre narcisista parece activo y lleno de vida si se le compara con el modo de ser estático, confinado e inmóvil del buen tipo. Ambas vertientes son construcciones que buscan contrarrestar la vergüenza anticipada; no obstante, el estilo narcisista puede llegar a ser tan activo y ofensivo como pasiva y defensiva puede llegar a ser la postura del buen tipo.

El estilo narcisista presenta muchas más dimensiones y es más complejo e interesante que la postura del buen tipo, pero también suele ser bastante más abrasivo y difícil de tratar. El narcisista, siempre deseoso de causar una impresión, manipula a los demás para obtener atención especial en lugar de relacionarse con los demás de manera auténtica. Lo que más le preocupa es la promoción de una imagen idealizada, y sus esfuerzos por obtener atención especial necesariamente implican

manipulación. En el narcisista subyace la grandiosa ilusión de poder reconfigurar el mundo a sus anchas y, en el caso de los hombres identificados como gay, éstos abrigan la ilusión de poder reconfigurar la realidad natural e ineludible del género hasta dar lugar a una realidad más acorde a sus deseos.

El hombre narcisista, empujado por la gran necesidad de que su vida sea mejor de lo que actualmente es, llega incluso a manipular la verdad y dedica muchos años de su vida corriendo tras diversas ilusiones. Estos hombres idealizan a la gente que representa lo que ellos mismos querrían ser. De hecho, la idealización es la base de la atracción homoerótica, pues actúa a través de su narcisismo para compensar y ocultar tanto la vergüenza de género como la avidez emocional que produce el aislamiento.

Debido a esta desproporcionada necesidad de *ser visto*, el narcisista nunca logra obtener suficiente validación. La incesante convicción de merecerlo todo acaba logrando que aparte a los demás de su vida. Siempre está listo para responder a cualquier agravio, a toda herida, menosprecio o situación donde haya sido ignorado. Como permanece atrapado en la preocupación por sí mismo, posee una capacidad limitada para la verdadera empatía. Fácilmente adopta el papel de víctima y no es raro que permanezca lleno de resentimiento y represalias. El narcisista ha sido descrito como aquella persona “para la que nunca nada es suficiente”. Evidentemente, el precio que acabará pagando por “hacerlo todo a su manera” será quedarse solo.

La zona gris y el deseo erótico por el mismo sexo

Cuando permanece atrapado en el aislamiento emocional y su capacidad para relacionarse auténticamente con los demás sea mínima, el hombre con PMS muchas veces se sentirá derrotado, herido y decepcionado. Al sentirse así será más probable que caiga en un estado del “yo” que llamamos la “zona gris”.

En la zona gris se experimentan el desánimo, la impotencia, la decepción, la soledad y la debilidad. Estos sentimientos surgen especialmente cuando una persona significativa no cumple con las expectativas de la persona con PMS, cuya estrecha visión sobre los demás y las relaciones está marcada narcisistamente por necesidades poco realistas. Al frustrarse sus expectativas sobre los demás, se sentirá decepcionado, humillado y devaluado. En momentos como éste será más propenso a que su atracción homosexual se manifieste con mayor fuerza.

El erotismo hacia el mismo sexo genera la ilusión prometedora de una infusión de masculinidad y, en efecto, produce un cambio afectivo instantáneo al proveer una gran excitación y la sensación de rebeldía y libertad, que contrastan con los afectos depresivos y de muerte propios del narcisismo abatido en la zona gris. El contacto simbólico con la imagen masculina idealizada (es decir, la proyección del “yo” idealizado) a través de la actuación homosexual restituye temporalmente su autoestima decaída. La imagen idealizada sirve como un objeto del “yo” que opera a través del contacto homoerótico y que momentáneamente “reafirma” al “yo” narcisista abatido.

La defensa de la disociación

Nos hemos percatado de que nuestros clientes suelen recurrir a la defensa de la disociación. Esto podría ser lo que Elizabeth Moberly (1983) originalmente denominó “desapego defensivo”.

Es muy posible que las personas que usan la defensa de la disociación hayan experimentado un trauma temprano en el apego con la madre (Schore, 2003). Ya como adultos responden a ciertos disparadores asociados con el trauma original, desconectándose del mundo exterior y pasando a un estado carente de vitalidad.

La persona que ha experimentado un trauma en el apego se vuelve muy sensible a las manifestaciones implícitas de desaprobación y rechazo, como serían ciertos tonos de voz, expresiones faciales o gestos sutiles, particularmente cuando estas señales provienen de personas significativas o bien que representan a personas significativas de su pasado.

Estos signos suelen percibirse a nivel inconsciente y desencadenan la respuesta disociativa. Esta defensa infantil ya no resulta útil como adaptación en la vida adulta, y acarrea una serie de síntomas secundarios. En el caso de nuestra población clínica, la respuesta inadaptada más marcada es la incapacidad para vincularse emocionalmente con otros hombres, perpetuando así la fantasía y los deseos homoeróticos.

En el contexto terapéutico observamos el establecimiento de la disociación en situaciones donde el cliente se ve confrontado por material altamente estresante. El terapeuta se percató de que el cliente súbitamente tiene la mirada perdida, desenfocada, y su rostro se torna inexpresivo. Acaba de ingresar a un campo subjetivo donde por algún tiempo permanece inaccesible. También en estos momentos el terapeuta observará cómo el cliente pierde el interés y ya no presta atención, así como una disminución en sus afectos. El cliente bien podría repetir palabra por palabra las interpretaciones que se le hagan y, sin embargo, permanecerá emocionalmente hermético.

¿Cómo puede el terapeuta ayudar al cliente para que salga de dicho estado? Puede lograrlo comunicándole al cliente que está percibiendo su desapego, haciéndole ver de un modo no amenazador que está notando cambios en su expresión facial, mientras simultáneamente invita al cliente a que “regrese a la sesión”. El objetivo terapéutico será que el cliente sea consciente del modo en que ciertas señales, incluyendo la comunicación no verbal, inhiben sus estados afectivos —concretamente, cómo es que dichas señales le hacen abandonar el estado de aserción y lo sumergen en un constrictivo estado de vergüenza.

El cliente también aprenderá a sentirse cómodo en la relación mutua establecida entre él y el terapeuta, trabajando en colaboración para co-regular sus afectos positivos, como serían la alegría y el amor, pero también sus estados afectivos negativos, como la vergüenza, el terror y la ira.

Identificación proyectiva

Además de la disociación, la segunda defensa que los clientes emplean contra los episodios abrumadores de estrés es la así llamada identificación proyectiva. Ya la habíamos mencionado anteriormente cuando hablábamos del niño que proyecta en su padre las mismas experiencias de falta de regulación del afecto que vivió con su madre.

La proyección es un mecanismo infantil de defensa que comienza a desarrollarse incluso ya

desde el primer años de vida, a través del cual el niño crea una representación interna del evento traumático particular y proyecta dichas representaciones en los demás. Estas representaciones no verbales y presimbólicas sirven para anticipar y, por tanto, para proteger al niño de traumas semejantes en el futuro. Estas construcciones internas que ha elaborado se convertirán por tanto en la base del fenómeno de la compulsión de repetición. Al tratarse de un mecanismo de supervivencia y adaptación, la compulsión de repetición se reactivará en presencia de ciertas señales sociales específicas.

En el ámbito terapéutico, ciertas señales subliminales suscitarán en el cliente recuerdos sobre otras personas que lo hayan avergonzado en el pasado, y dispararán en él una identificación proyectiva negativa. En el peor de los casos podría ocurrir una reacción de contratransferencia con el terapeuta, donde el cliente esperaría que el terapeuta cumpliera sus expectativas proyectivas, fragmentando así la alianza terapéutica. Esta identificación proyectiva negativa suele remontarse a un estancamiento terapéutico crítico llamado “doble dilema”, que puede resolverse a través de la estrategia terapéutica del “doble giro” (ver parte 2).

La adicción

Las dos defensas de las que hemos hablado —la disociación y la identificación proyectiva— se aprenden durante la primera infancia, y es por ello que son consideradas defensas primitivas. También existe otra defensa bastante frecuente —la adicción— que puede manifestarse más tarde.

Cuando la sintonía temprana falló y ésta se vivió como una traición, muchos de nuestros hombres generarán una singular dificultad para regular su afecto. Cuando no logran regular su afecto de manera interpersonal, muchos hombres con PMS recurren al uso de drogas, alcohol o encuentros sexuales compulsivos. Al ser incapaces de modular su aflicción interna, se inclinan por opciones que alteren su estado de ánimo y que resulten rápidas y placenteras, como una especie de alternativa para no tener que tratar con su “yo” interno.

Muchos hombres abrigan la esperanza inconsciente de que el contacto erótico con personas del mismo sexo podrá reproducir el embeleso simbiótico de un apego seguro con los padres. Un muchacho de 19 años me explicaba sucintamente su “fantasía definitiva”: “Querría sentarme en el regazo de un gran hombre y nunca despertar”.

Las drogas, el alcohol y el sexo proveen un alivio inmediato al malestar interno que causa la vergüenza. El abuso de sustancias y la promiscuidad sexual ofrecen un alivio temporal al vacío emocional, a la sensación de inadecuación personal y a la depresión crónica. Todos estos recursos mantienen a la persona distraída de su incapacidad fundamental para establecer apegos emocionales auténticos.

La tendencia a usar el sexo como una distracción que contrarreste el dolor del aislamiento queda ejemplificada en las palabras de un amante del gran bailarín de ballet Rudolph Nureyev. Refiriéndose a Nureyev, este hombre describía que “era como si tuviera una soledad interna, una especie de sensación de rechazo que nunca pudo vencer, y que provocó en él un erotismo frenético con el que buscaba ocultarse al menos por un tiempo de todo aquello” (Segal, 2007).

El abuso de sustancias y la adicción sexual —especialmente en la forma de encuentros anónimos— satisfacen también el impulso de grandiosidad y omnipotencia, pues son actos que

desafían las limitaciones de la realidad y refuerzan las ilusiones (percepciones falso-positivas) que sostienen el frágil sentido del “yo”.

El comportamiento adictivo, sea éste sexual o de cualquier otro tipo, suele verse precedido por algún momento de desilusión causado por una expectativa insatisfecha — especialmente por el agravio de otro hombre, percibido por el cliente como si hubiera sido dirigido contra su dignidad, o por la experiencia de haber decepcionado a una figura materna. La persona queda sumergida en un repentino abatimiento y dirige la ira contra su “yo” inadecuado, procediendo así a la búsqueda de algún tipo de ritual autorregulador.

Pero como sucedía con las otras actuaciones narcisistas, las adicciones son una opción fantasiosa. El sexo, la comida, la hiperactividad compulsiva, la tendencia hacia la “distracción” y el “entretenimiento” no anularán por mucho tiempo el desconuelo del desequilibrio emocional. El desequilibrio regresará tarde o temprano tras la actuación.

Entre nuestros clientes observamos que la excitación sexual en muchos casos es empleada para salir del estado depresivo. El cliente con tendencia homosexual ejerce una sexualidad disociada (encuentros sexuales anónimos) para regular su depresión crónica. Sin embargo, la actividad sexual no resuelve el núcleo depresivo.

Una meta terapéutica esencial es la disminución del impulso del cliente por utilizar el sexo anónimo como una forma de autorregulación, y sustituirlo en cambio por formas genuinas de relación con las que puede regular su afecto.

Las cuatro fases de la identidad gay

El segundo capítulo describía a detalle las dos fases que conducen al desorden de identidad de género. Podemos ampliar dichas fases con otras adicionales, referentes a los roles eróticos y sociales, para obtener así un modelo de cuatro fases que culmina con la identidad gay.

En la primera fase, la fase de apego inseguro, el “otro significativo” es la madre; durante esta primera etapa se establecen las defensas de disociación e identificación proyectiva. En la segunda fase, concerniente a la identidad de género, misma que ocurre aproximadamente entre el año y medio y los tres años de edad, la incapacidad de vincularse con el padre resulta en un déficit de la identidad de género. Durante la tercera fase (erótica), que ocurre aproximadamente entre los cinco y once años de edad, los otros significativos serán los compañeros y los hermanos, quienes con frecuencia serán hostiles y manifestarán su rechazo. El resultado de esta fase es la defensa de la erotización, misma que derivará en la expresión de la PMS. En la cuarta y última etapa, la fase social, las fuerzas sociales y culturales significativas introducen el concepto de la identidad gay, a la que el niño estará expuesto desde la adolescencia. El resultado será un auto-etiquetamiento o autodefinition como “gay”, en un intento por “explicar narrativamente” la historia de sus experiencias pasadas.

Figura 3.2. Las cuatro fases de la identidad gay

Un modelo diferente: la PMS post-identificación de género

Hasta aquí nuestro modelo de la PMS ha explicado esta condición como una incapacidad para lidiar exitosamente con la fase de identificación de género (entre el año y medio y los tres años de edad) que, de cumplirse exitosamente, lograría la des-identificación del niño con su madre y la identificación segura con el padre. Dicho modelo hace sentido para la mayoría de los clientes homosexuales que hemos atendido en nuestra clínica durante los últimos veinte años.

Sin embargo, aproximadamente el 20% de los hombres que hemos atendido presentan un escenario clínico claramente distinto.

La distinción que hacemos entre las variantes “pre-identificación de género” y “post-identificación de género” de la PMS guarda cierto paralelismo con la distinción psicoanalítica entre los modelos pre-edípicos y post-edípicos. Respecto al modelo post- edípico/post-identificación de género, creemos que el trauma en el desarrollo ocurrió más tarde e implicó un espectro más amplio de influencias —especialmente el daño al ego durante el periodo de latencia (5-12 años de edad).

Proponemos que el cliente con PMS post-identificación de género completó exitosamente la fase de identificación de género, pero tiempo después experimentó otra forma de trauma por la que los deseos homoeróticos quedaron condicionados como reguladores del afecto. (Como tal, este escenario no necesariamente compromete la identidad de género). Estos clientes poseen atributos masculinos y no presentan un comportamiento afeminado, por lo que parecen “heterosexuales” pero, no obstante, sienten en su interior una desconcertante necesidad de afecto masculino. Este tipo de clientes suelen experimentar distintos grados de atracción sexual hacia las mujeres, pero sienten poco si no es que ningún interés por las amistades femeninas. Sólo están interesados en “estar con los hombres”, y en este sentido se comportan como un niño lo haría durante el periodo de latencia. Poseen una capacidad razonablemente buena para entablar relaciones con hombres heterosexuales, pero no sienten que puedan compartir con ellos abiertamente su lucha con la atracción homosexual.

Al parecer, el trauma post-género suele generarse a través de un hermano mayor, el propio padre, la crueldad con que fue molestado por sus compañeros en la escuela, por un abuso sexual, o por una madre caótica “que volvía locos a todos” y despertaba miedo y enojo intensos alrededor suyo, es decir, sentimientos que el cliente ha generalizado para todas las mujeres y que son la razón por la que evita relacionarse con ellas. Estos hombres parecen “tipos comunes y corrientes”, pero presentan una característica inseguridad en torno a su propia masculinidad. Lo que impulsa su atracción no es un deseo por las cualidades masculinas de otros hombres sino que, más bien, buscan la reafirmación del apoyo masculino para disminuir su ansiedad y confortar su inseguridad interna.

En la PMS post-identificación de género no existe un profundo reclamo al padre —sin embargo, el cliente suele percibir al padre como débil o inefectivo por no haber tenido la capacidad de defenderlo de un hermano mayor abusivo, de haber sido molestado cruelmente por sus compañeros en la escuela, o de una madre caótica que desestabilizaba a todos. El padre fue “suficientemente bueno” como para que se creara el apego, pero no rescató al hijo de la perpetuación de algún trauma durante la fase de latencia.

Algunas veces estas relaciones abusivas se “repetirán” en sus fantasías homosexuales y en el tipo de relaciones que busque con una pareja. En esta variante el individuo será menos propenso a

generar una adicción a la pornografía gay, pues la imagen en sí tendrá para él un menor atractivo sexual. Más bien, buscará la afirmación masculina, en ocasiones a través de hombres más dóciles, jóvenes, aniñados y pasivos (o más afeminados) que él. En este caso particular, la imagen que se busca en una pareja no es la de lo masculino idealizado (que es la forma más deseada entre los hombres con PMS pre- identificación de género), sino un hombre que represente a su propio “yo” perdido, inocente y más joven.

La Tabla 3.1 resume las diferencias básicas que existen entre estos dos tipos de hombres homosexuales.

Tabla3.1.
Diferencias básicas entre la PMS masculina pre- identificación de género y post- identificación de género

TIPO PRE-IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO

Representa aproximadamente el 80% de la población de clientes

TIPO POST-IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO

Representa aproximadamente el 20% de la población de clientes*

* (asumimos este porcentaje como representativo para la población homosexual general)

Impresión general

- Afeminado o fragilidad no masculina
- Masculino, hombre ordinario; generalmente se siente cómodo con su cuerpo. En la psicoterapia grupal los otros miembros se sienten especialmente atraídos por él. Tiene un estatus más alto en el grupo Rígido, fastidioso, consciente de sí mismo
- Estable, relajado, casual respecto a su cuerpo

Actitud hacia el plan de tratamiento

- Reactivo, emocional, con cambios de estado de ánimo, voluble
- Emplea defensas racionales e intelectuales; prefiere el acercamiento cognitivo. Gusta de las metas, objetivos y reportes de progreso. Adaptable; puede abordar sus miedos y enfrentarse a nuevos retos.

Narcisismo

- En cuanto a lo emocional se siente fácilmente herido, ofendido, abatido, agraviado e insultado. Posee una mayor resistencia, es más difícil herirle, puede recibir críticas
- **Necesidades insatisfechas**
- Necesidades afectivas y de identificación masculinas. Necesidades afectivas masculinas

Fuente más importante del trauma en el desarrollo

- El padre (con mayor frecuencia débil, no significativo; con menor frecuencia hostil/tiránico).
- Un padre hostil/tiránico o un hermano mayor, o una madre muy desorganizada. “Con mayor frecuencia los compañeros o el hermano mayor; en ocasiones, una madre caótica (“que volvía locos a todos”)

Relación con el padre

- Heridas traumáticas con el padre. Heridas narcisistas; siente un profundo resentimiento, se siente agraviado y despreciado
- La reparación de la relación con el padre muy rara vez ocurre
- El padre fue (mínimamente) adecuado para la identificación/apego, pero no logró defender al hijo de las fuentes del trauma
- Está más dispuesto a reparar la relación con el padre

Relación con la madre

- Mayor involucramiento con la madre; tiene una relación ambivalente e intensa con ella, se siente fácilmente molesto con ella
- Menor involucramiento con la madre, tiene una dependencia emocional menor; no suele ser tan frecuente que se sienta molesto con ella

Relación con las mujeres

- Poca o ninguna atracción por las mujeres
- Le resulta fácil establecer y mantener amistades femeninas
- Definitiva (si bien débil) atracción por las mujeres, pero experimenta un gran temor de ser sexualmente inadecuado
- No comparte las mismas afinidades e intereses como para mantener amistades con las mujeres

Relación con otros hombres

- Tiene más problemas con la autoridad masculina; es desconfiado, anticipa la injusticia; carece de amistades masculinas cercanas
- Tiene menos problemas con la autoridad masculina; posee un historial de amistades

masculinas relativamente buenas, si bien éstas podrían tomar una dimensión sexual

Verdadero “yo” – Falso “yo”

- Su falso “yo” es penetrante y tiene dificultad para encontrar y mantenerse en el verdadero “yo”
- No posee un falso “yo”; le resulta más fácil relacionarse con hombres desde su verdadero “yo”

Pronóstico

- La terapia es más difícil y el cambio más lento; tiene más problemas para confiar; se mantendrá por más tiempo en la “meseta ex-gay
- El tratamiento es más rápido y tiene un mejor pronóstico
- Lo anterior es meramente una distinción diagnóstica general, y no todos los clientes se ajustarán por completo a una u otra categoría

CAPÍTULO 4

LA PMS COMO UNA COMPULSIÓN DE REPETICIÓN

“Buscar a otro hombre siempre parecía la respuesta a mi dolor, pero nunca funcionó”.

“La PMS me quita vida y me deja vacío. Precisamente aquello que solía adormecerme, distraerme y aliviar mi dolor es lo que en realidad me mantiene sufriendo”.

La teoría psicoanalítica define la compulsión de repetición como la recreación continua de un incidente traumático del pasado. A través de la reactuación simbólica de la experiencia traumática, la persona inconscientemente pretende ganar la victoria definitiva y resolver su herida nuclear. Por eso vuelve a crear “aquí y ahora la situación traumática del fracaso original con la esperanza de que probablemente esta vez el resultado sea mejor” (Stark, 1994a, p. 23).

- La compulsión de repetición contiene tres elementos: Un intento de autodomínio.
- Una forma de autocastigo.
- La evasión de un conflicto subyacente.

Analizaremos cada uno de estos elementos de la compulsión de repetición, y observaremos cómo se manifiestan en la actuación homosexual.

Un intento simbólico de autodomínio

Lo que en la literatura analítica se conoce como intento de autodominio, nosotros lo denominamos “impulso reparativo”. Este impulso reparativo de dominio representa una tentativa por conquistar y ganar el amor del objeto temido, es decir, el amor del hombre inaccesible (usualmente el padre), y así reparar la experiencia del déficit de afirmación masculina a través de un influjo de virilidad, poder y confianza.

La compulsión de repetición se manifiesta a través de los constantes intentos del cliente por dominar al hombre inaccesible, a pesar de que sus esfuerzos siempre terminen siendo auto-derrotistas. Como en todas las formas de compulsión de repetición, ésta no es sino una opción fantasiosa, una forma infructuosa con la que se pretende lograr la resolución emocional.

Para estos hombres, la búsqueda de algo que les llene y que les brinde intimidad emocional a través de la actuación homosexual estará impulsada por la temerosa anticipación de que sus manifestaciones de aserción masculina inevitablemente fracasarán y acabarán en la humillación. En lugar de enfrentar el dolor del pasado optan por una reactuación ritualista de dicha situación con la esperanza de que, a diferencia de las ocasiones pasadas, “*Esta vez, por fin, obtendré lo que quiero; con este hombre encontraré mi poder masculino*” y “*Ahora sí, finalmente desaparecerá esta persistente sensación de vacío interior*”.

En cierta manera, la compulsión de repetición representa un impulso reparativo sano por el hecho de ser proactiva, por tratarse de un intento por obtener la victoria sobre las experiencias humillantes del pasado. Sin embargo, dado que es impulsada por ilusiones narcisistas, la compulsión de repetición está condenada al fracaso, y ninguna tentativa por resolver la pérdida temprana del apego a través de la actuación homosexual funcionará.

Este cliente explica la frustración de su pérdida de apego de la siguiente manera:

“Nunca puedo acercarme lo suficiente al cuerpo masculino. No importa cuán cerca esté de él, nunca será suficiente. Imagino formas elaboradas e imposibles en las que podría acercarme a un hombre, más allá de lo posible en la realidad. Quisiera ser el calcetín en su pie; quisiera ser la camisa en su espalda... pero ni siquiera así logro estar lo suficientemente cerca. Quisiera ser el tatuaje en su piel... quisiera estar dentro del pene del otro hombre... quisiera ser el pene del otro hombre. ¡Y aun así no estaré lo suficientemente cerca! No funciona. Trato de conseguir de otro hombre lo que siento que yo mismo no tengo.

Compenso mi dolor a través del alivio sexual, pero al final me doy cuenta de esto: ¡Nunca podré acercarme lo suficiente! Incluso a través de mi fantasía, incluso si la magnifico con la masturbación. Nunca podré acercarme lo suficiente para aliviar el dolor que siento por estar separado de —por ser distinto e inferior a— otros hombres.

¿Por qué no puedo acercarme lo suficiente? Por vergüenza. Vergüenza por querer estar tan cerca. Ese intenso deseo es el que me separa de otros hombres. La vergüenza es mi enemigo. Mi enemigo no es la PMS; mi enemigo es la vergüenza”.

Una forma de autocastigo

Al deseo de contacto con el mismo sexo subyace la vergüenza de género, que está acompañada por una sensación de minusvalía y de que no se puede ser amado. Inevitablemente habrá enojo contra los que le hayan avergonzado, pero este enojo se volverá contra uno mismo y aumentará la desesperante sospecha de que la vida nunca mejorará. Un cliente lo decía de la siguiente manera:

“Cuando tengo sexo con algún tipo no me importa lo que vaya a pasar; sé que me odiaré después, pero no me importa. Estoy entonces en un estado de autodestrucción, diciendo, ‘¡Jódanse todos!’, incluidoyo”.

La autoderrota y el autocastigo de la compulsión de repetición se fundan en las distorsiones de la vergüenza, esto es, en la creencia falsa y negativa de que por alguna razón realmente merezco ser avergonzado.

En muchos casos la compulsión de repetición se convierte en un juego insidioso que gradualmente consume los recursos emocionales del cliente. El individuo permanece atrapado en la compulsión porque no ha podido sobreponerse a las heridas causadas por aquéllos que le fallaron; de hecho, “mantiene vivo al que le avergonzó” siempre que se dispone a ser abusado nuevamente por otros que lo humillarán. Desde luego, la persona hace todo esto bajo la ilusión de que realmente —¡ahora sí!— será amado y fortalecido, y que finalmente conseguirá vindicarse. No obstante, al convertir a otro hombre en un objeto narcisista de su vindicación, le estará otorgado a una nueva persona el poder de rechazarle, avergonzarle y hacerle sentir devaluado, si bien realmente cree que todo esto se reduce “exclusivamente a” este hombre particular en el presente.

La constante repetición del escenario generador de vergüenza sólo reforzará la convicción de la persona de ser una víctima sin remedio que definitivamente no merece ser amada.

Podemos apreciar cómo la actuación homosexual en realidad es una compulsión de repetición y no una forma de amor libre por el “disparo de adrenalina” que la acompaña, mismo que incluye (y es potenciado por) el elemento del miedo. Los hombres gay muchas veces se sienten atraídos por los hombres a los que temen, recreando así la relación con el padre inaccesible. De hecho, hay toda una subcultura gay de sexo público que incluye la emoción por el riesgo de tener actuaciones homosexuales en lugares como parques, baños públicos y estaciones camioneras, donde la excitación erótica aumenta por el temor a ser descubierto y la humillación a quedar expuesto.

El acto de sodomía ya es en sí mismo intrínsecamente masoquista. El sexo anal constituye una violación a nuestro diseño corporal y representa una actividad insalubre y anatómicamente destructiva, una práctica que daña al recto y propicia la diseminación de enfermedades debido a las características frágiles y porosas del tejido rectal. Además, esta práctica sexual humilla y rebaja la dignidad y la masculinidad del hombre.

La evasión de un conflicto subyacente: defensas para evitar el dolor

Existen dos aspectos opuestos en la compulsión de repetición —la reactuación de la distorsión de merecer la humillación, y la reactuación de la ilusión de que esta vez podrá dominar la vergüenza— con los que el cliente se defiende del dolor por el abandono emocional de sus padres.

Un niño cuyos padres hayan estado muy mal sintonizados con sus necesidades más profundas necesitará defenderse de lo que reconoce y verdaderamente está sintiendo, de “la horrible

realidad de lo malo que fue todo” (Stark, 1994a, p. 136).

Esta imperiosa reactuación del drama interno impide que el cliente se duela por aquello que se le negó en el pasado. En esencia, la compulsión de repetición constituye un rechazo a sentir el dolor.

Bloch (1984) reconoce la profundidad del trauma de abandono-aniquilación —el terror a “no ser nada”— y describe la “fantasía del hombre homosexual de estar ‘simplemente siguiendo su propia naturaleza’ y haber ‘nacido así’ para apoyar... la convicción de que su vida dependerá de la preservación de la identidad que ha asumido” (p. 53).

La actuación sexual compulsiva —con sus grandes dramas y promesas infantiles de gratificación— parece adaptarse muy bien como defensa contra los recuerdos de abandono de la infancia. *Si al menos pudiera hacerme de este hombre para sentirme mejor conmigo mismo* no es sino una forma de desviar la atención de la verdadera tragedia de la infancia, caracterizada por un penetrante vacío.

El objetivo terapéutico será mostrarle al cliente la compulsión de repetición, hasta que logre reconocer las ilusiones y las distorsiones inherentes que subyacen a él. Cuando se enfrenten y comprendan las ilusiones y las distorsiones, el cliente podrá a su vez afrontar las limitaciones de sus padres y las pérdidas tempranas del apego.

Basados en nuestra experiencia clínica, observamos que el cliente estará más abierto a abandonar la compulsión de repetición y a enfrentar su dolor cuando vive la pérdida del objeto de amor narcisista. Cuando sus comportamientos de autoderrota son confrontados claramente con la intransigencia de la realidad, la persona estará entonces lo suficientemente preparada para enfrentar las pérdidas del pasado. En momentos como éste solemos descubrir que, enterrada en lo más hondo de sí mismos existe una profunda sensación de vacío y tristeza. Este descubrimiento se convertirá en el comienzo de un productivo trabajo del dolor.

El trabajo del dolor con frecuencia hará surgir recuerdos sobre el padre:

“¿Por qué siento esta pena? Me duele la falta de conexión con los hombres. ¿Qué causa esta división entre mí y los demás hombres? Pienso en papá. Mi papá es un gran hombre, pero no es bueno conectándose emocionalmente. No habla de sentimientos. Me hubiera gustado expresarle lo que hay en mi corazón y que me hubiera escuchado, sabiendo que me había escuchado y comprendido. Papá se cierra; se queda como dormido cuando el tema va por esos rumbos.

Mi hermana también reconoce esto; cree que él no está interesado en ella. Pero está equivocada; es una limitación de papá. Y a todos nos duele esa limitación. A mí en especial me duele esa incapacidad —esa carencia.

Sin embargo, cuando intento evitar el dolor, éste vuelve a aparecer y se interpone de mala manera con todo lo que hago. Cuando me niego a sentirlo, cuando me hundo en la vergüenza, cuando fantaseo y me masturbo, sólo estoy tendiéndome una trampa para sentir más vergüenza. La vergüenza lleva a la depresión, y la depresión a la actuación sexual, que a su

vez genera una mayor sensación de separación de los demás hombres.

Y así el ciclo sigue, y sigue, y sigue”.

Evasión del conflicto a través del derecho narcisista

Un cirujano de 45 años de edad, el Dr. M., nunca había sido reconocido por su padre en el pasado; en lo más profundo de su ser se sentía poco masculino y que no merecía ser amado. Trabajó amistad con un estudiante de medicina de 25 años de edad llamado Connor, al que ofreció oportunidades de carrera inmerecidas en su hospital de enseñanza, siendo que el joven todavía estaba poco preparado, al igual que una serie de costosas “gratificaciones”, por lo que corría el riesgo de perder su propio empleo.

A nivel consciente el Dr. M. sólo esperaba recibir a cambio “un poco de gratitud y aprecio”. En realidad lo que buscaba —empleando el término de Eli Siegel (1971)— era que Connor lo “adorara”.

C: (*irritado y molesto*) Últimamente Connor no me ha prestado nada de atención. Nada. No muestra ningún interés ni preocupación por mí. Sigo volviendo a él, buscándole —incluso humillándome frente a él— pero no consigo nada a cambio.

T: ¿Qué sientes cuando dices eso?

C: Una falta de gratitud y una traición.

T: Sí, pero ¿cuál es la sensación dentro de ti?

C: Me duele.

T: Así es. Permanece ahí.

C: (*profundo suspiro, larga pausa*) Siento una profunda tristeza.

Finalmente, la “profunda tristeza” del Dr. M. resultó no deberse tanto a la incapacidad de Connor para mostrar su gratitud sino, más bien, a su propia incapacidad para cumplir las expectativas narcisistas que había depositado en Connor, quien debía hacerle sentirse bien consigo mismo. La profunda tristeza del Dr. M. se debía al colapso de sus defensas contra una sensación de pérdida mucho mayor —la que subyacía a la reactuación del drama.

Llegado este momento de la sesión, el terapeuta podría empezar a interpretar cuidadosamente la naturaleza narcisista de la relación. Por ejemplo, se le podría preguntar al Dr. M. si Connor le recuerda a alguien de su pasado. Ante esta pregunta el Dr. M. podría sentirse amenazado, llegando incluso a echar mano de sus defensas contra la interpretación al sentirse traicionado por el terapeuta. Sin embargo, en un escenario más favorable, el Dr.

podría abandonar sus ilusiones sobre la capacidad de Connor para hacerle sentir bien consigo mismo, y empezaría a encaminarse hacia una resolución.

De hecho, la actuación homosexual resulta muy atractiva: ofrece un cambio radical del estado afectivo de aflicción, sacando a la persona de su estado de depresión y generando en ella un momento de intensa excitación visceral. Al contar con esta capacidad para resolver el desequilibrio interno, la actuación distrae a la persona de otros asuntos subyacentes más importantes —particularmente, del sano reto del desarrollo que representa aprender a afirmar al verdadero “yo” dotado de género.

Resolviendo la compulsión de repetición

Conforme los clientes avanzan en la terapia, muchas veces alcanzarán a percibir cómo las reactuaciones ritualistas de sus conflictos emocionales están motivadas por la necesidad de dejar las cosas como están —incluso si “dejar las cosas como están” conduce a la autoderrota.

Hay una alternativa más sana a estas actuaciones que le dejan insatisfecho: en lugar de recrear el fracaso traumático, la persona puede establecer relaciones sanas que le brinden la oportunidad de hacer ahora lo que no pudo hacer cuando era niño —es decir, reconocer y realmente dolerse por su pérdida.

Cuando un cliente acepta el hecho de que sus comportamientos indeseados son en efecto una compulsión de repetición, se enfrenta entonces a la realidad de que la felicidad y la plenitud nunca pueden “importarse” de otro ser humano. Reconocer este hecho muchas veces permite al cliente abrirse para realizar el trabajo del dolor necesario.

Una vez habiendo aceptado la realidad traumática de que sus padres nunca le “vieron”, un cliente de 18 años de edad, atrapado en un ciclo repetitivo de actuación sexual admitió (respecto al doloroso trabajo emocional de la terapia), que prefería éste a permanecer atrapado en un ciclo interminable de fantasías sobre otros hombres. “Prefiero llorar”, decía, “que seguir masturbándome”.

Muchos clientes se dan cuenta gracias al trabajo corporal terapéutico de que han estado intentando conectarse con los hombres a través de la autoderrota, misma que los protege e impide que sientan el profundo dolor. A través del contacto erótico con personas del mismo sexo, estos individuos han intentado solventar la necesidad humana, poderosa y natural de saberse amados por otro hombre. Bajo su comportamiento homosexual subyace un *impulso sano* por lograr un apego auténtico.

El reto para estos hombres será abandonar el sueño de que encontrarán a otro hombre que les proveerá la masculinidad de la que carecen. Por el contrario, deben aceptar la afirmación masculina de manera realista, esto es, por medio de la mutualidad y no a través de la idealización.

LA PMS COMO UN IMPULSO REPARATIVO

“Devalúo a todo hombre que no me excite”.

“Cuando transformo a un hombre en un objeto narcisista, lo ‘consumo’. Hacer esto destruye a la gente y me ha destruido a mí”.

A lo largo de mis veinte años de trabajo clínico con hombres con orientación homosexual egodistónica, me he dado cuenta de que la actuación homosexual es una forma de reparación. El concepto general del impulso reparativo se encuentra bien establecido en la literatura. Se trata de un intento inconsciente por resolver un déficit —podría decirse que se trata de un intento por “empatar el marcador”. Aplicando esto en nuestro contexto, lo que el hombre con PMS está intentando reparar a través del comportamiento homoerótico es una serie de necesidades afectivas insatisfechas en relación a su propio sexo (atención, afecto y aprobación), así como los déficits en la identidad de género (Nicolosi, 1991, p. 93).

La actuación homosexual alivia temporalmente los estados estresantes del “yo” que reiteradamente observamos entre nuestros clientes, especialmente el estado vergonzoso del “yo”, que suele estar seguido por un estado de ánimo depresivo que conocemos como la “zona gris”. Para estos hombres, la actuación homosexual representa un intento por restaurar su equilibrio psíquico y así mantener la integridad de la estructura del “yo”. A través del sexo con otros hombres, inconscientemente buscan obtener un estado del “yo” auténtico, asertivo, autónomo y capaz de relacionarse con miembros de su propio género, pero también se dan cuenta de que el sexo con hombres no brinda ninguno de estos elementos, sino que sólo engendra una penetrante sensación de falta de autenticidad y un sentido todavía más profundo de falta de plenitud.

En la siguiente sección consideraremos el comportamiento homosexual como la reparación de tres estados del “yo”: la aserción inhibida, la vergüenza y la zona gris. Además también consideraremos los modos en que la actuación homosexual sirve como una forma de reparación del falso “yo” del “buen tipo”.

La actuación homosexual como reparación de la aserción inhibida

Conforme nuestros clientes empiezan a vivir de una manera más auténtica, descubren en ellos una mayor capacidad para ser asertivos. Vivir en el estado del “yo” auténtico genera en la persona paz, un sentido de posesión personal y una sana capacidad para relacionarse socialmente. Al principio, los clientes podrían confundir la aserción con una forma infantil de actuar. La actuación homosexual es un comportamiento lleno de problemas, un viejo modo inadaptado de ser en el mundo. Pero la aserción sana es muy diferente: forma la base para las relaciones auténticas y de la comunicación directa. Es un modo positivo y adaptativo de aprender nuevas formas de relacionarse, e implica intencionalidad y responsabilidad. Los comportamientos asertivos satisfacen las necesidades de identificación masculina e impulsan al cliente a manejar sus conflictos interpersonales, especialmente los que con frecuencia surgen en su interacción con otros hombres.

El crecimiento en la aserción implica que el cliente comenzará a experimentar nuevos comportamientos que ocasionalmente, incluso, derivarán en actuaciones homosexuales. Algunos hombres abandonan la terapia llegado este momento crucial, y toman la decisión de abrazar la identidad gay como “lo que realmente son”, en el más profundo y esencial sentido de ser.¹

Pero para aquellos hombres que estén profundamente convencidos de que la PMS no representa lo que son, la decisión de ser asertivos acabará tomando una forma distinta: una negación deliberada, una determinación personal y voluntaria de abstenerse de las actuaciones homosexuales con otros hombres.

Aserción versus actuación

Dada la excitación que produce la transgresión, nuestros clientes suelen sentir una falsa vitalidad al tener sexo con otros hombres, pues intuitivamente perciben que hay una inadaptación en sus vidas. Su actuación es compulsiva, estereotípica y repetitiva; representa un intento improductivo por resolver un conflicto intrapsíquico —siendo más frecuente el conflicto entre el amor y el miedo que se relaciona con los recuerdos sobre la figura del padre. Sus impulsos hacia el mismo sexo constituyen un intento por conectarse con su propio “yo” libre, expresivo, espontáneo y dotado de género.

El objetivo de este impulso es “reparativo” en tanto que su meta es la afirmación de género: el hombre se esfuerza por ser “visto” por otros hombres como un hombre atractivo. No obstante, este comportamiento nunca resuelve el conflicto original e incluso puede generar mayor malestar.

Tanto la aserción como la actuación homosexuales poseen una energía, una vitalidad, una “sensación de estar vivo”. La vitalidad de la aserción resuena profundamente, está conectada a las relaciones, tiene una gran duración y es transformadora. Por su parte, la energía de la actuación homosexual cuenta con una intensidad similar, pero es superficial y de corta duración.

La actuación homosexual una reacción contra el falso yo (“reparación del rol”)

Ningún hombre puede vivir perpetuamente en el falso “yo” bajo el papel del “buen tipo”, por el simple hecho de que se trata de una forma reprimida, no auténtica e inhibida del “yo” con la que se presenta al mundo. En un esfuerzo por liberarse de este rol, muchas veces vivirán una doble vida siendo rebeldes, escandalosos, traviosos, ofensivos y realizando actos sexuales que transgredan la ley. Existe un deseo reprimido de liberación y de rebeldía — una oportunidad para ser transgresores, extravagantes y “libres”.

La presencia del peligro añade excitación a las actuaciones homosexuales. Esto significa que en ocasiones el hombre permitirá (e incluso activamente buscará) la exposición al virus del VIH. Esto explica en parte la subcultura gay dedicada al “barebacking” (relaciones sexuales “a pelo”/sin protección) con compañeros VIH positivos. En otros casos, el hombre buscará tener sexo en lugares semi-públicos, como baños o parques, donde existe el riesgo de ser sorprendido y arrestado. En una ocasión un cliente, un abogado corporativo en apariencia conservador, describió esta emoción de la siguiente manera:

“La posibilidad de ser descubierto haciendo algo ‘travieso’, riesgoso e ilícito. En esos momentos siento una inyección de adrenalina... ‘¡Jódete, mundo!’ Me da energía, me da sentido... me siento vivo.

Es algo que te da poder, es poderoso —‘¡Vete al diablo, es mi vida!’ Sí... realmente es como un berrinche”.

Un estudiante de 21 años de edad, quien reportaba sentirse intimidado por los hombres heterosexuales en la universidad, intentaba explicar sus contactos sexuales anónimos de la siguiente manera:

“Mis hazañas sexuales eran como, ‘¿Sabes qué?... yo puedo ser como los tipos malos. Puedo tener heridas de guerra. He estado ahí, y puedo contarles historias de primera mano’. Es como estar presumiendo con mis amigos, ‘He hecho esto y aquello. Tengo algo de qué hablar’, es como decir: ‘¡Aquí estoy!’ ”.

Un tranquilo hombre de negocios, tras regresar de unas vacaciones en Ámsterdam, narraba que había estado explorando el escenario gay en Europa y que había estado teniendo actuaciones homosexuales. Explicó sus motivaciones de la siguiente manera:

“Quería sentir que podía salir y hacer lo que quisiera. Quería sentirme independiente. Puedo tomar mis propias decisiones, puedo estar abierto a lo que sea. Puedo analizar las cosas y decidir yo mismo... ir a explorar y sentir mi propio poder.

Después de todo, mi poder para decir ‘no’ debe de partir de mi libertad para decir ‘sí’ ”.

¿Hasta qué punto la actuación homosexual de este hombre era un verdadero esfuerzo por “explorar su propio poder” a través de su aserción personal? O en este caso, ¿fue simplemente una racionalización para retroceder en el proceso terapéutico? A continuación revisaremos una posible vía para la exploración terapéutica.

La actuación homosexual como una reparación de la estima (una reacción contra la vergüenza)

La vergüenza es una espada de dos filos; escinde a la persona de sí mismo y de los demás. El “yo” avergonzado cree ser defectuoso, insignificante y que no vale nada. Como una forma de reparación narcisista, el sexo gay parece ofrecer un alivio a esta autoevaluación negativa a través de la atención, admiración y reafirmación masculinas. Promete que proveerá:

- la reparación de una masculinidad venida a menos,
- contacto íntimo para reafirmarse contra el característico aislamiento de la experiencia vergonzosa,
- atención especial —un reflejo narcisista de su identidad que mitiga los sentimientos ocultos de ser defectuoso e insignificante, y
- la reafirmación de que verdaderamente posee un cuerpo masculino valioso.

Sin embargo, es inevitable que estas promesas no logren liberarlo. Un cliente de 21 años describía su obsesión por los cuerpos masculinos en la pornografía gay:

“Siempre me he preguntado por qué todas estas distracciones no me satisfacen. Todo el poder de la fantasía no me es suficiente. Todo lo que busco, todo lo que hago, es para mantenerme alejado de sentirme inadecuado, para no sentirme como si no fuera nada.

El placer vacío de la pornografía es como el de cualquier otra anestesia; sólo opaca la vida. Sus raíces escarban en la oscuridad. Es un placer que me aleja de la vida [con] el abandono de las relaciones.

Lo que me impulsa a hacerlo es un vacío interior, un vacío que proviene de mi propia condena. El placer del porno vence temporalmente esa condena”.

La actuación homosexual como una reacción contra la zona gris

Al lograr que el individuo se sienta vivo, excitado, conectado y estimulado, la actividad homosexual promete una dosis de sensaciones viscerales, una “inyección” de excitación primitiva que rescate al hombre y lo saque de su estado de impotencia, del “apagón” depresivo en el que se encuentra cuando permanece en la zona gris:

“Estoy tan acostumbrado a cubrir mi tristeza con la excitación sexual que, cuando me siento triste, sé que la excitación está a la vuelta de la esquina. He usado la masturbación desde que era niño. Llegaba [a hacerlo] tres veces al día, para no sentirme como un perdedor, para no sentirme débil y triste”.

La zona gris parece un estado “muerto” a nivel emocional, pero bajo su superficie en realidad es un lugar de profunda desesperación y, en este sentido, la zona gris representa un estado de pseudo-dolor. Las defensas maniacas se disparan ante la anticipación de una gran desesperación, e incluyen todas aquellas formas de actividad homosexual a las que nuestros clientes más desean resistirse.

Como un hombre explicaba, “Si tomara mi tristeza y la acercara a mi pecho, creo que me absorbería, que me consumiría”. Por esta razón la persona acaba desahogando su tristeza por medio de la actuación sexual.

La vergüenza y la abdicación del género

El momento vergonzoso

El momento vergonzoso es una situación de conflicto entre dos impulsos encontrados —la aserción del “yo” dotado de género y la vergüenza por no poder lograr dicha aserción. Se trata de una colisión entre un afecto vital que choca con un efecto inhibitorio. Se siente como, *No puedo explicármelo, y nadie me va a entender; nunca podré ganar.* La persona queda congelada, paralizada, es incapaz de defenderse contra una injusticia inarticulada que le abruma y, como resultado, su aserción colapsa.

Un cliente lo describía como “ese miedo palpable que me impide conectarme con otros. Estoy completamente estático e insensible, mi mente se pone en blanco, y simplemente recibo el abuso”.

El doble dilema y el origen de la vergüenza

La vergüenza no es una “emoción”, ya que emoción significa “mover” o “poner en movimiento”; más bien, se trata de una contra-emoción, un inhibidor del afecto. Para los hombres con PMS, la vergüenza es la cuña que separa a la identidad de género de la totalidad de la persona, lo que resulta es un “yo” que no está completamente identificado con la masculinidad y que, en definitiva, es un falso “yo”.

Los niños que crecieron en una familia triádica-narcisista muchas veces quedaron atrapados en una estructura de comunicación que conocemos como “el doble dilema”, caracterizado por la afirmación “no podrás ganar”. Si el niño asume la responsabilidad de no sentirse amado *por lo que realmente es*, los padres le recompensarán con algo parecido al amor y atención parentales. Ésta es precisamente la naturaleza de la vergüenza —asumir la responsabilidad de no haberse sentido amado —es decir, aceptar que *no soy digno de ser amado*. Por otro lado, si el niño se mantiene firme en su postura asertiva, aferrado a la integridad de su propia percepción y estados internos, se le castigará con la negligencia y el distanciamiento de los padres.

Para comprender la profunda gravedad de esta elección, necesitamos entender a qué nos referimos cuando hablamos del amor bien intencionado pero mal sintonizado de los padres. Cuando se es muy pequeño, la falta de sintonización de los padres se vive como una especie de expulsión: un rechazo que se experimenta como un abandono sin remedio. Si el niño opta por afirmar su propia percepción, el precio que pagará será el de la confrontación del miedo primordial del abandono-aniquilación.

Abandono-aniquilación

En esencia, la vergüenza se refiere a no ser visto, en tornarse inexistente o invisible. Como un hombre lo expresaba, “En ese momento podía desaparecer y esconderme bajo una roca”. En el dialecto del sur de Italia, la palabra vergüenza, *scomparire*, significa literalmente “desaparecer”. En efecto, la vergüenza es una “muerte afectiva” del “yo”.

Un hombre de 28 años de edad admitía que, “Cuando era niño, sentía que no pertenecía a mi familia. Tengo algunos recuerdos de sonrisas, miradas de desprecio y descrédito. Traté de entenderlo. Pensaba, *¿qué hice?, ¿fue algo en mi comportamiento?, ¿tuvo que ver con cómo me veo?*”

Los estudios de campo realizados con lobos revelan la función social de la vergüenza. La aceptación de un lobo en la manada es esencial para la supervivencia de cada individuo, pues su expulsión del grupo equivale casi inevitablemente a la muerte. El lobo expulsado presenta una postura de escabullida y cobardía, en un intento por ser readmitido en la manada. Dicho comportamiento recuerda de manera impresionante a la experiencia encarnada por nuestros propios clientes durante el momento vergonzoso, cuando dejan caer los hombros y su cuerpecolapsa.

Autoacusación

Muchos clientes afirman haber recibido mensajes como “tú no perteneces entre nosotros porque estás mal, eres defectuoso, débil, estás dañado” y otros semejantes. La reintegración a la familia implicará la aceptación del mensaje “Tú no estás calificado para ser masculino”. Dicha percepción resultará en una devastación emocional de larga duración, donde la persona asumirá la responsabilidad y se considerará merecedora de la humillación. La tristeza y el enojo se invertirán en el niño, quién tomará sobre sus hombros la responsabilidad del abandono emocional de sus padres. Consecuentemente, el niño estará enojado consigo mismo y sentirá tristeza por sus padres.

Paradójicamente, aceptar la responsabilidad de no sentirse amado confiere al niño cierto sentido de poder y de control, pues la persona avergonzada asume ahora su culpabilidad ante la amenaza de la expulsión. Siendo “el avergonzado”, el niño posee un lugar particular, un lugar propio. En vez de optar por la alternativa de sentirse aniquilado, asume el papel “que le corresponde”, el rol del “niño bueno” sin género. Al reprimir el dolor y asumir la responsabilidad de no ser digno de ser amado, el niño evita la muerte psíquica del trauma de abandono-aniquilación.

De esta manera, la vergüenza preserva la relación del niño con sus padres, desviando su tristeza hacia ellos y dirigiendo su ira contra sí mismo. Su “yo” avergonzado” implícitamente reconocido es preservado dentro del sistema familiar patológico.

La vergüenza tiene otra importante función: preserva la relación con el padre y mantiene viva la falsa esperanza de que si persevera lo suficiente, algún día su padre lo verá, entrará en sintonía con él y lo amará por lo que realmente es. El hijo conserva la esperanza de que si gratifica las expectativas narcisistas que la familia tiene de él, manteniéndose en el lugar que se la ha asignado como “el avergonzado”, algún día le concederán lo que realmente necesita.

La vergüenza es una defensa contra el dolor del abandono que se percibe como un vacío interior. Como un cliente lo explicaba, “Hay un sensación de vacío dentro de mí que solía llenar con vergüenza”. Solemos escuchar la frase “lleno” de vergüenza, que sugiere cuál es efectivamente su función. Sin embargo, sólo hasta que el cliente abandone la defensa de la vergüenza será entonces capaz de experimentar plenamente el impacto de la pérdida, de ese “vacío” interior.

La falta de respuesta de los padres ante los esfuerzos del niño por conseguir el género

De hecho, los clientes muchas veces no pueden recordar un mensaje explícitamente negativo de sus padres ante sus esfuerzos por conseguir el género. No obstante, muchos recuerdan una falta de respuesta implícita que de manera sutil transmitía un mensaje desalentador sobre su individuación masculina.

La mayoría de las personas tienen dificultad para entender cómo una persona puede sentir vergüenza cuando otras personas no les han hecho nada —si lo único que ofrecieron fue una falta de respuesta. Para que lo comprendan les hago la siguiente pregunta: “¿Alguna vez han contado un chiste y nadie se rió?”

Ante la decisión entre seguir su impulso biológicamente cimentado y ser un individuo auténtico, separado y dotado de género o, por el contrario, alimentar las experiencias que le generan vergüenza por la falta de respuesta de los padres ante sus impulsos biológicos, el niño que se vuelve homosexual ha elegido la segunda opción. La inminente amenaza de ser expulsado de la manada le ha

forzado a aceptar el mensaje de que es defectuoso.

La falta de respuesta de algunos padres tomó la forma de una constante incapacidad para defender a su hijo temperamentalmente sensible del asedio de un hermano mayor o de sus compañeros, algo que el niño interpretará como abandono emocional.

Ejemplo de vergüenza anticipada ante la ambición masculina

En miras de una visita a su hogar, un cliente de 23 años de edad expresaba su deseo de pasar tiempo con su hermano mayor. Como preparación para dicha visita, invité al cliente a que diseñara un plan para lograr su objetivo. Estaba ilusionado, imaginando cuánto disfrutarían pasar tiempo juntos montando en bicicleta y saliendo a la montaña para pasar ahí todo el día. Continuando con su fantasía, se imaginaba cómo su madre, quien le consideraba su hijo “especial”, no aprobaría nada de esto en cuanto regresaran a casa:

“Dirá, [imitando una voz condescendiente] ‘¡Oh!, ¿se la pasaron bien, chicos?’ Estará sonriendo, pero sabré que ella no está de acuerdo, como si yo hubiera hecho algo malo. Violé algo entre nosotros...”

Ahí es cuando quiero regresar a mi “yo” que desafía lo gay y ‘que puede permanecer parado por sí mismo’ ”.

El dominio de la vergüenza se deriva de la aceptación irreflexiva de la sentencia “soy ‘avergonzable’ ”. El individuo asume la responsabilidad por su situación, y esencialmente se está culpando a sí mismo por no merecer filiación alguna. Como un hombre de 45 años confesaba, “Soy rechazado porque soy rechazable. No soy amado porque no soy digno de ser amado”. Se trata de una estrategia que extingue el deseo de ser auténticamente asertivo con uno mismo.

Muchos clientes, ya siendo adultos, se sienten muy avergonzados por este deseo de recibir atención, afecto y aprobación masculinas —y admiten en terapia que se sienten débiles, defectuosos, locos, estúpidos, o simplemente mal por el hecho de desearlo. Como un hombre dijera, “Reconozco mi necesidad de afirmación por un hombre, pero el hecho de *buscarla* me parece tan débil”.

La vergüenza anticipada se genera desde el interior, aunque al cliente le parezca que provenga de “afuera”. Aquí, el terapeuta hace ver al cliente que esta distorsión castigadora representa al padre crítico interiorizado, el que el propio cliente ha creado a través de la identificación proyectiva. En pocas palabras, dicho hombre estará haciéndose a sí mismo lo que percibió que sus padres y compañeros le hicieron. Permanecerá latente el miedo a un reproche devastador. Bajo la superficie siempre encontraremos a un niño listo para ser castigado.

La postura vergonzosa: preparándose para el siguiente momento vergonzoso

La postura vergonzosa representa una actitud ante el mundo en la que la persona se mantiene siempre preparada para la siguiente colisión entre su aserción y la vergüenza. Es un estado en el que la persona se mantiene en constante vigilancia, pues repentina e inesperadamente puede transformarse en “objeto de desprecio” en cuanto se exprese espontánea e inocentemente. Es así como asume la postura vergonzosa, anticipándose a “ser abofeteado” por una nueva humillación.

Un hombre lo describía así:

“No siento que me relacione con personas, sino con jueces negativos llenos de pensamientos viles contra mí. Pienso: ‘Sí, están en lo cierto; soy un fracasado, un perdedor... débil, falso, estúpido, defectuoso, raro, ‘joto’, ‘maricón’, ‘poco hombre’. Vivo con el miedo de que alguien descubra que soy falso. Siempre estoy anticipando el rechazo, pero cuando finalmente llega parece como si nunca estuviera listo”.

Otro hombre describía su vergüenza anticipada de la siguiente manera:

“Es como una sensación interna de que no merezco ser amado. De alguna forma estoy expresando una súplica tácita: ‘Por favor, no hagas nada que me recuerde que no merezco ser amado. De hecho, si quieres ser mi amigo, tendrás que esforzarte por mantenerme distraído de esa verdad’ ”.

Esta postura anticipatoria frente a la vergüenza también se observa literalmente como una postura a nivel corporal, ya que puede apreciarse en el cuerpo de la persona que la está experimentando. Muchos clientes presentan una postura corporal sumisa, cauta y de abajamiento. En contraste, algunos hombres identificados como gay adoptan una postura exagerada, exuberante y vistosa como reacción contra su propia vergüenza.

Un estilo de vida oculto

Esta constante vigilancia crea un estilo de vida oculto, de evitación, alejamiento y pasividad. En el contexto clínico hemos observado que la vergüenza anticipatoria puede volverse tan intensa que incluso se asemeje mucho a una paranoia, pues el cliente puede llegar a la temerosa convicción de que otra persona tiene el poder de poner a todos en su contra. Por ello asume que no puede defenderse contra la infamia.

La omnipotencia que el individuo proyecta sobre los demás destruye toda esperanza de poder impactar directamente sobre otros —en otras palabras, el “otro ofendido” se vuelve omnipotente. Este hombre se siente como si todavía fuera un niño en un mundo de adultos, sin tener la capacidad para influir directamente en las opiniones de los demás. Ahora bien, las asociaciones del pasado que operan en la anticipación vergonzosa suelen remontarse a la adolescencia temprana, cuando un compañero abusador hizo que los demás niños se volvieran contra él, e incluso antes, en el caso de una madre “omnipotente” que controlaba las opiniones de los demás miembros de la familia y los volvía contra él o bien impedía que lo defendieran.

Si bien los niños sienten vergüenza por una amplia gama de comportamientos, el niño prehomosexual de alguna manera se siente avergonzado por desear el apego con su padre — avergonzado por exponer sus ambiciones masculinas. Si se trata de un niño particularmente sensible, habrá sentido vergüenza por desear las necesidades emocionales que se asocian con la vinculación masculina —es decir, sintió que no merecía las tres “A’s” de la atención, el afecto y la aprobación. En muchas ocasiones su aserción masculina violó la estabilidad “especial” que existía en la relación madre-hijo. Cualquiera que sea la fuente de la vergüenza, el resultado final será que el niño abandone su verdadero “yo” dotado de género.

Ningún niño puede simplemente “tomar” la masculinidad de su padre. La masculinidad sólo puede ser ofrecida, otorgada; como diría Leanne Payne, el padre “bendice” a su hijo con su masculinidad.

Sin embargo, aunque el niño perciba que de algún modo la masculinidad le ha sido negada, ésta no es la única razón por la que sufre. El mundo ha hecho sentir a estos clientes como si no fueran “nada” en cuanto mostraron su anhelo por ingresar al mundo de los hombres. El trágico resultado será que el niño se unirá al resto del mundo y se pondrá de su lado contra esa parte de sí mismo que quería ser hombre.

El niño prehomosexual evoluciona y crea un sistema intrapsíquico dirigido contra sí mismo. El afecto original de *vitalidad*, manifestado a través del deseo de relacionarse con los demás hombres, disparará un afecto *inhibitorio* de vergüenza. El resultado es un tremendo colapso y la inhibición crónica de las oportunidades subsecuentes de apego masculino.

La comprensión de este desenvolvimiento ayuda a explicar los rasgos clínicos asociados a la PMS —esto es, una inusual sensibilidad a la vergüenza y rasgos de personalidad sugestivos de narcisismo. La vergüenza y el narcisismo son dos lados de la misma moneda —donde hay narcisismo, hay vergüenza, y donde hay vergüenza, hay narcisismo. En el caso de nuestros clientes, la actuación homosexual les defiende de la vergüenza que experimentan al percibir su inferioridad masculina.

De hecho, podríamos considerar la vergüenza como si se tratara de un “cuchillo” que escinde al “yo” y lo separa de los aspectos que repudia del género. La actuación homosexual es un intento por sanar la herida de este fragmento mutilado a través de la fusión con otro hombre. El principal reto en la transición para salir de la PMS es enfrentar la ilusión de que la vergüenza de género podrá resolverse a través de la actuación homosexual.

Narcisismo: orgullo y autodesprecio

En una ocasión un cliente me decía: “Mi madre siempre me hizo sentir como si yo fuera de alguna manera ‘especial’. Pero no sé por qué ni ‘en qué’ yo era especial”. La función narcisista de la atracción al mismo sexo queda ilustrada en las siguientes palabras, extraídas de un programa televisivo gay donde dos personajes hablan sobre un hombre atractivo. Un hombre gay le dice al otro: “Me sentí tan atraído por él que o bien debía *ser* él, o bien debía *tenerlo*”.

La fase de identidad de género, como todas las demás etapas del desarrollo del niño, incluye el surgimiento de una ambición por ser competente. Esta ambición biológicamente dirigida está acompañada por una inversión narcisista por obtener el género, y que implica una mayor vulnerabilidad a la humillación en caso de fallar. La identificarse del ego con el dominio del género hace que el niño sea más sensible a la vergüenza.

El comportamiento narcisista del individuo incluye la manipulación de las variables externas para poder reafirmarse a sí mismo contra la vergüenza. La vergüenza es el “lado oscuro del narcisismo” (Morrison, 1989), y se caracteriza por sentimientos que oscilan del orgullo al autodesprecio. “El orgullo y el odio a uno mismo se pertenecen mutuamente y son inseparables; son dos expresiones de un mismo proceso” (Horney, 1945).

El desorden de la personalidad narcisista, afirma Schore (1991), está caracterizado por una

capacidad insuficiente para regular la vergüenza. H. B. Lewis (1980) también observa que la personalidad narcisista sufre por la vergüenza, y Adler (1969) describe el complejo de superioridad narcisista como una manera de compensar el complejo de inferioridad. Como un cliente explicaba:

“Recuerdo haber estado viendo a los demás niños y pensar, ‘¡Oh, soy mucho más guapo que ellos! Y también son unos idiotas’.

Cuando veía a un hombre más guapo que yo, me enojaba. Tenía que llamar su atención a como diera lugar. No se trataba de ellos, sino de mí. Siempre es sobre mí. ¡Soy tan vanidoso! Toda mi vida gira en torno a cómo me veo y a ser el ‘guapo’ de la habitación. Mi narcisismo invade todos los aspectos de mi vida; llena toda esquina y grieta... me controla.

Estoy enojado por lo preocupado que estoy por mí mismo. Ésta ha sido la gran distracción y ruina de mi vida”.

Entablando amistades masculinas: un reto para la vergüenza y el narcisismo

Un cliente en una ocasión me dijo: “Cuando estoy con otros hombres ellos parecen estar tan a gusto, pero yo me siento como si me hubieran dejado encerrado afuera. Actúo como si estuviera ‘con’ ellos, pero en realidad sólo estoy actuando”.

Al relacionarse con otros hombres, el primer obstáculo con el que se encontrará el hombre que lucha con PMS será cómo salir de la postura narcisista de vergüenza anticipatoria. Debe renunciar al falso “yo” del buen tipo, y mantenerse en el verdadero “yo”. Si permanece en el estado asertivo del “yo”, podrá lograr el apego e identificación del género.

El terapeuta deberá atender de cerca la tendencia del cliente a oscilar entre los extremos del auto-envilecimiento y la grandiosidad, para que desarrolle una percepción realista de su “yo” en relación con los demás. Dicho de manera simple, *la tarea del terapeuta será ver al hombre como una persona real mientras éste al mismo tiempo se vea a sí mismo como una persona real.*

Muchos clientes comienzan a crear relaciones masculinas con expectativas exageradas y marcadas por grandes idealizaciones e infatuaciones. No están listos para reconocer estas distorsiones hasta que experimentan una decepción dolorosa. En ese momento las ilusiones se hacen añicos, y el hombre se ve forzado a ver con mayor honestidad la estructura de la amistad.

Como C. S. Lewis explica en su libro *The Four Loves* (Los cuatro amores), “Los que no pueden concebir la amistad como un amor sustantivo, sino sólo como un disfraz o un elaboración del eros, dejan traslucir el hecho de que nunca han tenido un amigo” (1960, p. 61).

La siguiente transcripción muestra el diálogo con un hombre de 28 años que enfrentaba algunas realidades dolorosas sobre su relación con Jack, con quien había tenido la esperanza de entablar amistad:

C: Jack me ha estado evitando. Dice que soy demasiado sensible —que soy muy intenso. Me duele darme cuenta de que mi desesperación lo ha alejado de mí. Genero estas relaciones con la fantasía de que llenarán mi vacío. No tengo remedio; voy a sentirme así por el resto de mi

vida. Soy un pedazo de mierda. No voy a encontrar eso en ningún lugar.

T: ¿Cómo te sientes ahora que estás diciendo eso?

C: Solo. Asustado, herido y (*con un profundo suspiro*) extraño a Jack.

T: Éste es un proceso para dolerse y renunciar a la ilusión de que Jack podrá satisfacer todas tus necesidades. Significa que puedas ver y aceptar a Jack como un individuo, como quien realmente es.

C: Sí, sin intentar hacerlo a mi manera, sin convertirlo en algo que me satisfaga. Yo moldeo estas relaciones. Ingenio cómo debe ser nuestra interacción, pero luego nunca salen las cosas como yo esperaba.

T: (*volviendo a sus sentimientos*) ¿Cómo te sientes en este momento respecto a Jack?

C: Es una relación fantasiosa. No puede ser como me gustaría que fuera. Incluso cuando la relación es buena, nunca es *suficientemente* buena. Lo que quiero es su eterna devoción, pero no tiene ni idea de lo que realmente quiero, y sufro por eso.

T: Sí... se trata de tu propio sufrimiento.

C: Sí, lo sé. Pero nadie jamás podrá llenar ese vacío. Siempre he vivido con la esperanza de que alguien aparecerá y me hará feliz. Antes me empeñaba obsesivamente en planear cómo lograr tener contacto con ciertos tipos, pasando de uno que había elegido al siguiente, tratando de llenar este vacío. Pero siempre tenía la sensación de fondo de que *esto no me va a funcionar*. Necesito aprender a crear amistades que no estén dirigidas a "arreglarme".

T: ¿Cuál es el sentimiento justo ahora que estás diciendo eso?

(*El cliente sabe exactamente lo que está pasando, pero realmente no está sintiendo lo que sus palabras implican*).

C: Un miedo y un terror sobre el futuro... luego regreso al enojo que tengo que cargar siempre conmigo.

T: ¿Con quién estás enojado?

C: Con papá... (*pensando*) y Dios. (*larga pausa, luego de repente dice*) Tengo un recuerdo que he querido mencionar pero me había olvidado de mencionarlo. Hay algo sobre él que me mueve. Conservo un recuerdo de tercer grado, cuando tenía unos 7 u 8 años, de estar acostado en el pasto viendo a mi padre podando el césped. Estaba sin camisa. Esperaba que me viera y viniera a mí. Evidentemente nunca lo hizo. Siento un poco de excitación sexual cuando recuerdo esto.

T: ¿Cómo te estás sintiendo al decírmelo?

C: Avergonzado.

T: Probablemente esa sea la razón por la que se te ha estado olvidando decírmelo.

C: (*ligera risa*) Sí. Sólo quería conectarme con mi papá, y he estado tramando maneras de conectarme con hombres como él desde hace 30 años. Nunca en toda mi vida he tenido una relación sana. He gastado gran parte de mi vida buscando el siguiente momento de excitación: *Oh, dentro de cinco días voy a estar con...* pon el nombre de cualquier tipo.

T: ¿Qué estás sintiendo?

C: Estoy asustado. (*pausa*) Tengo pánico. ¿A quién podré encontrar que me haga sentir bien?

T: Esas son ideas. ¿Cuál es el sentimiento?, ¿dónde lo sientes?

C: (*respiración profunda, pausa*) Alrededor de mis ojos. Están pesados. Hay una tensión en mi cara. Cuando tengo la mente clara, veo que el precio es muy alto, pero cuando estoy débil, pienso que no me importa —que pagaré cualquier precio.

T: Vamos a quedarnos con "pesado alrededor de los ojos".

C: Es tristeza (*pausa*)... sí, tristeza.

T: ¿Dónde?

C: ¿Además de la tensión en mi cara? (*pausa*)... en mi pecho.

T: (*espera*)

C: (*parece perdido y vago*) En todos lados, supongo.

(*El terapeuta sospecha que el cliente se está alejando de su cuerpo*).

T: Volvamos a tu pecho. ¿Cómo se siente la tristeza en tu pecho?

C: Como una bola dura en mi plexo solar.

T: Sí, quédate con eso.

C: (*larga pausa, el cliente parece atorado*)

T: ¿Una bola grande o pequeña?

C: Pequeña... dura... y oscura. Negra. (*apuntando al centro de su pecho*)

T: Sí. Vamos a quedarnos con eso.

C: Es como un lugar hueco, vacío y negro justo ahí.

T: (*espera*)

C: (*considerándolo seriamente*)... Sí. Realmente negro. Grande, vacío, cayendo, pesado. (*El cliente se queda muy quieto*).

T: ¿Cuándo has tenido antes esta misma sensación de estar cayendo, hundiéndote?

C: (*en voz baja*) Toda mi vida. Cuando el niño de la casa de al lado me invitaba a su casa y entonces “jugábamos” en su cuarto. Después regresaba a casa, y me sentía sucio, atascado con el mismo viejo sentimiento de estar “vacío y solo”.

El trabajo que este cliente tendrá para entablar amistades mutuas será arduo, precisamente por sus intensos deseos frustrados de gran cercanía que están en conflicto con su miedo todavía mayor al rechazo. Considera sus opciones como si existieran exclusivamente dos extremos —el abandono o acabar enredado con alguien. Muchos de nuestros clientes, habiendo vivido esta dicotomía previamente en la relación con sus madres, tienden a pensar en estos mismos términos absolutos de “o esto, o aquello”.

En este momento se requiere de la psico-educación para aclarar que la “intimidad instantánea” no es la vía para entablar amistades con otros hombres; simplemente no es realista. Más bien, en este momento le explico al cliente que la amistad debe desarrollarse por fases, progresivamente, a través del tiempo. Se lo explico a través de un modelo de dos círculos concéntricos. En el centro del círculo observamos al cliente con uno o tres amigos íntimos, mientras que en el círculo externo se encuentran seis u ocho amigos casuales. Le explico a continuación que del grupo de amigos casuales puede esperar que gradualmente vayan surgiendo algunas amistades íntimas —pero que no se darán instantáneamente ni tampoco podrán ser forzadas. Este modelo general de trabajo reduce la ansiedad del cliente y le permitirá enfocarse en un plan de acción realista para crear relaciones más sanas con otros hombres.

Eros versus philia: de la vergüenza a la aserción

La terapia reparativa distingue dos maneras diferentes de relacionarse con otros hombres: a través del *eros*, el modo sexual o erótico, y a través de la *philia*, la variante de hermanos o fraternal. Esta distinción puede comprenderse mejor desde un contexto más amplio, es decir, a partir del contraste entre vivir desde una postura dominada por la vergüenza o bien permanecer en un estado de aserción

sana.

Cuando se le sugiere esta idea, el cliente puede reconocer fácilmente que cuando se siente bien consigo mismo su atracción homosexual disminuye. Tal vez ya sospechaba esta relación inversa antes de comenzar la terapia, pero nunca la había considerado seriamente. En una ocasión me topé con el raro caso de un joven de 15 años de edad que conocía la diferencia. Cuando le sugerí que comenzará una amistad con un niño de la escuela al que sexualizaba, rápidamente replicó, “¡No, porque entonces ya no me atraerá!”.

Se logran avances significativos cuando el cliente se percató de que su atracción homosexual está principalmente determinada *no por el atractivo de los demás hombres*, sino por el modo en que *él se siente consigo mismo*. Descubre que los episodios de atracción homosexual surgen por su tendencia a relacionarse con los otros hombres no como iguales, sino desde la postura vergonzosa. Por ende, cuando se relacione con otros hombres desde el estado asertivo del “yo”, sus intereses homoeróticos serán nulos o insignificantes.

Al realizar la conexión entre su sensación potenciada de masculinidad y la consecuente disminución de su atracción al mismo sexo, un cliente reportó la siguiente experiencia: “Me doy cuenta de que cuando me siento seguro sobre mi masculinidad no estoy operando a través de mi ‘scanner permanente’: ya sabes, esa especie de modo de crucero con el que constantemente evaluo visualmente a otros tipos. Cuando me siento bien, ni siquiera estoy pensando en eso”.

Otro cliente describía la misma experiencia con mayor detalle:

C: El sábado por la noche me invitaron a una fiesta. Había ahí tres tipos que se veían bastante bien. Sentí cierta atracción. Hablaron un poco conmigo, pero me sentí incómodo. No sabía qué decir. Me fui de la fiesta temprano y ni siquiera terminé mi bebida.

T: (*asiente con la cabeza*)

C: Al día siguiente fui a caminar con cinco tipos que habían estado en la fiesta. Estuvimos hablando por horas, incluso cruzamos un río y fuimos a una casa de mineros abandonada, y también fuimos a nadar a un lago. Después caminamos de regreso. Me sentí totalmente como uno de ellos.

T: Dime, de las dos experiencias —la de la fiesta del sábado por la noche y la caminata el domingo con tus amigos— ¿cuándo fueron más intensos tus sentimientos homosexuales?

C: Durante todo el día que estuvimos en la caminata no sentí nada en lo absoluto. Pero (*risa penosa*), tras irme de la fiesta el sábado entré a internet a buscar páginas porno.

Otro ejemplo de la transición de *eros* a *philia* es el de un estudiante universitario de 21 años que había sentido una fuerte atracción sexual por otro estudiante, pero quien cultivó cuidadosamente una amistad con él. Conforme la amistad fue creciendo y volviéndose más profunda, el cliente empezó a sentirse menos ansioso. Podía reconocer que su amigo era efectivamente atractivo, pero no se sentía excitado sexualmente por él.

Contaba que en una ocasión: “Estábamos sentados en el césped y estaba viendo bajo camisa, cuando me percaté de su pecho velludo, que siempre me prende. Pero no me pude excitar porque estaba hablando con él”. A través de su conversación, donde se manifestaban la mutualidad y la aserción, el cliente se estaba relacionando desde una postura sana y se sentía como un igual aceptado, lo que

eliminó la dimensión sexual.

Un hombre de 28 años de edad describía su experiencia interna del paso del *eros* a la *philia*, oscilando de la vergüenza a la aserción mientras se bañaba con dos amigos en el gimnasio.

C: Me he hecho amigo de dos tipos atractivos que viven en mi edificio de departamentos. Son heterosexuales y muy amistosos. Además, ellos también son socios de un club deportivo al que pertenecemos y al cual asistimos a la hora de la comida. Son realmente guapos, pero cuando estoy con ellos en la ducha no siento excitación. Mientras los tres estamos charlando no hay nada que me excite, nada absolutamente.

T: ¿Y por qué piensas que pasa eso?

C: No lo sé... tal vez porque estamos hablando.

T: ¿Qué tiene que ver que estén hablando?

C: Sólo siento que me estoy relacionando de manera diferente y que simplemente no tiene por qué convertirse en un problema. (*pausa*) Pero de vez en cuando tomo una “foto instantánea”.

T: ¿Una qué?

C: Ya sabes, como una foto instantánea; una mirada, una imagen que pueda recordar para usarla después.

T: Una imagen sexual que puedas utilizar después. ¿Para masturbarte?

C: Bueno, sí.

T: OK., vamos a pensar en lo siguiente. Cuando tomaste esa foto “instantánea”, ¿estabas relacionándote con ellos?, ¿estabas conectado con estos tipos?

C: No. Claramente me había desconectado.

T: Básicamente tenías que salirte de la conversación —aunque fuera por tan sólo un instante— para poder tomar tu instantánea.

C: Sí, y luego regresaba a mi verdadero “yo” y volvía a conectar emocionalmente con ellos, convirtiéndolos así nuevamente en simples “tipos”, si bien eran tipos atractivos.

T: Claro. ¿Pero te sientes sexualmente atraído por ellos?

C: No, pero podría estarlo.

T: Claro. De eso se trata la instantánea. Para poder verlos de manera sexual tuviste que cambiar el modo en que te estabas relacionando con ellos y, al hacerlo, los hiciste pasar de ser tus amigos a convertirse en objetos sexuales. En ese breve instante optaste conscientemente por desconectarte de ellos, convirtiéndolos en objetos que pudieras usar, para poder generar la excitación sexual que deseabas.

C: Sí, me acuerdo de eso, de hecho, me sentí mal por lo que había hecho, como si hubiera estado usándolos.

La atención narcisista, distinta a la auténtica afirmación

La terapia sensibiliza al cliente para que logre percibir la diferencia entre dos estados: la excitante (incluso electrizante) pero superficial gratificación de la atención narcisista, *versus* la menos excitante (pero más rica) gratificación que genera una conexión afirmativa plena.

En el narcisismo suele observarse un tinte “frenético” —como si se tratara de una rebelión contra el falso “yo” pasivo del buen tipo. Confundiendo sus necesidades narcisistas con una auténtica conexión, un cliente refería en una ocasión, “Necesito sentirme especial antes de que pueda sentirme conectado. Ser especial me permite sentirme conectado”. A través de la manipulación narcisista, este

cliente podía engatusar a otro hombre para que lo adulara y así reforzar su vulnerable “yo” interno. Como consecuencia, este cliente creó una paradoja de autoderrota: las atenciones positivas de los demás no podían elevar su frágil autoestima, pues menospreciaba a aquellos hombres a los que lograba manipular para que le admiraran.

Otro cliente confesaba: “Cuando estoy con más gente en realidad no estoy con ellos. En realidad no me puedo interesar por ellos. Por el contrario, me empeño en lograr que los demás me pongan atención y en caerles bien. El hecho es que realmente los demás no me importan”.

Para aclarar la diferencia entre obtener atención narcisista y recibir afirmación auténtica, distinguiremos entre dos formas cualitativamente distintas de “ser visto”:

Obtener atención narcisista: sentirse admirado y adorado. Se basa en la apariencia externa y se experimenta como algo excitante y gratificante. Dado que esta experiencia es intensa pero superficial no conlleva ninguna transformación interna. La atención narcisista no es una afirmación que se haya otorgado libremente, sino que implica “arrebatarla” de otro hombre por envidia y celos.

Obtener afirmación auténtica: sentirse respetado y estimado. Afirma cualidades internas y del carácter, y se experimenta como algo sereno, como algo que fortaleciera y transformara profundamente. No puede ser tomada a través de la manipulación, pues se trata de un regalo hecho por otro hombre.

El hombre con PMS intenta “reparar” su vergüenza estableciendo relaciones narcisistas con otros hombres en particular a quienes ha seleccionado por sus rasgos físicos o de carácter y que le recuerdan a las personas que le avergonzaron en el pasado — convirtiéndolos así en objetos del “yo”. A través de esta proyección fantástica, percibe a estos hombres como si le estuvieran ofreciendo la oportunidad de dominar su trauma del pasado. Por tanto, la reactuación de la dualidad vergüenza/narcisismo con estos hombres selectos constituye una compulsión de repetición.

Sin embargo, ninguna relación basada en el narcisismo podrá propiciar un crecimiento emocional sino que, por el contrario, sólo alimentará la insaciable necesidad de recibir atención especial. Cuando la otra persona no consiga satisfacer sus necesidades, el hombre volverá a recurrir a las estrategias narcisistas que le son tan familiares, como serían la adulación, los cambios del estado de ánimo, la culpa y los berrinches.

A través de la alianza terapéutica de trabajo se puede trabajar con la ilusión narcisista en vistas de lograr la *verdadera mutualidad* con otras personas. El cliente debe tomar riesgos y afrontar el temor de la vergüenza anticipada, así como permanecer en la postura sanadora para *ser visto por un hombre como un hombre*, con todos sus miedos y debilidades. El reto también incluye ver al otro hombre (al terapeuta) como una persona autónoma con sus propias necesidades, defectos y flaquezas. En pocas palabras, el cliente comenzará a estimar su propio género cuando ambos hombres, cliente y terapeuta, se relacionen mutuamente sin ilusiones ni distorsiones.

Relaciones narcisistas: “mi amiga especial”

El impulso por obtener atención narcisista, que mucho dista de la afirmación auténtica, suele ser

una cuestión del enfoque terapéutico que con mayor frecuencia observamos entre las amistades masculinas del cliente. Sin embargo, también los clientes ocasionalmente hablarán de su “amiga especial”. Les escuchamos decir frases como, “Hacemos todo juntos; ir de compras, ir al cine, hablamos íntimamente por horas”. El elemento de cohesión de estas amistades es la obligación tácita que cada uno de ellos tiene de hacer que el otro se sienta especial. Estas relaciones no sexuales, mutuamente narcisistas, suelen ser una réplica de la relación del cliente con su madre y/o con su hermana mayor.

La relación con esta “amiga especial” continuará hasta que sobrevenga una crisis dramática, cuando uno de ellos ya no logre mantener el acuerdo tácito de gratificar narcisistamente al otro. El resultado será una profunda decepción y, finalmente, la amarga ruptura de la relación.

Relaciones narcisistas: los hombres idealizados

La dimensión narcisista de la atracción al mismo sexo resulta evidente en las siguientes palabras que resuenan en muchos clientes con atracción homosexual: “Devalúo a todo hombre que no me excite”. Su ilusión es que podrá hacerse de la masculinidad de dicho hombre sexualmente atractivo al convertirlo en un objeto narcisista del “yo”. Esta idea brota de la perspectiva vergonzosa y “vacía de género” desde la que el cliente observa a los demás hombres.

Conforme la terapia avance, el cliente se irá percatando de que la intensidad del atractivo del otro hombre dependerá no tanto de la apariencia de éste, sino de la propia percepción que tenga de su “yo” en un momento dado. Lo “divertido” del sexo homosexual disminuirá conforme aumente su consciencia sobre la polaridad narcisismo/vergüenza que alimenta su atracción.

En la siguiente transcripción, observamos la lucha de un cliente con la sensación vergonzosa de no merecer nada:

C: Ha habido hombres buenos en mi vida, como Arthur, a los que he abandonado, a los que he decepcionado. No he estado llenando el vacío en mi interior; en realidad, me he dedicado a construir una muralla alrededor de ese agujero vacío y no dejo que nadie entre. Cuando pienso en Arthur, pienso que no merezco su amistad. ¿Por qué pierde su tiempo conmigo?

T: Estás dándome razones para invalidar su amistad, ¿por qué?

C: Por miedo a que me rechace, a que no le importe. Construyo una barrera... y luego quiero que me tenga lástima para que pueda obtener más atención de él. Hago un gran drama para que me ponga atención. Sé que tal vez sólo estoy logrando que se canse de la relación, pero es que en realidad nunca recibí atención como ésta en casa. Lloraba para obtener la atención de mis padres, pero nunca llegaron realmente a satisfacer mi necesidad. Hasta cierto punto me sentía bien... pero no me satisfacía. Así que he dramatizado mi necesidad —siempre tengo que montar un numerito, y simplemente no puedo relajarme.

T: Lo que aprendiste en la infancia fue que “lo que eras” no era suficientemente bueno como para obtener amor y atención. Ser ordinario significaba estar solo.

C: Cierto... cuando estaba en la escuela secundaria sentía que los demás niños *cool* me excluían. Recuerdo a Billy, cuando estaba en segundo grado. Quise invitarle a mi fiesta de cumpleaños, pero no quiso venir. Me sentí pésimo. Pero ahora quiero la atención de Arthur. Cuando consigo su atención me siento relajado y me siento seguro.

T: Sí, él te asegura que estás bien.

C: Sí, es patético. Soy tan dependiente de él. De hecho, estoy arruinando mi vida por completo con tal de perseguirle. Me siento impotente, enojado de una manera que no puedo expresar. Me siento sexualmente atraído por él. Me preocupa que si alguna vez llego a expresar mi enojo entonces acabe perdiéndole. Con él me pongo nervioso, me obsesiono, y quiero tener una actuación sexual.

T: Así que para ti, ser ignorado hace que te enojas.

C: *(asintiendo con la cabeza)* Sí.

(El cliente está reactuando la relación con sus padres, en la que no podía ganar).

T: Teda miedo que tu enojo lo aleje de ti, y por eso sólo losuprimes.

C: Y luego me vuelvo autocrítico. Es asqueroso, es realmente estúpido. La gente debe verme como si fuera un idiota.

T: ¿Pero por qué te haces eso a ti mismo?

C: No merezco su atención. ¿Por qué querría ser mi amigo? Soy patético. Simplemente no me puedo relajar, siempre estoy buscando algún lugar para empezar a escribir mi guión. Incluso me predispongo a que mis amigos no me devuelvan las llamadas. La verdad es que, hasta que no sea “perfecto”, seguiré mereciendo que me ignoren.

El único recurso que el niño posee para compensar esta parte suya dotada de género que ha repudiado es la idealización narcisista de otro hombre, en donde los dones y rasgos “poseídos” por otro hombre son incorporados al “yo” a través de la fantasía.

Pero el problema de la solución narcisista es que no funciona. La realidad acabará imponiéndose inevitablemente en cada relación, destruyendo la ilusión, y generando consecuentemente una vergüenza todavía mayor.

Siempre que ocurran colisiones como ésta entre el narcisismo y la realidad, el terapeuta deberá mostrárselas al cliente para que éste las pueda reconocer.

Ilusiones y distorsiones

Al guiar al cliente hacia su verdadero “yo” dotado de género, lo que el terapeuta busca es mostrarle cómo oscila entre los extremos poco realistas de la vergüenza y el narcisismo. Estas distorsiones cognitivas son, respectivamente, distorsiones e ilusiones.

	Vergüenza	Verdadero “yo” dotado de género
Narcisismo		
<i>Distorsión</i>	<i>Realidad</i>	<i>Ilusión</i>

Las *distorsiones* son pensamientos basados en la vergüenza, creencias y percepciones que han sido introyectados a través de los mensajes negativos de los padres.

Las *ilusiones* son pensamientos basados en el narcisismo, creencias y percepciones que resultan positivas de un modo irreal, y que sirven para defenderse contra los mensajes negativos.

La *realidad* es el punto de referencia necesario desde el que pueden evaluarse las ilusiones y las distorsiones.

Las ilusiones y las distorsiones tienen su origen en un trauma de la infancia temprana. Originalmente fueron diseñadas como una táctica de supervivencia para permanecer en relación con “el padre que promete algo bueno pero nunca entrega” (Stark, 1994a).

Entre las ilusiones del individuo se encuentra la creencia de que alguien (un otro significativo, como podría ser el terapeuta) compensará todas las pérdidas originales de los padres, proveyendo finalmente el amor sintonizado y la atención que no recibió cuando era niño. Hoy, ya como adulto, persiste en él el deseo de que otros sean el “buen padre”, pero también tiene la temerosa anticipación de que en realidad acabarán siendo el “mal padre”.

La constante necesidad del cliente por resolver su pasado traumático hace que construya ilusiones y distorsiones sobre la gente en su vida actual. Su ilusión de formar conexiones “especiales” con los demás, incluido su terapeuta, le sirve como un escudo para evitar el enfrentamiento y no tener que experimentar el dolor de la realidad de su pérdida relacional nuclear.

El uso de un diario constituye un apoyo constructivo para ayudar al cliente a reconocer sus ilusiones y distorsiones (ver cap. 15).

Ilusiones y distorsiones: una defensa contra el trabajo del dolor

Cuando el cliente ha experimentado una profunda pérdida del apego, las ilusiones y las distorsiones se convierten en una “negación a enfrentar la realidad de lo malo que fue su pasado” (Stark, 1994a, p. 136). Al aferrarse a estas percepciones erradas impide el proceso del dolor —desviando o minimizando así la verdad de no haberse sentido verdaderamente visto y amado. Es más, estas defensas le alejan del desafío que representa asumir su responsabilidad y hacer que las cosas mejoren.

El exitoso trabajo del dolor no sólo implica enfrentar la realidad de las pérdidas pasadas, sino también la dolorosa verdad de que nadie en su vida presente podrá compensar dichas pérdidas (para leer más al respecto, ver cap. 21).

Un hijo que haya sido incomprendido, abusado o abandonado, suele preservar la ilusión de la bondad de sus padres cuando asume la responsabilidad por los aspectos negativos de sus padres. Así, el hijo de un sistema familiar narcisista, al haber sido amado de manera inconsistente y repentinamente rechazado por sus padres, crea una especie de seguridad emocional “rescatando” a sus padres asumiendo sus defectos. No ha aprendido la lección de la constancia del objeto, es decir, la capacidad para afirmar “mi madre (o padre) algunas veces será buena y algunas veces será mala, pero todavía

puedo percibirla (o percibirlo) como la misma persona completa”. Al no haber aprendido todavía la lección de la constancia del objeto, desarrolla un patrón en el que cambia radicalmente su percepción extrema sobre los demás, pasando súbitamente de la idealización poco realista a la devaluación deshumanizadora de los demás.

Masoquismo versus sadismo

La vergüenza es masoquista (auto-castigarse), ya que asume el peso de las fallas de los padres. El niño escoge cargar con la vergüenza y creer en promesas vacías, en lugar de experimentar plenamente su decepción e ira ante los fallos de sus padres. En contraste, el sadismo (castigar a los demás) es el modo en que el masoquista reacciona ante la decepción provocada por la pérdida de una ilusión.

Humildad

La vergüenza y la grandiosidad narcisista se alternan en una dicotomía que se refuerza mutuamente. El único antídoto contra el péndulo de la vergüenza/narcisismo es aceptar la realidad, y esto requiere humildad. Humildad significa aceptar de manera realista las propias limitaciones, y desechar la necesidad de sobrevaluar o devaluar tanto a uno mismo como a los demás. La humildad libera a la persona de la preocupación en sí misma y le permite enfocarse en las auténticas necesidades tanto propias como de los demás.

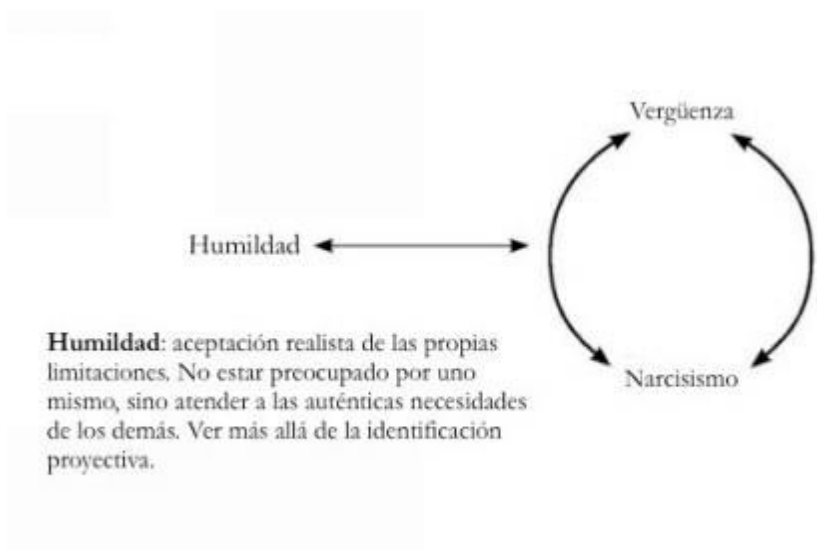


Figura 5.1. Humildad

Conforme la terapia progresa, la manipulación narcisista del cliente y sus comportamientos vergonzosos de autoderrota empezarán poco a poco a ceder, dando lugar a una mayor tolerancia ante el desafío de enfrentar la vida. Este ajuste con la realidad se consigue a través de la relación del cliente con el terapeuta (por medio de la toma de conciencia y lo que se ha puesto en marcha gracias a la transferencia), pero también ocurre como resultado de la creciente percepción de los demás como personas reales con necesidades propias y separadas de las suyas.

Tanto el contacto humano auténtico como el hecho de asumir la responsabilidad del impacto

de su comportamiento en los demás empezarán a cambiar su perspectiva, que pasará de ser una defensa a convertirse en verdadera empatía. La sanación de la vergüenza y el narcisismo ocurre al permitir el crecimiento de la compasión por uno mismo y por los demás, siendo consistentemente real con las otras personas y relacionándose de un modo auténtico.

El hecho de ver a los demás individuos como personas autónomas y autárquicas también ayuda a disminuir las expectativas que el cliente tiene de sí mismo. Éste es el proceso de transformación que “humaniza” a la persona con rasgos narcisistas de personalidad (Johnson, 1987).

Percibiendo la realidad sin idealizar

Desde los propios comienzos de su obra, Freud (1895) distinguió dos principios reguladores de las funciones psíquicas —el “principio de realidad” y el “principio del placer”. Durante el desarrollo infantil, el niño que ha experimentado múltiples decepciones accederá al principio del placer y se consolará a sí mismo a través de representaciones placenteras pero imprecisas del mundo exterior. Más tarde deberá aceptar el principio de realidad. Éste constituye un “paso trascendental” (p. 219) a través del cual el niño abandona el principio del placer para aceptar lo que ya no puede ser placentero y que, sin embargo, es real.

El principio de realidad en el contexto de la terapia reparativa constituye la resolución de la dualidad vergüenza/narcisismo.

Estas dos polaridades (desprecio e idealización) dominan el pensamiento de la personalidad narcisista y, para el homosexual, dichas modalidades se mantienen fijas principalmente a los símbolos de masculinidad. El otro hombre es juzgado como ideal o despreciable, de acuerdo a la calidad de su masculinidad. Claro está, la alternativa a esta percepción “idealizada *versus* despreciada” será aceptar al otro como una persona real.

La salud mental como aceptación de la realidad

Hay diferentes maneras, a veces encontradas, de definir la salud mental; pero un componente esencial (especialmente entre los criterios actuales) es el de la auto-aceptación. Desafortunadamente, muchas organizaciones de la salud mental han definido a la persona sana *primordialmente* como alguien que se acepta a sí mismo, y prestan menor atención al modo en que ésta se ha adaptado al mundo real (dotado de género) o si está viviendo de acuerdo a su diseño biológico.

Por tanto, preferimos la definición (más tradicional) de Stark, que indica que la principal cualidad definitoria de la salud mental es la capacidad de experimentar la realidad tal cual es, y aceptar a los demás tal como son, sin contaminarlos con la necesidad de que sean distintos. La persona sana acepta a las demás personas en su vida con todo lo que puedan o no puedan dar.

En nuestro modelo, el principio de realidad —cuyo mayor impacto se manifiesta en el análisis de la transferencia— representa la fuerza contraria que vence tanto a la vergüenza (con sus distorsiones de autocastigo) como al narcisismo (con sus ilusiones de auto-engrandecimiento).

Ilusiones y distorsiones en la transferencia

La transferencia, probablemente el mayor descubrimiento de Freud, es el acto a través del cual el cliente deposita en el terapeuta los rasgos positivos y negativos del padre bueno o del padre malo. A través del análisis de la transferencia, el cliente tiene la oportunidad de trabajar con el trauma no resuelto que tiene con sus padres. La transferencia refleja la necesidad que el cliente tiene de convertir al terapeuta en su padre malo (o anticipar que se convertirá en él).

La transferencia positiva es la ilusión de que el terapeuta se convertirá en el padre bueno e idealizado que nunca tuvo. En la transferencia positiva, el cliente proyecta sobre el terapeuta al padre bueno (idealizado), que “tiene todas las respuestas que harán que todo mejore”.

Stark (1994a) resume la transferencia en términos de ilusiones y distorsiones al sostener que “el paciente teme pero también en cierta medida necesita que su terapeuta sea malo” (p. 7). La mayoría de los clientes tienen la capacidad de percibir al terapeuta como alguien real y, por tanto, como una persona imperfecta. Pero también pueden optar por “olvidar” esto, dada su necesidad inconsciente de resolver a través de él el trauma con sus padres. Por medio de esta inversión narcisista, el terapeuta llega a convertirse en el objeto del “yo”. Consecuentemente, siempre habrá al interior del cliente una tensión entre su concepto realista sobre el terapeuta, y su necesidad de una percepción poco realista ya sea positiva o negativa sobre él. Las falsas representaciones de la realidad son abordadas a través de la persona del terapeuta, en miras de un auténtico encuentro humano. La meta terapéutica del cliente será lograr percibir al terapeuta (y consecuentemente, a las demás personas) como realmente son, tanto con las bondades que puedan ofrecer como con sus imperfecciones humanas.

Tanto las distorsiones como las ilusiones de transferencia que el cliente con PMS genera en torno al terapeuta masculino, suelen ser representaciones del padre amado pero no disponible. Una terapeuta femenina también puede convertirse en receptora de sus “problemas con la madre”, incluyendo la expectativa de encontrar a alguien que podría manipularlo y disminuir su poder personal.

Sensibilizando al cliente sobre sus ilusiones narcisistas

El cliente suele reaccionar con vergüenza cuando el terapeuta pone al descubierto sus motivaciones narcisistas y las necesidades infantiles que subyacen a éstas.

Un hombre explicaba cómo ahora comprendía mejor su narcisismo de la siguiente manera:

“Ahora veo al narcisismo por lo que realmente es. Deben ‘existir para mí’. Cuando convierto a un hombre en el objeto de mi narcisismo, lo consumo. Destruye a la gente, incluido a mí.

Hace poco llamé a Tom, y mientras hablábamos podía percibir al fondo el ruido de un juego de baseball. Me daba cuenta de que él estaba distraído y que sólo me estaba escuchando a medias; también sentí cómo me estaba ofendiendo.

Convertí esto en un gran drama —lo que él estaba haciendo se sentía como si restregara sal sobre una herida narcisista. Desde luego sé que no puedo esperar que la gente esté siempre totalmente receptiva para mí cuando yo quiera. Eso es una enfermedad, y ahora sí puedo darme cuenta de ello”.

En esta cita apreciamos un autodesprecio basado en la vergüenza que brota al ser consciente de sus necesidades narcisistas. No obstante, esto sólo intensifica más las necesidades narcisistas del cliente. El terapeuta, en cambio, intenta sustituir la autocrítica del cliente por la autocompasión al enmarcar al narcisismo dentro de su historia personal. Al hacer esto, el terapeuta presenta al cliente un modelo de entendimiento compasivo, y le muestra al cliente que comprende la necesidad original por la que se vio forzado a desarrollar maniobras narcisistas para obtener el amor y la atención que necesitaba.

Otro cliente explicaba lo siguiente:

“Siempre elijo el mismo objetivo. Me descubro haciéndolo. Siempre escojo hombres jóvenes con sus propios problemas y me pongo a rescatarlos, convirtiéndome en su mentor. La mayoría de estos jóvenes son guapos pero tontos —adolescentes en cuerpos de hombres. Los guío y les sirvo de mentor, sin recibir nada a cambio— y luego me resiento con ellos. No sé si estoy haciendo todas estas cosas buenas por ellos, o sólo para sentir que me necesitan, para sentirme querido y apreciado. Me cuesta discernirlo”.

La siguiente sesión terapéutica expone la lucha de otro cliente con la realidad:

C: Cuando miro atrás, me doy cuenta de que me la he pasado reemplazando tipos especiales por otros nuevos. Cuando no me responden, me siento como un cero a la izquierda, como si no fuera nada. Como si fuera mejor que estuviera muerto.

T: Sí, es un momento vergonzoso.

C: Sí, me avergüenzan.

T: No, no te avergüenzan. Lo que ocurre es que no logran cubrir la vergüenza que ya estaba ahí al no participar en tu juego narcisista.

C: ¿Cómo?

T: Estás aprendiendo a caminar sobre la cuerda floja de la realidad entre dos extremos —los tipos especiales que te hacen sentir magníficamente contigo mismo, *versus* los tipos que te ignoran y te hacen sentir, como decías, “como si no fueras nada”. Pero la realidad sobre estos tipos se encuentra en un punto intermedio.

C: Sí, siempre ha sido o lo uno o lo otro, pero no sé cómo podría ser de otra manera.

T: Tu trabajo consiste en ver al otro tipo como una persona real, mientras tú te mantienes real.

Cuando el terapeuta expone la ilusión al cliente, éste muchas veces reaccionará rebelándose contra él con una ira narcisista. En ese momento, el terapeuta súbitamente se convierte en el “padre malo que me humilla”.

Por otro lado, el terapeuta también podría toparse con otra forma de resistencia donde, si bien el cliente acepta su comportamiento narcisista, inmediatamente genera una respuesta vergonzosa dirigida contra sí mismo. En este caso, al momento de reconocer la manipulación narcisista surge la desesperación —“Tienes razón, ¡nunca seré normal!”. En pocas palabras, el cliente podría responder con todavía más vergüenza autoinducida al percatarse de su narcisismo. Esta reacción vergonzosa ocurre cuando la persona reconoce que la fuente de su manipulación narcisista es un recuerdo vergonzoso de la infancia que atenta contra su individuación masculina.

El terapeuta, quien personifica al principio de la realidad, procurará exponer al cliente sus ilusiones sin avergonzarle. Esto se logra mostrándole la necesidad histórica que tuvieron sus

creaciones ilusorias. Al subrayar que esta defensa narcisista fue necesaria durante su infancia, la reacción vergonzosa del cliente disminuirá.

Me he dado cuenta de que con la mayoría de los clientes se logran mejores resultados si se evita la confrontación directa y “puntual” de las defensas, y que lo mejor es destacar y nombrar amablemente las defensas conforme éstas se presentan, permitiendo así al cliente tener la libertad de aceptar o rechazar mis comentarios.

Al dirigirse a un cliente criado en una familia triádica-narcisista, el terapeuta podría exponer sus defensas del siguiente modo: “Cuando eras niño no podías expresar tus necesidades auténticas, así que aprendiste a hacerlo a través de la manipulación. Pero como te sentiste abandonado y desconocido, crees que [esta otra persona] te está ignorando cuando en realidad no lo está haciendo”. Con comprensión y tolerancia, el terapeuta revelará cómo la ilusión fue una adaptación necesaria de la infancia: “Por lo ignorado que te sentías cuando eras niño, es comprensible que hayas manipulado a tu amigo para obtener su atención especial. Como tu padre te puso poca atención, puedo percatarme de que esperas que Harry te ame y te acepte totalmente para saciar esa necesidad insatisfecha”.

Un cliente de 35 años de edad, quien había entablado una relación basada en el narcisismo con un hombre mucho más joven que él logró identificar, gracias al ego sano y observador que había desarrollado, cómo manipulaba a los demás para obtener su atención especial:

“Pasé este fin de semana con Tom, y hubo momentos en los que me percaté de que estaba esperando recibir algún halago de su parte, pero luego una vocecita dentro de mí me decía, ‘¡Oh, qué bien, te has dado cuenta de lo que acabas de hacer!’ Pero luego una voz más fuerte me decía, ‘¡Mira nada más!’

¿Así que otra vez querías que te halagaran? ¡Menudo niño!’ Cuando esto ocurre surge en mí una pesada sensación que me hunde”.

En este caso, el terapeuta interviene para modelar la autocrítica y reemplazarla por autocompasión. El cliente debe aceptar que todavía persisten estos comportamientos narcisistas, y que seguramente seguirán apareciendo mientras se esfuerce por desarrollar la verdadera autenticidad con otros hombres. El terapeuta debe reflejar una compasión sintonizada por el cliente mientras éste se esfuerza por desarrollar amistades mutuas, realistas y maduras.

Durante el curso de nuestra terapia, un hombre de 28 años de edad comenzó a vislumbrar la diferencia entre el narcisismo y el altruismo:

“Cuando obtenía la atención de aquellos hombres especiales, la satisfacción me duraba muy poco, pues sabía que los había presionado y manipulado para conseguirlo.

Pero cuando los liberaba —cuando dejaba que ellos mostraran interés por mí en sus propios términos, a su manera, a su tiempo— entonces se sentía fantástico, como si realmente me afirmaran”.

Cuando un cliente se encuentra inmerso en el estado vergonzoso del autocastigo, no sólo se priva a sí mismo del amor de los demás, sino que también niega y castiga a aquéllos a los que ama. Al

permanecer atrapado en el aborrecimiento de sí mismo, la persona no puede dar nada bueno a aquéllos que le importan. Esto no sólo incluye al terapeuta, sino también a sus amigos y (si está casado) a su mujer y a sus hijos. Pero conforme vaya fortaleciéndose su capacidad para ver a los demás de forma realista, aumentará también la aceptación de sí mismo con todas sus imperfecciones humanas.

Verdadero “yo” y falso “yo”

La forma más temprana y común del falso “yo” es su personificación en el “niñito bueno”. Ésta consiste en presentar un “yo” socialmente aceptable, mientras se mantienen ocultas las emociones. En tanto que rol social o imagen pública, esta personificación busca pacificar y mantener contentas a las personas que podrían avergonzarle. El falso “yo” se adapta a las necesidades sociales para poder pertenecer y ser aceptado mientras que, simultáneamente, constituye una protección personal contra futuros momentos vergonzosos.

Origen del falso yo : el niñito bueno y la necesidad de pretender

“Cuando era niño, recuerdo haber tomado la decisión consciente de ser falso, porque de lo contrario me comerían vivo”.

El falso “yo” constituye un rompimiento defensivo que resultó de un sistema familiar doloroso. Muchas veces observamos que surge como una defensa infantil ante un padre distante, crítico y que rechazaba al niño, y ante una madre entrometida y manipuladora. Dinámicas familiares como ésta causan que el niño se avergüence de las expresiones auténticas y espontáneas de su verdadero “yo” dotado de género, refugiándose en una caricatura complaciente y carente de género. Por tanto, el niñito bueno representa una personificación unidimensional de conformidad y obediencia, con la que el niño se defiende del dolor de sentirse sólo parcialmente conocido y amado.

La mayoría de los clientes pueden rastrear el origen de este falso “yo” hasta llegar a la relación con sus madres. En algunos casos más raros, parece que el falso “yo” se ha desarrollado a partir de la relación con un padre seductor con la necesidad narcisista de crear en su hijo una identidad sin género, pues el padre temía que el hijo compitiera con él.

Es muy probable que el niño homosexual tenga un temperamento sensible y que sea creativo y solitario. También es probable que este niño haya descubierto que pretender le resulta fácil y “natural”. Al haber desarrollado este falso “yo” para sobrevivir, le ha sido fácil construir un mundo de evasión fantástica y de actuación. Como la participación plena y satisfactoria en la vida familiar ha sido bloqueada, (cosa que después, ocurrirá en su vida social), descubre rápidamente el modo en que la fantasía reduce el dolor de las pérdidas.

Si bien ambos padres pueden contribuir al fracaso del niño para desarrollar su verdadero “yo” dotado de género, cada uno de ellos, como hemos observado, contribuye de manera distinta. Un padre desapegado y crítico lo hace a través de su negligencia para hacer emerger la identidad masculina del hijo, y también cuando es incapaz de proveer un modelo positivo que facilite el desarrollo de su “yo” dotado de género. Por otro lado, una madre manipuladora y entrometida hace lo mismo cuando sutil pero constantemente desalienta la formación del verdadero “yo” del niño, cuando su amor y sus atenciones son condicionales y dependen de si el niño satisface o no sus propias necesidades. Las necesidades emocionales de la madre son particularmente grandes cuando (como suele ser el caso) su matrimonio no

la satisface.

Dentro de este escenario, el padre que abdica no logra proveer al niño una perspectiva masculina segura desde la cual pueda “ver” claramente a su madre. Así, el padre no brinda al niño la oportunidad de observar cómo otro hombre puede relacionarse con una mujer con la que se sienta cercano y atendido, pero ante la que, al mismo tiempo, no pierde su autonomía y poder.

Diferentes modalidades del falso “yo”

Los conceptos psicológicos del verdadero “yo” y el falso “yo” provienen originalmente de la literatura religiosa y filosófica. Fueron adaptados en los años 60 a la literatura psicológica por Winnicott. Desde ese entonces han sido integrados en la psicología de la relación de objetos y la psicología del “yo”, que son de radical importancia para nuestra comprensión de la PMS.

El falso “yo” es una pseudo-personalidad, o personificación, que enmascara al “yo” avergonzado y defectuoso, y que permite a la persona mantenerse relacionado con los demás. Las formas más comunes del falso “yo” se caracterizan por ser agradables externamente, pero también por tener una falta de conexión con los demás y una marcada preocupación por protegerse a sí mismos. Observamos también manierismos estudiados y posturas conscientes, así como modos de actuar exageradamente vistosos, afeminados o extravagantes. Pero en muchos casos, especialmente en los homosexuales que no son gay y que vienen a terapia buscando el cambio, el falso “yo” adquiere la forma de un comportamiento desdibujado, acallado, tímido y carente de espontaneidad. El resultado final es una inhibición de toda supersonalidad.

El falso “yo” también se caracteriza por una “cortina de ansiedad”, defensiva y aislante, que restringe la capacidad del hombre para relacionarse con los demás, particularmente con otros hombres. En cuanto a la forma en que se presenta al mundo, se trata de un estado insensible —una pretensión, un escondite. Todo esto afecta al hombre en sus actitudes, en su estado de ánimo, en sus pensamientos y en sus sentimientos. Más que tratarse de un fenómeno psicológico aislado, representa algo que le consume y que lo restringe por completo a una postura estrecha y limitada. Todos sus comportamientos deben estar diseñados, la vida debe estar ordenada y las relaciones han de ser superficiales —todo a fin de evitar la vergüenza. El falso “yo” es una camisa de fuerza que retiene su auténtica espontaneidad y su vitalidad naturales, forzándole a contener toda expresión espontánea.

El verdadero “yo”, en contraste, es la “postura” o lugar desde el cual un hombre siente y expresa auténticamente sus verdaderas emociones a los demás. Algo crucial en la terapia reparativa es poder ayudar al cliente a efectuar el paso desde el falso “yo” hacia el verdadero “yo” dotado de género.

Los distintos estilos del falso “yo” incluyen:

Pasivo y complaciente (el “buen tipo”) : Éste es por mucho el tipo más común de falso “yo”. Se trata de un vástago del “niño bueno” de la infancia. Observamos entonces a alguien con el que es fácil tratar, que nunca se enfrenta, que evita molestar a los demás y que busca la paz a toda costa. “Sé cómo hacerme cargo de las necesidades de los demás, pero no sé cómo hacer que las demás personas conozcan mis propias necesidades. Hago lo que creo que se supone que tengo que hacer, pero luego me siento engañado. Esto luego me hace daño y me disgusta, me aparto de las

relaciones, y ni siquiera me doy cuenta de ello”.

El animador teatral: Este estilo menos común es extrovertido y exhibicionista; la persona que adopta esta postura debe mantener la conversación fluyendo y hacer que todos estén “contentos” (con él). Todo lo que no sea una aprobación entusiasta de los demás es interpretado como un rechazo personal. “Tengo que ser ‘Mr. Personalidad’; el ‘rey del show’ todo el tiempo. ¿Cómo me veo?, ¿qué estarán pensando de mí?, ¿les gusto?, ¿les desagrado?”. El animador teatral parece lleno de energía, fuerza y vitalidad. No obstante, al observarla con detenimiento, advertiremos que su vivacidad es artificial y forzada; se trata de una intensidad superficial que en realidad es propulsada por la ansiedad, y que a fin de cuentas resulta extenuante.

El sujeto hiper- femenino y extravagante: El hombre que adopta este estilo muchas veces se encontrará dentro de la comunidad gay y en las marchas del orgullo gay, ostentando su lado femenino. Su estilo es extravagante; le gusta violar las normas sociales “en la cara” de los demás. En algunos casos será la *drag queen* que hace reaccionar a los demás a través de su insultante caricatura de la feminidad. La gratificación de este falso “yo” se encuentra en la capacidad de impactar a los demás.

El activista enojado/ sujeto hiper- masculino: Este tipo de falso “yo” pasa por encima de las normas políticas y sociales, es arrogante, combativo y belicoso. Suele unirse a los grupos militantes de activismo gay que se han convertido en su nueva familia.

El falso “yo” se manifiesta en las relaciones tanto con hombres como con mujeres. Con los hombres, emplea el falso “yo” para alejarse de la mutualidad y la competición, y también para evadir la comunicación directa de adulto a adulto. La mayoría de los clientes admitirán “tengo miedo de mostrarme como hombre”. En cuanto a las mujeres, el falso “yo” funciona para mantenerlas a raya, para marcar una distancia segura por el miedo a ser sofocado por ellas. Con los hombres, el miedo radica en no poder obtener suficiente atención; con las mujeres, se tiene miedo de obtener demasiada atención.

Un impostor

El hombre que vive a través del falso “yo” se encuentra atrapado en un rol estático —no está plenamente vivo. Es un impostor, incluso consigo mismo. Al permanecer prisionero de las demandas de los demás, sufre de una irritabilidad crónica, el resentimiento y una hostilidad oculta. La raíz de todo esto es un problema de confianza: dado que su confianza más fundamental fue violada durante la primera infancia, ahora no se esfuerza por relacionarse de manera auténtica. Esta sospecha crónica hace que evite a los demás por no confiar en sus motivos, o bien que manifieste una confianza indiscriminada con algunas personas, complaciéndose por su indiscreta apertura personal.

La anticipación de la vergüenza le mantiene atado a un estado crónico de vacío, soledad e insatisfacción. Al vivir con el constante miedo al abandono-aniquilación, vive una existencia dissociada, alienada y pesimista. Un hombre lo describía de la siguiente manera:

“Mi identidad consiste en vivir las expectativas de los demás. Me siento usado, cansado y drenado. Es como si yo no existiera, como si estuviera vacío y no tuviera ningún propósito — como si no tuviera dónde apoyarme. No tengo un hogar, no tengo un lugar al cual pertenecer. Duermo durante el día sólo para poder escapar.”

Me gustaría gritar, demoler las paredes que me retienen... pero, ¿qué paredes? Ni siquiera puedo ver las paredes, es sólo un espacio vacío y oscuro que hay dentro de mí. Yo soy ese espacio oscuro”.

Como habíamos visto, la PMS es en realidad un problema de apego. Desde las fases más tempranas de la infancia el hombre con PMS ha deseado sentirse pleno y comprendido, con un lugar seguro al cual pertenecer.

Los signos del verdadero “yo” en contraste con el falso “yo”

La tabla 5.1. muestra algunas de las principales diferencias entre el falso “yo” y el verdadero “yo”. A lo largo de la infancia, el potencial del niño para desarrollar su verdadero “yo” dotado de género ha quedado sofocado bajo el falso “yo” del niño bueno. El niño no se permite sentir el dolor interno e inhibe la expresión de su enojo y tristeza. Al crecer, la PMS aparece como una forma de reparación narcisista para resolver la fragmentación creada por la vergüenza y que lo ha separado de sus propias ambiciones masculinas.

Sólo a través de la experiencia plena en el presente de dos afectos nucleares, a saber, la tristeza y el enojo del pasado, el cliente comenzará a sentir el dolor y, por tanto, a sanar. Superar este bloqueo representa uno de los grandes desafíos para el éxito de la terapia.

Tabla 5.1. Signos del verdadero “yo” versus el falso “yo”

VERDADERO “YO”

FALSO “YO”

Dentro del “yo”

Masculino
Adecuado, está a la par
Seguro, confía en sí mismo, capaz
Experimenta emociones auténticas

No masculino
Se siente inferior, inadecuado
Inseguro, no confía en sí mismo, incapaz
Emocionalmente muerto o alternando
con momentos de hiperactividad

Lleno de energía
Familiarizado con su cuerpo

Carente de energía
Su cuerpo es un objeto
Confianza física
Torpeza por ansiedad

Se siente poderoso y autónomo
Acepta las imperfecciones
Activo, decidido y creativo
Irradia confianza

Se siente controlado por los demás
Perfeccionista
Pasivo
Postura defensiva

Con los demás

Apegado
Extrovertido

Desapegado
Introverso

Espontáneo
acepta

Busca a los demás
Humilde
Consciente de los demás

Maduro en las relaciones
Respeto el poder de los demás
Siente que tiene poder
Integrado; abierto
Buena comunicación con el género opuesto
Percibe a los otros hombres como iguales
otros hombres

NO HOMOSEXUAL

Controlador, inhibido, "congelado" Perdona,
Toma represalias, resentido Genuino, auténtico
Juega papeles, teatral
Evita a los demás
Dramas personales
Conciencia disminuida Asertivo, expresivo
No asertivo, inhibido
Inmaduro en las relaciones
Resentido por el poder de los demás
Siente que es una víctima
Vive una doble vida, cerrado
Mala comprensión del género opuesto
Es atraído por el misterio que rodea a los

HOMOSEXUAL

"La PMS no me va. Puedo percibirla, pero no posee algo que me atraiga".

"Siempre estoy inmerso en mi mentalidad gay. La atracción sexual hacia los hombres me preocupa y domina todo mi horizonte".

PARTE DOS

TRATAMIENTO: LA TERAPIA CENTRADA EN EL AFECTO

CAPÍTULO 6 LA IMPORTANCIA DEL AFECTO

Algunos avances recientes en psicoterapia se han concentrado en la importancia fundamental que tiene el afecto en el proceso terapéutico. La falta de regulación emocional, que suele manifestarse bajo la forma de vergüenza, dispone al cliente a buscar alivio a través de la actuación homosexual. Creemos que la actuación homosexual con personas del mismo sexo es una forma a través de la cual la persona intenta regular los afectos que surgen ante un trauma del apego. Nuestro abordaje durante el proceso de reconstrucción del apego emplea precisamente estas mismas vías emocionales y somáticas.

Ocurre una poderosa expansión afectiva cuando un hombre se permite a sí mismo ser “visto” por el terapeuta mientras está experimentando la vergüenza. Los momentos de sanación ocurren cuando el cliente está sintiendo un afecto “insoportable” y al mismo tiempo percibe el apego del terapeuta.

Tras haber revisado la investigación pionera de Davanloo (1978), continuada posteriormente por Naborski (2004), Coughlin Della Selva (1996), Alpert (2001) y Fosha (2000), hemos adaptado los programas de estos investigadores para una aplicación específica de la terapia centrada en el afecto (Affect-Focused Therapy, AFT). De hecho, nuestra amplia experiencia en el trabajo con hombres con orientación homosexual ha confirmado que la AFT ofrece los resultados más rápidos para lograr la resolución de la atracción al mismo sexo.

La AFT se desarrolló a partir de investigaciones previas hechas en primates, donde se examinaba la creación de lazos afectivos entre la madre y la cría. Esta terapia obtuvo más apoyo empírico gracias a las aportaciones de la teoría del apego y de los estudios sobre la relación madre-hijo, que se remontan al trabajo de John Bowlby. A partir de las aportaciones de Bowlby y otros expertos en la materia, los terapeutas que utilizan la AFT ahora saben que muchas de las patologías que presentan sus clientes se explican gracias a la pérdida del apego, siendo entonces la meta de la terapia la reconstrucción de dicho apego.

Consideramos también que la terapia reparativa y la AFT coinciden precisamente en que la PMS es fundamentalmente un problema de apego. Observamos que la mayoría de las actuaciones homosexuales son un intento por reparar el apego inseguro con el padre. La actividad, fantasía e ideaciones homosexuales compensan este fallo en el apego.

Sin embargo, no reducimos el fenómeno homosexual exclusivamente a un fallo en el apego entre el padre y el hijo; de hecho, creemos que en cierta medida el Desarrollo homosexual bien pudo haber comenzado con problemas de sintonía entre la madre y el hijo. La defensa temprana de la disociación, empleada por el infante para defenderse de la forma inestable en que su madre se relacionaba con él, establece las bases para futuras dificultades que aparecerán cuando el niño se enfrente a un padre cuya relación sea débil u hostil.

Consecuentemente, la efectividad de la terapia reparativa incrementará al emplear técnicas que exploren los problemas de apego temprano entre la madre y el hijo. Por tanto, nuestro proceso terapéutico ha desviado su enfoque de los abordajes tradicionales para la resolución de conflictos intrapsíquicos y, en cambio, ha dirigido su atención a la regulación del afecto, convirtiendo así al terapeuta en un facilitador para la regulación del afecto.

A fin de cuentas, la afinidad interpersonal es el elemento que caracteriza nuestra más profunda humanidad, y también la que determina nuestro equilibrio interno. El modelo por excelencia

de esta afinidad es el “doble giro”, un poderoso logro terapéutico que se establece entre el cliente y terapeuta.

Una radical resonancia terapéutica

Dado que el vínculo entre madre e hijo configura nuestro primer sentido del “yo” y refina nuestra carácter, la terapia forzosamente debe volver a tocar este apego; por tanto, la terapia centrada en el afecto atiende al modo en que nos vinculamos, desvinculamos y volvemos a vincularnos con los demás.

Utilizando las técnicas de la AFT, el terapeuta reparativo intenta lograr que el paciente exprese sus afectos nucleares para así aumentar su capacidad para darse cuenta de las reacciones que ocurren en su cuerpo. La expansión afectiva surgirá cuando se entable un alto nivel de resonancia entre el cliente y el terapeuta. Es por ello que el terapeuta debe estar todo él emocionalmente presente, para poder así obtener y compartir profundamente la experiencia visceral del cliente —relacionándose emotivamente con él a través de la empatía y una buena sintonización en todo momento, yendo así mucho más allá de lo que el abordaje psicoterapéutico tradicional indica (e incluso contrariando éste en algunos aspectos).

Conforme la confianza crezca a raíz de este intercambio, el cliente comenzará a sentirse lo suficientemente en confianza como para experimentar el intercambio auténtico con otros hombres. A partir de ahí, podrá empezar a relacionarse de una manera más auténtica con las mujeres.

Investigación neurofisiológica

Toda comunicación interpersonal tiene un impacto neurobiológico, ya sea correctivo o dañino. Los afectos son los transmisores de señales en las relaciones humanas que conectan a la persona con su ambiente emocional. La evidencia apoya fuertemente que la alianza terapéutica sirve como una “experiencia afectiva de corrección” (Schoore, 1991, 2003; Stern, 2002; Siegel, 2002). Al reconocer esta experiencia como la fuerza esencial para el cambio terapéutico, el tratamiento se concentra en eliminar los obstáculos que desconectan al cliente de sus sentimientos nucleares.

El flujo del afecto queda determinado por el apego. Algunos conceptos psicodinámicos tradicionales, como los “objetos internalizados”, son metáforas de este fenómeno biológico de la transmisión neurológica. Lo que llamamos “internalización del objeto”, por ejemplo, es realmente una memoria guardada en el cuerpo, una respuesta afectiva condicionada.

La estructura neurológica de cada persona está diseñada para estar sincronizada con las estructuras neurológicas de otras personas. Como Stern (2002) nos recuerda, nuestros cerebros fueron diseñados para acoplarse con otros cerebros. Pero el apego humano puede romperse (como ilustra el doble dilema) para luego reconectarse (a través del doble giro). Las interrupciones en el afecto —a causa de la ansiedad, la vergüenza o el miedo— desconectan a la persona de su ambiente emocional y causan una desregulación o colapso.

Lo opuesto, es decir, una “activación” o apertura afectiva, constituye el objetivo de la terapia reparativa. Esto significa apertura primero hacia el terapeuta varón, luego hacia otros hombres y, finalmente, hacia las mujeres.

Estableciendo nuevas vías neurológicas

En su trabajo sobre la neurobiología interpersonal durante el desarrollo mental, Daniel Siegel explica cómo la relación terapéutica no sólo corrige el flujo interrumpido del afecto, sino que verdaderamente crea nuevas vías neurológicas que promueven un nuevo flujo afectivo. Este “nuevo flujo” de neurotransmisores podría ser lo que acontece a nivel biológico en el modelo psicodinámico tradicional de la resolución del conflicto.

Esta misma comprensión fisiológica de los cambios terapéuticos son la base de la terapia del EMDR (ver apéndice).

La psicología del cerebro dual también es compatible con este concepto (Schiffer, 1998). Según este modelo, la actividad afectiva se localiza en el hemisferio derecho del cerebro, mientras que las actividades cognitivas residen en el hemisferio cerebral izquierdo. El hemisferio derecho del cerebro no sólo es la fuente del afecto, como afirma Schore, sino que también es el lugar donde reside el inconsciente.

En el uso que nosotros damos a la AFT, el terapeuta mantiene con el cliente una sintonización empática a través de la alianza de trabajo, para así facilitar las conexiones entre ambos hemisferios cerebrales. Al hacer esto, el terapeuta metafóricamente “se incrusta” a sí mismo entre los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho del cliente.

La sintonización modifica la estructura cerebral

La mala sintonización debida al trauma —consecuencia inevitable del doble dilema— genera vergüenza, y la vergüenza mantiene escindido al “yo”. En contraste, la sintonización con el terapeuta a través de la alianza de trabajo (como consecuencia de experimentar el doble giro) elimina la barrera de la vergüenza y promueve la unificación del “yo”.

A través de esta conexión con el terapeuta, el cliente se permite a sí mismo sentir las sensaciones desagradables que están vinculadas a sus experiencias dolorosas tempranas. Los momentos de sanación ocurren cuando el cliente puede sentir lo que le parecía ser un insoportable sentimiento nuclear mientras al mismo tiempo experimenta la atención y el apoyo del terapeuta.

Así, a través de un delicado proceso de reparación interactiva, la relación sintonizada realmente modifica la estructura neurológica del cerebro.

El doble giro y el momento transformador

El doble giro es un proceso de sintonización que vincula al cliente consigo mismo y luego lo vincula con los demás. La sintonización interpersonal (o falta de sintonización) determina nuestra relación intrapsíquica con nosotros mismos, mientras que la sintonización con otra persona resulta en una mayor sintonía con el propio “yo”. Para el cliente que creció en una familia narcisista, el trauma temprano causado por el doble dilema parental ha creado una ruptura interna en esta sintonía.

Lograr el doble giro no tiene ninguna ciencia; realmente se trata de una aproximación “por prueba y error” que caracteriza a todo intercambio interpersonal íntimo (Stern, 2002). Por ello, el

surgimiento del doble giro no ocurre por un mero esfuerzo técnico, sino que se trata de un evento humano único que ocurre entre dos personas en un momento determinado, que comporta cierto carácter místico, transpersonal e inabarcable. Cuando el cliente abandona sus defensas usuales y permite que este intercambio sintonizado ocurra, observamos cómo esta experiencia emotiva compartida promueve la reintegración de aspectos previamente escindidos (avergonzados) del “yo” del cliente.

El cambio más poderoso ocurre cuando el cliente, emocionalmente presente en el doble giro, reexperimenta el trauma del pasado. En momentos tan intensos como éste — cuando todo lo que existe, tanto para el cliente como para el terapeuta, es el aquí y el ahora— presenciamos este momento transformador de *re-apego con uno mismo* a través del otro.

Sólo después de muchas experiencias como ésta podemos avanzar a la siguiente fase: dotar de sentido cognitivo a los propios sentimientos. Esta fase también es conocida como el “proceso narrativo de reconstrucción”.

De la ansiedad a la espontaneidad

La terapia centrada en el afecto logra rápidamente que el cliente se enfrente a su vida emocional, misma que suele estar regida por el miedo. El terapeuta ayuda al cliente a sentir y expresar los sentimientos que le provocan ansiedad, mientras simultáneamente lo apoya con su contacto interpersonal. Gracias a esta afinidad emocional le resulta entonces posible al cliente tolerar los afectos que antes parecían insoportables.

A través de la experiencia del doble giro, los clientes aprenden que las emociones dolorosas no son de suyo insoportables; *lo que las hace insoportables es el hecho de estar relacionadas con la sensación más temprana del abandono parental.*

Cuando el cliente logra integrar estos afectos que antes le parecían negativos, le sobreviene una sorprendente erupción de espontaneidad, autenticidad, vitalidad e integridad personal, provocadas por la reestructuración del verdadero “yo”. Esta reestructuración se manifiesta a través del surgimiento de una mayor energía cuando se relaciona con los demás, así como una menor preocupación por sí mismo. Con la aparición del verdadero “yo” observamos cómo gradualmente se establecen nuevas relaciones, mucho más auténticas.

Las variantes más recientes de terapia centrada en el afecto instan al terapeuta a ingresar en dimensiones todavía más profundas de sintonía y atención (consultar, por ejemplo, el modelo colaborativo de Alpert y especialmente el de Fosha). Es en estos niveles más profundos de sintonización que la AFT abre el camino para dar el siguiente paso en el proceso: el trabajo del dolor.

El trabajo del dolor terapéutico avanza a través de dos vías: el enojo y la tristeza. El cliente confrontará aquí sentimientos muy perturbadores, asociados con la pérdida del apego.

La secuencia de la pérdida del apego

La respuesta del niño por la pérdida del apego parental ocurre en las distintas fases de una secuencia: primero, la protesta, luego, la desesperación y, finalmente, el desapego (consultar el trabajo de Bowlby). En la etapa final (desapego), el niño evita activamente al padre y lo trata como a un extraño.

Esta antipatía del niño ante su padre del mismo sexo —muchas veces reportada por los padres de hombres homosexuales y por los propios hombres homosexuales— es un fenómeno que Andy Comiskey, fundador de un ministerio ex-gay, ha caracterizado como la “indiferencia antinatural” contra su propio padre.

Este rechazo del padre, al que se percibe como “poco importante”, constituye una defensa sutil y casi imperceptible contra el enojo y la tristeza que han quedado sin expresar y con los que frecuentemente nos topamos durante el trabajo del dolor.

La vergüenza: haber sido expulsado de la manada

El impulso por el apego surge de un instinto de supervivencia que proviene de nuestra propia biología. Cuando se induce la vergüenza también se dispara el terror a la aniquilación, razón por la que el niño puede llegar a comprometer aspectos fundamentales de su “yo”, llegando al grado de rechazar la identificación con su propio género. Ésta representa la base de la forma más común de PMS —el repudio fundamental del apego al género, que más tarde resultará en el impulso hacia la reparación homoerótica.

Como afirma Francine Shapiro (2001, p. 113), “Neurológicamente hablando... la humillación... [es] un asunto de supervivencia; el equivalente evolutivo a ser expulsado de la manada”. De esta manera, cuando se avergüenza a una persona por sus sentimientos, éstos se tornan tan insoportables que la persona no se permite poseerlos ni experimentarlos.

El *insight* como un repentino despertar

Este *insight* es “la conexión de dos redes previamente desconectadas” (Shapiro 2001, p. 122). Shapiro lo explica como si “yo sabía ‘esto’ y sabía ‘aquello’, pero nunca antes, hasta ahora, me había percatado de la conexión entre ‘esto’ y ‘aquello’ ”.

El “momento ¡Aha!” de *insight*, como explica Carl Bühler (1990) es similar: no se trata de un fenómeno exclusivamente cognitivo, sino de algo que también se manifiesta en el cuerpo. Por ejemplo, observamos este fenómeno en la postura de una persona que acaba de recordar algo —hay una sutil pero inequívoca reacción de sacudida o shock, como si la persona repentinamente se estuviera despertando.

Esta sublime sintonización como una co-creación

Cuando un niño se acerca afligido a uno de sus padres, y dicho padre reacciona con indiferencia o de manera exagerada, la desorganización afectiva del niño aumentará. Si la madre lo ignora o tiene una reacción exagerada ante su aflicción, siendo capaz de reflejar adecuadamente su experiencia interna, entonces el niño se sentirá emocionalmente aislado.

Cuando la terapia centrada en el afecto funciona óptimamente, observamos una corrección de esta desorganización afectiva: al contar con un terapeuta capaz de sostener una comunicación sutil y matizada, el cliente puede experimentar una sublime sintonización. El terapeuta y el cliente comparten un conocimiento implícito —esa experiencia no verbal y tácita que ocurre entre dos personas que reconocen que “Yo sé que tú sabes que yo sé”.

Tras analizar muchas horas de grabaciones de sesiones de psicoterapia en nuestra clínica, me he percatado de cómo emerge esta sutil sincronía entre el cliente y el terapeuta, cuando cada persona tiene la sensación de lo que el otro está tratando de expresar. Stern (2002) ofrece el ejemplo de dos personas besándose: la velocidad, dirección, ángulo y acercamiento —todos perfectamente coordinados para un “suave aterrizaje” (sin un choque de dientes)— es un milagro de la intimidad física, que implica una “máxima complejidad” tanto en su ideación, la intención de hacerlo y finalmente su ejecución. Stern lo dice de una manera muy sencilla: “Nuestras mentes no se crean solas; son co-creadas. Nuestro sistema nervioso está listo para aprender de los sistemas nerviosos de otras personas y esto nos transforma”. En efecto, la psicoterapia ofrece una nueva oportunidad para integrar la propia vida emocional a través de verdaderos cambios neurológicos que ocurren en el cerebro.

Con la intención de explicar cómo opera esta “nueva oportunidad” terapéutica en el modelo de la sintonización sublime, Stern habla de la importancia de establecer el “tempo” correcto con el cual “avanzar” —la regulación tácita del ritmo y la intensidad de ida y vuelta entre dos personas.

Stern también subraya la importancia de la intermitente “regulación de campo”. Ésta se refiere a la evaluación de la receptividad del otro con preguntas como “¿qué está sucediendo entre nosotros ahora mismo?”. Stern está particularmente interesado en lo que denomina los “momentos *ahora*”, cuando se altera todo el marco de la imagen, concentrándose exclusivamente en las dos personas conforme éstas son arrastradas hacia el momento presente —y viven una intensa “presencia existencial”. Dichos “momentos *ahora*” están acompañados por una aguda sensibilidad y la noción de que, de alguna manera, “este momento es importante” para la relación, ya sea para bien o paramal.

La exposición y vulnerabilidad personales son elementos básicos de estos momentos; observamos cierta excitación, el reconocimiento de cada uno en un grado más profundo, y en ocasiones una sutil y tímida sonrisa que reconoce que esta vulnerabilidad y exposición personales resultan extrañas. Momentos como éstos, a los que Martin Buber llama “momentos de encuentro”, no pueden ser forzados; pero como terapeutas podemos, en palabras de Stern, “estar listos para aprovechar oportunidades como éstas en la existencia”.

La descripción que Stern sobre los aspectos matizados de estos momentos centrales constituye lo que nosotros llamamos doble giro.

Dos afectos binarios: aserción versus vergüenza

La AFT nos ayuda a distinguir entre los afectos básicos de “encendido” (que apegan) y los de “apagado” (que desapegan) a la persona. El principal afecto de apagado (desvinculación) está asociado con el estado vergonzoso del “yo”. El principal afecto de encendido (vinculación) está asociado al estado asertivo del “yo”. Esta distinción fundamental entre “abierto y cerrado”, descrito por Fosha como la “señal verde” versus la “señal roja”, equivale a las respuestas neurológicas simpática y parasimpática, respectivamente.

Apuntando en la misma diferencia pero con otras palabras, Schore (2003) identifica los afectos que apegan como apertura y sintonía, en contraste con la respuesta “congelada” (cerrada). Esta respuesta congelada se asemeja mucho a la “vergüenza” en la terapia reparativa —la consecuencia de que el niño se haya sentido humillado por sus expresiones masculinas.

Los clientes han expresado este cambio afectivo de *apego-desapego* como la diferencia que existe entre:

- *Explotar e implosionar*
- *Corazón abierto y corazón cerrado Inflado y desinflado*
- *Expansivo y constrictivo*

La aserción y la vergüenza presentan referentes fisiológicos en el sistema nervioso autónomo. El sistema nervioso autónomo tiene dos sistemas de coordinación, el sistema nervioso simpático y el sistema nerviosos parasimpático. El sistema nervioso simpático genera respuestas, apertura y conexión, mientras que el sistema parasimpático crea un estado de inhibición y colapso. En el estado vergonzoso (similar al efecto de la “señal roja” de Fosha) encontramos el equivalente fisiológico de la respuesta parasimpática (colapso). La respuesta simpática, por otro lado, corresponde a la reconexión. La terapia reparativa se concentra en hacer pasar al cliente de un estado vergonzoso inhibitorio “de colapso” al estado asertivo de vitalidad. Este último es el estado de respuesta simpática y de conectividad en el que la persona aprende a permanecer. Dicho estado es posible cuando el cliente vence la postura de la vergüenza y su estado de colapso y muerte emocional.

Estos afectos de vitalidad e inhibición quedan ilustrados por el así llamado “fenómeno del lucio” (Wolverton, 2005). Dicho fenómeno se observa cuando se coloca a un lucio en un tanque con gobios vivos. El lucio inmediatamente empezará a comerse todos los gobios que vea. Posteriormente se coloca sobre el lucio un cilindro invisible que lo separa de los gobios. Ahora todo intento del lucio por comerse más gobios hará que éste golpee su hocico contra el vidrio, infligiéndole dolor. A continuación se retira el cilindro, pero el lucio, anticipando el dolor, ya no hace ningún intento por comerse a los gobios. Se ha perdido la respuesta de vitalidad y en su lugar se ha instaurado la respuesta inhibitoria.

El fenómeno del lucio ilustra una respuesta condicionada que inhibe la aserción sana. Observamos en nuestros clientes una anticipación a la vergüenza cuando intentan ser asertivos respecto a su género. La vergüenza anticipatoria constituye un “repentino recuerdo” somático que sumerge al cuerpo en una estado de defensa y colapso. Dicho colapso (vergonzoso) es una defensa para no experimentar el dolor de una pérdida traumática.

El colapso emocional a nivelbiológico

En ocasiones será útil explicarle al cliente que su colapso realmente es también una *reacción fisiológica*, una *reacción corporal*. Esto le permitirá observar los cambios corporales por los que pasa cuando éstos ocurran. El hecho de desarrollar la autoobservación puede aumentar el ego del paciente, pues logra darse cuenta de cada instancia en la que su cuerpo (no “él mismo”, sino “su cuerpo”) pasa al estado de colapso. El hecho de enseñar al cliente a observar sus propias reacciones corporales es similar a la repetición de las instrucciones

dadas en el EMDR, donde el cliente “regresa”, “se aleja” y luego “vuelve a regresar” a la imagen traumática una y otra vez (ver apéndice).

Otro término utilizado para referirse al momento vergonzoso es la “respuesta de congelación”, en la que la persona pierde su vitalidad somática y su cuerpo se vuelve rígido y tieso.

En la disociación ocurre una “escisión de las mentes”, en la que cada una posee su “grupo de pensamientos, sentimientos y memorias” (Jung) que quedan almacenadas en el cuerpo. Cuando alguien se encuentra “en una mente” (en un grupo de memorias incorporadas al cuerpo), le resultará difícil recordar la otra “mente”, y si se recuerda la otra mente —esto es, si se siente en el cuerpo—, entonces se habrá abandonado ya la primera mente en la que originalmente se encontraba. Por ejemplo, cuando discutimos con un amigo, nuestro dolor y enojo nos dificultan recordar a nivel sensitivo algo agradable sobre él. Pero cuando acabamos y resolvemos la discusión, es difícil ahora “recordar” qué era lo que tanto nos disgustaba de él.

Un cliente narraba haber salido un fin de semana de viaje con sus amigos para acampar y cazar con ellos. Esta experiencia lo situó en el estado asertivo, donde no podía recordar la otra “mente” de la tentación homosexual. Una semana después el cliente se encontraba nuevamente en el estado de vergüenza, y ahí ocurrió todo lo contrario: estaba absolutamente preocupado por sus fantasías homoeróticas y no podía recordar el estado mental de la aserción.

La postura vergonzosa *versus* el estado asertivo

En la terapia reparativa se revisan metódicamente los estados del “yo” con el cliente, particularmente los relacionados al escenario precedente a la actuación homosexual (ver caps. 12-13). Cuando se experimentan simultáneamente la vergüenza a nivel corporal y, por otro lado, la aceptación y la comprensión de un terapeuta sintonizado, se logra disminuir la carga fisiológica de la vergüenza.

Cuando los clientes se encuentran en el estado asertivo pueden recordar vagamente mas no sentir con intensidad su atracción homosexual. Ahora bien, cuando pasan a un estado de vergüenza, no pueden recordar cómo era *no* tener sentimientos homoeróticos que les atrajeran.

Como hemos hecho notar, la vergüenza posee —al igual que los demás estados del “yo”— una función evolutiva para la supervivencia. (Debe hacerse notar que la vergüenza no es lo mismo que la culpa —la culpa surge por un juicio negativo que hacemos sobre nuestra conducta, mientras que la vergüenza es una respuesta fisiológica básica). Un niño se sentirá avergonzado —es decir, sentirá la amenaza de ser expulsado de la manada— por tener comportamientos que pongan en riesgo la estabilidad y supervivencia del grupo.

El estado vergonzoso del “yo” recuerda al trabajo del mentor de Freud, Pierre Janet, conocido como el padre de la disociación. Janet estableció los fundamentos para los trabajos que Freud realizaría posteriormente sobre la histeria —donde los eventos pasados, mantenidos fuera de la consciencia, todavía influyen en el comportamiento actual. El momento vergonzoso es similar al concepto freudiano de la disociación, el primer fenómeno estudiado en la historia del psicoanálisis, y que se dispara cuando la persona anticipa la repetición de algún trauma pasado. La disociación constituye una tentativa de la mente por bloquear las memorias traumáticas de la infancia que, todavía, a nivel inconsciente, se perciben como enormes amenazas.

Estableciendo nuevas vías neurológicas

El desarrollo afectivo del niño ocurre en tres fases críticas: *sintonización*, *pérdida de sintonía* y *resintonización*.

A través del paso secuencial por estas tres fases críticas, el niño aprende a tolerar los niveles de angustia mientras simultáneamente permanece en contacto (sintonizado) con el padre. Cuando los niveles de excitación se vuelven intolerables, el niño interrumpe el contacto (pérdida de sintonía), pero cuando el nivel de excitación disminuye hasta alcanzar niveles tolerables vuelve a sintonizarse con el padre (resintonización). A través de este proceso, el niño es capaz de incrementar su capacidad para tolerar el estrés emocional.

La memoria es un fenómeno psico-fisiológico. Esto significa que los recuerdos no sólo son cognitivos, sino también somáticos —traumas que quedan almacenados en el cuerpo. Schore (1996) sostiene que la relación terapéutica realmente reconfigura las conexiones sinápticas del sistema de la memoria. Si bien nunca podremos realmente modificar el pasado, el éxito terapéutico implica el despliegue de nuevas vías neurológicas positivas sobre las antiguas memorias neurológicas traumáticas.

El cambio somático conduce a un nuevo significado

La terapia reparativa se enfoca en el trabajo corporal, pues pensamos que la mente inconsciente guarda una especie de “memoria corporal” que opera sin ser percibida a nivel cognitivo. El cuerpo no nos engaña, pero la mente sí puede hacerlo. Freud resumió el objetivo del psicoanálisis como, “*donde ‘id’ estuvo, ahí el ego estará*” (1933). A lo que se refería era a que los impulsos inconscientes e irracionales son reemplazados gracias al hecho de darse cuenta de uno mismo (*insight*) y a la racionalidad.

Podríamos modificar las palabras de Freud para afirmar que *donde haya cambio somático, ahí habrá nuevo significado*. La mente ofrece una nueva comprensión de las experiencias sentidas en el cuerpo. Por ejemplo, un hombre que se identifica como gay dirá “mi ‘gaycidad’ inherente determina mi excitación sexual hacia un hombre atractivo. Para mí, esta atracción es normal y natural”. Para él, un hombre atractivo estará asociado con la gratificación sexual, y llegará a creer que estos sentimientos le definen auténticamente.

Sin embargo, el homosexual que no se identifica como gay tendrá la misma reacción somática hacia un hombre atractivo, pero su diálogo interno resultará bastante distinto. Dirá algo así como “Mi estado asertivo o mi estado vergonzoso son los que determinan mi excitación sexual hacia un hombre atractivo. Me siento atraído hacia ese hombre porque posee cualidades masculinas que en este momento parecen faltarme. Esta atracción no es parte de mi más profunda identidad”. Luego se preguntará, “¿Cómo me siento conmigo mismo en este momento?, ¿qué está haciéndome susceptible a esta respuesta sexual?, y ¿qué puedo hacer para cambiarlo?”.

Ésta es la diferencia esencial entre un hombre que se identifica como gay y un homosexual que no se identifica como gay —es decir, cómo interpretan y responden cuando se dan cuenta de sus reacciones corporales. Aquello que un hombre identificado como gay considera un hecho es cuestionado por el hombre homosexual no identificado como gay. El hombre gay cree que su atracción se trata de lo

que está “afuera” y que es un reflejo de la identidad de su verdadero “yo”. Por otro lado, el hombre no gay con PMS emplea su atracción como un catalizador para la introspección.

CAPÍTULO 7 ELCUERPO

“Mi cuerpo es mi brújula interna. Me indica qué está pasando —dónde estoy en una situación determinada— y mi verdadera actitud frente a las cosas”.

“Sólo un tonto no puede sentir”.
Antiguo dicho hebreo

“Cuando era joven, esta cosa [la PMS] se metió dentro de mí y ahí se quedó”.

Todas las emociones son percibidas en el cuerpo. Dado que la PMS es síntoma de un trauma relacionado con el género, la terapia reparativa debe ser dirigida al trauma que todavía permanece en el cuerpo y que debe ser recordado.

El sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNP) son los “neuro-almacenes” donde la vergüenza y la aserción son guardadas. El estrés se asocia con la vergüenza, mientras que la relajación y las respuestas libres se relacionan con la aserción. La explicación de estos cambios a nivel del sistema nervioso es útil para nuestros clientes, especialmente porque constantemente les instamos a que observen los cambios que experimentan durante la transición de un estado emocional a otro.

Dichos cambios neurológicos favorecen la correspondiente alteración del propio estado emocional. La mayoría de los clientes reporta que cuando se encuentran en el estado asertivo no pueden imaginarse a sí mismos teniendo una actuación homosexual. En contraste, cuando se encuentran en el estado vergonzoso (y en el estado de ánimo que sigue a la zona gris), no pueden pensar en otra cosa y la actuación homosexual se convierte en una obsesión.

El doble dilema: cómo se aprendió a desconfiar de la comunicación visceral

Dentro de la familia triádica-narcisista, el modelo que con tanta frecuencia encontramos en las historias de nuestros clientes, existe una característica forma de comunicación caótica; ésta deja al niño en un estado de discordia interna, pues las palabras que contiene el mensaje de los padres no son consistentes con el modo en que dicho mensaje se transmite. Hay una desconexión entre el contenido (el tema del que se trata, recibido por el hemisferio cerebral izquierdo), y el proceso (el mensaje tácito e implícito registrado por el receptor en el hemisferio derecho del cerebro).

En el fenómeno del doble dilema, donde contenido y proceso se enfrentan, a la mente le resulta difícil darle sentido al mensaje contradictorio que se está sintiendo en el cuerpo. El hemisferio cerebral derecho está conectado de una manera más directa con el cuerpo. Es por ello que la víctima del doble dilema percibe sensaciones corporales que no puede comprender cognitivamente. Estas sensaciones pueden ser vagas, pero en última instancia no concuerdan con las palabras que está escuchando.

En momentos como éste, el niño se sentirá confundido, desorientado y luego quedará paralizado, incierto sobre cuál de estos mensajes debería creer. Como resultado empezará a ignorar el impacto visceral que produce la comunicación humana. Aprenderá a no escuchar sus propias sensaciones. Esto se aprende a través del reforzamiento negativo que ejercen los padres, cuando éstos emplean formas explícitas o implícitas de desaprobación en cuanto el niño no responde al *contenido* sino a la parte del *proceso* del mensaje. Así, el niño asimila el mensaje de que no puede confiar en los que le dicen sus “tripas”. Un cliente me decía en una ocasión las siguientes palabras: “Sé que estoy en un doble dilema cuando las palabras suenan bonitas, pero mi mente no se siente conectada. Entonces siento que mi cabeza está ‘descompuesta’. A pesar de que esas palabras sean agradables, tengo sensaciones muy distintas —me siento triste, dolido, enojado, desplazado, rechazado y confundido”.

El resultado para el cliente es un momento de pérdida de poder, en el que pasa de la vitalidad al parálisis, y de la aserción a la vergüenza. Para muchos hombres, el único recurso contra estos mensajes discordantes ha sido internalizar estas distorsiones, basadas en la vergüenza, que sintió como resultado de ese tipo de comunicación. Pero ahora deberá aprender en terapia a atender y expresar con respeto sus respuestas afectivas al comunicador. Gradualmente, conforme se vaya sensibilizando con los mensajes que provienen de su cuerpo, también será capaz de reconocer las situaciones en las que ocurre el doble dilema. Esto le ayudará a no perder su poder personal. De no ser atendido cuidadosamente, el momento desestabilizador —que surge como consecuencia de los mensajes del doble dilema— podría derivar en una situación que debilitara el poder del cliente hasta detonar la recaída en el estado vergonzoso del “yo”, que a su vez representa un estado de mayor vulnerabilidad para la actuación homosexual.

El cambio en el cuerpo

El fenómeno del “cambio en el cuerpo” se experimenta internamente, pero también se trata de un fenómeno observable desde el exterior. Un terapeuta entrenado se percatará del momento en el que el cliente pasa del estado falso del “yo” al estado asertivo del “yo” (el verdadero “yo”). El cambio es inmediato y se manifiesta no sólo en la actitud y en el estado de ánimo, sino también en la postura, la expresión facial y la resonancia de la voz.

Tras este regreso a la postura asertiva, el cliente parece calmado, centrado, con control sobre sí mismo y se expresa con confianza.

Muchos de nuestros clientes se quejan de no saber cuál es su lugar cuando están con otras personas; su brújula interna de percepciones y emociones está desbalanceada. Aquí se vuelve evidente la importancia del trabajo corporal: éste sensibiliza al cliente para percatarse del momento desestabilizador durante la comunicación conflictiva y el consecuente enfrentamiento entre la aserción y la vergüenza.

Una tarea difícil (más no imposible) para los clientes será la identificación del doble dilema en el preciso instante en que éste ocurra. Esto suele ocurrir al inicio de la terapia con la mayoría de nuestros clientes. Con el tiempo, aprenderán a confiar en su cuerpo y empezarán a prestar atención a lo que éste les comunique. El trabajo corporal permitirá al cliente identificar sus reacciones viscerales en cuanto surjan conflictos interpersonales. Más específicamente, aprenderá a identificar las señales que su cuerpo transmite cuando ocurre un cambio afectivo que lo saca del estado asertivo.

Esta capacidad para darse cuenta de los mensajes del propio cuerpo resulta vital, pues permite al cliente evadir la manipulación de los demás y la ansiedad del rechazo anticipado, permitiéndole además permanecer en la postura asertiva sin caer nuevamente en la vergüenza.

Tras un trabajo corporal exitoso, un cliente reportaba lo siguiente: “He aprendido que mi cuerpo es como mi brújula interna. Con él evalúo mi situación y posición ante cierta circunstancia. Simplemente no puedo escuchar a las palabras. Tengo que mantenerme constantemente sintonizado con los mensajes que mi cuerpo me da”.

Definición de los términos

Las definiciones de *afecto*, *emoción*, *sensación* y *sentimientos* suelen confundirse. En su uso común, estos términos son intercambiables. Sin embargo, Nathanson (1992) nos ofrece a continuación una distinción muy útil:

El *afecto* es el aspecto biológico de los *sentimientos* y las *sensaciones*, que son sinónimos. El afecto es lo que ocurre a través del sistema nervioso autónomo, como los cambios en la respiración, el pulso, etcétera.

Los *sentimientos* y las *sensaciones* se expresan a través del lenguaje de las *emociones*. Representan la experiencia interna o subjetiva del afecto, como las mariposas en el estómago, el estómago revuelto, la energía, el nudo en la garganta, los alfileres en los hombros, un gran peso en el pecho, etcétera.

Las *emociones* son las palabras que utilizamos para describir los *sentimientos* y las *sensaciones* de los *afectos* sentidos en el cuerpo, como serían el enojo, la tristeza o el miedo.

En ocasiones nos topamos con obstáculos en el trabajo corporal cuando hay un problema para reconocer y nombrar lo que el cuerpo nos está diciendo. Las palabras cotidianas que utilizamos para nombrar las emociones muchas veces no representan adecuadamente el mensaje corporal. Por tanto,

las palabras que describen las emociones deben estar “basadas” en sentimientos y sensaciones a nivel corporal. Por ejemplo;

C: Siento enojo.

T: Sí. ¿Cómo sientes ese enojo ahora mismo?

C: Como un calor que está aumentando en mi pecho.

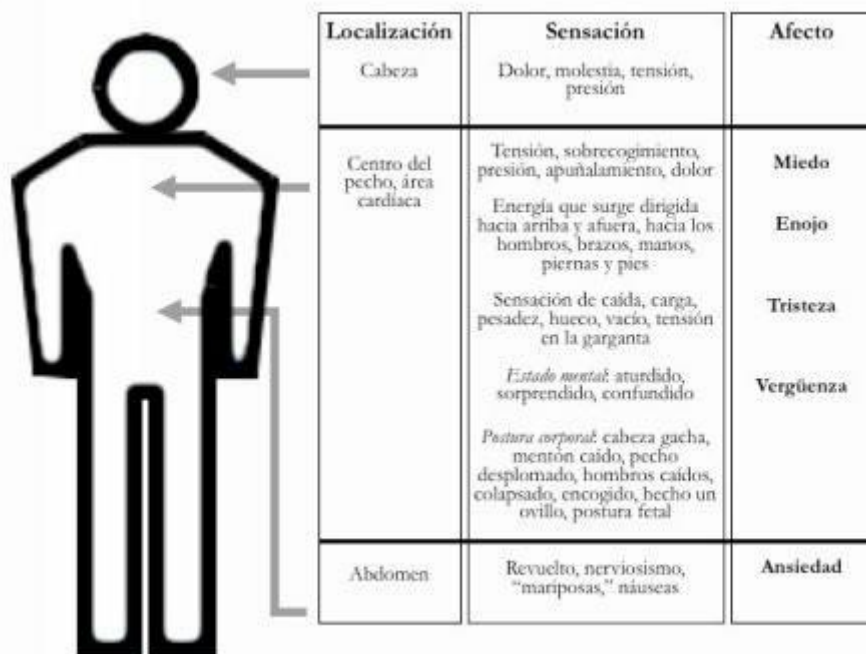


Figura 7.1. Lenguaje corporal

Al volver a sus sentimientos/sensaciones, el cliente desarrollará la habilidad para poder leer de una manera más directa los mensajes de su cuerpo —una habilidad que no sólo le será de gran ayuda durante las sesiones, sino también muy útil para el día a día.

Los afectos nucleares

El diagrama de la figura 7.1 representa un “mapa” muy general de los afectos en el cuerpo, aunque ciertamente habrán de considerarse las variaciones idiosincráticas de cada cliente. Por ejemplo, para algunos hombres, la vulnerabilidad podría percibirse como un dolor localizado en el costado izquierdo. Para otros, se manifestará como un cosquilleo hormigueante que rodea su pecho. Mientras que para algunos hombres un malestar o dolor de cabeza generalmente se asocia con una defensa de intelectualización, para otros las sensaciones en la cabeza simplemente revelan enojo. La sensación de enojo puede migrar hasta la cabeza a través de su mandíbula apretada.

En su análisis final, si bien pueden hacerse algunas generalizaciones, el terapeuta tendrá que desarrollar una especial sensibilidad para aprender el lenguaje corporal de cada cliente y así poder enseñarle a reconocerlo. Como decía un hombre de 32 años, “perdí mi capacidad para entender lo que estaba sintiendo. Ahora estoy renombrando lo que siento dentro de mí —de hecho, estoy dándole nombre a cosas que nunca antes había sentido”.

Los cuatro afectos negativos

Los cuatro afectos nucleares en los que nos concentraremos —miedo, enojo, tristeza y vergüenza— suelen sentirse en el pecho, el plexo solar y el área cardíaca. Hemos adoptado el sistema afectivo descrito por Tomkins (1981, 1991) y desarrollado por Nathanson (1992). Estos términos confieren al cliente una comprensión más amplia de su experiencia afectiva. Sus manifestaciones pueden ir de una intensidad leve a extrema.

Los cuatro afectos negativos son:

Miedo/ terror. Se experimenta como estar siendo apretado, agarrado o aferrado por algo, opresión, aplastamiento o un dolor punzante; como “un sedal apretado alrededor de mi pecho”. Cuando el cliente se mantiene enfocado en la sensación del miedo puede pasar a la vergüenza, o bien migrar al enojo o a la tristeza, siendo ambas vías interconectadas que conducen al dolor.

Enojo/ ira. Se experimenta como un aumento y salida de energía que irradia y se extiende por los hombros, brazos y manos. El enojo también se siente en las piernas como un impulso por patear.

Aflicción/ angustia. Se percibe como estar siendo arrastrado hacia abajo, pesadez, una sensación de caída o una carga, y que está asociado con la sensación de un nudo en la garganta, o de tener la garganta cerrada y apretada. O bien, también puede asociarse con una sensación de presión/humedad en los ojos. La aflicción/angustia también ha sido descrita como un “chaleco de metal opresivo, pero que se encuentra bajo mi piel y no puedo quitármelo”. Para nuestros propósitos clínicos entendemos la aflicción/angustia como una consecuencia de la pérdida relacional.

El enojo/ira y la aflicción/angustia son los afectos clave para penetrar en el trabajo del dolor, y éstos se irán alternando conforme el cliente avance hasta un dolor más profundo. El terapeuta debe ser consciente de la apropiada atribución de estos afectos, es decir, que no deberían ser revertidos contra uno mismo —como ocurre, por ejemplo, al sentir tristeza por la otra persona y enojo contra uno mismo.

Vergüenza/ humil acción. Se identifica como un encogimiento, aplastamiento o colapso en el centro del pecho; como si se penetrara profundamente en un espacio hueco en el plexo solar. Como afirmaba un hombre, es como “tener mis hombros caídos hacia mi pecho, como estarme doblando hacia dentro”. Un hombre lo describía como si se tratara de un “globo desinflándose dentro de mi cuerpo... como si el aire estuviera siendo empujado fuera de mi pecho”. Un hombre describía su experiencia corporal de la vergüenza diciendo, “mi cabeza se está doblando hacia delante, como si fuera una planta que se está marchitando y que necesita que la rieguen”.

Los dos afectos positivos

Además de los cuatro afectos negativos descritos anteriormente, incluimos dos de los afectos

positivos de Tomkins (1982), explicados por Nathanson (1992). Estos afectos nucleares son:

Alegría/ gozo. Se experimenta desde el centro del pecho como una energía que irradia hacia el frente, arriba y afuera del centro del pecho. Se percibe como una sensación de apertura, plenitud, expansión, solidez y de estar centrado; frecuentemente se asocia con la experiencia del doble giro, que se ve acompañada de la sensación de resonancia con la otra persona. Se describe de distintas maneras como una respuesta relajante, como una sensación de conexión, de calma, de estar centrado, de “ligereza”, o como una energía que empuja a “saltar y hacerlo”.

Interés/ excitación. El rostro expresa una atención embelesada y estar concentrado en algo (en un sentimiento o una idea). Ocurre también un incremento placentero de los disparos neurales así como una sensación de orgullo sano y de competencia/placer.

Estos dos afectos positivos suelen encontrarse más bien en las fases finales del tratamiento, cuando el cliente ha logrado permanecer en el estado asertivo durante largos periodos de tiempo. Para simplificar la terminología de Nathanson y adaptarlo a nuestros fines, emplearemos los siguientes términos:

Tabla 7.1. Los cuatro afectos nucleares negativos y los dos afectos nucleares positivos

Los cuatro afectos negativos

Miedo/terror > miedo

Enojo/ira > enojo

tristeza

Vergüenza/humillación > vergüenza

Los dos afectos positivos

Alegría/gozo > alegría

Interés/excitación > excitación Aflicción/angustia >

Además de los afectos ya mencionados, existe otro afecto nuclear —la repugnancia o aversión— que rara vez es abordado en el contexto de la terapia reparativa. Sin embargo, en ocasiones, nuestros clientes reportarán sentirse disgustados. Un ejemplo de esto es el de un arquitecto de 38 años que sentía una gran aversión hacia el cuerpo femenino. Rastreó en su memoria de dónde provenía dicha “repugnancia” hasta recordar que cuando tenía unos cinco años de edad fue forzado a tener contacto oral-vaginal con su hermana adolescente. Si bien había otros factores que contribuían a su problema homosexual, dicho recuerdo y el sentimiento de aversión asociado a éste —un enojo defensivo hacia las mujeres— se habían convertido en un obstáculo significativo para su desarrollo heterosexual.

La ansiedad es una de las primeras sensaciones que surgen durante el trabajo corporal. Representa la anticipación de emociones amenazadoras. Se suele identificar en el abdomen como tener el estómago revuelto, nerviosismo, mariposas y náuseas. Enfocarse directamente en la ansiedad del cliente suele ser contraproducente, pues la ansiedad podría llegar a ser paralizante. Más bien, intentamos poner de lado la ansiedad empleando frases como “Veamos qué hay detrás de tu ansiedad”, o “¿sientes otro sentimiento todavía más profundo?”. La ansiedad indica que la persona se está dando cuenta vagamente de sentimientos conflictivos más profundos que, de ser reconocidos, eventualmente se expresarán como miedo.

Los clientes muchas veces reportan sentir ansiedad justo antes de acceder a sus afectos nucleares y a sus sentimientos auténticos. La ansiedad funciona como una defensa para no sentir las inaceptables emociones verdaderas. No son las emociones *per se* las que resultan inaceptables, sino la insoportable anticipación asociada del abandono- aniquilación que la persona no puede permitirse reconocer ni reexperimentar.

Durante su infancia, el cliente anticipaba el abandono de aquellos que amaba cada vez que sentía y expresaba sus emociones naturales pero inaceptables. Como un cliente lo explicaba:

“Mis padres no podían tolerar que me enojara. Según ellos me ponía muy raro. Como éramos niños, se suponía que no podíamos tener problemas. Sólo ellos podían sentirse molestos, porque eran adultos. Recibimos el mensaje de que debíamos mantener para nosotros mismos nuestros sentimientos negativos”.

El empleo de imágenes y representaciones espontáneas por parte del cliente

Mientras realiza trabajo corporal, el cliente podría recurrir a imágenes o representaciones que describan su estado interno, como serían “mi corazón está seco y empolvado”, o “tengo en mi estómago una bala negra de cañón”. De manera distinta a la cognición, que aleja al cliente de sus sentimientos, estas imágenes no son formas de evadir los afectos, sino que servirán más bien como un puente hacia los sentimientos y las sensaciones. Como sucede con los sueños, estas creaciones espontáneas y fundamentales conducen hacia afectos más profundos. El terapeuta podría preguntar, “Sí, ¿cómo se siente estar seco y polvoriento?”, o “¿cómo se siente esa bala negra de cañón dentro de ti ahora mismo?”.

Algunos errores comunes de clasificación

Durante el desarrollo del trabajo corporal, muchas veces se incurrirá en una errada clasificación de las sensaciones.

Conflicto entre el miedo y el enojo. Algunos hombres describen la extraña sensación de un dolor agudo, como si se tratara de cuchillos, hojas de espada o lanzas que se clavan en la parte superior de los hombros, la parte baja del cuello y la espalda. En este caso existe un conflicto entre el impulso de liberar la tensión muscular y el impulso por contraer los músculos y retraerse. Como ocurre en los ejercicios isométricos, el resultado es un molesto dolor en el tejido muscular. Al vencer el conflicto entre el enojo y el miedo y alcanzar un nivel más profundo, el cliente suele transitar hacia la tristeza y, finalmente, hasta el dolor.

¿Miedo o ansiedad?. En ocasiones tendremos que ayudar al cliente para que distinga entre la ansiedad y el miedo. La ansiedad carece de objeto, lo que equivale a decir que aparentemente no hay nada que esté amenazando a la persona en la situación que está viviendo; no hay un objeto claro ni consciente de aprensión. El miedo, en contraste, sí posee un objeto. Por tanto, mientras la fuente de la ansiedad es interna, el origen del miedo es externo.

¿Tristeza o vergüenza?. Si bien la pérdida y la vergüenza muchas veces están asociadas, es importante distinguir las para que el cliente comprenda la diferencia. La *pérdida* trata de

algo que ha sido removido, algo que se nos ha quitado. La *vergüenza* implica una pérdida del propio “yo” —es decir, una disminución o reducción de unomismo.

No es necesario intensificar la vergüenza

Mientras la mayoría de los sentimientos se abordan enfrentándolos, la vergüenza no parece ceder si se la intensifica. Lo que al parecer la disminuye no es la confrontación directa, sino una renuncia o liberación de la misma. La vergüenza se evapora lenta pero innegablemente cuando la persona es capaz de sentirla y expresarla, mientras simultáneamente experimenta la sintonización con otra persona. Al mantenerse en relación con el terapeuta, el cliente no puede experimentar simultáneamente la vergüenza y la aceptación.

Una actitud de atención respetuosa

Cuando realiza trabajo corporal, el terapeuta establece el tono de la sesión al ser pausado, decidido, atento y calmado. Debe transmitir su curiosidad, interés y preocupación por lo que está ocurriendo en el interior del cliente. Esta actitud es similar a la que se busca lograr en la “meditación atenta” (Siegel, 2007) a través del “COAL”: (Curiosity, Openess, Acceptance & Love/Curiosidad, apertura, aceptación y amor).

El paciente debe percibir el siguiente mensaje tácito y serio: “Tus respuestas emocionales no son irrelevantes ni locas. Lo que sucede dentro de ti importa”. Este mensaje es claramente opuesto al mensaje parental que le fue transmitido al hijo de la familia triádica-narcisista, es decir, “lo que más importa es cómo *tú* nos afectas a *nosotros*”. Conforme el terapeuta comunica este mensaje implícito de sintonía e interés, el cliente gradualmente comenzará a experimentar y respetar su brújula interna, reflejada en su cuerpo, que guía ese mundo interior que ahora ha empezado a conocer y aceptar.

CAPÍTULO 8

EL TRABAJO CORPORAL REPARATIVO: LA SECUENCIA DE LOS DOS TRIÁNGULOS

Habiendo revisado los afectos nucleares y secundarios, así como sus correspondientes sensaciones corporales, describiremos ahora a detalle el proceso del trabajo corporal. En nuestra clínica adaptamos esta técnica a las necesidades de nuestros pacientes, cuya defensa primaria es el desapego emocional (disociación).

Los casos más arduos a los que se enfrentan nuestros terapeutas son los de hombres pasivos y evasivos, emocionalmente inalcanzables, (a los que en ocasiones nos referimos como clientes “teflón” o “medusa”). Al principio teníamos gran dificultad para poder impactar en ellos con cualquier otra modalidad de intervención terapéutica. A pesar de su deseo consciente por cambiar, estos hombres ofrecen una gran resistencia para acceder a sus sentimientos. Al parecer, la mayoría había aprendido a defenderse de la vulnerabilidad emocional como respuesta a traumas vergonzosos de la infancia.

Previamente habíamos reconocido la efectividad de la técnica del trabajo corporal intensivo que ya se empleaba en la psicoterapia dinámica intensiva breve (PDIB); sin embargo, su abordaje y aplicación a través de la confrontación —presión y retos diseñados para “crear una crisis intrapsíquica que desestabilice el equilibrio psíquico de los pacientes” (Coughlin Della Selva, 1996, p. 68)— no funcionó bien en nuestra población de clientes, pues éstos son muy sensibles a la vergüenza y desconfían de toda técnica que pudiera parecerles manipuladora.

Pero cuando modificamos el modelo clásico de la PDIB para usarlo con nuestros clientes, el trabajo corporal se convirtió en nuestra modalidad de elección. (*El trabajo corporal, volvemos a enfatizar, no implica ningún tipo de contacto corporal*).

Las terapias abreactivas y emotivas se enfocan principalmente en la catarsis y en la descarga emocional, pero muchas veces carecen de una integración cognitiva. El trabajo corporal reparativo es exitoso precisamente porque requiere de un poderoso esfuerzo emotivo/afectivo, al que posteriormente sigue una reconstrucción narrativa (i.e., la “transformación del significado”).

No todas las sesiones requerirán de trabajo corporal, pero en cuanto cliente y terapeuta hayan acordado emplear dicho método, la secuencia de los dos triángulos deberá entonces ejecutarse hasta su compleción. Los dos triángulos han sido tomados del “triángulo del *insight*” de Menninger (1958), y el “triángulo de las personas” u otros significativos de Malan (1979), que fueron rediseñados posteriormente para su aplicación en el trabajo de liberación del afecto.

La secuencia de la sesión: una breve visión general

El *triángulo de contención* está diseñado para mantener al cliente “contenido” entre los tres vértices del triángulo —el conflicto identificado (CI), el terapeuta (T) y sus propios sentimientos e impulsos corporales (S/I). Simultáneamente se trabaja para eliminar la ansiedad y las defensas que

bloquean el surgimiento afectivo, permitiendo así al cliente ingresar al triángulo de las personas y a la transformación del significado (ver fig. 8.1).

El *triángulo de las personas* permite comprender las emociones e impulsos emergentes de las relaciones del pasado (RP), las relaciones actuales (RA) y, entre estas últimas, los sentimientos del cliente por el terapeuta. (El triángulo de contención es una adaptación del “triángulo del conflicto” de la PDIB, diseñado por Menninger [1958]. Menninger identificó las barreras intrapsíquicas que impedían al cliente penetrar en sus sentimientos e impulsos relativos a la cuestión amenazadora).

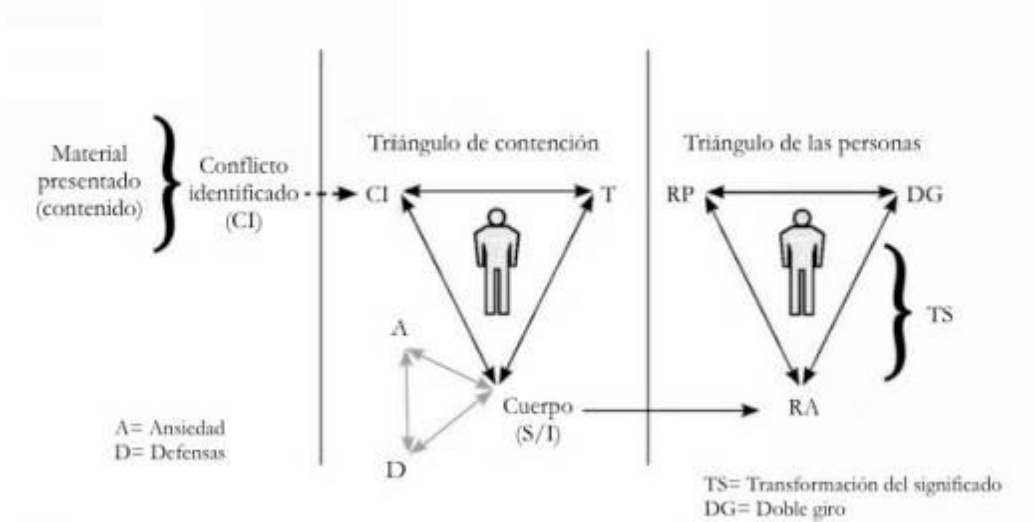


Figura 8.1. Secuencia de la sesión

En todo momento durante la secuencia de la sesión el cliente se encontrará en una de las tres esquinas del triángulo mientras el terapeuta procura dirigirlo hacia los sentimientos e impulsos (S/I) que se derivan del conflicto. (En el modelo original de la PDIB, la esquina inferior del segundo triángulo correspondía a la “transferencia” (Tr), donde el cliente es confrontado con sus proyecciones de transferencia. Por el énfasis que ponemos en la alianza de trabajo, nuestro modelo sustituye el aspecto unidimensional de la transferencia por la relación completa y diádica que se establece en el doble giro).

La intención de este modelo es vincular los tres vértices de ambos triángulos — idealmente en cada sesión— y hacerlo en repetidas ocasiones durante el curso del tratamiento. Esta técnica está diseñada para extinguir la ansiedad y las defensas que están impidiendo una mayor expresión afectiva, permitiendo así que el cliente ejecute la transformación del significado.

Desensibilización sistemática

El trabajo corporal reparativo puede visualizarse como un método de desensibilización sistemático de fobias emocionales (McCullough *et al.*, 2003). Sin embargo, para una mejor comprensión, la meta del cliente será tener “experiencias emocionales correctivas”, esto es, tendrá que aprender a sentir y expresar emociones intolerables mientras experimenta simultáneamente la sintonización terapéutica. Al hacer esto, el cliente experimenta la reparación de la mala sintonización

parental y aumenta su capacidad de autocompasión.

Al terapeuta inexperto inicialmente le resultará incómodo tener que estructurar la sesión de tal forma que mantenga al cliente bajo un nivel significativo de incomodidad y aflicción. Sin embargo, la incomodidad del terapeuta irá disminuyendo conforme siga practicando este método, pues observará los evidentes beneficios que el cliente obtiene y, especialmente, lo eficaz que resulta esta estrategia para avanzar rápidamente en la terapia.

El trabajo corporal tiene por objetivo evocar la re-experimentación de traumas emocionales y cognitivos del pasado, como es el caso de los momentos vergonzosos. Para lograrlo, las intervenciones necesariamente serán incómodas y representaran un reto. El reto del cliente será vencer su ansiedad y abandonar sus defensas para que así pueda sentir y expresar plenamente al terapeuta las emociones e impulsos que al final le conducirán a un afecto nuclear. El resultado será una reestructuración psíquica que frecuentemente estará acompañada de un fenómeno observable denominado el “cambio percibido” o la expansión afectiva.

Ya desde la primera sesión el cliente deberá comprender que el trabajo corporal suele ser la mejor modalidad para avanzar en el proceso de sanación. Al mismo tiempo, puede optar por no realizar este tipo de trabajo ni abordajes similares, si eso es lo que desea. Siempre debe sentir que tiene el control de la sesión, y nunca debe empujarse a que acceda a hacer algo con lo que no esté de acuerdo.

El terapeuta siempre debe permitir que el cliente tenga una sesión de prueba para que experimente y sondeé el trabajo corporal. Por ejemplo, el terapeuta podría explicárselo de la siguiente manera: “A veces estaremos usando un método para que te concentres en tus sentimientos. En esas ocasiones te pediré que pongas atención en las sensaciones que tengas en tu cuerpo, como una manera de entenderte a ti mismo. Seguramente te pareceré rígido cuando tenga que ser estricto contigo para enfocarte, y sé que tomará algo de tiempo hasta que te acostumbres”.

La sugerencia de emplear el trabajo corporal podría generar un grado considerable de aprehensión en el cliente, ya que el miedo a la vulnerabilidad emocional es muy común entre los hombres homosexuales. Pero, sorprendentemente, también me he topado con clientes que están muy dispuestos—incluso deseosos— de intentar algo que promete progresos significativos.

La sesión de prueba constituye una oportunidad para evaluar las respuestas defensivas y cooperativas del cliente, para sopesar la fuerza de su ego, y para determinar si realmente podrá manejar o no esta estrategia como parte de su terapia. Durante la sesión de prueba, el terapeuta debe explicarle al cliente que, a pesar de que la psicoterapia es una experiencia de apoyo, debe también incluir algunos retos. El cliente debe estar informado de que se le harán “preguntas sobre sus sentimientos” en “el aquí y el ahora”.

En el caso de un cliente aprensivo, los mejores resultados suelen obtenerse a través de abordajes frecuentes pero superficiales que gradualmente vayan aumentando de intensidad. Para estos clientes, otra vieja regla que aplica es “ve despacio para ir rápido”.

Los hombres con PMS indeseada emplearán estrategias defensivas cada vez que anticipen la vergüenza o la humillación. Por tanto, nunca debe realizarse el trabajo corporal de una manera que

resulte demasiado amenazadora. Para el cliente que no pueda identificar sus sentimientos, suele ser mejor que el terapeuta evite la presión directa y permita en cambio que el cliente exprese lo que pueda y como pueda por sí mismo. Conforme el cliente hable, el terapeuta deberá estar pendiente de cualquier indicador de sentimientos, como serían los gestos, la postura, la entonación o la expresión facial, para así dirigir la atención del cliente hacia su propio comportamiento y sugerirle con delicadeza algún sentimiento que podría encontrarse bajo la superficie. El terapeuta procura amplificar todo lo que él infiera que el cliente esté sintiendo. Luego, a través de las sucesivas intervenciones del terapeuta, el cliente empezará a familiarizarse consigo mismo y con su propia vida emocional.

A través de su sintonización, el terapeuta puede llegar a percibir los sentimientos del cliente antes de que el propio cliente caiga en cuenta de ellos. El terapeuta podría entonces decir, "Veo lo que está sucediendo ahora, puedo notar lo que estás sintiendo.

¿Cómo lo describirías?". O decir algo así como "quédate con ese sentimiento, es importante sentir eso ahora". A la vez que el terapeuta mantiene la atención del paciente enfocada, también puede ofrecerle palabras de apoyo, como: "Estás haciéndolo muy bien, te estás manteniendo conectado con tu interior. Sé que es difícil, pero también puedo ver que estás esforzándote mucho para lograrlo".

En ocasiones el cliente se desconcentrará y será asediado por sensaciones múltiples y/o contradictorias como, "siento una opresión en el pecho y mi estómago hundiéndose", o "siento tensión en mis hombros y energía en mis brazos". En momentos como éstos, podría resultar útil ofrecerle una opción; "¿cuál de las dos sensaciones es más fuerte en este momento?", o "de las dos, ¿cuál es la más intensa?".

Contraindicaciones para el trabajo corporal reparativo

El terapeuta podría identificar ciertos clientes que muestren síntomas que contraindiquen el trabajo corporal. Éstos incluyen síntomas de ansiedad extrema, como serían la hiperventilación, mareo, desorientación, pensamiento fragmentado, paranoia o la manifestación de defensas regresivas.

Cuando la persona muestre mucha ansiedad o miedo por manifestar sus sentimientos, comprendemos que su respuesta se debe a una gran aprehensión a ser avergonzados, y que corresponde al nivel infantil del abandono-aniquilación. Sus experiencias más tempranas pueden haberle convencido de que si expresa sentimientos auténticos acabará siendo rechazado por sus padres, lo que detonará una sensación de vacío interior y minusvalía. El trabajo corporal está diseñado para evocar este afecto amenazador, pero con la peculiaridad de que éste ocurra mientras el cliente permanece vinculado a través de la experiencia de cercanía emocional con el terapeuta.

El abordaje que empleamos en nuestra clínica insta a los clientes a permanecer en contacto con el terapeuta conforme van adentrándose en sus sentimientos más profundos. El terapeuta debe estar monitoreando constantemente la alianza de trabajo: "¿Te sientes conectado conmigo mientras estás experimentando estas sensaciones corporales?", o "conforme has ido profundizando, ¿cómo te has estado sintiendo?".

La secuencia de la sesión

La sesión procede de la siguiente manera:

Material presentado > Conflicto identificado > Momento del conflicto > Primer triángulo > Segundo triángulo > Transformación del significado

Cuando el cliente comience la sesión relatando algún evento ocurrido durante la semana previa, podríamos pensar que esto es sólo la introducción para pasar a cosas más importantes. Sin embargo, debemos escuchar con respeto y apreciar la necesidad real que tiene por contar su historia. A partir de este material presentado el terapeuta gradualmente procede a sintetizar un conflicto identificado (CI). Para los clientes que crecieron en una familia triádica-narcisista, ser escuchado por “alguien significativo” con paciencia y atención sigue siendo una experiencia relacional de vital importancia.

Identificando el problema

Al cliente le suele ser difícil identificar algún conflicto en particular, pues tiende a verse a sí mismo a través de las expectativas de los demás. Su postura crónica de vergüenza anticipada distorsiona su capacidad para percibir de manera realista lo que le corresponde por derecho. Consecuentemente, sus intentos por identificar algún conflicto suelen ser vagos, indirectos e implícitos. Por tanto, el terapeuta debe ayudar al cliente a concentrarse en sus propias necesidades hasta cristalizar un momento de conflicto, llevando al cliente más allá de su vaguedad, sus generalizaciones y su rol quejumbroso sin remedio, para que “posea” activamente los retos que enfrenta.

Los clientes pueden reportar el conflicto de manera indirecta, con palabras como “me siento raro, incómodo, fuera de lugar”. En otras ocasiones tal vez percibamos una vaga expresión de enojo o dolor cuando el cliente recurra a palabras como “me siento molesto, frustrado, fastidiado, irritado”. Por otro lado, la incapacidad de abordar claramente una situación puede sugerir la presencia de un conflicto: “No sé qué me está pasando. Sólo me siento confundido, sorprendido, desconcertado, asombrado”.

El terapeuta no debe fomentar que el cliente reporte los incidentes vagos o indirectamente; más bien, debe invitarle a identificar claramente el conflicto que aún permanece enterrado. “¿Qué quieres decir?, ¿Qué te está ‘molestando, fastidiando, irritando?’”. Finalmente llegará un momento en el que el cliente logrará enfocarse en los sentimientos corporales relativos al conflicto.

“¿Qué quieres?”

Nuestros clientes en particular tienden a perder fácilmente de vista lo que quieren y necesitan. Una pregunta que les hacemos con frecuencia en distintos momentos de la sesión —una pregunta que no suelen haberles hecho en sus propias familias— es ésta: “Dime, ¿qué es lo que quieres aquí, en esta situación?”. Un hombre describía la actitud pasivo-desapegada que solemos observar en nuestros clientes con estas palabras: “Mi actitud ante la vida es ‘no me registré para esta clase, sólo estoy de oyente’”. La desconexión, aislamiento y pasividad se han convertido en un estilo de vida para muchos de estos hombres. Es por ello que nos esforzamos por que el cliente pase de ser un receptor pasivo (o una víctima sin remedio) a convertirse en un participante activo de la sesión, con preguntas como, “¿con qué conflicto quieres que trabajemos hoy?”.

El terapeuta podría “ponerse del lado del cliente” y sugerirle que profundice todavía más en la vaguedad de sus sentimientos: “Al escucharte describir a tu jefe, me estoy dando cuenta de algunos sentimientos muy intensos. Me pregunto si podríamos explorar tus sentimientos más profundos”, o “Dices que tu madre ‘te fastidia’. ¿Podemos ver qué hay detrás de esas palabras, ‘me fastidia’?”.

Cuando el conflicto identificado ha sido definido satisfactoriamente por ambos, el terapeuta entonces invita al cliente a hacer trabajo corporal. El momento en que el cliente accede marca el paso hacia el triángulo de contención. Cliente y terapeuta se enfocarán juntos en esta experiencia corporal *del presente* sobre un conflicto del pasado.

El terapeuta mantiene al cliente alejado de sus defensas (D) y su ansiedad (A), y lo anima a que atienda a sus sentimientos/impulsos (S/I), conduciéndole de esta manera a la plena expresión de un afecto nuclear: miedo, tristeza, enojo, dolor y demás. Para lograr esto, el terapeuta toma una postura más rígida, orientando al cliente para que siga el protocolo. El terapeuta adopta un ritmo más lento y deliberado, con el que transmite su respeto y que le parecen valiosos los esfuerzos del cliente por identificar sus sentimientos. De esta manera, el terapeuta estará transmitiendo la actitud opuesta al mensaje de desaprobación, desdén, recriminación e indiferencia que muchos padres transmitieron ante la experiencia interior única de sus hijos.

Cuando el cliente haya experimentado y expresado plenamente sus sentimientos e impulsos en el presente, el terapeuta procederá entonces a dirigirlo al triángulo de las personas, instándole a que haga asociaciones entre sus relaciones actuales (RA) y pasadas (RP). En este momento el cliente se encuentra afectivamente más abierto para hacer asociaciones entre las personas del pasado y las personas del presente.

El último vértice del segundo triángulo contempla la relación entre el cliente y el terapeuta, en el contexto del trabajo que hasta ese momento hayan realizado. El terapeuta procura conectar el sentimiento nuclear que haya surgido con todos los vértices (personas) del triángulo de las personas.

Finalmente, cliente y terapeuta exploran juntos los nuevos aspectos que el cliente ahora comprende (transformación del significado) sobre el conflicto inicialmente identificado. Durante el desarrollo de esta secuencia en la sesión, el terapeuta debe permanecer atento y monitorear la alianza de trabajo.

Del conflicto identificado al momento del conflicto

Podríamos decir que lo que distingue al “conflicto identificado” del “momento del conflicto” se asemeja a la diferencia que existe entre un videoclip y una foto instantánea.

Para hacer esta distinción, resulta útil concentrarnos en el momento clave de la situación de conflicto —es decir, esa “instantánea del videoclip” que contiene el sentimiento más intenso. También, en nuestra experiencia, una vez que se ha identificado el conflicto en general suele recordarse rápidamente el momento preciso en que ocurrió el conflicto. Esta instantánea contiene el nivel más intenso de malestar, mismo que se experimenta también a nivel corporal, y constituye la vía más adecuada para acceder al primer triángulo. Se exhorta entonces al cliente a sentir *ahora* los sentimientos que ocurrieron en aquel entonces: “¿Cómo es para ti recordar *justo ahora* ese momento?, ¿qué estás sintiendo ahora, *en tu cuerpo*, mientras me hablas del conflicto?”. A continuación presentamos tres ejemplos de lo anterior:

Conflicto identificado: “Mi jefe se aprovecha de mí. Espera que yo siempre haga lo que él quiere. La semana pasada me pidió que trabajara horas extra justo cuando estaba a punto de irme a casa después de haber estado trabajando todo el día”.

Momento del conflicto: “Yo estaba parado frente a mi escritorio, tenía las llaves del auto en mi mano y él estaba parado junto a la puerta”.

Conflicto identificado: “Mi problema es poderme relacionar con los demás hombres en mi trabajo. Intenté practicar lo que me habías propuesto durante el descanso. Meforcé a hablar con algunos de los que me rodeaban, pero me sentí muy incómodo. Me parecían poco amigables”.

Momento del conflicto: “Estaba en medio de la habitación y ellos parecían apartarse de mí, como si hubiera un espacio entre ellos y yo. Uno de ellos, Tony, me estaba viendo como si dijera ‘¿Y tú qué quieres?’”.

Conflicto identificado: “Mi madre me fastidia. No tiene ninguna consideración por mi vida. Ayer en la noche me pidió que fuera a recoger su receta médica, pero era algo que podía esperar hasta el día siguiente”.

Momento del conflicto: “Sólo la estaba llamando para ver cómo se sentía y de golpe me dice, ‘¡Oh, necesito mi medicina justo ahora!’ Estaba parado en la cocina con el teléfono en la mano”.

Una vez identificado el conflicto no resulta productivo discutir sobre el evento en sí; lo mejor es que el terapeuta se mantenga enfocado en los sentimientos/impulsos presentes en el momento actual.

El momento del conflicto en sí mismo, cuando ha sido claramente identificado, constituye un contexto visual útil para el subsecuente trabajo corporal. Toda defensa que pueda surgir ante el trabajo corporal podrá enfrentarse recordando las propias palabras con que el cliente describió el momento del conflicto.

La alianza de trabajo

Ante la característica dificultad de nuestros clientes en cuestiones de confianza, la terapia reparativa pone especial atención en la alianza de trabajo. Sólo a través de esta alianza el terapeuta puede dar lugar a una experiencia que enmiende las traiciones por las que el paciente atravesó en el pasado. El que un hombre significativo pueda sentir verdadero interés por él parece algo demasiado difícil de creer. A través de la relación de confianza con un terapeuta del mismo sexo, el cliente podrá comenzar a abandonar su postura de vergüenza anticipatoria.

La alianza de trabajo puede ser considerada desde una perspectiva amplia como un fenómeno presente durante el curso de toda la terapia, o también como algo puntual en el contexto más acotado de cada sesión. La alianza de trabajo implica durante toda la terapia un mutuo acuerdo entre cliente y terapeuta para trabajar juntos en miras de alcanzar las metas y objetivos definidos por el cliente. No obstante, la alianza de trabajo también se reafirma con regularidad en cada sesión, cuando se le da la oportunidad al cliente de identificar el conflicto con el que quiere trabajar; por ejemplo, el terapeuta podría aclarar la alianza diciendo: “Entonces estamos de acuerdo en que éste será el problema con el

que hoy quieres trabajar”.

Hablando sobre la relación

Estudios recientes sobre la eficacia terapéutica muestran la importancia que tiene “hablar de nosotros”. El tiempo que se emplee para hablar sobre la relación terapéutica siempre será tiempo bien aprovechado. La conexión con el terapeuta debe quedar establecida desde el comienzo de la terapia, pues ésta constituirá la base para enfrentar las defensas que surjan ante los afectos dolorosos. Debemos “traer al consultorio” (considerar y discutir) cualquier malentendido que pudiera dificultar el progreso del cliente cuando se reactiven las defensas vergonzosas.

Los diálogos que impliquen una comprensión mutua serán importantes, es decir, aquéllos en los que se comenten y se compartan experiencias personales, como ocurre al preguntar, “¿cómo te está yendo?”, “¿cómo te está funcionando todo esto?”, “¿lo que estamos haciendo te parece útil?”, “¿sientes que te comprendo?”. Este tipo de preguntas ayudan al cliente a procesar e integrar cualquier duda que mantenga en secreto. Exhortamos al cliente a que, más que reaccionar exclusivamente a los aspectos de ruptura del “yo”, verbalice sus experiencias afectivas con el terapeuta, para que así logre su integración intrapsíquica.

La terapia reparativa requiere que la alianza de trabajo opere en un círculo muy pequeño, un espacio psicológico íntimo —“cercano, cara a cara, mirada con mirada”. Es muy simple; en este pequeño teatro sólo existen cuatro parámetros: *“Tú y yo, aquí y ahora”*.

Cuando cliente y terapeuta evalúan cómo están trabajando como equipo para lograr las metas definidas por el cliente, ambos estarán monitoreando la alianza de trabajo. Al mantener presente la importancia radical de la alianza de trabajo, estaremos yendo más allá del análisis unilateral de la transferencia, como ocurre en el psicoanálisis clásico, y la estaremos convirtiendo en un examen mutuo de la relación, donde se invita al cliente a tomar un papel de igual ante su propia terapia. La consecuencia óptima de este análisis será precisamente el doble giro.

Evaluando la transferencia

El análisis de la transferencia sigue siendo parte importante de la terapia. La manera en que el cliente proyecta sus relaciones conflictivas y dolorosas del pasado en el terapeuta constituye un elemento central de la terapia, pues representa una oportunidad (aunque a menudo dolorosamente desafiante) para avanzar en el proceso de crecimiento.

La secuencia de los dos triángulos resulta particularmente idónea para abordar la transferencia (ver fig. 8.1, la tercera esquina del segundo triángulo). Tras hablar sobre las personas del pasado y del presente en la vida del cliente, el terapeuta puede averiguar si él evoca también sentimientos similares en el cliente: “Te sentiste intimidado por tu jefe (RA), lo que te hizo recordar cuando tu hermano mayor te intimidaba (RP). Me pregunto si alguna vez te has sentido también intimidado por mí”.

Esta pregunta permite analizar más de cerca la alianza de trabajo, recurriendo inicialmente al nexo entre la RP y la RA, para después ir más allá de la simple comparación entre ambas y evaluar cualquier problema que haya surgido en la relación terapéutica.

En la PDIB clásica, el terapeuta atiende a las proyecciones que el cliente deposita en él. Nuestra adaptación de esta técnica va todavía más allá, pues incluye un intercambio interactivo y la respuesta personal del terapeuta. Ambos hombres evalúan cómo contribuyeron a la proyección de la transferencia, y dichas proyecciones se resuelven a través del doble giro.

Los rasgos narcisistas, que con tanta frecuencia observamos en nuestra población de clientes, exigen que el terapeuta mantenga una buena y muy delicada sintonización en toda situación que haya provocado una herida narcisista. Una mala sintonización por parte del terapeuta podría hacer que el cliente le convierta en un objeto malo: “No me comprendes, no puedes/podrás entenderme”.

Estos sentimientos negativos del cliente hacia el terapeuta, sin importar cuán indirectamente sean expresados, deberán ser tratados tan pronto surjan. Esto se asemeja a una vieja regla del psicoanálisis (si bien no son equivalentes): “Primero, resuelvan la resistencia”. Si se tratan las resistencias desde sus primeras apariciones, se prevendrá que éstas vuelvan a surgir posteriormente y también evitaremos la aparición de posibles dificultades insalvables. Se le puede preguntar al cliente, “¿Cómo te estás sintiendo *aquí* y *ahora*?”. Sólo después de que el cliente haya articulado por completo sus sentimientos negativos, incluyendo sus proyecciones sobre el terapeuta, podrá entonces éste examinar y articular sus propias reacciones frente al cliente: “Déjame decirte cómo te veo en este momento y qué es lo que estoy sintiendo por ti”.

Contra-transferencia

Al terapeuta poco familiarizado con este novedoso trabajo corporal podría resultarle incómodo dirigir al cliente a que experimente sensaciones y sentimientos desagradables. Como facilitadores, profesionalmente comprometidos a remediar el sufrimiento humano, en ocasiones nos resultará difícil tener que provocar activamente y luego mantener estados emocionales intensos y desagradables para el cliente. No obstante, el propio terapeuta podría descubrir a través de esta incomodidad ciertos aspectos de su pasado que permanecen sin resolver. Si el terapeuta no atiende y resuelve estas pérdidas personales, éstas podrían llegar a comprometer la efectividad del trabajo corporal con sus clientes.

Cuando entrenamos a los terapeutas en la terapia reparativa, les indicamos que analicen sus problemas de contra-transferencia si se percatan de que están eximiendo al cliente de hacer su trabajo corporal.

El terapeuta debe tener presente que él no está *infligiendo* sino *suscitando* experiencias dolorosas reprimidas para que el cliente logre así aumentar su autoconocimiento. El terapeuta tiene un papel crucial, pues constituye una persona clave en la vida del cliente al respetarle y afirmar su derecho a sentir, expresarse y trabajar a través de su dolor.

Naturalmente, muchos terapeutas se sentirán más cómodos cuando se concentren en los sentimientos relativos a figuras externas —y desatiendan, por tanto, los sentimientos del cliente hacia ellos. Al revisar estos sentimientos, particularmente los negativos, el terapeuta suele sentir ansiedad, lo que contribuye a que establezca con el cliente un pacto inconsciente para evitar la discusión. Con el paso del tiempo, sin embargo, la transferencia negativa y toda contra-transferencia que haya quedado sin resolver acabará incrementando las dificultades.

En el curso del trabajo corporal, el terapeuta deberá tomar muchas decisiones a cada

instante: provocar, apoyar, retar o simplemente esperar. Cuando el cliente se detenga en algo o parezca indeciso, el terapeuta deberá transmitir una actitud de espera paciente, pero también deberá indicar una anticipación atenta, como si estuviera convencido de que el cliente está a punto de abordar un sentimiento más profundo.

Frente a un cliente cuya infancia rara vez estuvo acompañada del reconocimiento y aprecio de sus verdaderos sentimientos, el terapeuta habrá de mostrar gran consideración por su experiencia personal. Su tono deberá reflejar el afecto del cliente y transmitirle que aprecia profundamente su percepción interior. El terapeuta mostrará su respeto por el cliente no sólo al escucharle, sino también cuando repita y amplifique de manera robusta sus palabras, repitiendo la tímida expresión de la vivencia subjetiva del paciente a través de su comprensión y claras muestras de estima.

Cuando se penetra en los sentimientos más profundos del cliente, se crea en él una especie de estado alterado, un quedar suspendido en el momento presente. Mientras permanezca en dicho estado de desorientación y vulnerabilidad, la persona deberá contar con un ambiente de apoyo seguro que le permita tejer nuevamente las raídas hebras afectivas.

Muchas sesiones terminan con una conversación como la siguiente:

C: Probablemente acabo de compartirte lo más repugnante de mí. No sé cómo aguantaste escucharme.

T: Me siento privilegiado porque pudiste compartirme estos aspectos dolorosos y vergonzosos de ti. Puedo entender lo difícil que ha sido para ti. Admiro lo honesto que has sido conmigo.

C: Bueno, gracias... aprecio tu comprensión.

La manera ideal de concebir la alianza de trabajo sería como un doble giro que estuviera ocurriendo constantemente, un ir y venir de la apertura del cliente que se encontrara con la aceptación, apoyo y sintonización del terapeuta, junto con la expresión por parte del cliente de su experiencia de esta sintonización, ahora acompañada de una mayor apertura.

El aborda e colaborativo permite el empoderamiento

En ocasiones el cliente estará siguiendo sus afectos, expresando sus sentimientos y sensaciones corporales, pero súbitamente dará un giro defensivo (a través de la intelectualización o regresando a la discusión del contenido). Una maniobra rápida y efectiva para neutralizar dicha defensa es la "estrategia evasiva", es decir, el terapeuta simplemente ignora o hace caso omiso de la defensa, y dirige nuevamente la atención del cliente al último sentimiento que éste haya expresado. Esto puede rápidamente volver a ponerlo en la dirección correcta. Pero si el cliente ofrece una continua resistencia, entonces el terapeuta deberá echar mano de la estrategia colaborativa.

El abordaje colaborativo, al estar abierto al diálogo sobre los obstáculos, implica que el terapeuta pondrá en evidencia las defensas del cliente y las contrastará con el último sentimiento que éste haya expresado: "Percibo que estás haciendo esto, y no creo vaya a ayudarte".

El terapeuta puede ofrecer entonces una opción: "Podemos continuar con (nombrando la defensa) como estás haciéndolo ahora, o bien podemos regresar a (nombrando el último sentimiento

que haya expresado). Creo que (nombrando el sentimiento) es algo importante que podemos analizar, pero si no quieres hacer eso ahora, podemos hacer otra cosa. Entonces, ¿qué quieres que hagamos?”, o bien “Esto es lo que pienso que deberíamos hacer ahora, pero qué crees que sea lo mejor para ti?”. Este análisis de los bloqueos por medio del abordaje colaborativo es esencial para nuestros clientes, quienes suelen sentirse desamparados y carentes de poder en las relaciones.

El triángulo de contención

El triángulo de la contención (ver fig. 8.1) consiste en enfocar la atención del cliente en tres puntos: (1) el conflicto identificado, (2) su cuerpo y (3) mantenerse en contacto con el terapeuta.

El objetivo del terapeuta será alejar al cliente de la ansiedad (A) y sus defensas (D), llevándolo hasta el nivel más profundo de sus sentimientos e impulsos (S/I). El propósito de esta fase será neutralizar la ansiedad del cliente y ayudarlo a abandonar sus defensas para que logre profundizar y expresar un sentimiento nuclear sobre el conflicto. Esto se consigue manteniendo la conexión emocional con el terapeuta.

Las resistencias que se presenten como ansiedad o bloqueos defensivos impedirán al cliente avanzar a través de sus sentimientos e impulsos y, de igual manera, bloquearán la conexión entre él y el terapeuta. En contraste, cuando se logra liberar al cliente de su ansiedad y de sus defensas, éste experimentará una conexión consigo mismo y con el terapeuta. Dicha conexión se explorará posteriormente a nivel consciente, y será verbalizada a través del doble giro (tercera esquina del segundotriángulo).

Defensas comunes (D)

Las defensas pueden tomar muchas formas, como serían la evasión, la rumiación, la obsesión, la intelectualización (expresar ideas en lugar de experimentar los sentimientos) y la ideación auto-derrotista, por mencionar algunas. Ciertas defensas más genéricas y sutiles incluyen la vaguedad, la falta de atención, la desconexión, el contacto superficial, las quejas generalizadas, la sensación de impotencia, la incapacidad de sentir y expresarse y una monotonía en el afecto.

Las defensas que observamos con mayor frecuencia en la terapia reparativa son las asociadas con los tipos de personalidad narcisista, particularmente la hiper-dramatización, la teatralidad y la conmiseración. Además, los clientes que presentan características más marcadas de la personalidad narcisista pueden recurrir a actitudes defensivas frágiles, la escisión de los objetos, o bien, sentirse desairados, insultados e irremediabilmente incomprendidos.

La tarea del terapeuta será identificar estas defensas y señalárselas constantemente al cliente (sin interpretarlas) conforme vayan apareciendo. El objetivo, por tanto, será conducir al cliente suave pero firmemente de regreso a sus sentimientos/impulsos.

Resulta útil nombrar las defensas en maneras que el cliente pueda comprenderlas: “Estás cambiando de tema”. También pueden ser útiles frases “pegajosas” como “estás actuando como si no tuvieras remedio”, “otra vez estás dejando de sentir”, “estás actuando con temor”, “ahora estás yendo a tu cabeza”, etc. Conforme el terapeuta se mantenga constantemente nombrando estas defensas, mayor será la rapidez con la que el cliente pueda identificarlas en cuanto surjan.

Empleando un tono que transmita su preocupación activa, el terapeuta ha de exponer al cliente las consecuencias realistas que se derivarán si opta por aferrarse a estas defensas. Las consecuencias auto-derrotistas deben presentársele de manera clara pero también compasiva. Con un tono gentil pero que confronte al cliente, el terapeuta puede preguntarle, “¿cuánto tiempo llevas haciéndote esto, y a qué costo?”. Si existe la suficiente transferencia positiva, el cliente abandonará gradualmente sus defensas y tomará parte en la alianza de trabajo.

Como resultado del conflicto entre sus defensas y la alianza de trabajo, el cliente poco a poco irá abandonando la identificación previa que tenía con sus defensas y, en cambio, se irá alineando cada vez más profundamente con el terapeuta. De esta manera, las defensas se volverán gradualmente egodistónicas. Tanto el terapeuta como el cliente trabajarán juntos para discernir y nombrar dichas defensas, hasta que llegue un punto en el que el cliente las abandonará. Conforme trabajen en los triángulos, el cliente desarrollará confianza, logrará una transferencia más profunda, e irá abandonando los obstáculos que impiden su progreso. Hay dos grandes tipos de defensas que se presentan en el trabajo corporal: defensas *intrapersonales* y defensas *interpersonales* (Coughlin Della Selva, 1996). Algunas de sus características incluyen:

Defensas intrapersonales

- intelectualización
- racionalización
- desviación
- minimización
- introyección
- desplazamiento
- impotencia
- generación de reacciones

Las defensas intrapersonales más regresivas (indicadoras de una mayor discapacidad del funcionamiento del ego) incluyen:

- proyección
- argumentación
- somatización
- negación
- actuación de comportamientos
- descarga de impulsos

Defensas interpersonales

Además de las defensas intrapersonales existen las defensas interpersonales, lo que Danvaloo (1995) llama “defensas tácticas”. Éstas se dividen en verbales y no verbales.

Defensas tácticas verbales

- vaguedad generalidades
- afirmaciones contradictorias sarcasmo
- verborrea (imposibilitando el diálogo) diversificación (saltar de un tema a otro)

Defensas tácticas no verbales

- evasión del contacto visual sonreír y risas
- tendencia a llorar
- un aire de indiferencia
- cruzar los brazos o las piernas

Ansiedad (A)

La segunda categoría de resistencia es la ansiedad, definida como una reacción psicológica ante algo que amenaza al sentido del “yo”. Los síntomas de ansiedad incluyen dolores de cabeza, mayor actividad cardíaca, sudoración, boca seca, entumecimiento y respiración intranquila. Cuando estén ansiosos, los clientes más frágiles interrumpirán su experiencia cognitiva, estarán desorientados, perderán el hilo de sus pensamientos, presentarán un pensamiento nebuloso y fragmentado, disociaciones, despersonalizaciones, una mayor sensibilidad, una incapacidad para mantenerse concentrados, así como sensaciones de mareo y dificultad para formular y expresar sus ideas.

La ansiedad normal o “inicial” (típicamente localizada en el área abdominal) generalmente es un prelude de los sentimientos nucleares. Estas sensaciones incluyen lo que el cliente describe como sentirse nervioso, abatido, mareado, mariposas o nudos. Estos síntomas de ansiedad o pre-emociones darán paso a los verdaderos sentimientos nucleares, localizados en el área del pecho. Entre los auténticos sentimientos localizados en el pecho encontramos el miedo, que da paso al enojo y/o a la tristeza y, más tarde, al dolor.

Por tanto, la secuencia que observamos es la siguiente: ansiedad > miedo > enojo/tristeza > dolor.

Algunos síntomas más graves de ansiedad incluyen cambios vasomotores, malestares músculo-esqueléticos, temblores, parálisis, aumento de la sudoración, la sensación de un peligro inminente, tensión corporal, hipervigilancia y ensimismamiento aprensivo. Los síntomas psicósomáticos incluyen la preocupación por el cuerpo, sentirse débil, enfermo, o la experiencia de síntomas físicos vagos. La ansiedad puede incluir desorganización mental, pensamiento nebuloso o entumecimiento en la cabeza. Físicamente, el cliente puede sentir presión o tensión en la boca del estómago, o bien tensión muscular a nivel de músculo estriado.

El terapeuta debe evaluar la capacidad del cliente para tolerar estos síntomas de ansiedad ya que, de ser demasiado intensos o abrumadores, indican que el cliente no está listo para realizar trabajo corporal. En casos como éste, cliente y terapeuta tendrán que avanzar más despacio y desarrollar una alianza de trabajo más sólida, o bien, establecer las bases del trabajo a través de otras maniobras preparativas.

Davanloo (1995) desarrolló un método para eliminar la ansiedad, el cual consiste en hacer que

el cliente identifique la forma en que su ansiedad se manifiesta, a través de frases como “Veamos qué ‘señales’ de ansiedad nos está dando tu cuerpo”. Al hacer esto, el cliente puede observar sus síntomas tomando cierta distancia, lo que disminuye la intensidad de éstos. Identificar las sensaciones físicas de la ansiedad confiere al cliente un sentido de dominio, lo que le llevará a percatarse todavía más de sus sentimientos nucleares.

Otro método efectivo es desviar la atención del cliente de su ansiedad al sugerirle que explore más allá de ésta diciéndole, por ejemplo, “Veamos qué hay detrás de todo eso”, o “¿A dónde nos lleva todo esto?”.

Sentimientos/Impulsos (S/I)

Miedo. Cuando el cliente vence su ansiedad (el área del abdomen), entra entonces en contacto con los sentimientos nucleares que residen en el pecho/parte superior del torso. Ahí, lo primero con lo que podría toparse es con el miedo. Éste se experimenta como un sentimiento de estar siendo agarrado, apretado o estrujado, y puede llegar a ser descrito como “cables, cuerdas o correas constrictivas”, atadas alrededor del área superior del pecho. En ocasiones, la sensación de miedo del cliente será descrita como un nudo apretado o una bola dura en el plexo solar o en el centro del pecho.

Si se le atiende, el miedo usualmente termina por descargarse ya sea a través del enojo o de la tristeza (pérdida).

Enojo. Es inevitable que mientras se rastrean los sentimientos nos encontremos con el enojo. Cuando esto ocurra, se recomienda al terapeuta que siga adelante, animando al cliente a que exprese su enojo. El terapeuta debe estar preparado para captar rápidamente cualquier señal de impulsos de enojo, como serían los movimientos bruscos o la agitación de las extremidades. Asimismo, deben destacarse los momentos en que el cliente apriete su mandíbula o cierre los puños. Resulta crítico tanto para el cliente como para el terapeuta que identifiquen el objeto (persona) hacia el que está dirigido el enojo. El enojo hacia uno mismo es auto-derrotista y provocavergüenza.

Nos hemos percatado de que cuando un cliente está en conflicto entre el enojo y la culpa, puede ayudarle distinguir la “parte buena” y la “parte mala” de la otra persona (madre, padre, etc.). El terapeuta podría indicar al cliente algo como “yo sé que amaba, pero también estaba esta otra parte de él/ella que te hizo _____ a ti, y eso realmente te dolió”, o algo semejante.

Algunas veces será apropiado utilizar el *escenario de la violencia*. Este método de visualización ayuda al cliente a acceder a la profundidad de su enojo y facilitará su expresión corporal. Al utilizar técnicas visuales para crear este escenario, se le invita a actuar en una escena imaginaria —con lujo de detalle— hasta completarla. No obstante, para recordarle al cliente que esto se trata sólo de una fantasía, y que él en realidad no quiere (ni debería) ejercer un comportamiento violento, el terapeuta puede preguntarle, “¿qué tipo de escenario te ayudaría a liberar tu enojo?”.

Al mismo tiempo que el cliente visualiza en su fantasía la violencia contra alguien, se le pide que describa con detalle la escena: “¿Dónde está ocurriendo?”, “¿cómo lo golpeas, con tu mano izquierda o la derecha?”, “¿está defendiéndose?”, “¿cuál es su expresión facial?”.

El escenario imaginario puede emplearse para despertar tensión y actividad muscular en el

pecho, los hombros, brazos, manos y piernas. La región somática donde la mayoría de las personas sienten el enojo es en el músculo estriado (i.e., los músculos empleados para golpear).

Sin embargo, el trabajo con el enojo no fomenta los arrebatos emocionales, grandes manifestaciones emotivas ni representaciones teatrales, ya que los gritos y exclamaciones algunas veces son defensas exhibicionistas contra el auténtico enojo. Buscamos que el enojo se sienta plenamente y que su expresión ocurra en el cuerpo, pero de una manera contenida. Deberá continuarse el escenario de la violencia hasta que no se perciba más enojo en el cuerpo.

La expresión de un gran enojo constituye un proceso transformador que a muchos terapeutas les resulta difícil de tolerar. Es necesario que el terapeuta monitoree su propia incomodidad para que el cliente se sienta libre de expresar su enojo, y así pueda seguir trabajando en la consecución de la intimidad emocional.

Cuando nos enfocamos en el enojo, éste se intensifica, pero su plena expresión conduce a un cambio afectivo. Coughlin Della Selva (1996), Davanloo (1995) y otros investigadores clínicos reportan que la compleción exitosa de la fantasía violenta muchas veces culmina con remordimiento o arrepentimiento, con la sensación de estar hueco, vacío, como si se tuviera un hueco en el pecho y el área cardíaca, y que esta sensación está seguida por una fase integradora de compasión y amor.

En ocasiones le será más fácil al cliente enojarse con el terapeuta que dirigir su enojo contra una figura significativa de su familia (generalmente uno de los padres). Independientemente, tal vez el cliente necesite actuar el “escenario de la violencia” en contra del terapeuta antes de que pueda lidiar con el enojo que siente con otra persona significativa.

En este caso, siendo ya consciente de sus propias reacciones de contra-transferencia, el terapeuta deberá permitir al cliente que experimente y exprese su enojo contra él: “¿Cómo se siente estar enojado conmigo ahora mismo?”, “si tuvieras la libertad de ser violento conmigo, ¿cómo lo harías?”, “¿qué harías ahoramismo?”.

Es comprensible que al terapeuta se le dificulte mantenerse empáticamente sintonizado con el paciente cuando éste esté expresando una rabia asesina contra él. Resistiendo esta desagradable sensación, el terapeuta debe procurar abstenerse de cualquier interpretación o consuelo prematuros. Más bien, su tarea será permitir que el cliente proyecte su enojo contra él, mientras controla su propia tensión e incomodidad. Con mucha frecuencia este enojo estará seguido por la expresión de culpa, vergüenza o remordimiento. El terapeuta debe confortar al cliente y asegurarle que la expresión de su enojo no ha afectado su atención, su preocupación ni su compromiso con él.

3. *Tristeza.* En lugar de transitar del miedo al enojo, el cliente podría moverse hacia la tristeza, que usualmente se percibe como una pesada sensación de estar cayendo y hundiéndose, localizada en la región central e inferior del pecho (en ocasiones, en el área superior del abdomen). Como sucedía con el enojo, es importante que tanto el cliente como el terapeuta sean claros sobre la persona hacia la que está dirigida la tristeza, pues la tristeza por el otro en lugar de la tristeza por uno mismo sólo intensificará la vergüenza.

El enojo y la tristeza suelen ir y venir, fluctuando entre una y otra emoción. Los cambios repentinos entre estas emociones pueden confundir o descorazonar al cliente, pero el terapeuta debe

apoyar y alentar la expresión de cualquiera que sea la emoción que en ese momento se perciba con mayor intensidad, ya que una emoción sirve como base para llegar a otra emoción. Juntas, ambas emociones conducen al cliente al trabajo del dolor.

Daryl, un estudiante de preparatoria de 18 años de edad, recibía al día un promedio de hasta tres llamadas telefónicas de su madre y tenía una gran dificultad para desmarcarse de ella. A lo largo de muchas sesiones, Daryl fluctuó entre el miedo y el enojo hacia su madre, confundiendo en ocasiones la tristeza que sentía por ella con la tristeza que sentía por sí mismo.

C: Mi madre estaba hablando conmigo el otro día y me dijo, “¡Oh, Daryl, tú eres mi mejor amigo!”.

T: ¿Cómo se sintió eso?

C: Raro.

T: ¿Quieres hacer trabajo corporal sobre esto?

C: Claro.

T: (*repetiendo las palabras de la madre de Daryl*) “Daryl, eres mi mejor amigo”. ¿Qué surge en ti?

C: Una sensación rara. Tenso. Sé que no está bien.

T: Pero eso es unpensamiento.

C: Bueno, disgusto.

T: ¿Dónde?

C: En el estómago. Sí —una sensación de intranquilidad en mi estómago. (*después de una pausa*) Sin embargo, me siento mal por ella.

T: ¿Cuál es esa sensación?

C: Opresión en el pecho.

T: Quédate con eso.

C: Me siento mal por su soledad. Quiero que ella tenga un mejor amigo, pero sé que no debería ser yo. Sin embargo, me resulta difícil decir “Mamá, no puedo ser tu mejor amigo”, porque quiero que esté feliz.

T: Estoy seguro de eso. ¿Qué estás sintiendo?

C: Que no es algo sano.

T: Pero, ¿cuál es la sensación?

C: Es en el estómago. Siento tensión...

T: ¿Dónde más?

C: En las piernas y en los pies.

T: Quédate ahí.

C: Inquieto...

T: Sí. ¿Dónde está lo “inquieto”?

C: En mis brazos y piernas. (*sus pies están moviéndose nerviosamente para adelante y para atrás*)

T: Puedo verlo...

C: Y en mis dedos. (*abriendo y cerrando los dedos de la mano*)

T: Entonces, ¿qué crees que estás sintiendo?

C: Frustración. Irritación.

T: ¿Cuál es la palabra para esa emoción?

C: ¿Tal vez enojo?

T: ¿No estás seguro? Trata de imaginarte su cara, ¿qué le dirías?

C: “¡Pero mamá, no puedo ser tu mejor amigo!”.

T: ¿Dónde lo sientes?

C: En mis manos y en mis pies.

T: Bien. ¿Puedes sentirlo desde tu pecho?

C: (*pensándolo y luego asintiendo con la cabeza*)

T: ¿Cuál es la sensación en tu pecho?

C: Un hormigueo. Una oleada.

T: OK., dile eso desde ese lugar —desde tu pecho.

C: (*con más fuerza*) “¡Mamá, no puedo ser tu mejor amigo, no quiero ser tu mejor amigo, no es bueno para mí!”.

Dolor . La expresión de la tristeza y del enojo en cierto momento harán que el cliente transite al sufrimiento (dolor), que más que un afecto es un estado del “yo”, y que estará acompañado de una sensación generalizada de vacío devastador y pérdida absoluta. El dolor generalmente irrumpe después de la tristeza, y se experimenta como una sensación de pesadez que se transforma en un hueco vacío en el pecho. Conforme se profundiza en él, el dolor se generaliza y parece todavía más penetrante, dejando al cliente sintiéndose suspendido en el tiempo.

El trabajo del dolor es una fase necesaria para completar la terapia reparativa, si bien la profundidad y extensión de dicho trabajo dependerán de las características y variaciones propias de cada caso particular (ver parte 3).

El impulso pasado por alto (I)

Si bien gran parte de nuestra atención está dirigida a la S (sentimientos) de los S/I (sentimientos/impulsos), queda por considerar el aspecto de los impulsos (I). En muchas ocasiones éstos pueden ser pasados por alto si el terapeuta no observa con atención los cambios repentinos que ocurren en el cuerpo del paciente. El terapeuta debe permanecer atento a cualquier gesto o comportamiento inesperados del cliente y hacérselo notar de manera apropiada, es decir, como si fueran señales que sugieren sentimientos más profundos, por ejemplo: “Me dí cuenta de que acabas de encoger los hombros” (vergüenza); “puedo ver que estás moviendo tus piernas” (enojo); “fíjate cómo estás apretando los puños” (enojo); “tu cara no tiene expresión, y estás mirando al suelo” (tristeza). Cuando el terapeuta refleja estos sutiles cambios corporales al cliente, contribuye a mejorar la noción de que sus sentimientos y reacciones son válidos.

El triángulo de las personas

El segundo triángulo, el “triángulo de las personas” (Malan, 1979), constituye un proceso cognitivo que acontece después de que el cliente ha experimentado un afecto nuclear. Aquí la regla básica es ésta: *primero el afecto, luego el insight*. Si se intenta llegar a un *insight* antes de haberse liberado el afecto, sólo se reforzará la intelectualización. Como solemos decir, “primero lo experimenta —y luego lo sabe”.

El triángulo de las personas (ver fig. 8.1) representa las tres relaciones nucleares del cliente: las personas significativas de su pasado (RP), las que se encuentran en su vida actual (RA), y ahora el terapeuta (T) y el doble giro (DG).

Las preguntas propias del primer triángulo son “¿dónde?” (en el cuerpo) y “¿qué?” (qué se siente en el cuerpo); por otro lado, las preguntas correspondientes al segundo triángulo serán

“¿quién?”, “¿cuándo?” (en el pasado) y “¿por qué?” (motivación personal).

Cuando se determine que el cliente ha experimentado y expresado sus S/I al nivel de un sentimiento nuclear, el terapeuta podrá entonces dirigir la atención del cliente al triángulo de las personas. Los factores que determinan cuándo pasar al segundo triángulo incluyen los límites de tiempo y la capacidad del cliente para profundizar en sus sentimientos e impulsos, al menos durante la sesión que se está llevando a cabo.

Tanto el abandono de las defensas como la liberación de los sentimientos y los impulsos facilitan la creación de vínculos cognitivos basados en el afecto entre las relaciones del pasado (RP) y las relaciones actuales (RA).

“Como te estás sintiendo, me pregunto si en algún momento de tu pasado te llegaste a sentir de la misma manera que te sientes ahora”, o “me pregunto si alguien más en tu pasado generó estos mismos sentimientos en ti”. Si bien esta pregunta es de tipo cognitivo, el vínculo entre las RP y las RA se establecerá realmente a través de una memoria que resida en el cuerpo. Para que la persona recuerde su pasado, ésta ha de acceder a una memoria almacenada en su cuerpo y, posteriormente, dicho recuerdo se volverá comprensible a nivel cognitivo a través de comparaciones. Lo que sigue tras recordar esta memoria no es sólo un *insight* intelectual, sino un *insight sentido*, experimentado, similar al “momento ¡Aha!” de Carl Buhler.

Por tanto, lo que acontece aquí es la adición del *insight* al triángulo de las personas en un momento de especial expansión afectiva, haciendo del trabajo corporal algo más que una mera maniobra de catarsis (sea ésta emocional o una liberación de tensión corporal). Así, tras este avance emocional y su liberación afectiva, tiene lugar una discusión en torno al contexto histórico de estos eventos y su posterior comprensión.

Efectuando el doble giro

En el modelo original de la PDIB (psicoterapia dinámica intensiva breve), la tercera esquina del segundo triángulo representa la transferencia (Tr), y es ahí donde se confronta al paciente con sus proyecciones transferenciales. En lugar de utilizar la confrontación/interpretación, nuestra versión “más amable y suave” aborda la transferencia desde el contexto del doble giro. Este intercambio bidireccional se adecua a la particular sensibilidad que nuestros clientes tienen a las reacciones vergonzosas. Además, el terapeuta modela durante el doble giro una vulnerabilidad auténtica, dándole al cliente la oportunidad de experimentar momentos de intimidad.

El terapeuta inicia la experiencia del doble giro de la misma manera que comienza el abordaje de la PDIB. El elemento común que vincula a las RA con las RP ahora es aplicado a la Tr. El terapeuta puede decir algo como esto: “Tanto tu jefe (RA) como tu padre (RP) te intimidan; me pregunto si alguna vez yo (Tr) he causado el mismo efecto de intimidación en ti”, o “nos hemos dado cuenta de que tanto tu mujer (RA) como tu madre (RP) hacen que adoptes el rol complaciente del ‘buen tipo’. ¿Crees que ese falso “yo” también surge en nuestra relación, entre tú y yo (Tr)?”

El paso de la “Tr” a “DG”

Tras indagar sobre la Tr (transferencia) en el contexto de la relación entre las RP y las RA

(relaciones del pasado y relaciones actuales), el terapeuta puede profundizar más a través del DG (doble giro). El terapeuta podría preguntar: “¿Cómo te has sentido conmigo [con mi trabajo contigo] en este tiempo que hemos estado juntos?”, “¿sentiste que te comprendí?”, “¿pude haber hecho algo distinto?”, “¿cómo se siente que te comprenda?”, “¿trabajamos bien juntos?”. Estas preguntas están diseñadas para fomentar una discusión abierta “sobre nosotros”, y que conduzca a la experiencia consciente del intercambio íntimo que está llevándose a cabo.

El terapeuta comparado con otras personas en la vida del cliente

Para facilitar la experiencia del doble giro, el terapeuta puede alentar al cliente a comparar lo que experimenta con él y lo que experimenta con otras personas de su vida, sean éstas del pasado o actuales. “¿Ha existido alguien más con quién hayas sentido este nivel de comprensión?”, “¿alguna vez habías compartido con alguien a un nivel tan profundo de [información, vulnerabilidad, exposición, recuerdos dolorosos, etc.]?”. Cuando se le pide al cliente que describa la experiencia de ser aceptado, se estará fomentando un sentido cognitivo de pertenencia y se reforzará dicha experiencia.

La transformación del significado (TS)

En la fase de la transformación del significado, dentro de la secuencia de la sesión, el terapeuta invita al cliente a articular el significado que la sesión haya tenido para él hasta ese momento. Tras recordarle al cliente cuál era el conflicto original que habían identificado, el terapeuta le pregunta qué es lo que ha aprendido en la secuencia de esa sesión. “Empezamos con [se vuelve a enunciar el conflicto originalmente identificado].

¿Qué has aprendido [conseguido, ganado, descubierto, de qué te has dado cuenta] sobre ti mismo?”.

Los últimos 7 a 10 minutos de una sesión única (45 minutos), o los últimos 15 a 20 minutos de una sesión doble (hora y media) deben emplearse para explorar preguntas como “¿qué te llevas hoy?”, “¿qué has entendido sobre ti mismo?”, “¿qué obtuviste de todo esto?”, “¿qué te ha parecido útil de esta sesión?”.

Cuando el terapeuta exhorta al cliente a que explore y posea sus sentimientos, lo que estará haciendo será reforzar cognitivamente las experiencias corporales del cliente. Esto es particularmente importante para la población con la que tratamos, pues nuestros clientes tienden a negar su poder personal y su autodeterminación. Cuando el cliente haya terminado de expresar lo que ha aprendido, el terapeuta puede entonces reforzar, suplementar o expandir estos *insights* aún vacilantes.

Esta fase da al cliente la oportunidad de crear una narración significativa de su propia experiencia. Al hacer esto, el cliente puede apreciar el modo en que perpetúa sus patrones de comportamiento auto-derrotistas. Muchas veces dichos comportamientos inadaptados representan ilusiones y distorsiones que deben ser enfrentadas con realismo y que tendrán que abandonarse en algún momento.

Distorsiones de la realidad

Los miedos no reconocidos obligan al cliente a crear ilusiones y distorsiones de la realidad. Consecuentemente, éstas harán que escriba una autobiografía defectuosa. Dichas defensas adaptativas

que funcionaron durante la infancia, ahora, siendo adulto, resultan inadaptadas y auto-derrotistas. Gracias al proceso de reconocer y desarraigar estas defensas, el cliente cambia su comportamiento sintomático por una percepción más realista de sí mismo y de los demás.

Le preguntamos al cliente, “¿Qué te ha mostrado tu trabajo corporal sobre el conflicto que identificamos originalmente?”. Esta pregunta refuerza la noción de que todas las funciones del cerebro son mediadas por el cuerpo. El cuerpo se encuentra entre el cerebro y el mundo. El significado es notificado a través de la respuesta corporal (es decir, afectiva) ante un objeto; por tanto, una respuesta corporal alterada frente a un objeto dado alterará también el significado cognitivo de dicho objeto. El trabajo corporal en torno al conflicto identificado muchas veces culmina con la comprensión de que, en realidad, no se trataba de ningún conflicto.

Es más, no sólo se transforma el significado del objeto del conflicto, sino que, en un contexto más amplio, también la parte separada y “problemática” del “yo” se transforma gracias a la relación con dicho objeto. El cambio que se siente frente al objeto no puede ocurrir sino dentro del contexto más amplio del “yo” narrativo; “Ahora estoy experimentando esa parte de mí de una forma distinta, pues también estoy viendo al conflicto de manera distinta”.

Autenticidad y vitalidad

Cuando se percibe un cambio en el cuerpo respecto al objeto original del conflicto, esto provoca la transformación del significado de dicho objeto. La narrativa resultante abarca por tanto mucho más, pues no sólo incluye los hechos propios del conflicto original, sino también el contexto mucho más amplio de la propia vida. Desde la nueva perspectiva de su propia verdad, el cliente por fin nota que todo hace sentido. A partir de este cambio “Gestalt” o de “toda la persona” surge un sentido de autenticidad y vitalidad. “¿No es esto a lo que llamamos *insight*”, se pregunta Shapiro, “dos redes neuronales que se conectan? La información previa de la infancia se conecta ahora con una comprensión madura”. Shapiro afirma que en dicho momento observamos cambios “a nivel facial, en todo el cuerpo, a nivel emocional y a nivel de la comprensión. Simplemente se trata de dos redes que están conectándose” (en Solomon *et al.*, 2001, p. 122).

Esta alteración está acompañada de un sentido más marcado y agudo para percatarse de sí mismo, así como de calma y certeza interiores. Al no estar tan preocupado sobre su pasado, el cliente empezará a hablar sobre su presente y su futuro. Puede hablar sobre los planes que tenga a largo plazo, o bien, sencillamente hablar sobre su futuro inmediato; “Estoy deseoso de todo lo que vaya a pasar hoy; quiero ir más lento, salir a caminar y disfrutar el día”.

Aunque el terapeuta en esencia sea secular, el cliente puede percibir su vida desde una perspectiva religiosa, lo que contribuye a fortalecer esta nueva visión expansiva. Ahora puede apreciar la mano providente de Dios en los cambios que están ocurriendo en su vida, junto a otras bendiciones y dones que antes no reconocía. Así, desde un profundo sentido de gratitud y humildad, el individuo comenzará a sentir el impulso de ayudar a otras personas y, con frecuencia, buscará ayudar a otros hombres que estén atravesando por una lucha similar a la suya.

Adhesión a la secuencia de la sesión

La secuencia de los dos triángulos ha sido desarrollada y refinada durante muchos años hasta

convertirse, desde nuestro punto de vista, en un método altamente efectivo para lograr cambios terapéuticos. En la medida de lo posible, se invita al terapeuta en entrenamiento que siga de cerca la secuencia propuesta. Sin embargo, puede cuestionarse qué tan fielmente debe seguirse esta secuencia.

A esta pregunta respondemos con una regla básica: debemos estar dispuestos a cambiar la secuencia de la sesión si el afecto del cliente así lo requiere. Lo que buscamos es la expresión del afecto, pues a través de este fenómeno accedemos a la introspección terapéutica. Si el terapeuta conserva “el modelo” e impide la expresión espontánea de los sentimientos, se transformará en el “mal padre” que busca cumplir sus intenciones en lugar de mantenerse sintonizado con las necesidades propias del niño (del cliente).

Siguiendo el afecto

En el siguiente ejemplo, mientras el terapeuta está trabajando con los triángulos e intenta pasar de los (S/I) a las (RA), el cliente repentinamente presenta una oportunidad para efectuar un doble giro. Permitiendo que el cliente tome la iniciativa, el terapeuta hábilmente interrumpe la secuencia ortodoxa de los dos triángulos y sigue la respuesta afectiva del cliente. De esta forma, el cliente es capaz de expresar su gran necesidad de afirmación masculina y se siente escuchado y comprendido durante el proceso.

C: El miércoles pasado por la noche fui a mi lugar de siempre.

T: ¿A dónde?

C: (*dudando*) Al sauna (*suspiro*). Siempre que tengo una actuación homosexual al día siguiente tengo la autoestima por los suelos. No me siento bien para trabajar al día siguiente.

T: (*identificando el conflicto*) Entonces, me estás hablando del conflicto que sentiste después de tu actuación homosexual, y que ésta impacta en tu autoestima y en tu trabajo.

C: (*asiente con la cabeza*)

T: ¿Quieres que tratemos esto, John?

C: Supongo que sí. OK.

T: Muy bien.

C: (*el cliente asiente con la cabeza, y espera*)

T: OK., ¿puedes recordar el momento en que sentiste con mayor intensidad la caída de tu autoestima?

C: Sí, cuando me levanté y tenía que ir a trabajar, no quería salir de la cama, no quería moverme.

T: (*suavemente*) Bien, cuando dices eso, ¿qué causa en ti?

C: Mmm... Miedo, tristeza y vergüenza.

T: (*asiente con la cabeza*) ¿Estás sintiendo esos sentimientos ahora?

C: Mmm... Sí, realmente estoy sintiendo algunos de ellos.

T: Vamos a enfocarnos en eso.

C: OK.

T: (*esperando*) ¿Qué es exactamente lo que estás sintiendo ahora mismo?

C: (*considerándolo*) Pues, miedo. Sí, seguro... eso es lo que estoy sintiendo ahora.

T: ¿Cómo se siente?

C: Umm... me siento tembloroso... mi estómago está todo revuelto. Siento mucha ansiedad... estoy tenso... (*una larga pausa, de golpe dice*) La verdad es que sólo me siento perdido.

T: Entonces el miedo, en ti, ¿te hace pasar a la sensación de “estar perdido”?

C: (*asiente*)

T: (*suavemente*) OK., John... ¿cómo se siente en tu cuerpo “estar perdido”?

C: Umm... como un profundo hundimiento.

T: ¿Dónde?

C: Aquí. (*señalando la parte superior de su estómago*)

T: Entonces, ¿eso es “sentirse perdido”?

C: (*asintiendo*) Mmm... perdido, sí. Tristeza. T: ¿Puedes sentir la tristeza ahora?

C: (*asiente*)

T: (*volviendo al cuerpo*) ¿Dónde en tu cuerpo estás sintiendo eso, John?

C: Es muy pesado.

T: Así es, pesa en tu cuerpo. Puedo verlo... te ves incómodo...

C: Y tensión.

T: ¿Puedes darme una idea de dónde se siente?

C: Pues, como un nudo en la garganta.

(Un nudo en la garganta generalmente indica una resistencia a llorar; el nudo es una constricción).

T: OK. Un nudo en la garganta.

C: Sí.

T: (*suavemente*) Así que esa gran tensión en tu cuerpo te ha llevado ahora a sentir un nudo en la garganta. Dime, John, ¿estás sintiendo eso ahora?

C: Sí.

T: (*el terapeuta pasa al segundo triángulo*) OK. ¿Recuerdas algún otro momento en que te hayas sentido así?

(El cliente obviamente está en conflicto y, tras un tiempo considerable durante el que sigue dudando, se aparta de la pregunta del terapeuta sobre el pasado y comienza a hablar sobre sus sentimientos actuales por el terapeuta).

C: Umm... (*una larga pausa y un fuerte suspiro*) No me viene nada a la mente. Estoy seguro de que lo he sentido antes.

T: (*percatándose de un impulso*) Acabas de dar un suspiro fuerte y profundo. ¿Qué querías decir con él?

C: Bueno, para ser sincero, me estás haciendo sentir muy triste porque lo que me estás dando ahora es exactamente lo que estoy buscando: aceptación y afirmación de otro hombre.

T: (*aprovechando la oportunidad para efectuar un doble giro*) Sí. Dime qué es lo que está pasando.

C: Realmente me cuesta. No sé cómo aceptar los cuidados de otra persona y, para ser sincero, en mis otras terapias sólo había experimentado la relación paciente-loquero y nunca me había sentido seguro con ninguno de ellos. Pero cuando siento que alguien de verdad es seguro y que realmente está cuidándome... simplemente no sé que hacer.

T: (*suavemente*) OK. Vamos a quedarnos justo ahí con eso. Una pregunta muy, muy importante. ¿Cómo se siente tu corazón ahora, mientras hablamos?

C: Umm... siento que está tibio, un poco.

T: (*asintiendo lentamente*) OK.

C: Y un poco de tristeza también, porque el martes por la noche salí justo a buscar esto. Claro que no lo encontré ahí.

T: ¿Qué es “eso” que estabas buscando?

C: Alguien que me afirmara, que me apreciara, que me pusiera atención. Alguien con quien pudiera tener

confianza, alguien que no estuviera perdido y supiera lo que está haciendo.

T: (*suavemente*) ¿Cómo se siente ahora aceptar esas partes de ti que son inseguras, que están tristes?, ¿cómo se siente en tu corazón?

C: Umm... sólo siento... lágrimas. T:

(*suavemente*) ¿Lágrimas?

C: Mis ojos están húmedos.

T: Claro. Entonces, cuando sientes que alguien [*tomando distancia al emplear la palabra impersonal "alguien" en lugar de "yo", pero usando las palabras del propio cliente*] te está cuidando, entonces surgen estas sensaciones en tu cuerpo, y me estás diciendo que sientes algunas lágrimas y los ojos húmedos.

C: Sí.

T: (*intentando efectuar el doble giro*) ¿Y cómo te sientes al decirme todo esto?, ¿te sientes bien al expresarlo?

C: Sí.

T: Bien, porque creo que es realmente maravilloso que estés conectándote con lo más profundo de ti mismo y que estés logrando expresar quién eres. (*esperando*) Cuando te digo esto, ¿qué sientes?

C: Umm... quiero... pienso inmediatamente en una foto mía que mi abuela tiene en su sala. En esa foto parezco una mujer, y pienso que en esa foto no parezco realmente quien soy. Quiero decir que simplemente no me gusta como soy. Soy débil, gordo, medio afeminado, y entonces, cuando me dices que me aceptas exactamente por lo que soy... Umm... (*se queda callado*)

T: (*el terapeuta espera*) "Cuando te acepto", ¿entonces tú...?

C: Entonces inmediatamente me pongo a pensar en todas las cosas que me disgustan de mí. No me interesan los deportes en lo más mínimo, me interesa mucho más el arte. Eso no me hace sentir como un hombre. Recibí ese mensaje de mi padre; soy diferente. Y no me gusta sentir tanta ansiedad y miedo. No me gusta como actúo, no me parece masculino. Y me da mucho miedo la impresión que doy.

T: ¿Cómo te sientes ahora que me dices todo esto?

C: El hecho de decirlo se siente bien.

T: ¿Y que yo pueda escucharlo? Y aceptarlo. Que esto es lo que eres... y que está bien.

C: Sí. Que simplemente puedas estar ahí sentado y escucharme.

En esta sesión observamos cómo el terapeuta siguió la respuesta afectiva del cliente y, aunque tomó la decisión correcta, rompió la secuencia de la sesión. En situaciones como ésta, el terapeuta ha de procurar completar más tarde los restantes pasos de la secuencia.

CAPÍTULO 9 EL TRABAJO CORPORAL REPARATIVO: UTILIZANDO LA SECUENCIA DE LOS DOS TRIÁNGULOS

“He ‘retrocedido’ de esa parte mía que me hubiera llegado a través de mi padre, y así caigo otra vez en un mundo de fantasía que impide que me convierta en un hombre adulto”.

En el capítulo siete detallábamos la secuencia de los dos triángulos. Los ejemplos de sesiones que a continuación presentamos exponen la aplicación de dicha secuencia, con el objetivo de que el cliente vuelva a los recuerdos que están almacenados en su cuerpo y pueda experimentarlos, quedando así sensibilizado para reconocer mejor su propio “conocimiento corporal” y logre vincular dichos sentimientos con los eventos del pasado. Al mismo tiempo, a través de la relación de sintonía con el terapeuta, el cliente aumentará su capacidad para relacionarse de manera auténtica y mutua con otros hombres.

La decepción de Bill

La siguiente sesión comienza con el cliente presentando algunas quejas vagas y difusas. El terapeuta trata de identificar un conflicto para poder entrar al primer triángulo. Durante bastante tiempo parece que la sesión no va a llegar a ningún lado.

Esta transcripción ilustra la dificultad que algunos clientes tienen para abandonar sus defensas y adentrarse en sus sentimientos.

C: Mi semana estuvo OK., pero me estuve sintiendo un poco triste.

T: OK. Así que te has estado sintiendo deprimido durante esta semana... un poco triste.

C: No durante toda la semana.

T: Parte de la semana.

C: Sí, sólo parte de la semana.

T: (*asiente*) OK. Bill, veamos si podemos encontrar por dónde empezar, de dónde vino esta (*usando las palabras del cliente*) sensación de estar “triste”, ¿te parece?

C: Bueno, no me estoy sintiendo tan “triste” en este momento.

T: OK., ¿qué estás sintiendo entonces?

C: (*encogiéndose los hombros*)

T: Vayamos a tus sentimientos.

C: Bueno, cuando me desperté hoy en la mañana me estaba sintiendo triste.

T: Te levantaste esta mañana sintiéndote triste. ¿Qué estaba pasando?

C: Nada.

T: Sólo te despertaste triste.

C: Sólo me desperté y no quería salir de la cama.

T: ¿Estabas anticipando algo el día de hoy?

C: No, tenía el día libre, así que yo suponía que iba a ser un buen día, pero...

T: OK. Tal vez, entonces... ¿pasó algo ayer? (*hace una pausa y espera*)

C: Ayer hablé con mi amigo Pete.

T: Él es tu mejor amigo, ¿no es así?

C: Eso creía.

T: ¿Eh? *(sospecha que está cerca de identificar el conflicto)*

C: Bueno, se suponía que íbamos a dar una caminata el sábado. Pero ayer me llamó para decirme que no podía porque su esposa quería que hicieran una "cosa familiar". Así que me dijo que no podría ir conmigo, y le dije *(utilizando una voz burlona, cantarina y jocosa al referirse a sí mismo)* "OK., no hay ningún problema".

T: Te estás burlando de ti mismo. Pero para ti eso en realidad no estuvo bien.

C: *(repentinamente serio)* No, no estuvo bien.

T: *(el terapeuta identifica el conflicto y propone hacer trabajo corporal)* Así que éste fue para ti un conflicto. ¿Estaría bien si trabajamos con lo que sientes al respecto?

C: *(encogiendo los hombros)* Sí. Eso creo.

T: OK. *(concentrándose en el momento del conflicto)* Recordemos ese momento, ¿fue por teléfono?

C: *(asintiendo)*

T: Volvamos a ese momento. ¿Cuál era la sensación?

C: *(guarda silencio)*

T: ¿Qué estaba pasando dentro de ti?

C: No sentí nada... ¿sabes qué sentí? Sólo como si estuviera entumecido.

T: OK. No sentiste nada, sólo estabas entumecido.

C: Exacto... y entonces estaba hablando con él y me di cuenta de que mi voz era como la voz falsa que mi madre solía usar. Odio cuando hace eso *(vuelve a utilizar la misma voz burlona y cantarina)*: "Está bien. Nos veremos el sábado que entra".

T: Entonces, por fuera "estaba bien", pero por dentro sólo estabas "entumecido".

C: *(con tono triste)* Sí.

T: Intentemos ir a lo que estaba sucediendo dentro de ti en ese momento, ¿OK.?

Intenta regresar a ese sentimiento ahora mismo.

C: *(un largo silencio)*

T: Intentemos regresar ahora a cómo te sentías cuando colgaste el teléfono. ¿Puedes recordar esa sensación de estar entumido que sentiste entonces?

(Como el terapeuta se ha dado cuenta de que al cliente le está costando recordar este sentimiento, el terapeuta intenta recrear la situación emocional. Éste es un error técnico. Una vez que el conflicto ha sido identificado, el terapeuta debe permanecer en el primer triángulo, esto es, en los sentimientos del cliente o sus defensas contra dichos sentimientos).

T: Volviendo a la llamada telefónica... Pete acaba de cancelar la caminata contigo; su mujer quiere que él haga algo. Te sientes decepcionado, pero dices, "Está bien". Cuelgas. ¿Podemos ir a ese momento?

C: Recuerdo haberme sentado en el sofá después de colgar y lo único que hice fue quedarme viendo al suelo.

T: Intenta sentir lo que estabas sintiendo cuando estabas sentado en el sofá viendo al suelo. ¿Qué estaba ocurriendo en tu cuerpo?

C: Tristeza.

T: Sentiste tristeza. *(suavemente)* ¿Había cierta tristeza, no es así?

C: ¡Dios, realmente estaba triste!

T: ¿Puedes sentir ahora la sensación de tristeza?

C: *(asienta lentamente)* Sí, aquí, en mi pecho.

T: Dime qué estás sintiendo en tu pecho ahora mismo. Quédate con ese sentimiento que tienes ahora.

C: Estoy deprimido. Me siento completamente deprimido.

(El terapeuta busca los sentimientos/sensaciones que subyacen a las emociones).

T: ¿Qué te hace sentir esto en tu pecho?

C: Pesado... como un peso.

T: Sí. Vamos sólo a quedarnos con ese gran peso que sientes en tu pecho.

C: *(se aleja de los sentimientos y regresa nuevamente a la defensa de la 'nada')* No lo siento ahora mismo.

T: ¿Qué sientes ahora mismo?

C: Nada.

T: No sientes nada.

C: Nada, ahora mismo no siento nada.

(La resistencia del cliente hace que el terapeuta se preocupe, y temiendo que esté empujándole demasiado, avanza más despacio para reducir el estrés y afirmarlo).

T: Vamos a quedarnos con eso un momento. ¿Está bien? *(suavemente)* Vamos a permanecer aquí y quedarnos con esa "nada" y vamos a ver si nos lleva a algún lado.

C: *(quieto y silencioso)*

(Percibiendo una mayor resistencia, decide usar el método colaborativo).

T: *(suavemente)* Escucha, Bill, no tenemos que hacer esto. Podemos hablar de algo más el día de hoy. ¿Qué piensas? *(pausa)* ¿o regresamos a esa "nada"?

C: *(asintiendo lentamente, después de un rato)* OK. Pues... sólo se siente completamente vacío.

T: Te sientes vacío.

C: Vacío. Sí.

T: Mmmm... ¿dónde sientes ese vacío justo ahora?

C: Como si estuviera bajo mi pecho.

T: *(suavemente)* ¿Dónde?

C: Justo en el centro.

T: En el centro de tu pecho.

C: Sí, como si estuviera hueco.

T: "Vacío". Sí, vamos a quedarnos con eso. Estamos pasando de "nada" a "vacío", un "sentimiento de vacío" en tu pecho, a ese "hueco".

C: Pero no puedo lograr sacar ningún sentimiento... *(frustrado)*. Digo que no puedo hacer que surja ningún sentimiento.

T: *(corrigiéndose a sí mismo, regresando a la postura colaborativa)* Claro que no estás pudiendo. Esto no es nada fácil. No tenemos que hacer esto ahora, pero podría ser una buena oportunidad para aprender algo si lo intentamos.

C: *(asiente)*

T: *(suavemente)* ¿Te parece si nos movemos despacio y suavemente, y lo volvemos a intentar?

C: *(sus hombros se relajan, respira profundo y hace una pausa)* En realidad... es que, no puedo decir si sólo es un "vacío", o si se trata de algo que realmente quiere salir.

T: Quédate con ese “algo que quiere salir”.

C: Lo siento en mis ojos, siento cómo se humedecen mis ojos. Como si algo quisiera salir de mi pecho.

T: ¿Qué estás sintiendo con más fuerza ahora mismo, la humedad en tus ojos o algo que quiere salir de tu pecho?

C: (*inmediatamente*) Mi pecho.

T: ¿Cómo se siente?

C: (*suspira*) Sólo me siento muy decepcionado.

T: ¿Qué estás sintiendo en tu cuerpo?

C: Es algo pesado en mi pecho, como un peso. (*permanece unos momentos inmóvil*) T: También estoy pereciendo que algo se está desgarrando, ¿no es así?

C: (*suavemente*) Sí. Esto es algo muy viejo. Algo muy viejo.

(Quizá debido a la insistencia de este “algo muy viejo”, y al sentir que Bill ha llegado lo suficientemente profundo en esta sesión y no queriéndole presionar más, el terapeuta pasa al segundo triángulo).

T: Bill, ¿alguna vez has tenido esta sensación de un gran peso en tu pecho, esta misma sensación de ganas de llorar alrededor de tus ojos? ¿Todo esto te recuerda algo de tu pasado?

C: Sí. Muchas cosas distintas. Pero el momento que realmente destaca ahora muy claramente fue cuando yo tenía unos siete u ocho años y tenía este amigo, Tim.... Vivía en la misma calle que yo y dijo que podría ir a Disneylandia con su familia porque iban a ir durante una semana, y luego...

T: Tu tenías ganas de ir.

C: Claro.

T: ¿Era Tim un buen amigo tuyo?

C: Sí, yo estaba ansioso por ir, no tanto por Disneylandia, pues yo ya había ido muchas veces, sino porque Tim me caía bien. Tim estaba muy tranquilo, pero una semana antes de que nos fuéramos, Tim y yo discutimos sobre si debíamos o no llevar a otro amigo suyo —Jack— un tipo que no me caía bien. Al día siguiente, Tim me dijo que no me iba a llevar con él porque yo era un “perdedor”, un “asco”, o algo así.

T: (*sin entrar en detalles sobre la historia, decide ir directamente a los sentimientos*)

¿Qué sentiste?

C: Me sentí triste. Herido. Decepcionado. Justo aquí, en mi pecho. Pero también la otra sensación era la de estar como entumido, porque lo recuerdo como si hubiera sido ayer. Recuerdo cuando me dijo eso. Me acuerdo que sólo me quedé congelado. Me quedé ahí totalmente congelado, como helado. (*suspira ligeramente*) ¡Oh, Dios! Fue la misma voz alegre con la que le dije a Tim “está bien”. No puedo creer que lo haya hecho, que haya actuado tan alegre. “Está bien”. Luego me fui a casa y lloré toda la tarde. Mi madre estuvo todo el tiempo preguntándome, “¿qué pasa?”, y yo le respondía que “nada”.

T: (*suavemente*) Estás realmente sintiéndolo ahora. (*resume y refuerza el nexo entre el presente y el pasado*) Estos dos amigos te desilusionaron, te decepcionaron y te dolió, y crearon los mismos sentimientos dentro de ti. (*pasando a efectuar el DG*) Déjame preguntarte, Bill (*suavemente*), ¿sientes que comprendo lo que estás sintiendo, que entiendo lo que estás sintiendo ahoramismo, en este momento?

C: (*con la cabeza gacha, asintiendo lentamente*) Sí, lo creo.

T: OK. Porque cuando eras niño —ya hemos hablado de esto antes— te sentías abandonado, solo... como si nadie comprendiera por lo que estabas pasando.

¿Sientes que te comprendo, que comprendo lo que está pasándote ahora mismo al menos con Pete?

C: Sí, creo que sí. Se siente bien. No le había dicho esto a nadie antes. Mi madre y mi abuela siguieron preguntándome. Nunca le dije nada a ninguna de las dos. Sólo me inventé una mentira sobre por qué no iba a ir. Se siente muy bien tener a alguien que escuche esto.

T: *(volviendo al doble giro)* Entonces, ¿cómo se siente lo que está pasando entre tú y yo ahora mismo?

C: *(viendo de frente y a los ojos)* Bien. Como si me entendieras.

T: ¿Y cómo se siente ser comprendido por mí ahora mismo?

C: *(da un profundo suspiro y se relaja)* Me siento a gusto... como algo cálido, aceptado.

T: *(asintiendo)*

C: Sí, se siente como algo cálido y en calma. *(pensando)*... Siento como si el nudo en mi garganta se relajara... se siente bien.

T: *(asiente)* Sí... puedo verlo.

C: El nudo apretado que estaba en mi pecho se ha suavizado. *(tocando suplexo solar)*

T: OK...

C: *(se acomoda en su silla)* Y me siento como... *(respira profundamente)* más calmado, más tranquilo.

T: Me parece magnífico verte avanzar y hacer este contacto que estoy sintiendo entre nosotros ahora mismo.

(Tras unos momentos en silencio, permaneciendo con el sentimiento, hay una breve discusión sobre otro tema; luego, el terapeuta pasa a la TS).

T: Entonces, ¿qué fue lo que logramos hoy?, ¿qué aprendiste?

C: *(reflexionando)* Bueno... me han venido estos viejos recuerdos de cuando mi padre nunca estaba conmigo... cuando me sentía relegado en la escuela. También ahora me acuerdo de lo que ella decía *(usando un tono burlón)* “¡Oh, querido, olvida a esos niños! Ven, vámonos de compras”, o diría algo por el estilo. Sé que quería ayudarme de alguna manera..., pero nunca comprendió realmente qué era lo que yo necesitaba *(da un profundo suspiro)*... o qué era lo que me faltaba.

Carl visita su casa

Este estudiante de 22 años comienza con un resumen superficial sobre su semana. El terapeuta intenta con cierta insistencia dirigir al cliente para que hagan trabajo corporal. No es de sorprender que el cliente ofrezca resistencia constantemente, y la sesión toma inicialmente un giro negativo.

C: Fui a casa este fin de semana —algo que no hago muy a menudo. Me irritan un montón.

T: ¿Quieres decir, tus padres?

C: Sí, me hacen pasar un mal rato, y cuando voy a casa mi madre se me sube encima y me hace siempre las mismas preguntas, queriéndose enterar de quiénes son mis amigos, sobre qué estoy haciendo, cómo me fue con las calificaciones..., si he estado tomándome mis medicinas.

T: ¿En cuanto entras a casa?

C: Sí, es como si, digo, apenas y tengo tiempo de guardar las llaves y ya está ahí encima de mí. “No has estado fumando, ¿verdad?, ¿tienes nuevos amigos?, ¿has estado usando tus lentes?” Me enferma con todas sus preguntas.

(El terapeuta identifica el conflicto —enojo sin expresar— y decide entrar al primer triángulo para dar inicio al trabajo corporal).

T: Entonces, vamos a hacer un poco de trabajo corporal sobre eso, ¿OK? *(concentrándose en el momento del conflicto).* OK., entonces, ¿acabas de entrar por la puerta, no te has podido ni sentar y ya está frente a tí?

C: Sí

T: ¿Qué estás sintiendo en tu cuerpo?

C: La ignoré. Estaba irritado. No me hace nada bien.

T: Sí, pero ¿qué estás sintiendo dentro de tu cuerpo?

C: Nada. Digo, no hay nada más que pueda hacer con ella. Ella no entiende. No puedes hablar con una mujer así.

T: ¿Cómo te sientes si te visualizas llegando a casa? Todavía ni has puesto las llaves en tu bolsillo, estás cansado y parece que tu madre no se da cuenta de nada y sólo empieza a bombardearte con preguntas.

C: Bueno, digo, casi no siento nada. Sólo te estaba contando la historia.

T: Está bien, pero ¿qué estás sintiendo? Al escucharte percibí algunos fuertes sentimientos. Algo de enojo y algo de frustración. Vayamos ahí.

C: *(parece perplejo)*

T: *(suave y cuidadosamente)* ¿Qué estás sintiendo ahora mismo?, ¿cómo te sientes ahora mismo, cuando piensas sobre la visita a tus padres?

C: ¿Sobre mi madre? Supongo que siento un poco de náuseas.

T: Sientes náuseas ahora mismo. Quédate con eso, ¿dónde sientes las náuseas?

C: En mi estómago. En mi garganta y en mi estómago.

T: *(intenta que el cliente se concentre)* Carl, ¿dónde se siente con más fuerza, en tu garganta o en tu estómago?, ¿cuál es la sensación más fuerte para ti ahora mismo?

C: *(agitado)* En mi estómago.

T: ¿Qué estás sintiendo?

C: No sé de qué se trata todo esto... no eres mi mamá.

(El terapeuta no intenta una respuesta corroborativa, sino que emplea una rápida estrategia de evasión; en este caso la maniobra ayuda ligeramente al cliente a proseguir).

T: Sé que no soy tu madre. ¿Te parece si regresamos a la náusea en tu garganta y en tu estómago?

C: *(lo considera, luego parece relajarse)* OK. Entonces, acabo de llegar a casa. *(lo reflexiona unos instantes)* Siento nervios en mi estómago. Siento un cosquilleo, me siento algo mareado, supongo. Cuando ella empieza a preguntarme sobre...

T: *(estrategia evasiva)* Sí, entiendo, pero permanece ahora en tu cuerpo. Vuelve a “mi estómago está revuelto y mareado”.

C: OK..., un cosquilleo, mareo, es como si mi estómago estuviera dandovueeltas.

T: Quédate con esos nervios. Veamos qué hay detrás de esas sensaciones en tu estómago.

C: ¿Cómo, debajo?

T: Exactamente, debajo de ellos, quédate con eso.

C: Bueno, siento enojo contra ella.

T: Te sientes enojado. ¿Dónde sientes el enojo, dónde en tu cuerpo?

C: Como si estuviera en mi estómago, pero también en mi brazo, en mis hombros. Estoy pensando en el modo en que me habló y el modo en que me veía, y eso me da mucha rabia. Sólo quiero golpearla. *(suelta un golpe con el brazo)*

T: *(reconociendo este impulso)*. Sí. Acabas de lanzar un golpe. Quédate con eso. Esto es importante, Carl.

C: *(se torna pensativo)* Puedo ver la mirada en sus ojos.

T: ¿Qué estás sintiendo ahora mismo, cuando la estás viendo?, ¿qué sientes en tu cuerpo?

C: *(suspira)* Mi corazón está latiendo más rápido. Estoy empezando a sentir calor. Quiero quitarme mi chamarra o algo.

T: Carl, quiero decirte algo. Dices que estás enojado, pero ahora mismo no suenas enojado. Quédate un momento con eso; busca si realmente puedes entrar en ese “enojo”. Me dices que lo estás sintiendo. Yo no quiero que sólo me hables de él... quiero que lo sientas.

C: *(pausa)* OK. Lo siento en mi pecho.

T: ¿Qué es lo que sientes en tu pecho?

C: Siento que mi corazón se acelera. Siento que los músculos de mi pecho están apretados y que queman.

T: ¿La estás visualizando?

C: *(asiente con la cabeza)* Sí. La puedo ver justo delante de mí. Veo su cara, y esos ojos tristes. Veo la manipulación que le gusta usar conmigo, y siempre se queda así, sólo mirándose, y... ¡Dios, voy a...! *(el cliente está ahora apretando los puños)*

T: Esta vez estás viendo su cara. Puedes ver sus ojos.

C: Sí.

T: *(pausa)* ¿Qué está ocurriendo en tu cuerpo?

C: Una explosión. Quiero explotar. Quiero gritarle; “¡Déjame en paz!”.

(El cliente continúa gritando a su madre por un rato, mientras el terapeuta le apoya, luego el terapeuta decide pasar al segundo triángulo).

T: Déjame preguntarte, ¿alguna vez has sentido este mismo tipo de enojo?, ¿puedes recordar algún momento en el pasado con un enojo similar? Quédate con ese mismo sentimiento.

C: *(después de un rato, habla suavemente)* OK. Solía sentirme así muchas veces. De hecho, me sentía así todo el tiempo.

T: ¿Con ella?

C: Sí, con ella, pero lo que me viene ahora a la mente es cuando estaba en la secundaria. Sí, estaba en tercer año y cuando quería jugar baseball con los otros tipos o algo así entonces me llamaban marica, joto, y todas esas cosas estúpidas, y entonces yo no podía hacer nada.

T: OK. Quiero escuchar sobre la secundaria. ¿Qué te hacían?

C: Se reían de mí cuando intentaba jugar en algún deporte.

T: ¿Era un grupo de niños?

C: Sí, eran los niños populares. Se reían de mí cuando trataba de lanzar la pelota en baseball, y si no jugaba entonces me decían de cosas: marica ... patoso, perdedor. No podía hacer nada.

T: ¿Y cuáles eran tus sentimientos?

C: Estaba muy enojado, me sentía atrapado.

T: "Atrapado"... Quédate con eso. ¿Puedes sentir ahora algún sentimiento de cuando estabas en tercero de secundaria?

C: Me estás empezando a irritar un poco. Me estás haciendo preguntas como mi madre, que me pregunta todo el tiempo.

(El terapeuta detiene el trabajo intensivo para revisar la alianza de trabajo, en particular, la irritación del cliente).

T: Muy bien. Sé absolutamente franco conmigo ahora, ¿OK.? ¿Cómo te sientes ahora mismo respecto a mí?

C: Siento como si me estuvieras presionando. T: Cosa que sí estoy haciendo...

C: Bueno, es que esto me hace enojar. No veo cuál es el propósito de intentar sentir todos estos sentimientos. Sólo quiero algunas soluciones que me ayuden a lidiar con mis padres y mi hermano.

(Esta brecha en la alianza de trabajo crea un nuevo conflicto identificado que súbitamente reemplaza al conflicto identificado previamente, lo que les hace regresar al primer triángulo).

T: OK. Vamos a ver eso. Entonces, regresemos a cómo te estás sintiendo conmigo ahora mismo.

C: *(pausa)* Me siento frustrado.

T: Quédate con ese sentimiento... estás frustrado, irritado... ¡enojado!

C: *(enojado)* Quiero ayuda, pero tú no me estás diciendo cómo lidiar con ellos.

T: *(estamos ante un doble dilema, así que el terapeuta pasa a ejecutar un doble giro)* Te estoy frustrando como lo hace tu madre.

C: *(asiente)*

T: Te estoy aturdiendo con muchas preguntas... te estás sintiendo tenso y enojado.

C: *(se encoje de hombros)* Un poco.

T: Pero puedes decírmelo. Me lo estás diciendo ahora mismo, que te estoy frustrando. *(pausa, mira directamente al cliente)* Y estoy escuchando la frustración que estás sintiendo conmigo.

(El cliente y el terapeuta se ven a los ojos por unos instantes).

T: ¿Sientes que te estoy escuchando?

C: *(suavemente)* Sí. *(hace una pausa, apoya su espalda en la silla)*. Me siento más calmado.

Siento como si me hubieran quitado un peso de los hombros.

T: ¿Sientes que te he comprendido?

C: Sí. Me escuchaste. Siento como si me hubieras comprendido. Sabes, no suelo decirle a la gente directamente a la cara que estoy enojado con ellos.

T: Fue bueno que me permitieras verlo. C:

Me siento bien.

T: Sí. También me siento bien por eso. Necesitas sentirte libre de hacer eso conmigo.

(*tras unos momentos, pasa a la TS*) Carl, para ti ¿qué hemos conseguido hoy? Empezaste con una visita a tu casa, y el enojo hacia tu madre. ¿A dónde nos llevó todo eso?

C: Bueno, ¡sentí el enojo!, ¡eso es nuevo! (*continúa reflexionando*) Y me enojé contigo.

T: Y...

C: Y te lo pude decir. (*sonríe*) Eso se sintió bien.

El enamoramiento de Dave

Dave, un hombre de 28 años de edad, habla sobre los sentimientos que tiene por Bob, un compañero del trabajo. Dave está tratando de separar la experiencia de sentir la calidez y el afecto de otro hombre sin que dichos sentimientos se eroticen.

C: Me había fijado en él en la oficina desde hacía ya bastante tiempo. Debo admitir que me sentía un poco atraído por él. Un día inesperadamente nos sentamos juntos en una mesa de la cafetería y sentí esta especie de conexión inmediata. Simplemente me pareció que estaba siendo muy amigable conmigo. Se sentía muy a gusto, como si no hubiera nada malo, ¿entiendes? No era sexual ni nada por el estilo. Fue una gran experiencia. Ni siquiera puedo explicarlo. Te lo tengo que decir, me pasé todo el fin de semana pensando en él.

(*Identificando el momento del conflicto; al no escuchar un conflicto, el terapeuta sospecha que hay sentimientos más profundos*).

T: ¿Cuáles fueron tus sentimientos hacia Bob cuando estabas sentado con él en la cafetería?

C: Era excitante, como “Lo quiero todo ahora, lo quiero rápido, lo quiero ahora mismo”.

T: (*el terapeuta amplifica la reacción para favorecer una mayor expresión afectiva*) Sí... “¡Excitante!, ¡Wow!”. (*con empatía*) Porque ésta es una oportunidad nueva y excitante para ti, una oportunidad para tener una conexión real.

C: Sí. Simplemente fue una gran experiencia. Fue totalmente increíble. Me dije a mí mismo, “esto es sobre lo que hemos estado hablando en terapia —¿sabes?, de lo bien que se siente cuando estás teniendo una buena conexión— y me retiré pensando, “podría morirme ahora mismo y sería feliz”. Así de bien se sintió. Dije que “podría”, porque no creo que vuelva a pasarme en mi vida, ¿sabes?

T: Estabas totalmente encantado.

C: ¡Lo estaba! Estaba totalmente encantado, y la mejor parte era que no había nada gay ni nada de coqueteo en todo esto.

T: (*reforzando la anterior distinción*) Ni sexual.

C: Ni sexual. Fue increíble. Fue tan real.

T: Ésta es una persona nueva y muy importante en tu vida.

C: Así es, y él fue tan... ya sabes, tuvimos buen contacto visual y todo. Él estaba simplemente “justo ahí”, y eso me ayudó porque me estaba costando al inicio decirle algo sobre mí mismo, pero él sencillamente me ayudó a que yo lo hiciera.

T: (*tratando de identificar el conflicto*) OK., me da gusto escuchar todo esto, pero, ¿hay algún problema con esta nueva amistad?

C: Bueno, estuve literalmente obsesionado con él toda la semana, estaba pasando por un montón de emociones por esto. Inmediatamente, de camino a mi casa, empecé a intentar desconectarme de esto porque pensaba, “¡esto se siente demasiado bien, no puedo aceptarlo!”.

T: (*intenta identificar el conflicto*) OK., entonces, ¿cuál es el conflicto?

C: Estoy totalmente abrumado por mis sentimientos.

T: Intentemos separarlos, ¿cuál es el conflicto?

C: Es como si quisiera estar sólo con él, y eso es lo que siempre es tan, uh, enfermizo de mí.

T: Te estás juzgando. Olvidemos eso. Sólo vayamos a tus sentimientos.

C: Quiero estar con él.

T: ¿Cuál es la sensación dentro de ti?

C: Amor... y miedo.

T: Bien. ¿Cuál de los dos sientes con más intensidad ahora?

C: Amor.

T: ¿Dónde sientes el amor?

C: Siento el amor en mi corazón.

T: ¿Lo sientes ahora mismo, en este momento?

C: (*pensándolo*) Sí, lo siento.

T: ¿Puedes permitirte *realmente* sentir ese amor justo ahora?

C: Sí.

T: Dime cómo se siente ese amor.

C: Bueno, se siente como si me reafirmara, como algo reconfortante.

T: Esas son ideas. Vayamos a tu cuerpo. ¿Cómo se siente el amor en tu cuerpo?

C: Pues... se siente como si se me estuviera hinchando el corazón.

T: Sí.

C: Una plenitud... (*suavemente*), una plenitud total en mi corazón.

T: (*suavemente*) ¿Puedes permanecer con eso, puedes permitirte sentir esa plenitud del amor por él? C: (*suavemente*) Sí. Sí.

T: Vamos a quedarnos ahí. Sólo permítete sentirlo. Ese amor...

C: ¡Caray... duele!

T: ¿Duele...?

C: Me da dolor de cabeza.

T: ¿Sientes un dolor real por eso?

C: Sí, le tengo miedo.

T: ¿Le tienes miedo?

C: Tengo miedo a sentir demasiado amor por alguien, por otro tipo.

T: Entonces, ¿este amor que sientes te hace sentir miedo?

C: (*pensativo*) Sí, así es.

T: Dime qué más estás sintiendo.

C: Me está punzando la cabeza ahora mismo.

T: (*con tono comprensivo*) Seguro. Entonces, estás en conflicto.

C: Sí, tengo miedo.

T: Estás sintiendo el conflicto entre el amor y el miedo. Quédate con esos dos sentimientos. Ve ahí y permanece con esos dos sentimientos. (*suavemente*) ¿Cuál de los dos dirías tú que es más fuerte?

C: (*tras unos instantes*) Pues... el miedo.

T: Entonces es más el miedo. Dime, ¿cómo se siente en tu cuerpo ahora mismo?

C: (*guarda silencio*)

T: (*hablando suavemente*) Quédate con el miedo. Con el sentimiento que te provoca dentro.
C: Como si quisiera salir corriendo.
T: (*asiente*) Así es. Salir corriendo...
C: Sólo quiero escapar.
T: De acuerdo. ¿Cuál es el sentimiento? Quédate con el sentimiento. (*pasando de las emociones a las sensaciones corporales*) ¿Cómo percibes el miedo?
C: En mi cuerpo.
T: Sí, ¿dónde exactamente?
C: (*pausa*) En mi pecho.
T: ¿Cómo se siente ese miedo en tu pecho?
C: Como una opresión, una constricción. T: ¿Dónde?
C: Justo aquí. (*señala alrededor de todo el pecho*)
T: Quédate con ese sentimiento. Permanece en él...
C: Hay tristeza. Es raro. Me siento muy triste por esto.
T: Quédate con la tristeza. Permítete sentir la tristeza en este momento. Siéntela de verdad. ¿Cómo lo sientes en el cuerpo?
C: (*cierra los ojos, piensa unos instantes*) Lo siento en mi corazón y en mi cabeza.
T: Bien. Quédate con esa tristeza ahora. Vamos a quedarnos con ella. Tan sólo permítete estar con esa tristeza y experimenta cómo se sienterealmente.
C: (*repentinamente*) Tengo miedo de que vaya a rechazarme.
T: Pero eso es una idea. ¿Cuál es el sentimiento detrás de esa idea?
C: Miedo.
T: Es como si fluctuara entre el miedo y la tristeza, ¿no es así?
C: Así es. (*aumentando su agitación*) Pero quiero estar tan cerca de él que acabaría abrumándole si supiera lo cerca que quiero estar. Además, este tipo de relación no está bien. No es sana... Lo sé. Lo he aprendido. (*menea su cabeza*) Y acabaría destruyendo todo lo bueno que hay ahora...
T: (*asiente*) Claro, tu miedo a ser rechazado es realista. Probablemente él no quiera la amistad íntima y exclusiva que tú esperas, ésa es la realidad. Así que comprendo el miedo y la tristeza que sientes ahora.
C: (*asiente*) Sí.
T: Pero además de la situación real, detengámonos en esta fuerte reacción que estás teniendo como anticipación al rechazo, ese miedo tan intenso que sientes.
C: OK...
T: Volvamos a tus sentimientos. Ahora mismo estás sintiendo miedo y tristeza.
C: (*asiente*) Así es. Exacto.
T: Vamos a quedarnos con esos sentimientos y veamos qué surge. Vamos a permanecer un momento callados.
C: (*calmándose*) OK. (*pausa*)
T: ¿Qué sientes en tu cuerpo?
C: Siento nerviosismo.
T: Hmm...
C: Siento como si estuviera temblando por dentro. De hecho, *me estoy muriendo de miedo*. T: (*asiente*) Sientes miedo en tu cuerpo.
C: Sí.
T: ¿Cómo se siente tener miedo en tu cuerpo ahoramismo?
C: Mis entrañas están temblando, y mi cabeza —tengo ahora mismo un dolor de cabeza, me está

punzando.

T: *(empleando una rápida estrategia evasiva)* Pero tienes miedo.

C: Sí. Tengo miedo de que no corresponda a mi amor.

T: Exactamente. Tienes miedo de perderlo.

C: Sí. Lo voy a perder.

T: Que vas a lograr que se aparte de ti.

C: Eso es —que voy a acabar haciendo que se aparte de mí. Eso es, exacto.

T: ¿Y cuál es el sentimiento?

C: Me siento triste. Muy triste. *(poniéndose físicamente rígido)*

(El terapeuta decide que para ese momento Dave ya ha penetrado suficientemente en su tristeza. Pasa al segundo triángulo).

T: Dave, este sentimiento tan triste que estás sintiendo ahora, ¿te recuerda algo de tu pasado?

C: *(inmediatamente)* Sí, totalmente.

T: ¿Qué es eso?

C: Mi padre.

T: Te recuerda a tu padre aquí...

C: Sí. El sí se apartó de mí.

T: ¿Tienes algún recuerdo en particular?

C: Siempre es el mismo. Aparece cuando me ocurren cosas como ésta.

T: ¿Cuál es ese recuerdo?

C: Cuando me hizo pedazos con lo que dijo.

(Éste es un fenómeno común, cuando el cuerpo vincula tan de cerca la RA —la persona actual— con la RP —la persona del pasado— que el cliente procede rápidamente a narrar su pasado).

T: ¿Tu padre?

C: Sí.

T: ¿Cuándo eras niño?

C: Sí.

T: ¿Cuál es tu recuerdo?

C: El recuerdo. Había una reunión familiar. Creo que era Día de Gracias, y él empezó a gritarme que no estuviera con mi tía y mi abuela, que me comportara como un hombre. Ese es el recuerdo.

T: ¿Te regañó cuando eras un niño?

C: Sí, enfrente de toda esa gente. Creo que las mujeres estaban en la cocina y yo simplemente me sentía más a gusto con ellas. Yo sólo era un niño pequeño, un niño...

T: ¿Cuántos años tenías?

C: *(pausa)* Tal vez cinco.

T: ¡Cinco!

C: Sí. Él estaba gritando. Recuerdo su cara, toda tensa, los ojos se le salían. *(pausa)* Tengo la imagen.

T: ¿Cómo te sentiste?

C: *(lentamente, rígido, viendo de frente, describe un momento vergonzoso típico)* Petrificado. Congelado. No podía moverme. Me quedé entumido. *(permanece callado un rato)* Yo no era nada.

T: *(tras un momento)* ¿Qué pasó después?

C: No lo sé. Alguien dijo algo como “vamos a jugar póker”. Digo, éste es sólo uno de muchos, muchos incidentes, pero éste en particular se ha quedado grabado en mi mente.

T: *(reforzando el vínculo entre la RP y la RA)* ¿Y ahora estás anticipándote a que Bob se aleje de ti, que te rechace?

C: Así es. Se va a dar cuenta de que sólo soy un pesado o algo así, que le voy a estar molestando o algo. Pido demasiado de él.

T: Y otra vez te sientes devastado.

C: Sí, así es.

(El cliente penetra todavía más en su miedo al rechazo, pero se está agotando el tiempo de la sesión).

T: *(pasando a ejecutar el DG)* ¿Cómo te sentiste con nuestra conexión durante la sesión?

Me expusiste algunas de tus inseguridades. C: Sí. Supongo que sonaba como una niñita.

T: *(suavemente)* ¿Sientes, en este momento, que te comprendí?

C: Sí... pero, por algún motivo, no sé si uno puede hacerlo; si realmente uno puede relacionarse.

T: El enamoramiento es algo universal. Todos conocemos ese sentimiento. Es excitante, te quita el aliento, te sobrecoge... *(asintiendo)*, como si tú y la otra persona fueran los únicos en el mundo...

C: Sí...

T: Pero, ¿qué quieres decir con que fuiste una “niñita”?

C: Que soné como “totalmente obsesionado”, como deslumbrado, idolatrándolo.

T: ¿Eso quiere decir que yo debía criticarte por eso?

C: No sé, yo sólo... no me gusta perder el control. *(se queda pensando en silencio)* Pero respecto a si tú me entiendes o no, sí, yo creo que no estás pretendiendo. Eso para mí es importante.

(Esto podría haber sido explorado, pero el terapeuta pasa a la TS).

T: Ésta fue una sesión muy dura para ti, Dave. La amistad con Bob hizo que surgieran muchos sentimientos confusos, dolorosos y que te dan miedo. ¿Cómo resumirías todo lo que salió de ti hoy?

C: Pues, Bob tiene el poder de convertirme en nada. Intenté sacar todo eso de mi cabeza.

T: ¿Sacar “todo eso”...?

C: El conflicto entre mis sentimientos de amor y miedo.

T: El conflicto que intentaste sacar de tu cabeza eran esos sentimientos de amor, miedo, y de perder el amor. Quieres ser amado —quieres obtener esa relación sanadora que te haga sentir conectado— pero también tienes miedo, porque la experiencia con tu padre te enseñó que no merecías esta clase de cercanía y comprensión de un hombre. Anticipas el rechazo. Estas esperando que te hagan daño.

C: Así es.

T: La experiencia con tu padre te humilló tanto —te hizo sentir tan rechazado— que ahora

anticipas el mismo trato cada vez que te acercas a otro hombre.

C: (*asiente*) Sí.

T: Déjame decirte algo que creo que tiene mucho significado: usaste algunos términos para condenar esos sentimientos amorosos. Dijiste que era “demasiado”, que era “raro” y que era “anormal”.

C: Así es.

T: ¿De qué se trataba? C: Era para protegerme.

T: Claro. ¿Pero cómo te vas hoy de aquí respecto a tu amigo?

C: Pues, todavía tengo miedo.

T: De acuerdo. Pero entonces, ¿cómo quieres proceder?

C: Quiero tomármelo con calma, supongo, paso a paso. Pero siempre regreso a estos sentimientos más profundos y quiero salir corriendo.

T: Exactamente. Debes estar atento al modo en que intentas sabotear esa amistad. Fíjate en cómo anticipas y efectivamente empiezas a destruir la relación cuando te anticipas al rechazo. Necesitamos poner atención en ese patrón de enamoramientos intensos, y cómo esto te distrae de entablar amistades basadas en la realidad.

C: Lo sé. No sé qué hacer con él...

T: Sí, eso todavía nos preocupa. No hemos decidido todavía qué vamos a hacer. Debemos seguir trabajando en esto para que descubras cómo construir una percepción más clara de lo que los demás hombres realmente pueden ofrecerte.

C: (*asiente*).

T: Amor... Miedo...

C: (*como despertando de un sueño*) Sí... Miedo...No...no es miedo... es *devastación*. Como muerte.

T: Esa es la conexión de miedo que hay entre Bob y tu papá. Pero, ¿qué hay de la conexión del amor?

C: No hay ninguna... nunca recibí eso de papá.

T: Pero, ¿la querías?

C: ¿Sabes qué? (*sacudiendo la cabeza amargamente*) No recuerdo haber *querido* nunca el amor de papá.

Habiendo estado tan sólo 2 meses en terapia, Dave todavía no podía recordar el deseo por el amor de su padre. Algunas cosas que los hombres desean están tan enterradas bajo capas de dolor — como en el caso de Dave— que no pueden recordar si alguna vez en sus vidas desearon tener una relación cercana con sus padres.

Con el paso del tiempo, el creciente apego del cliente por el terapeuta puede despertar estos deseos reprimidos de amor paternal. De hecho, algunos meses después Dave pudo recordar ciertos momentos específicos en los que deseó que su padre se mostrara interesado y orgulloso de él. Se acordó de que su padre solía colocar algunas notas de aliento en su lonchera cuando iba a tener un examen, y también admitió que deseaba haber recibido este apoyo de una manera más directa, de hombre a hombre.

Al abrirse y permitirse sentir plenamente el dolor por haber perdido el amor de su padre, Dave también fue capaz de reexperimentar la fuente del miedo con que anticipaba el rechazo masculino. Con el paso del tiempo sus enamoramientos disminuyeron y creció su círculo de amistades realistas con varones.

La tentación de Michael

Michael, de dieciséis años, empieza la sesión reportando los sentimientos homosexuales que le causa la proximidad física con un amigo adolescente.

C: Así que, cuando estábamos juntos, sentí este afecto, esta sensación sexual hacia Adam, pero también me hizo sentir muy incómodo, como que “esto es raro”.

T: (*tratando de identificar el momento del conflicto*) Entonces, su cuerpo estaba apoyado contra el tuyo mientras estaban sentados juntos en una banca afuera de la escuela.

C: A una parte de mí le gustaba, y otra parte decía, “Michael, no quieres irahí”.

T: OK. Quédate con ese momento de sentimientos encontrados. ¿Te parece si exploramos qué hay detrás de todo esto?

C: Sí.

T: OK. ¿Cómo se sintió?

C: Me gustó que me estuvieran tocando. Era como si me estuvieran cuidando, aunque no fuera de la manera correcta. Sentía como si me estuviera conectando con un tipo.

T: Vayamos a ese sentimiento de que “me estuvieran cuidando”; la sensación de “estar conectado”. Vamos a enfocarnos en esos sentimientos, porque eso fue lo que te atrajo, ¿no es así?

C: Sí... realmente no era como si estuviera teniendo una erección ni nada por el estilo.

Eso no era lo que estaba sintiendo.

T: Uh-huh. ¿Y qué estabas experimentando?

C: Se siente como si me gustara que me cuiden.

T: Vayamos a la sensación de que “te cuiden”. Vamos a enfocarnos en por qué te atrajo. ¿Qué te parecía tan atractivo? Incluso ahora, cuando piensas en ello, ¿qué sientes en tu cuerpo cuando recuerdas ese momento?

C: Como suele pasarme, siento más que nada un sentimiento de rechazo. Estoy tratando de impedirlo.

T: Está bien, estás luchando con él, pero dejemos eso de lado. Dejemos de lado el rechazo. En cambio, vayamos a la sensación de que “te cuiden” y estar “conectado”. Éstos son sentimientos que te motivaron, que te trajeron.

C: Simplemente me gustaría que me abrazaran y me sostuvieran, que tan sólo me envolvieran en un abrazo. Sólo es un deseo de afecto, sin importar el modo en que lo obtenga.

T: Claro. Pon atención a tu cuerpo ahora mismo, mientras dices “que me abrazaran y me sostuvieran”. Sentirte “conectado” y que “te cuiden”. Siente la conexión.

¿Cómo se siente?

C: (*pausa*) Se siente bien.

T: Dime más sobre cómo se está sintiendo bien ahora.

C: Es como una relajación, como “esto es lo que quiero”.

T: Ve al sentimiento. ¿Qué sientes en tu cuerpo mientras dices eso?, ¿qué es esa “relajación”?

C: Sólo me hace sentir más lleno. Siento consuelo y la satisfacción de que me están cuidando y que me aceptan.

T: ¿Cómo se siente ahora mismo, mientras dices esto?

C: Mi estómago ya no está tan apretado... se relaja.

T: ¿Puedes sentir cómo se relaja tu estómago?

C: Así es. Me concentro tanto en intentar no sentir nada que olvido que estoy sintiendo esto.

T: Es correcto. Dirígete al sentimiento, al deseo de afecto. ¿Cuál es la sensación de que te

“abracen” y te “sostengan”?, ¿sientes algo además de la relajación en tu estómago?

C: Siento hambre de eso.

T: Dime más sobre cómo sientes el hambre.

C: Es en el fondo del estómago. Es como si hubiera algo jalando.

T: Quédate con eso que está jalando en el fondo de tu estómago.

C: No me había dado cuenta de estar sintiendo esto desde hace mucho tiempo, pero lo estoy sintiendo ahora. Es un sentimiento de, “no puedo confiar en él, porque sé que me va a lastimar”.

T: Uh- huh.

C: Sólo quiero quitármelo de encima. Pero si pudiera tenerlo... entonces sería como si estuviera recibiendo justo lo que llenaría todo mi cuerpo.

T: ¿Cómo se siente ahora mismo, ahora que lo dices?, ¿cuál es la sensación en tu cuerpo?

C: Se siente como si estuviera comiendo un gran plato cuando tienes mucha hambre y estuviera llenando todo tu cuerpo.

T: Así es. Y estás sintiendo eso ahora mismo, ¿no es así?

C: ¡Eso es lo que quiero!

T: ¡Sí!, ¿qué sientes en tu cuerpo cuando dices “eso es lo que quiero”?

C: Es como un anhelo... como un hambre que incluso duele.

(Evitando la discusión sobre el significado de dicha sensación, pues esto se realizará en una sesión posterior, el terapeuta continúa con la sensación. Al mismo tiempo, el terapeuta debe reconocer y respetar los profundos deseos y necesidades del cliente. Tal vez ésta sea una de las experiencias de amor más intensas en su vida, y la necesidad emocional básica de la que surge —la necesidad de atención, afirmación y aceptación masculinas— es profunda, genuina y sana).¹

T: ¿Dónde sientes ese anhelo y ese hambre que te duele?

C: En el estómago... si lo expreso ahora mismo, me está diciendo que está bien que quiera lo que deseo, y eso es un alivio, en lugar de volver a frenarlo todo.

(El cliente ya está experimentando los beneficios de expresar la vergüenza que siente por sus necesidades auténticas; el terapeuta podría utilizar esta oportunidad para ejecutar un doble giro, pero opta en cambio por profundizar más en los sentimientos).

T: Está bien. Quédate con ese sentimiento. ¿Cómo sientes ese anhelo en tu cuerpo?

C: No sé si pueda avanzar más. Es como un pequeño dolor en el estómago. Hay una ligera tensión en mi corazón.

T: Quédate con tu cuerpo y con lo que estás sintiendo.

C: Sólo me entristece. Siento eso en el área del pecho.

T: Permanece ahí. Dime cómo estás sintiendo la tristeza en el área de tu pecho ahora mismo.

C: Es el deseo de algún tipo de desenlace... ¡Oh!, ¿por qué odio tanto hacer esto?

T: *(emplea la estrategia rápida de evasión)* Podemos hablar de eso después. Sé que esto es difícil, pon atención y fíjate en qué sientes con esta tristeza en el centro de tu corazón.

C: Siento una especie de vacío.

T: Vayamos a ese vacío; ponle palabras a esa sensación de vacío que estás sintiendo ahora mismo.

C: Es una sensación de... de que realmente no importo. De que no soy nada.

T: Vayamos ahí. Vamos a quedarnos con ese sentimiento de vacío en tu corazón, de que no importas nada.

C: Este sentimiento me quita hasta el deseo de moverme. No sé qué es.

T: No nos preocupemos sobre qué es o sus causas. Vamos sólo a profundizar en ese sentimiento triste y vacío de que realmente no importas.

(El cliente está entrando en el trabajo del dolor).

C: Ese sentimiento de que no importo y de que no soy importante sólo consume mi vida. Es como un agujero en mi corazón. Como un sumidero enorme.

T: Quédate con eso. Éste es un sentimiento muy doloroso, pero estás ahí ahora. *(el terapeuta pasa al segundo triángulo)* ¿Has tenido esta sensación antes?, ¿puedes recordar alguna vez que te haya pasado?

C: ¡Oh, sí!

T: ¿Qué te viene a la mente?

C: Algo sobre la escuela primaria. Probablemente fue en cuarto año. Fue sólo una broma, pero no me pareció nada graciosa. Un niño, un poco más chico que yo, dijo, “¡Vamos Michael, salta para nosotros otra vez, para arriba y para abajo... baila!”

T: Háblame sobre lo que sentiste.

C: Sentí que era pisoteado, que era aplastado. Todos los demás se rieron.

T: Fue un sentimiento devastador, ¿o no? Realmente lo puedes sentir ahora.

C: Fue rechazo, casi como si me hubieran exiliado. Así fue toda mi experiencia de la escuela.

(Tras un tiempo más de discusión, el terapeuta pasa a la TS).

T: Michael, veamos qué estamos haciendo. ¿Qué has logrado?

C: Pues, estaba hablando sobre cuando estaba sentado junto a Adam en la banca, y que sentía mucho conflicto por eso.

T: *(dirigiéndole)* Pero, ¿cuál fue el sentimiento debajo de ese conflicto?

C: Una verdadera necesidad de consuelo, un hambre que me dolía. Esa necesidad.

T: *(dirigiéndole)* ¿Y de qué se trataba esa tristeza vacía?

C: De algo que se remonta hasta mis años en la primaria.

T: *(esperando, asintiendo, expectante)* Y...

C: *(como si de repente lo hubieran despertado de algo que obviamente esperaba)* Uh... siempre me sentí necesitado y hambriento. Eso es lo que Adam podría darme, pero lo que yo quería no era algo sexual.

T: *(revelando lo obvio pero tácitamente expresado)* Así que lo sentiste como si fuera algo sexual, pero sabes que realmente no se trataba de sexo.

C: Sí, efectivamente.

T: Cuando lo analizamos, nos damos cuenta de que se trata de una necesidad emocional, esa sensación de que “me cuiden”, de conexión, de “querer que me abracen y me sostengan”. Es un sentimiento bueno y relajante: “esto es lo que quiero”. Te da una sensación de consuelo; te hace sentir lleno. Tu estómago se relaja cuando piensas en “eso es lo que quiero”. Y conforme profundizas llegas hasta ese anhelo, ese dolor, ese hambre. ¿No es así?

C: Sí.

T: Y luego te conduce hasta este sentimiento de tristeza, en la profundidad de tu corazón de que

“realmente no importo”. Ahora ya no es sexual, ya no es lo que quieres emocionalmente de este tipo, sino que terminas regresando a “algo vacío dentro de ti, este “realmente no valgo”. Una falta de importancia personal, un “agujero en mi corazón”. Y ese es un sentimiento con el que estuviste cargando en tu interior por muchos años en la escuela, cuando hacían chistes sobre ti y todos se reían. Te sentías pisoteado y aplastado. ¿Loves?

(Esto ejemplifica la importancia de que el terapeuta tome notas de las palabras exactas del cliente, para poder recurrir a ellas durante la transformación del significado — TS—, logrando así empatar la experiencia exacta del cliente; además, el terapeuta demuestra así que la experiencia del cliente le parece importante, digna de ser anotada y repetida).

C: Sí. Así es como me sentí.

T: *(viendo el reloj)* Michael, conseguimos penetrar en algunos sentimientos muy profundos el día de hoy. Tenemos que detenemos aquí y continuar la próxima semana.

C: Sí.

(El terapeuta pasa a ejecutar el DG).

T: Lo más importante, Michael, es que estás compartiendo todo esto conmigo ahora mismo. Estás siendo capaz de ir a esos sentimientos y hablarme de ellos. ¿Sientes que te comprendo?

C: Sí. Pero al inicio no quería hacerlo. No quería ir a esos sentimientos.

T: Sé que no querías hacerlo.

C: Pues, no sé por qué... pero, digo, me hace sentir mejor. Como que me siento más fuerte cuando soy comprendido, y uno no tiene miedo de que lo rechacen cuando se siente comprendido.

T: *(asiente)*

C: Siempre he tenido miedo de que cuanto más me comprendas menos te vaya a agradar.

T: Lo que acabas de decir es muy importante, “me siento fuerte cuando me comprenden”.

C: *(asiente)*

T: ¿Cómo te sientes ahora mismo sobre mí?

C: Bien. *(se endereza en su silla)* Ummm, me siento aliviado, y siento que estoy justo... bueno, obteniendo todos esos cuidados que necesito.

T: Que te he visto y que te he comprendido, como tú mismo dices... *(el cliente asiente)* y que no te he rechazado. Que comprendo estas experiencias dolorosas, que las escucho, que estoy contigo a través de ellas.

C: Sí. Eso es importante para mí. Tengo que recordármelo. Lo olvido. Siempre asumo que si alguien realmente me conociera, no le agradaría.

T: Claro, claro que lo olvidas. Porque, cada vez que te pones en contacto con la vergüenza, o el vacío, o el sentimiento de no pertenecer, o de no importar, crees que la gente ve eso y que te rechazarán.

C: Estoy decepcionado conmigo mismo. Siento vergüenza frente al Señor. Todavía estoy teniendo problemas para aceptar el perdón.

T: Sí, sí. Así que algo que todavía estás haciendo es ser crítico contigo mismo, condenándote.

C: Sí. Y sé que no está bien. Tengo que aceptar el perdón.

T: *(larga pausa mientras permanecen en silencio)* Esto que acabas de hacer durante la última

media hora fue algo muy difícil. Pasar por encima de la vergüenza y del auto-rechazo.

C: Fue como una enorme pared en mi corazón, y podía sentir cómo me aprisionaba.

T: Así es. Totalmente.

C: (*asiente*) Y tratar de abandonar la vergüenza es una de las cosas más, más difíciles que pudiste haberme pedido que hiciera.

El reto de la secuencia de los dos triángulos es poder reconectar lentamente al cliente con las emociones que esté sintiendo, como si fueran ajenas, a través del cuerpo. Se le alienta a que sienta y exponga las partes escindidas (avergonzadas y humilladas) de sí mismo, mientras mantiene un nexo íntimo con el psicoterapeuta, quien lo devuelve una y otra vez a su experiencia interior.

La experiencia aterradora —pero sanadora— de “permanecer en la vergüenza” mientras recibía la aceptación de su terapeuta poco a poco permitió a Michael relacionarse con otros hombres en su vida. Descubrió a un hombre significativo en el grupo de su iglesia, quien le ayudó a cerrar la brecha que había existido durante toda su vida ente él y los demás hombres. Con el tiempo, la “brecha de la vergüenza” entre él y los otros niños —y que durante mucho tiempo había estado tratando de resolver a través de la erotización— comenzó a cerrarse a través de otros caminos más sanos.

CAPÍTULO 10 EL DOBLE DILEMA

El doble dilema es un mecanismo clásico de restricción de poder en la familia triádica-narcisista. Este mecanismo ocurre cuando el mensaje explícito (las palabras) contradicen los mensajes no verbales o implícitos. Mientras la función cognitiva capta el mensaje verbal, el cuerpo por su parte registra el mensaje implícito. Los mensajes no verbales se transmiten a través de la expresión facial, el tono de la voz y los gestos.

El niño será aceptado por sus padres siempre y cuando escuche sus palabras y rechace la respuesta afectiva que éstas provoquen en él. Por el contrario, si el niño atiende a su propia respuesta afectiva y decide no escuchar el mensaje de sus padres —esto es, si opta por no creer dicho mensaje y, en cambio, se mantiene en contacto con su realidad interna— será entonces humillado.

Debido a la dependencia creada en la relación, se impedirá que el receptor de dicho mensaje paradójico abandone el marco establecido por el mensaje de los padres. Además, el niño tampoco podrá decir nada sobre esta paradoja, pues se sentirá castigado por lo que está percibiendo.

Características del doble dilema

Cuando adaptamos el concepto del doble dilema a la terapia reparativa, nos damos cuenta del origen de la postura anticipatoria de la vergüenza, tan característica en el cliente homosexual. El doble dilema también promueve la desintegración, es decir, la “des- integridad” de la conexión mente-cuerpo, un hecho casi universal en nuestra población de clientes.

La desconexión de la vida afectiva

El tipo de comunicación que encarna el doble dilema destruye en gran medida la vida afectiva del receptor, pues éste aprenderá a desconfiar de sus percepciones internas y será más propenso a colapsos en sus relaciones emocionales en cuanto sea avergonzado.

Bateson *et al.* (1956) fue el primero en describir la estructura de la comunicación paradójica del doble dilema. Bateson ofrece el siguiente ejemplo: una persona dice algo a otra, pero luego dice algo sobre lo que acaba de afirmar, y ambas afirmaciones resultan mutuamente excluyentes; además, lo que tácitamente se estará indicando al receptor es que no debe decir nada sobre esta paradoja tan obvia, y que ni siquiera debereconocerla.

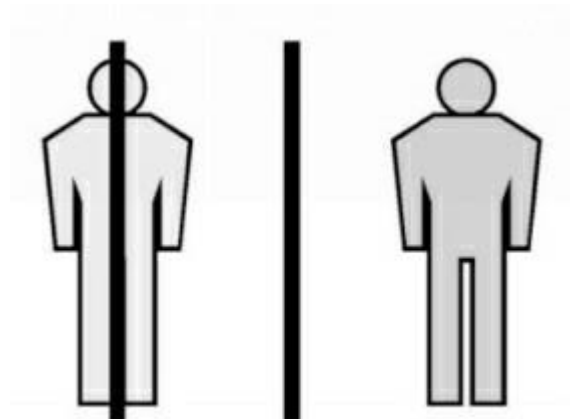
Consideramos que la comunicación del doble dilema crea un escisión tanto a nivel intrapsíquico (una separación entre el hemisferio izquierdo del cerebro, que es cognitivo, y el hemisferio derecho del cerebro, que es afectivo) como a nivel interpersonal (pues uno mismo se separa de los demás). La persona aprende a desconfiar de sus sentimientos y de la comunicación interpersonal engeneral.

La experiencia que la víctima tiene del doble dilema

La experiencia del doble dilema comienza cuando la víctima percibe una sensación inmediata de miedo e intranquilidad. Algo repentinamente está mal; hay una especie de injusticia que acaba de ocurrir, pero el individuo está confundido y no sabe qué está ocurriendo. No sólo se siente confundido, sino también enojado. Aun así, no expresará su enojo, pues su miedo y dudas sobre sí mismo lo paralizan.

Bloqueos intrapsíquicos e interpersonales

Figura 10.1. El doble dilema



Un hombre lo expresaba así: “Durante los momentos de comunicación del doble dilema me siento enojado e inseguro por lo que está pasando. No sé qué decir. No estoy realmente seguro de si el problema soy yo o si se trata de algo que me haya hecho la otra persona”. Pero aunque su mente esté confundida, su cuerpo, que siente enojo, “sabe” el verdadero mensaje que se está comunicando.

La víctima percibe que hay “algo que está ocurriendo y que está mal, pero no sé qué es”, o “hay algo que está pasando y me hace sentir [triste, enojado, decepcionado, herido, empequeñecido, excluido, etc.], pero no puedo identificar exactamente por qué me siento así”.

Algunas señales que indican que alguien se encuentra en una situación de doble dilema son las siguientes:

- Cuando algo se siente “mal” en la interacción, pero no sabemos por qué.
- Cuando sentimos que está ocurriendo una especie de injusticia pero no sabemos cómo articularla.
- Cuando nos sentimos frustrados por no poder captar la contradicción que está causando nuestra frustración.

Un expectativa habitual en torno a las relaciones humanas

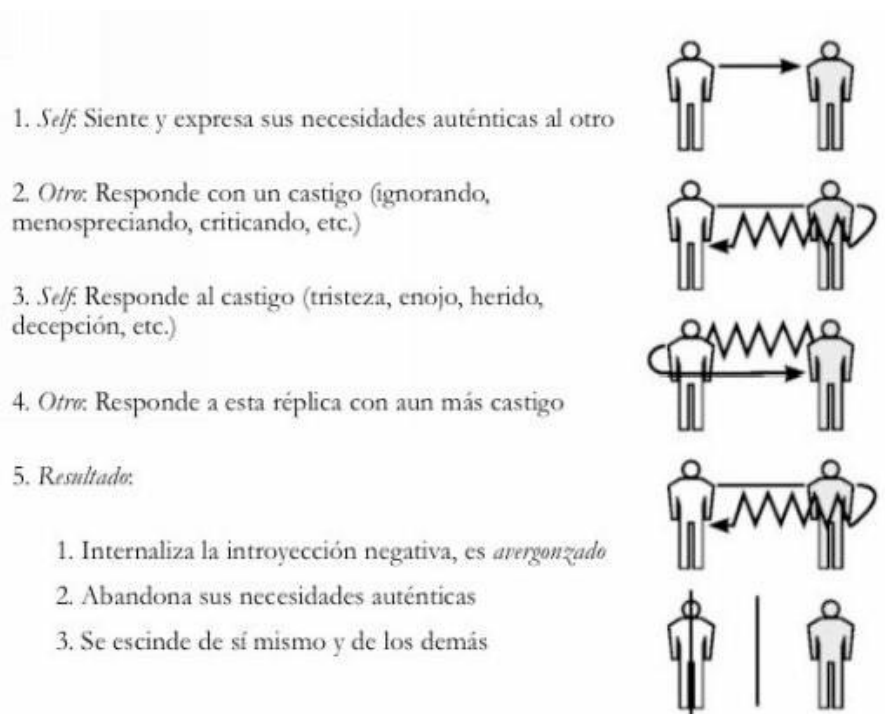
Muchos autores han identificado otro rasgo insidioso del doble dilema que resulta de particular relevancia para nuestra población de clientes: cuando se repite constantemente durante largos periodos de tiempo, el doble dilema se torna en una “expectativa habitual y autónoma sobre las relaciones humanas y el mundo en general, una expectativa que no requiere más reforzamiento” (Watzlawick *et al.*, 1967, p. 215). A la larga, la persona acabará desarrollando una hipersensibilidad a la re-estimulación de la misma inhibición.

Un cliente expresaba así esta comunicación familiar enloquecedora: “Recibo todos estos mensajes, ¡y sé que no los estoy soñando! Proviene de mis padres, pero cuando digo algo al respecto, ellos niegan que realmente existan. Pero entonces, ¿qué es lo que quieren de mí? Simplemente me da igual y me doy por vencido”.

Cuando estas experiencias derivan en una expectativa negativa y generalizada en torno a las relaciones, la víctima del doble giro aprenderá a ignorar sus respuestas corporales o cualquier otro mensaje (o proceso) implícito. Habrá aprendido a sospechar de todo aquello que intuya a través del tono, ritmo, postura o expresión facial de la otra persona, (“lo que realmente está sucediendo”) y, en cambio, sólo responderá y se expresará a partir de los mensajes explícitos (es decir, el contenido).

El tercer elemento de la situación del doble dilema se refiere a la regla tácita que impide a la víctima evadir este tipo de comunicación: su papel consiste en participar en este juego. Cuando la víctima recibe simultáneamente dos mensajes paradójicos, la propia relación es la que le impide sugerir la paradoja pues, de manera implícita, dicho mensaje constituye un tabú que no ha de mencionarse y cuya contradicción ha de permanecer oculta. Un adulto autónomo podría negarse a participar en el doble dilema e interrumpir dicho tipo de comunicación; sin embargo, el niño inmerso en la familia triádica narcisista no tiene esa opción.

Enseñando al cliente a negarse a participar



La reintegración sana del “yo” requiere que la mente consciente logre sintonizarse ahora con la propia respuesta corporal, con lo que realmente esté pasando en el instante en que esté ocurriendo.

Es muy importante enseñar al cliente a sobrevivir durante este tipo de comunicación que desestabiliza su afecto, sin que tenga por ello que comprometer su verdad interior. No obstante, si el cliente compromete su percepción actual en torno al incidente, entonces pasará de la aserción a la vergüenza.

A continuación presentamos nuestro modelo del mensaje del doble dilema:

“yo”: Se comunica expresando necesidades auténticas a otro.

Otro: Responde abiertamente, de manera explícita (con palabras) a través de un mensaje aceptable y acorde con la situación; sin embargo, expresa simultáneamente un mensaje encubierto (tácito) a través de su expresión facial, su tono de voz o una postura corporal negativa (contradictoria, crítica, o que minimiza a la persona).

“yo”: (1) Cognitivamente (hemisferio cerebral izquierdo) acepta el mensaje claro, aceptable y acorde con la situación, pero el cuerpo (hemisferio cerebral derecho) “siente” el mensaje encubierto. (2) A través del reforzamiento negativo, la persona aprende, y ahora cree, que no es posible mencionar nada sobre esta contradicción.

Resultado: La reacción corporal generada por el mensaje implícito provoca: (1) un estado vergonzoso

del “yo”, (2) un mensaje negativo sobre el “yo” que se internaliza en la identidad personal y 3) una escisión intrapsíquica del “yo” (separación entre lo cognitivo y lo afectivo) y la escisión de las relaciones interpersonales (de la persona que transmitió el mensaje).

Figura 10.2. El mensaje del doble dilema

El doble dilema en la familia triádica-narcisista

El objetivo de la terapia reparativa es sensibilizar nuevamente al cliente con su respuesta corporal, para que de esta manera logre reconocer su verdad interior. A través del apoyo y modelaje del terapeuta, el cliente vuelve a reconocer su “conocimiento corporal” para poder confiar en éste en momentos de comunicación contradictoria.

Uno de nuestros clientes describía el modo en que se comunicaba su familia, donde los contenidos explícito e implícito muchas veces eran contradictorios, como se muestra a continuación:

“Lo que más me llamaba la atención de la comunicación en mi familia era que mi madre siempre decía que ella deseaba que yo fuera independiente —un hombre que buscara a una mujer, que formara una familia—; sin embargo, ella también mostraba una gran tristeza al pensar que efectivamente la abandonaría.

Cuando le hablé de Sara (su nueva novia), intentó poner su ‘cara feliz’, pero escuché las lágrimas que estaba intentando que yo no viera. Cuando me imagino su cara, sólo siento una enorme culpa y vergüenza en mi cuerpo, y me siento responsable por su tristeza y su soledad”.

La siguiente transcripción ilustra cómo muchas veces al receptor del mensaje conflictivo se le dificulta identificar exactamente qué fue lo que percibió en la voz de otra persona:

C: Tuve mi primera cita el viernes por la noche y me sentí muy bien al respecto. Pasé un buen rato con esta chica; fuimos al teatro —a los dos nos gusta Shakespeare— y realmente hicimos *clíc*. Mi madre me llamó el sábado por la mañana, como suele hacerlo, diciéndome: “Te llamé anoche y nadie contestó, ¿dónde estabas?”. Me sentí muy orgulloso de decirle que había tenido una cita con una chica que realmente me gustaba. “¿En serio?” Eso fue lo que dijo —“¿En serio?”, y sentí cómo mi estómago se hundía. Sé que no le agradó la idea.

T: ¿Cómo pudiste saberlo? Tu madre sólo dijo “¿En serio?”.

C: La conozco. Pude notar en su voz que ella estaba... triste, o... decepcionada, o algo. Pero luego siguió, y me dijo, “¡Qué bien!”.

T: (*mostrándose curioso*) ¿Pero qué había exactamente en su voz?

C: No lo sé. Tal vez algo en el tono, o en el modo en que repentinamente bajó la voz, o tal vez el modo en que su voz de golpe se vuelve distante. A pesar de que dijo “¡Qué bien!”, no la creí. Empecé la charla por el teléfono contento y optimista, queriendo compartir mi alegría con ella, y terminé sintiéndome culpable y deprimido encuanto colgué.

A partir de mi experiencia con clientes similares, me he percatado de que si no se analiza este tipo de conversación entre un hombre y su madre —donde el hombre percibe la desaprobación tácita pero poderosa en la voz de la madre—, llegará un momento en el que el hombre en cuestión dudará

sobre su propia relación con la mujer con la que esté saliendo. Dichas dudas habrán sido generadas a partir de sus distorsiones basadas en la vergüenza y sus percepciones falso-negativas.

La experiencia corporal del doble dilema

Para poder ayudar al cliente a enfrentar el doble dilema de manera efectiva será necesario recurrir al trabajo corporal terapéutico. La experiencia corporal del doble dilema se percibe principalmente en el área del pecho, primero como una rápida sacudida, seguida de una constricción sobrecogedora (miedo) y, finalmente, como una sensación de hundimiento o caída en la parte baja del pecho (tristeza). El cliente también podría reconocer el surgimiento distante y fugaz de energía que sube hasta su pecho y hombros, o a través de sus brazos. Ésta es una respuesta de enojo —una emoción para establecer límites— pero que acaba siendo rápidamente reprimida. No obstante, el enojo debe sentirse, expresarse e incitarse activamente, ya que el enojo es la vía de salida del doble dilema.

El cliente deberá aprender a identificar el doble dilema en el momento exacto en que ocurra. El terapeuta también enseñará al cliente a reconocer dicha situación y a escuchar sensiblemente sus respuestas corporales, hasta que aprenda a hablar desde éstas.

CAPÍTULO 11 EL DOBLE GIRO

“Me realizo al contacto del Tú... toda vida verdadera consiste en encuentro”.
Martin Buber

“Nos creamos unos a los otros”.
Georg Wilhelm Friedrich Hegel

“Veo cómo llego a ser, tan maravilloso ante tus ojos”.
F. Hebbels

El proceso central para la sanación en la terapia reparativa es el *doble giro*. En dicho proceso, un terapeuta empático y adecuadamente sintonizado permanece al lado del cliente mientras éste reexperimenta los momentos vergonzosos que han hecho que se escinda de sí mismo.

Muchos estudios recientes en neurobiología han arrojado nuevos datos sobre el proceso de reintegración psíquica. Estos hallazgos sugieren que la concepción psicodinámica de las diferencias mentales entre lo consciente y lo inconsciente, lo que está reprimido y lo que no lo está, así como lo afectivo y lo cognitivo, son en realidad diferencias que se manifiestan anatómicamente a nivel de la actividad de los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo, respectivamente.

Cuando estas dos partes del “yo” han quedado escindidas, la experiencia del doble giro,

facilitada a través del trabajo corporal, será la responsable de su reintegración.

Este descubrimiento neurológico no indica nada radicalmente distinto de lo que ya sabían los buenos psicoanalistas desde hace más de cincuenta años. Sin embargo, cabe subrayar que ahora sí contamos con una serie de datos neurobiológicos que confirman cómo es que realmente operan estos aspectos críticos de la terapia.

Uno de los mensajes más importantes que nuestros clientes obtienen a partir de la experiencia del doble giro es que *sentir una profunda conexión emocional con otro hombre no es algo “gay”*, y que los sentimientos de calidez y cercanía no necesariamente tienen que ser experimentados como eróticos.

Los orígenes de la mente escindida

El origen del cercenamiento traumático de la mente (i.e., un trauma infantil) se vuelve particularmente evidente en la comunicación paradójica del doble dilema. El doble dilema crea dos divisiones; la primera dentro del propio “yo” (a nivel intrapsíquico), y la segunda ocurre entre el “yo” y los demás (a nivel interpersonal).

Empleamos el doble giro para deshacer el trauma y vincular de nuevo a la persona consigo misma y con los demás. Dicho de manera muy sencilla: *el doble giro repara el doble dilema*.

Doble Giro

“yo”: se comunica expresando necesidades auténticas a otro.

Otro: responde a través de la expresión integradora del “yo”, con aceptación, apoyo y afirmación.

“yo”: recibe el mensaje integrado.

Resultado: la reacción corporal de la persona hacia el mensaje unificado provoca una respuesta del estado asertivo del “yo” y el mensaje afirmativo se internaliza en la identidad personal. Ocurre también una integración intrapsíquica (la dimensión cognitiva se armoniza con la afectiva), y acontece una integración interpersonal (con el otro).

Nuestro modelo del doble giro plantea que la sanación tiene lugar cuando dos eventos, *el giro interpersonal* y *el giro intrapsíquico*, ocurren simultáneamente.

La secuencia de la sesión

El momento paradigmático del doble giro se construye a través del establecimiento gradual de una relación de comunicación afín entre el cliente y el terapeuta.

Al iniciar la sesión, el terapeuta comienza respondiendo a lo que el cliente reporta verbalmente. Procura establecer el doble giro al transmitir su respeto, empatía y atención en sintonía con el cliente, validando así la manifestación de la experiencia personal del cliente. El terapeuta anima al cliente a que atienda a sus propias experiencias corporales mientras las describe.

- t. *S/lj*. Siente y experimenta sus necesidades aurélicas 1 orro
2. *OtrT*. Responde con una simonía n.fir mativa
3. *S,lf*. Recibe afirmación (conectado, asegurado, afirmado, etc.)
4. *S,lj*.
 1. Abandona la introyección ncatl\·a
 2. Inregl"flsus,, eces idades urélicas
 3. Unificación consigo mismo y con los demás

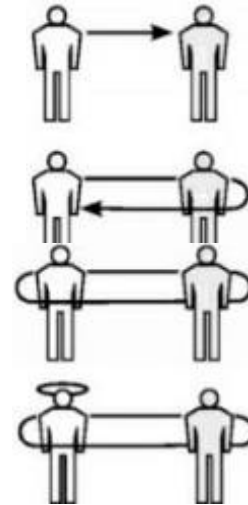


Figura 11.1. El mensaje del doble giro

El fenómeno simultáneo de *sentir* y *describir* sus sensaciones puede ser todo un reto para los clientes durante las primeras fases de la terapia. Es muy frecuente que su ansiedad y sus defensas hagan que su atención alterne constantemente entre el contenido y sus sentimientos, y todavía más difícil les será mantenerse conectados simultáneamente con sus sentimientos y con el terapeuta.

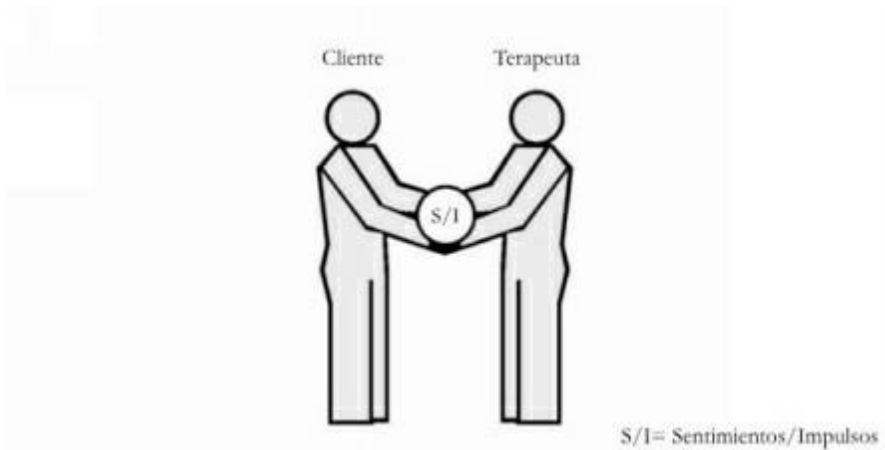


Figura 11.2. Doble giro: contención afectiva

Habrà un lapso entre el surgimiento de las emociones del cliente y el establecimiento del contacto con el terapeuta. Un hombre expresaba este fenómeno como “ver pasar un tren: justo cuando te digo lo que estoy sintiendo el sentimiento ya no está ahí”.

En momentos críticos, cuando las emociones sean muy fuertes, el terapeuta deberá recordarle al cliente con suavidad que él está ahí presente, “Intenta permanecer al mismo tiempo en contacto conmigo y con tus sentimientos”.

La comunicación —poner en palabras los sentimientos personales— es un acto cognitivo, pero en este caso también es un acto de confianza que emocionalmente vincula al cliente con el terapeuta. Al construir el vínculo entre *pensar* y *sentir* se iniciará un proceso de unificación entre los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho, entre lo cognitivo y lo afectivo, entre lo consciente y lo inconsciente, un proceso donde todos estos elementos serán transmitidos a través del cuerpo.

Esta integración se irá tornando más profunda conforme el terapeuta ofrezca una empatía adecuada al cliente. Gradualmente, a través de esta adecuada sintonización y el establecimiento del doble giro, el terapeuta ayudará al cliente a discernir entre la serie de afectos que había estado reprimiendo durante tanto tiempo.

Cuando se logra establecer con éxito el doble giro, el cliente recibe afectivamente las expresiones de respeto y estima del terapeuta, permitiéndole así saborear la experiencia de sentirse comprendido. En el mejor de los casos, este “momento intersubjetivo” evoca a la sintonización mucho más temprana entre la madre y el hijo.

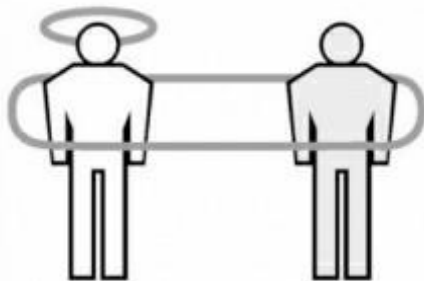


Figura 11.3. Doble giro: intrapsíquico e interpersonal
El doble giro y la disipación de la vergüenza

La vergüenza escinde la mente; el doble giro la une. La experiencia del doble giro ha mostrado ser la herramienta más efectiva para disminuir el poder que ejerce el afecto inhibitorio de la vergüenza. A diferencia de otros afectos, la vergüenza no desaparece a través de una mayor expresión de ésta, sino a través de su simple exposición —y es aquí donde el doble giro resulta particularmente efectivo.

La experiencia vergonzosa se refiere a la sensación de no merecer el contacto humano y, por tanto, incluye el impulso protector a esconderse, ocultarse y encogerse para resistir la “expulsión de la manada”. Internamente, la vergüenza opera como un inhibidor del afecto y genera un estado de colapso.

La meta terapéutica del cliente será experimentar la vergüenza (con todos los sentimientos que la rodean y aquéllos que subyacen a ella) mientras experimenta al mismo tiempo el contacto emocional con un terapeuta que lo comprende y acepta. De esta forma, el individuo se permite a sí mismo ser “visto” mientras “permanece en la vergüenza”. Dicha exposición dará pie a un proceso de liberación de la vergüenza y a un desahogo afectivo en general, aspectos que permitirán al cliente seguir ahondando hasta llegar a sus afectos nucleares.

Vergüenza por la vergüenza

El proceso de la expansión afectiva se logra a través de la transferencia y presentación de modelos positivos. Cuando el cliente revela al terapeuta por primera vez un incidente vergonzoso, muchas veces lo hará disculpándose y dando excusas como “esto va a sonar estúpido”, “no sé por qué estoy diciendo esto”, “no es tan importante; no sé por qué esto me molesta”. Estos comentarios introductorios de minimización y de disculpa revelan la profunda vergüenza que siente por su reacción. La respuesta empática del terapeuta valida todos los sentimientos del cliente, incluso su “vergüenza por la vergüenza”.

Conforme el cliente abandone la vergüenza, podrá empezar a sentir plenamente el enojo subyacente (hacia otra persona) o una tristeza todavía más profunda (por él mismo).

Sintiendo la vergüenza en presencia del terapeuta

Cuando el cliente revela en el contexto terapéutico un momento vergonzoso del *pasado* — de la infancia o más reciente— o un momento vergonzoso del *presente*, tendremos entonces la oportunidad de efectuar el doble giro. La experiencia del doble giro y la disipación de la vergüenza harán que el paciente se sienta libre de experimentar el enojo hacia otra persona o la tristeza por sí mismo, esto es, dos aspectos interactivos del trabajo del dolor.

Las siguientes dos transcripciones ilustran el doble giro entre terapeuta y paciente en referencia a un momento vergonzoso del pasado y otro del presente, respectivamente.

A continuación, un cliente de 40 años de edad recuerda un momento vergonzoso de su infancia. Tras efectuar el doble giro en el estado vergonzoso, el cliente fluctúa entre el enojo hacia la persona que le humilló y la tristeza que siente por sí mismo:

C: Puedo ver exactamente dónde estaba, con quién estaba y dónde estaba parado. Debía tener unos seis años, y estaba jugando con algunas niñas en el patio del colegio. Estaba sentado en el suelo, riéndome y pasando un buen rato cuando un tipo más grande que yo, el entrenador, vino caminando hacia mí. Su voz me dio miedo; su mirada era severa. Me dijo algo así como “Los niños no juegan con muñecas —debes ir a jugar con los demás niños; ven conmigo ahora mismo”. Me llevó con los otros niños, que estaban jugando baseball.

T: ¿Cuál es la sensación dentro de ti?

C: La sensación fue que lo que había hecho estaba mal y que había quedado expuesto frente a todo el mundo. Me quedé mirando al suelo, con la esperanza de que él simplemente se fuera. Cuando me encuentro en situaciones parecidas pienso que si no hago nada, si sencillamente no me muevo, tal vez todo pasará —pero cuando hago eso las cosas sólo empeoran, porque parece que no quiero cooperar. Pero yo no entendía qué había hecho para merecer ese enojo. ¿Por qué yo?

T: ¿Cómo se siente... que el entrenador te estuviera hablando de esa manera?

C: Aplastado. Devastado.

T: (*suavemente*) Vamos a quedarnos con eso; ¿cómo se siente en tu cuerpo?

C: Me estoy sintiendo débil, vulnerable, como si me hubieran vaciado el pecho, y todo está tenso alrededor de ese centro vacío. Sólo me siento aplastado, como si todo el peso del mundo estuviera sobremí.

T: *(asiente)* Destruído, aplastado...

C: De golpe estoy muy al tanto de lo que pasa alrededor mío... es como si ya no fuera yo el que está viendo el mundo, sino al revés, como si la gente se quedara mirándome directamente desde el mundo. Estoy paralizado; todo se pone en cámara lenta y hay un silencio de muerte.

T: ¿Cuál es la sensación dentro de ti?

C: Entumecido. No tengo sentimientos. Es como si estuviera congelado. Simplemente dejo de sentir.

T: Trata de quedarte con “congelado” y sigue conectado conmigo.

C: *(sacude la cabeza)* Me da miedo, quiero correr y esconderme. Quiero girarme, o tapar mi cara.

T: *(se inclina hacia adelante)* ¿Sientes mi comprensión y aceptación en este momento, aquí y ahora, entre tú y yo?

C: *(asiente lentamente, visiblemente empieza a relajarse)*

T: Trata de permitirte seguir en este momento con ese sentimiento de vergüenza, para que puedas expresar realmente cómo se siente la vergüenza...

C: *(larga pausa, mientras intenta concentrarse en su cuerpo)* OK... Pues, me siento avergonzado, pequeño, echo un ovillo, expuesto, desnudo, pesado. *(pausa)* Siento una contracción en mi caja torácica... como si estuviera colapsada.

T: OK. ...

C: *(hace una pausa, está pensando)* Se siente injusto. ¿Por qué debería estar pasando esto?

T: Intentemos quedarnos tan sólo con esos sentimientos en tu cuerpo. C: *(considerando)* Ahora también siento enojo, resentimiento.

T: ¿El enojo que sentiste en aquella ocasión?

C: No. No sentí enojo esa vez. Pero estoy enojado con aquel tipo que trató de esa manera a ese niño.

T: Sigue con el enojo. ¿Cómo se siente?

C: Es como una energía. Una fuerza...

T: ¿Dónde?

C: En todas partes. Está radiando desde el centro de mi pecho —hacia mis brazos, llegando incluso hasta la punta de mis dedos. *(hace una pausa, viendo directamente al terapeuta)* Creo que tú también percibes la injusticia, y eso me ayuda a ver lo injusto que fue esa ocasión.

T: ¡Y eso también te permite sentirte enojado por esa injusticia!

C: ¡Sí!... ¿por qué tuvo que pasar? Estoy enojado por estar en esta situación, pero al mismo tiempo, tengo miedo de estar enojado... porque creo que ellos tienen la razón.

T: Enojarte contigo mismo no te va ayudar para nada. ¡Eras un niño inocente! Te la estabas pasando bien, sólo estabas jugando.

C: *(pasando a sentir tristeza por él mismo)* Era sólo un niño, jugando en el patio... haciendo lo que sentía que era normal... y ese tipo me hizo sentir despreciable... me degradó.

T: Ese niño inocente no tenía ni idea de que estaba violando las reglas sociales... sólo estaba jugando como un niño. *(larga pausa)* Pareces estar más pensativo... ¿cuál es el sentimiento...ahora...?

C: Tristeza.

T: Sí... ¿dónde, dentro de ti?

C: Todo mi cuerpo se siente pesado... Sí, realmente siento pena por ese niño.

(Transcurren varios minutos en los que hablan sobre el evento vergonzoso, pero el tiempo de la sesión se agota).

T: ¿Sentiste que fui capaz de estar contigo a través de todo esto?
 C: *(levantando la mirada, con una ligera sonrisa)* Sí, estabas conmigo... sabías cómo se sintió ese niño... *(corrigiéndose a sí mismo)* cómo me sentí yo. Pero no me la pusiste nada fácil. No me dejaste salirme con la mía.
 T: ¿Eso estuvo bien? Quiero decir, ¿no fui justo contigo?
 C: ¡Oh, no es eso! *(sonríe)* Fuiste justo, pero me empujaste hacia esos sentimientos — fuiste duro.
 T: ¿Qué sentimiento tienes por mí ahora mismo?
 C: *(viéndole a los ojos)* Aprecio. Sí.
 T: ¿Algún problema?
 C: No.
 T: Esto te costó mucho trabajo, revivir esos momentos y al mismo tiempo mantenerte conectado conmigo.
 C: Sí.
 T: ¿Puedes sentir mi aprecio por lo que hiciste hoy?
 C: Sí, sí puedo. *(asintiendo, manteniendo contacto visual directo)* Y lo aprecio. *(se ríe)* Es decir, aprecio tu apreciación. *(se ríe)*

Efectuando el doble giro sobre un momento vergonzoso del pasado

En este segundo ejemplo sobre un momento vergonzoso del pasado, un cliente de 34 años de edad comienza la sesión sintiéndose inseguro sobre qué quiere hablar. Al poner atención a las señales que su cuerpo le está dando surge una larga serie de eventos vergonzosos del pasado.

C: No sé por dónde empezar. ¿Hacia dónde voy?, ¿cuál es el siguiente paso?
 T: Empieza por tu cuerpo. Sólo atiende a lo que estás sintiendo por dentro... deja que tu cuerpo te lodiga.
 C: *(tras unos instantes)* Tengo una gran sábana sobre mí. Está pesada. *(haciendo una pausa, pensando)* Como si no me pudiera mover... me paraliza *(actúa como si tuviera una dificultad al respirar profundamente)*
 T: ¿Cómo se siente?
 C: No duele, pero me siento amordazado, fuertemente apretado; como si estuviera rodeado de pura cinta adhesiva. *(señala el área del pecho)*
 T: Sí. Quédate con eso.
 C: Estoy frustrado. Quiero llorar.
 T: Seguro... claro que quieres. ¿Dónde se localiza en tu cuerpo ese “quiero llorar” que sientes?
 C: *(sus ojos se ponen húmedos y se enrojecen)* Ummm, en mis ojos. *(como un niño pequeño, señala sus ojos con ambos dedos índice)*
 T: *(suavemente)* Claro. *(esperando)* Claro...
 C: Y también en mi costado, justo aquí. *(señalando la zona)* Como si tuviera una flecha atravesando mi corazón. Como si estuviera clavada aquí dentro. *(enterrando su dedo índice en un lado de su costado)*
 T: *(asintiendo lentamente, atento)*
 C: *(da un profundo suspiro, como si tuviera dificultad para respirar)* Me siento tan avergonzado, tan apenado.
 T: ¿Cómo se siente la vergüenza ahora mismo?

C: La siento en mi cara. (*apuntando a toda el área facial*)

T: (*asiente*) Y lo estás sintiendo ahora mismo, ¿no es así?

C: (*asiente*) Siento como si quisiera ocultar mi cara. Me siento feo. (*pasa al segundo triángulo, y el terapeuta se mueve con él*) Así es como me he sentido siempre, feo, flaco y débil. Todos me lo decían.

T: ¿Como quién?

C: Mis padres.

T: ¿Tus padres te decían eso, que tú eras feo?

C: Indirectamente. Mis hermanos mayores me trataban como si yo les diera vergüenza. No querían ser vistos conmigo a sulado.

T: (*intentando efectuar un doble giro con su vergüenza*) Arnie, cómo se siente “avergonzado, apenado” ahora, conmigo, en este preciso instante?

C: Me siento repulsivo. Lo tenía escrito en mi frente.

T: (*haciéndole pasar al presente*) Sí... pero, ¿puedes sentir esa vergüenza conmigo, ahora mismo, en este momento, aquí y ahora?

C: (*con voz muy baja*) Siento como si debiera salir corriendo.

T: (*un poco sorprendido*) ¿Quieres salir corriendo?

C: (*asintiendo lentamente*)

T: ¿De dónde, escapar de aquí?

C: (*sigue asintiendo lentamente*)

T: ¿Cómo se siente “salir corriendo”?

C: Ummm, como una sensación de tensión en mis piernas, en mis pantorrillas. (*agachándose y frotando sus pantorrillas*)

T: Vamos a quedarnos con esto, Arnie. (*despacio, reafirmando*) Vamos a permanecer con esto por unos instantes.

C: (*asintiendo despacio*) Recuerdo que había un niño, Tommy, y yo estaba... haciendo cosas sexuales con él. Ya sabes, bajándonos los pantalones y así. Estábamos en su jardín y su papá llegó y nos dijo algo, no me acuerdo qué. Le dijo a mi padre, pero mi padre nunca me dijo nada al respecto. (*encogiéndose de hombros*) T: Arnie, (*viéndole seriamente a los ojos*) ¿cómo te sientes ahora mismo, al contarme todo esto?

C: Quiero encogerme. Quiero desaparecer. Me siento muy pequeño.

T: Vamos a quedarnos con esto. Dime, ¿dentro de ti, cuál es la sensación de “desaparecer”?

C: Es esa sensación totalmente opuesta a cuando tengo que verme “poderoso y con todo bajo control” —la máscara masculina que siempre tengo que ponerme.

T: (*asintiendo lentamente, viéndole a los ojos*) Sí.

C: (*sus ojos se llenan de lágrimas*) Espero que no me odies. (*llorando*)

T: Sé que esto es duro.

C: (*continúa sollozando; poco a poco recupera la compostura y comienza a hablar sobre el pasado*) Recuerdo haber estado en una fiesta de navidad. Había un grupo de niñas. Estaba con ellas, y todos nos estábamos riendo, y ... (*dudando*)... me sentí (*bajando la voz*)... como si fuera una niña. (*encogiéndose de hombros, con un gesto de dolor y luego retorciéndose*) Recuerdo haberme sentido como una niña.

(*Al percibir la necesidad que tiene de hablar de su pasado, el terapeuta prosigue en esa dirección*).

T: Debí de ser una época difícil.

C: Fue el momento en que los niños empezaron a llamarme marica. Joto o niñita, así me decían. Recuerdo haberme esforzado tanto por que me quisieran. Tenía toda una pila de reconocimientos

académicos de la escuela en mi cuarto. Pensaba que si tenía buenas calificaciones, entonces yo sí valía. Había un niño, Monty. Siempre quería que me prestara atención. Él era todo lo contrario a mí—guapo, popular, atlético, fuerte y grande; la gente siempre quería estar a su lado. Pero los niños como él nunca me buscaban. Tenía tanta hambre de que me aceptaran, de que me quisieran.

T: (*intentando regresar a “nosotros”*) Arnie, ¿alguna vez le has dicho todas estas cosas a alguien?

C: (*negando con la cabeza*)

T: ¿Cuál crees que es mi reacción cuando te escucho hablar de estos recuerdos? (*viéndole a los ojos*) ¿Qué piensas que veo en ti ahora mismo, mientras te miro?

C: A un hombre roto.

T: Sí, a un hombre roto que está intentando reconstruirse, que está enfrentando algunos recuerdos muy desagradables, y que tiene el valor de enfrentarlos... el valor de volver a sentir sus heridas. Y también una injusticia muy real.

C: (*asiente, con una leve sonrisa*)

T: (*percatándose de la sonrisa*) ¿Cómo te sientes ahora mismo? (*esperando, expectante*)

C: Como si entendieras.

T: (*suavemente*) La sesión de hoy ha sido difícil para ti. Te estabas retorciendo, te estabas quebrando, sentías mucha incomodidad. Tengo que decirte que siento aprecio y admiración por lo que has hecho por ti el día de hoy —al revelar cosas que sentías que debías mantener enterradas dentro de ti. Realmente te dolió hacerlo.

C: (*larga pausa, el cliente asiente lentamente*)

T: (*larga pausa*)

C: (*asiente*) Sí...

T: ¿Qué sientes dentro de ti, ahora que te he dicho cuál es mi reacción por ti?

C: (*dando un fuerte suspiro, asintiendo*) Siento alivio. (*pausa*) Sí, me da gusto haberte dicho esto, lo he estado cargando durante los últimos veinte años.

T: (*suave y lentamente*) Siento una conexión entre nosotros ahora mismo, una comprensión. Porque hemos lidiado con esos sentimientos juntos. ¿Qué sientes sobre nosotros ahora mismo?

C: (*cautelosamente*) Bien. (*respira profundamente*) Sí. (*toma aire nuevamente*) Se siente bien. Me estoy sintiendo mejor.

El doble giro en un momento vergonzoso del presente

Cuando era niño, Jonathan, de 25 años de edad, tuvo un problema médico que retrasó su crecimiento. Quedó marcado por los recuerdos de abandono durante todas aquellas ocasiones en que tuvo que permanecer solo en el hospital. Él creía que sus padres lo mantenían alejado de ellos porque no podían hacer nada por aquel niño defectuoso. Durante su infancia fue molestado constantemente por sus compañeros por ser frágil.

Jonathan comienza la sesión hablando de Walt, su novio, por quien tiene sentimientos muy ambivalentes.

C: He estado pensando en Walt.

T: ¿Qué has estado pensado?

C: (*se ríe nerviosamente*) Pues en que quiero tener sexo con él. (*risilla nerviosa*) Como si...

¡quisiera agarrarle el pene! *(luego, con una gran frustración)* Ya, en serio, realmente estoy pensando mucho en él.

T: Háblame de eso. ¿Qué es exactamente lo que te resulta sexual de Walt?

C: Es como un... un papá, y realmente le gusto.

T: Vayamos a tu cuerpo ahora. Veamos qué hay ahí.

C: *(sorprendido, riéndose)* ¡Mi cuerpo! *(con risasonora)* ¡estoy excitado!

T: Sí, lo sé. Vamos a quedarnos con eso; “él es como un papá, y realmente le gusto”.

C: Es como si quisiera que me recogiera y me sostuviera. *(largo silencio)*

T: *(espera en silencio, y luego dice en voz baja)* ¿Qué está pasando?

C: Estoy todo ansioso.

T: OK., ¿dónde?

C: No lo sé. *(pausa, suelta una risa evasiva)* Estoy cansado. Ayer en la noche no me dormí hasta muy tarde.

T: Seguro. Quédate con tu cuerpo ahora... ¡Cansado! ¿dónde te sientes cansado?

C: Mi cabeza se siente pesada. *(pone una mirada lastimera, como si no tuviera remedio)* Es como si realmente no quisiera hacer esto.

(El terapeuta decide recurrir al método colaborativo).

T: OK., escucha. Podemos detenernos aquí. No necesitamos entrar ahora mismo en tus sentimientos por Walt. Podemos hacer lo que quieras, pero creo que sería realmente valioso para ti ver qué está ocurriendo con él.

C: Supongo que sí... OK.

T: *(pausa, luego habla con suavidad)* OK., ¿Qué estás sintiendo por Walt? *(aguarda)*

C: *(da un fuerte suspiro, parece frustrado)* Es sólo que me da vergüenza *(se ríe de sí mismo)* hablar así de mis sentimientos homosexuales. *(se encoje de hombros como si no tuviera remedio)* Me siento como un niño que quiere a su padre y eso me da vergüenza.

T: Estás siendo crítico contigo mismo. Estás condenando a eseniñito.

C: *(desesperadamente)* Lo quiero tanto. Haría lo que fuera por tenerle. Incluso me imagino siendo totalmente vulnerable frente a él de una manera sexual.

T: ¿Qué significa “vulnerable”?

C: Me estoy excitando sólo de pensarlo.

T: ¿Cuál es la sensación?

C: ¡Sexual, como “caliente”!

T: Quédate con eso.

C: *(se ríe de sí mismo)* Me excita el hecho de pensar que va a follarme. Que me va a llenar. Me ama y quiere llenarme. Sí, la pura idea se siente totalmente sexual. Hay algo sobre... sus manos; son seguras. No me van a hacer daño. No se siente como si me estuviera degradando. Él es un hombre y me está dando algo que necesito. Su pene. Como si me estuviera reconociendo. Está conmigo porque yo también soy un hombre. Y no sólo eso; soy un hombre que en este momento tiene esas necesidades emocionales. *(risa nerviosa)* Siento estas extrañas sensaciones en mi ano. Se siente como si quemara... lo suficiente para permitirle que me penetre... la puerta para dejarle entrar.

T: Sí, y ¿dónde estás sintiéndolo ahora mismo?

C: En todos lados. Lo siento en todomi cuerpo.

T: La sensación...

C: Se siente bien, en todo mi cuerpo. Mi cabeza se siente pesada. Esto se siente tan primario.

Quiero eso.

T: ¿Eso?

C: Su masculinidad. Es real. Su pene es perfecto. Es exagerado. (*se ríe de sí mismo*) Es realmente largo y grueso. Casi le mide nueve pulgadas, ¡es ideal! El mío no es tan grande, y también está chueco, no es tan perfecto como debiera ser. ¡Dios!, si tan sólo tuviera el pene de Walt, no creo que estaría teniendo sexo con un tipo. Estaría follándome a mujeres. Algunas veces tengo la fantasía de que él está follándose a una mujer; y eso me prende un montón. Algunas veces sólo quiero agarrársela. (*ligera risa*) No sé que hacer con ella. Tan sólo quiero que me pertenezca o algo así. Este sentimiento es muy fuerte. (*larga pausa, su voz se vuelve chillona*) Pero me aterroriza, porque no quiero seguir haciéndolo así, una, y otra, y otra vez. Pero siento la necesidad de seguir persiguiéndole.

T: (*asiente*) ¿Cuál es el sentimiento?

C: ¡Oh, mierda! Es porque... es una droga que me da poder.

T: Sí.

C: Esto me da mucha vergüenza.

T: ¿Qué te da vergüenza?

C: Hablar de esto.

T: ¿Hablar de qué?

C: Me hace sentir vulnerable, tan vulnerable contigo como lo soy con Walt.

T: ¿Te estás sintiendo avergonzado ahora mismo?

C: (*retorciéndose en la silla*) Sí, me da vergüenza mostrarte lo desesperado que estoy. Como si pudieras ver a través de mí. Puedes ver qué hay debajo de cómo me siento.

T: ¿Cómo?, ¿qué sientes debajo?

C: Que estoy siendo torturado.

T: ¿Por lo que pudiera yo estar pensando de ti?

C: (*asiente*)... Que soy raro.

T: (*tranquila y calmadamente*) Háblame sobre cómo te sientes, ahora mismo, sobre nuestra conexión juntos.

C: Me recuerda lo mucho que lo necesito.

T: ¿El qué?

C: El sexo. (*pausa*)

T: Y...

C: Y ahora mismo me siento inapropiado. (*risita*) ¡Y tú debes estar pensando que yo (*se ríe*) soy un loco desquiciado! (*se ríe*)

T: ¿Realmente crees que te estoy viendo como a un loco desquiciado?

C: (*de golpe se pone serio*) No. (*da un profundo suspiro, se relaja y deja caer sus hombros*) Es sólo que me resulta difícil hablar de estas cosas.

T: *Conmigo*. Es difícil hablar *conmigo* de estas cosas.

C: Sí, supongo.

T: ¿O con quién?

C: Sí, contigo.

T: (*larga pausa*) ¿Sientes que te comprendo? Quiero decir, realmente— ¿con compasión?

C: (*calmándose todavía más, viendo al terapeuta directamente*) Sí. Sé que me comprendes. ¿Quién podría comprenderme mejor?

T: Entiendo lo importante que son para ti Walt y su pene. (*esboza una sonrisa, ligera risa*)

C: (*sonriendo, ligera risa*)

T: Sé lo difícil que te fue expresar esto, con tanto detalle, todos estos fuertes sentimientos. No fue fácil. Gracias por haberme mostrado esa parte de ti, Jonathan.

C: (*baja la mirada*)

T: ¿Podrías verme a los ojos?

C: (*Jonathan levanta lentamente la mirada*) Sí.

T: ¿Cómo te estás sintiendo ahora mismo?

C: No lo sé.

T: Sobre la respuesta que te acabo de dar... ¿hay algo que estés sintiendo?

C: Siento como si me comprendieras.

T: ¿Y cómo se siente eso?

C: Bien.

T: ¿Dónde está “bien”, dónde dentro de ti?

C: (*buscando, en calma*) Es como si se estuviera yendo la opresión en mi pecho...

T: (*el terapeuta asiente pensativo*)

C: Como un alivio, una relajación...

No es el momento para hacer interpretaciones

El proceso del doble giro no aprovecha las oportunidades que surjan para hacer interpretaciones —no importa cuán tentador resulte. La interpretación es más efectiva cuando se realiza después del doble giro o al final de la sesión durante la fase de transformación del significado.

En sesiones posteriores, Jonathan (el cliente del caso anterior) fue capaz de darse cuenta de que su obsesión (como después admitió) por el pene de Walt era una repuesta de envidia por los defectos que percibía en su propio cuerpo. Esto ocurrió cuando más tarde el terapeuta aprovechó una oportunidad y repitió las palabras del propio Jonathan; “¡Dios!, si tan sólo tuviera el pene de Walt, no creo que estaría teniendo sexo con un tipo. Estaría follándome a mujeres”.

Conscientes de la máxima “donde hay narcisismo, hay vergüenza”, observamos cómo Jonathan reconoce con vergüenza su ilusión narcisista de poder incorporar el pene idealizado de Walt y el poder masculino que éste representa. El doble giro con el terapeuta ayudó a exponer y neutralizar esa vergüenza subyacente. Al sustituir la autocompasión por la autocrítica, como lo modeló el terapeuta, Jonathan gradualmente fue capaz de deshacerse de la vergüenza que sentía por no poder hacer realidad su ilusión narcisista. Algunos meses después logró tratar a profundidad el dolor que le causaron los problemas médicos de su infancia, y también empezó a revivir las distintas formas en que había experimentado el abandono parental.

CAPÍTULO 12

DEL DOBLE DILEMA AL DOBLE GIRO

Tras haber definido el doble dilema y el doble giro en los capítulos diez y once, respectivamente, ahora hablaremos sobre la importancia que ambos aspectos tienen dentro de la relación terapéutica.

Desde nuestra experiencia clínica, observamos que los conflictos que representan la mayor amenaza para continuar el tratamiento son aquellas situaciones donde el cliente se siente inmerso en un doble dilema en presencia del terapeuta. Dichos conflictos —que suelen mantenerse en silencio y sin expresar— representan un reto para el terapeuta, quien deberá “darle un doble giro al doble dilema”.

En el transcurso de la terapia, es inevitable que en ciertos momentos hayan malentendidos que dejen al cliente sintiéndose herido y frustrado. Las asociaciones de abuso/negligencia/mala sintonía del pasado y los sentimientos de sospecha e impotencia que de ellas se derivan volverán a surgir, distorsionando el mensaje original que pretendía el terapeuta y dejando al cliente sintiéndose enojado y traicionado. La ausencia de una adecuada sintonización por parte del terapeuta —no importa cuán leve— podría en cualquier momento ser el catalizador de una importante ruptura.

Al terapeuta novato podría parecerle que el proceso del doble giro fuera improductivo, como si se tratara de un momento de descanso en la terapia “real”; incluso, podría sentir que los esfuerzos por reparar las faltas mínimas en la comunicación en realidad no fueran sino una interrupción que retrasara el abordaje de problemas más pragmáticos. Pero esto es un error, porque el proceso central de sanación es precisamente la experiencia intersubjetiva de la sintonización —especialmente cuando lo que se pretende es enseñar al cliente a expresar abiertamente sus sentimientos y así volver a relacionarse emocionalmente tras la aparición de una brecha relacional. El cliente aprende a través de esta experiencia que realmente puede negociar el proceso de *sintonización—pérdida de sintonización—resintonización*, y que puede recuperar la confianza que había perdido.

Estos momentos de resintonización constituyen la esencia del tratamiento, y son similares a la “reparación” que ocurre en la sintonía tras presentarse una falta de coordinación emocional entre la madre y el bebé.

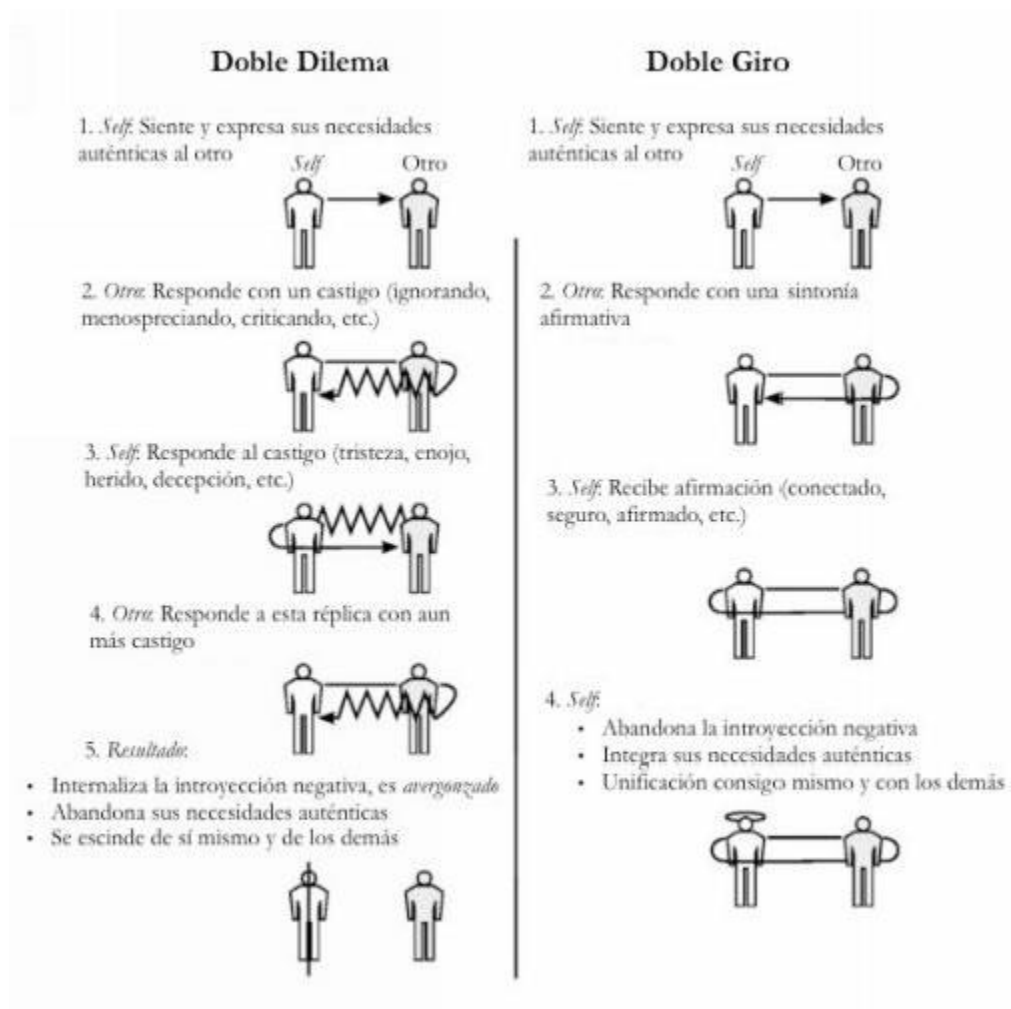


Figura 12.1. El doble dilema y el doble giro

Ocho pasos para transformar un doble dilema en un doble giro

Los sentimientos del cliente son heridos por el terapeuta. El terapeuta hierde los sentimientos del cliente cuando alguna de sus acciones es poco sensible o hace un comentario mal construido, por lo que el cliente recuerda su dolor, su enojo, su decepción y se siente traicionado.

El cliente anticipa el doble dilema. Si bien el cliente es afectado negativamente por las acciones del terapeuta, también tiene miedo a discutir al respecto. Cree que si habla sobre lo que siente sólo hará que las cosas empeoren —el terapeuta le manipulará, le demostrará que está equivocado, o le rechazará y dominará (ésta es la vergüenza anticipatoria del cliente). Tiene miedo a que si trae a colación el problema, el terapeuta “pensará mal de él” (es decir, que lo verá como un loco, como un tonto, como alguien demasiado sensible, que está “buscando bronca” o que está “haciendo mucho ruido por poca cosa”). De esta manera, el cliente anticipa que será puesto en un doble dilema.

El cliente expresa inadecuadamente el dilema. Al anticipar el doble dilema, el cliente “lo apuesta todo” al intentar expresar sus sentimientos de una manera inadaptada —ya sea indirectamente (a través de su desaprobación personal, un comportamiento pasivo-agresivo o una disociación

afectiva), o haciendo declaraciones acusatorias con las que ataca de lleno.

El terapeuta facilita la expresión del cliente. El terapeuta invita al cliente a que tengan una comunicación más abierta, persuadiéndole y alentándole para que exprese plenamente lo que le duele. Debe sintonizarse de manera empática con el cliente para reflejar así sus sentimientos de forma precisa. El terapeuta puede decir: “De acuerdo, entonces cuando eso te hizo sentir”, o “Cuando te contesté con, eso te hizo pensar que yo estaba sintiendo hacia ti”. El terapeuta expresa en sus propias palabras (en lugar de repetir lo que el cliente lo dijo) lo que él cree que experimentó el cliente al momento del malentendido, y cómo cree que se está sintiendo ahora el cliente.

El terapeuta comprueba la sintonización. El terapeuta se asegura de que el cliente se sienta plenamente comprendido y perciba su empatía en el momento presente.

El cambio corporal del cliente a pasar del doble dilema al doble giro. La aceptación de la respuesta empática del terapeuta por el cliente es percibida como un cambio corporal desde una postura tensa/defensiva hacia una calmada/relajada. Éste es el momento en el que el doble dilema se convierte en un doble giro. Al sentirse plenamente escuchado y comprendido, el cliente se torna más animado, expresivo y “vivo”. Su expresión se vuelve más clara y está más presente, atento, despierto y alerta. Incluso su postura cambia; se sentará derecho o se inclinará hacia delante. Su expresión facial estará más enfocada: su voz se volverá más resonante, profunda, y tendrá más “empuje”. En pocas palabras, súbitamente “entrará en la habitación” y tomará la postura asertiva.

El terapeuta invita al cliente a que articule el cambio. El terapeuta pregunta al cliente cómo se siente ahora mismo. Esto le permitirá al cliente atender conscientemente a la sensación de estar siendo comprendido. El cliente y el terapeuta permanecen juntos durante esta experiencia. Es importante experimentar plenamente este momento de sintonía, permitiendo al cliente saborear a sus anchas la sensación de haberse reconectado emocionalmente. Las traiciones del pasado pueden haber creado una resistencia que le impida apropiarse de lo que acaba de suceder. Pero al invitar al cliente a verbalizar la experiencia de sentirse comprendido, se le estará ayudando para que obtenga una comprensión cognitiva de lo que ha ocurrido y para que profundice en la transferencia positiva. La función de la verbalización parece ser la de “sellar” o “imprimir” la experiencia formativa del doble giro.

En la meta-comunicación del reflejo mutuo, la experiencia se asemeja a lo siguiente: “Te estoy viendo, viéndome, viéndote, viéndome, viéndote...”. Por tanto, el doble giro culmina con la comprensión mutua de la situación problemática, si bien resulta todavía más importante el logro de la sincronización afectiva, misma que trae consigo calma, seguridad, paz y fuerza.

Algunos clientes se resisten a este paso del doble giro —es decir, a recibir sintonización— empujándose a sí mismos o al terapeuta. El terapeuta debe poner atención a los intentos de autosabotaje con los que el cliente intenta rechazar la empatía de otra persona. Podría decir algo así como “Siento que estás restándole importancia a lo que acaba de ocurrir entre nosotros”, o “parece que no estás apreciando lo que acabas de conseguir”. El terapeuta expresa todo su aprecio por el valor con el que el cliente ha tomado semejante riesgo, reconociendo lo difícil que debió serle expresar su dolor cuando de hecho lo que anticipaba era más desaprobación.

El terapeuta expone su propia experiencia al cliente. El terapeuta reconoce que ahora lo conoce mejor; además, explica que el problema que enfrentaron y la capacidad que han tenido

para tratarlo juntos ha hecho más profunda su comprensión mutua. El terapeuta exhorta al cliente a que comparta lo que esta interacción ha hecho por él —es decir, qué es lo que cree que ha obtenido en el proceso.

[Último paso opcional] El terapeuta reconoce el papel que ha tenido en la creación del doble dilema. Nos hemos percatado de que si bien este paso es menos importante para el cliente, resulta importante para el terapeuta, quien podría sentir la necesidad de dar una explicación. El terapeuta expone lo que piensa sobre el incidente problemático, revelando cuáles eran sus intenciones y motivaciones al momento de actuar, si bien su acción hirió al paciente. Al mismo tiempo, debe reconocer y admitir humildemente los modos en que contribuyó para que surgiera el problema. Esta parte de la experiencia del doble giro implica que el cliente se dé cuenta de que el terapeuta no es perfecto, que lo vea de una manera más realista, y que se percate de que se trata de un ser humano ordinario e imperfecto que en ocasiones pierde la sintonía.

Transcripción que ejemplifica los pasos para transformar el doble dilema en un doble giro

Paso 1: Los sentimientos del cliente son heridos por el terapeuta. En la sesión pasada, Brian se había sentido criticado injustamente por el terapeuta. *Paso 2: El cliente anticipa el doble dilema*

La sesión comienza cuando Brian intenta expresar lo que le aqueja, pero anticipa que el terapeuta reaccionará de manera crítica.

Paso 3: El cliente expresa inadecuadamente el dilema.

Brian aborda el conflicto dando muchos rodeos. Divaga un rato hasta que indirectamente sugiere que tal vez él tenga la culpa por el problema en la comunicación:

C: En nuestra última sesión creo que no me expresé con claridad. Tal vez fui demasiado ambiguo. Ni siquiera sé si me comuniqué, porque me encontraba emocional y físicamente exhausto. Acababa de regresar del funeral de mi abuela. De todos modos, en una de tus respuestas vinculaste el problema que te presenté con una especie de problema que tengo con la aserción.

T: *(agarrado desprevenido, confundido)* ¿Sí...?

C: Y los otros problemas que tengo —y con los que no estoy de acuerdo— son que al principio intentaste explicarme por qué pensabas que yo tenía un problema con la aserción y que tenía que resolverlo, y en otro punto de la conversación te irritaste conmigo y tus palabras fueron, “Me estoy frustrando contigo”.

T: *(empieza a comprender)* Ah, OK.

C: Y también recordé que hace ya algún tiempo me dijiste; “El terapeuta nunca debe perder el control, no importa cuán difícil sea el cliente. El terapeuta debe mantener el control y no dejar que sus emociones se interpongan en el camino, eso es perjudicial” ... o algo así.

Paso 4: El terapeuta facilita la expresión del cliente.

T: De acuerdo. Pero estoy un poco confundido. Dime claramente qué quieres decir.

Realmente quiero entender qué fue lo que te molestó.

C: Lo que quiero decir es que la semana pasada sentí que me criticaste injustamente.

Lo que yo había hecho como una aserción, dijiste que no era una aserción.

T: OK. Dime entonces cómo te sientes al respecto ahora mismo...

C: (*indeciso*) Bueno... OK. Mi sentimiento es... (*soltándolo por fin*) Estoy enojado contigo.

T: (*calmado, pero mostrando su interés*) De acuerdo. (*asintiendo afirmativamente*)

C: (*envalentonado por la afirmación del terapeuta, asiente, y pasa a ser más directo*)

Estoy enojado. (*asintiendo seriamente*) Sí. Y creo que esto nos lleva a algo más; que te gusta ser el que tiene la autoridad. Tengo la sensación de que estás intentando llevar la delantera, tal vez estoy diciéndolo de una manera muy dura, pero te gusta tener el control de la sesión, y si alguien más trata de tomar el control, entonces tratas de someterlo.

T: (*corrigiéndole*) De someterte.

C: Sí, *someterme*. Al menos ésa es mi experiencia. Y algo más: creo que hay veces en que te irritas conmigo. Puedo darme cuenta por tu tono de voz.

T: Sí.

C: Tal vez tengas algo que decir, o tal vez podrías darme tu opinión.

T: Veamos... entonces, lo que te estoy escuchando decir es que tengo problemas de poder y una inclinación a controlarte, lo que choca con lo que estás tratando de expresar, es decir, tu visión, tu propia perspectiva. ¿Es correcto?

C: (*asintiendo al estar de acuerdo, pero todavía tenso*)

T: Y en nuestra última sesión, cuando hablamos sobre el tema de la aserción, tú sentiste que yo estaba tratando de presionarte para que abandonaras tu postura y vieras las cosas a mi manera. Y eso no te permite ser tú mismo, eso no te asegura que yo seré completamente comprensivo con lo que estés tratando de decirme, y eso te hace sentir presionado en el modo en que te relacionas conmigo. ¿Es correcto?

C: (*su enojo se disipa*) Bueno, probablemente estés pensando que estoy generalizando esto a todos los casos. No es así todo el tiempo, sólo ocurre de vez en cuando.

T: (*continúa reflejando de manera precisa*) Sólo sucede de vez en cuando.

C: Sí. Puedo sentir cuando te frustras y te impacientas conmigo.

Paso 5: El terapeuta comprueba la sintonización.

T: OK. (*despacio, pensativo*) ¿Crees que te entendí correctamente?

C: Pues más o menos, sí...

T: (*no conforme con "más o menos"*) Pero realmente me gustaría entenderte.

¿Qué es lo que no estoy entendiendo?

C: Bueno, dijiste "presionado". Yono dije "presionado", sino "controlado".

T: OK... "controlado". Ésa es una sensación distinta, ¿no es verdad? Como "restringido, encerrado"... OK.

C: (*asiente*)

T: (*aguarda*) OK. ¿Crees que te he entendido?, ¿tal vez hay algomás?

C: Sí, eso es. Sólo es que a veces me siento atado de las manos.

T: ¿Puedes decirme más sobre esa sensación?

C: Bueno, pero primero, tengo sólo otra cosa que decir.

T: Seguro.

C: Mi mente me está diciendo que lo que has dicho hasta ahora es suficiente, y que podemos dejarlo hasta aquí —porque no sólo me has dejado muy claro que me has comprendido, sino

porque has ido más allá, cuando dijiste que pensabas que lo habías manejado mal. Pensé que habías ido mucho más allá de lo que esperaba que dijeras, y realmente aprecio tu humildad en todo esto.

T: OK. Sí...

C: Sin embargo, tal vez tengo más asuntos emocionales que no puedo captar y que están haciendo que mi mente formule otra pregunta. “Dijo que se equivocó en esa situación, pero nunca dijo que lo sintiera”, y estoy pensando, “¿es necesario que se lo pidas?”. Pero de todos modos hay algo en mí que está diciendo, “¿por qué no ha dicho que lo siente?”.

T: OK., entonces, ¿te sientes como si ahora mismo —al comprobarlo en tu cuerpo— tuvieras la necesidad de decir: “Me gustaría que dijeras que lo sientes”? Quiero decir, ¿esa sería tu elección?

C: Sí, porque mi cuerpo todavía no se siente relajado, a pesar de que en mi mente pienso que ya se ha aclarado todo, mi cuerpo todavía no se siente bien del todo. Sin embargo, sé que técnicamente lo que tienes que decir es “perdón”.

T: Entonces, en palabras sencillas, tu cuerpo está diciendo que necesitas *sentir* plenamente que lo siento, lo que requiere esas palabras precisas —aunque tu cerebro te diga que eso no es necesario, porque ya he admitido que me equivoqué.

C: Sí, exactamente.

T: De acuerdo, basados en nuestro trabajo juntos, ¿a cuál crees que tenemos que respetar más, el cuerpo o al cerebro?

C: El cuerpo.

T: Definitivamente. Entonces, ¿por qué no te diriges a tu cuerpo y lo pones en palabras desde ahí, muy directamente, para mí?

C: OK. (*indeciso*)

T: Dime entonces claramente: ¿qué es lo que quieres?

C: Bueno, me gustó lo que dijiste, pero no se sintió del todo completo, y creo que has sido muy humilde, pero podrías ser más humilde diciendo “lo siento” —pero tal vez no quieras decir exactamente esas palabras.

T: OK. Hace sentido. Entonces ahí vamos, ¿estás listo?

C: Estoy listo. (*sonríe*)

T: (*dicho con sinceridad*) Brian, realmente lo siento. Lo siento, porque te he fallado. (*continuando*) Lo siento, porque siendo tu terapeuta —quien debería haber estado sintonizado contigo y debería haber estado más abierto a tu experiencia— permití que mi frustración obstaculizara el camino y también mi necesidad de seguir algún plan en aquel momento, lo que rebasó mi sensibilidad por ti —y tú estás aquí, buscando mi ayuda, y estás gastando tiempo y dinero para ir con alguien que pueda comprenderte y estar en sintonía contigo. Eso es lo más importante. La regla número uno es realmente entender y estar sintonizado con el cliente y sus necesidades, y te he fallado en eso, y por eso verdaderamente lo siento.

Paso 6: El cambio corporal del cliente al pasar del doble dilema al doble giro.

C: (*con un cambio visible en su cuerpo, calmado, más relajado*) Sí. (*pausa, asintiendo lentamente*) OK., gracias.

Paso 7: El terapeuta invita al cliente a que articule el cambio.

T: (*haciendo una pausa durante uno o dos minutos*) Entonces, dime; ¿cómo te sientes ahora

mismo?... ¿cómo se siente saber que realmente losiento?

C: Eso fue bueno. Me gustó...

T: ¿Y cuál es el sentimiento dentro de ti?

C: Me siento completamente relajado. Realmente fue importante que pudiéramos hacer esto.

T: Lo entiendo. ¿Cómo te sientes sobre nosotros ahora mismo?

C: Lo gracioso es que estos desacuerdos entre nosotros son muy poco frecuentes, pero dada mi experiencia en el pasado, mis sentimientos de golpe aparecen en el presente, y por eso siento como si pudiera anticipar una conversación como ésta en el futuro, a pesar de que este conflicto no sucede con frecuencia.

T: Tienes razón. Estás sensibilizado a los dobles dilemas y a que la gente te domine, y a sentir que no te está permitido defenderte. Es por eso que esta charla ha sido tan importante.

C: (*asiente*)

T: Quiero que te sientas a gusto conmigo.

C: (*con una espontánea asociación positiva*) Hace algunos meses dijiste algo como—estábamos hablando sobre algunas cosas y tú dijiste, no recuerdo las palabras exactas—pero dijiste que podíamos hablar como si fuéramos amigos muy cercanos aunque desde luego existiera el límite profesional, y cuando te escuché decir eso cambió la percepción que hasta entonces tenía de ti, pues hasta ese momento caí en cuenta de que los límites estaban todavía más allá debido a tu rol profesional.

T: ¿Y cómo te sientes ahora que lo recuerdas?

C: Pues, es que valoro que me estés diciendo esto.

T: Sí, gracias... ¿pero cuál es tu sensación, ahora?

C: Es algo bueno. Ahora me siento más relajado, más como si estuviera siendo yo mismo contigo.

T: Y la sensación dentro de ti es...

C: Que estoy siendo más yo mismo.

T: Así es exactamente como quiero que te sientas conmigo. Más como tú mismo.

C: Ahora que dijiste eso, comprendí mejor lo que esperas entre tú y el cliente.

T: (*corrigiéndole*) Entre nosotros.

C: Sí, nosotros.

Paso 8: El terapeuta muestra su propia experiencia al cliente.

T: Siento como si me hubiera conectado de una manera distinta contigo el día de hoy. Siento que he tenido la oportunidad de conocerte mejor. Veo una parte tuya más clara y asertiva, que estoy viendo ahora mismo.

C: (*sonríe, asintiendo, pensativo*) Sí.

T: (*viendo el reloj*) Escucha, ya casi es hora de que nos detengamos. ¿Cómo estás?

C: Sintiéndome bien, gracias.

T: ¿Hubieras podido sacar a colación este conflicto entre nosotros hace unos seis meses o un año?

C: ¡Oh, claro que no!

T: Excelente. Quiero decirte que aprecio mucho este logro tuyo y que hoy pude observar un lado fuerte y asertivo de ti que nunca antes había visto.

C: Sí. (*asintiendo*) También lo siento como un logro mío. Y me gustaría decir también que nunca antes había sentido nada particular en mi cuerpo, pero desde que empezamos a hacer trabajo corporal me he vuelto mucho más abierto a todo esto. Ahora es bastante fácil: puedo

sentir una emoción particular, cuando antes no podía conectarme con lo que mi cuerpo sentía. Realmente agradezco el modo en que respondiste a lo que traje hoy a la sesión, y mi cuerpo me está diciendo que ha cambiado muchísimo la dinámica que hay entre nosotros.

T: Eso me da gusto.

Paso 9: El terapeuta reconoce el papel que ha tenido en la creación del doble dilema.

T: Brian, también me gustaría compartir la experiencia desde mi perspectiva. Tal vez debería explicar la frustración que a veces tengo. En ocasiones me siento acorralado por ti, cuando me haces una pregunta y la contesto, pero mi respuesta nunca parece ser suficientemente buena. Esto lleva a una nueva pregunta que vuelvo a contestar, y así sucesivamente... Ahora me percató claramente de que tengo que identificar esos momentos en los que siento que esto sigue y sigue, y comentarte cuando esto ocurra. Porque cuando esto sucede se trata de un problema mío —no es tu problema, y debo revisar por qué me frustró contigo.

C: ¿Estás diciendo que hay algo que no has hecho del todo bien?

T: Sí, definitivamente.

C: Aprecio tu humildad.

T: Si me frustró entonces hay algo mal en mí; estás totalmente en lo cierto... y creo que hay algo sobre el modo en que nos comunicamos que hace que surja en mí esta respuesta argumentativa, que debo observar; no es buena. Pero es muy bueno que me lo hayas dicho, para que pueda tener cuidado con eso. Puedes recordarme que tengo que poner atención es esto, pues no es algo que te vaya a servir. Cuando trabajo con un cliente —(corrigiéndose)— cuando trabajo contigo, tengo que poner eso de lado y meterme totalmente en tu experiencia.

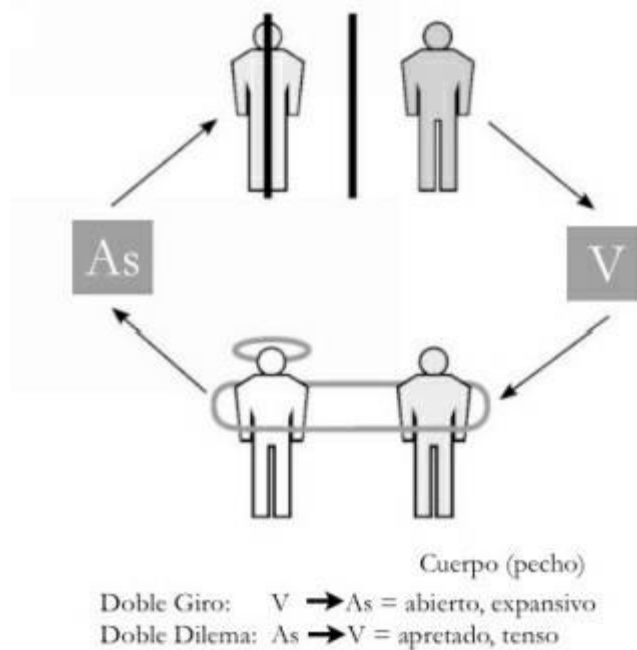


Figura 12.2. Dándole un doble giro al doble dilema

La resistencia al doble giro

Cuando el cliente atraviesa por una decepción sobre la que no puede discutir abiertamente, lo que estará creando será precisamente un doble dilema.

En otras palabras, al devaluarse a sí mismo (y su capacidad para comunicarse) o al terapeuta (y la capacidad que éste tenga para preocuparse por él) estará creando una situación de “no puedo ganar”. Por consiguiente, el individuo culpará al (ahora “inadecuado”) terapeuta, quien habrá pasado a convertirse en un objeto malo, mientras piensa “tú realmente no quieres (o puedes) comprenderme”. O bien, podría dirigir la culpa contra sí mismo (el “yo” avergonzado) por no poder cumplir con las expectativas del terapeuta: “No puedo hacer lo que necesito (expresarme claramente; sentir y describir mis sentimientos) para que puedas comprenderme”.

El cliente debe entender que los desacuerdos son un aspecto normal de la comunicación entre adultos, y que también lo son en el contexto específico de la alianza de trabajo. Dichos desacuerdos aportan una importante lección a la experiencia: los malentendidos pueden conducir a una comprensión nueva y más profunda.

Algunos clientes recrean el doble dilema como anticipación al dolor y nuevas traiciones. Este mecanismo lo mantiene aislado de los demás —un patrón con el que constantemente aleja a los demás cuando genera una situación de “no puedo ganar”.

Nos hemos dado cuenta de que la resistencia más común contra los esfuerzos del terapeuta por “dar un doble giro al doble dilema” es precisamente la creación de un nuevo doble dilema por parte del cliente. La creación de este nuevo doble dilema parte de la premisa de que la otra persona está equivocada (por ejemplo, que es defectuosa, deshonesto, juicioso, malicioso e incompetente).

Los obstáculos que bloquean la relación terapéutica suelen implicar una serie de expectativas (expresas o tácitas) sobre la alianza de trabajo, como se puede apreciar en el caso del siguiente cliente, Tom.

T: ¿Sientes que te estoy acompañando en esta situación?

C: Sí, creo que me comprendes.

T: No sólo “que te comprenda”, ¿sientes que estoy contigo, a tu lado?

C: Siento que tienes tu propia visión de lo que eso significa —estar “conmigo” en esto.

T: ¿Qué quieres decir?

C: Pues que (*dudoso*) tú eres quien establece los límites en la relación. Para ti, se trata sólo de una sesión semanal...

T: Sí...

C: Tengo celos. Tú puedes poner las reglas en la relación, y yo no.

T: Ésa es la verdad, la innegable verdad de que tenemos vidas separadas... solo quiero estar contigo de la mejor manera posible para ti, durante el tiempo que pasamos juntos cada semana. (*esperando una respuesta*) ¿Qué piensas? (*espera*)

¿Sientes que estoy haciendo lo suficiente?

C: (*renuente*) Sí. Supongo.

La sesión termina antes de que haya tiempo suficiente para explorar sus diferencias, sin poder resolver los celos que el cliente siente por la vida privada del terapeuta.

Los clientes tienden a crear la resistencia del doble dilema cada vez que su niño interno cree que el terapeuta será como las demás personas que durante su vida han tenido el poder para hacerle daño o para traicionarle. El poder del doble dilema radica precisamente en que permanece incomunicado. La temerosa anticipación del cliente impide que exprese el doble dilema. A lo que nos enfrentamos aquí es a una defensa aprendida durante la infancia, misma que le ha servido al individuo para protegerse de la humillación injusta, y que representa un reflejo de las acciones repetitivas con las que aleja a los demás a través del doble dilema. Así entendida, esta defensa constituye una compulsión de repetición.

Tabla 12.1. Dos formas en las que el cliente sabotea el doblegiro terapéutico

Falla en la comunicación

Falla en el cuidado

Reuniéndose con el cliente al otro lado de la división

El terapeuta no debería intentar resolver el doble dilema tratando simplemente de darse a entender y explicándose al cliente. Nunca ayudan la afirmación emocional o intentar persuadir al cliente a través de la lógica; es más, dichas estrategias generalmente sólo intensificarán la defensa.

Lo mejor que puede hacerse es permanecer junto al cliente y su sensación de estar siendo incomprendido —permanecer con él durante el predicamento del doble dilema, mostrando empatía ante su experiencia de estar al otro lado de la barrera del “no puedo ganar”. Sólo ingresando en la experiencia de este hombre *como su aliado* podrá el terapeuta vencer con éxito las barreras creadas por el dolor, el enojo y la decepción. Este proceso es el que le da un doble giro al doble dilema.

CAPÍTULO 13

EL ESCENARIO PRECEDENTE A LA ACTUACIÓN HOMOSEXUAL

“Cuando me siento avergonzado quiero algo que me alivie —alguna droga. Entonces me pongo a buscar hasta que encuentre algo por lo que sienta lujuria”.

¿Qué es lo que realmente ocurre cuando un cliente tiene un episodio de actuación homosexual? En este capítulo describiremos la función de los distintos estados del “yo” y cómo éstos llevan al cliente a tener comportamientos homosexuales indeseados.

Hablaremos sobre los siguientes estados del “yo”: (1) la aserción, (2) la vergüenza, (3) el falso “yo”, (4) la zona gris, y (5) la actuación homosexual (AH).

El estado de empoderamiento: un derecho de nacimiento

La gloria de Dios es que el hombre viva
San Ireneo

“No puedo continuar con la vida a menos que empiece por mí —estando más en contacto conmigo mismo, volviéndome más asertivo”.

un ejecutivo de negocios de 34 años de edad

“Es realmente excitante ser yo mismo. Es la responsabilidad más importante que tengo —ser yo mismo”.

un escritor de 23 años de edad

Los hombres que tienen una dificultad homosexual con frecuencia creen inconscientemente que poseen muy poco o ningún poder personal. Creen que las otras personas son incapaces de considerarlos con seriedad y que no se les escucha con respeto. El estado asertivo, por otro lado, es un estado mental sano al que el cliente realmente pertenece. Como un hombre lo expresaba de manera sencilla, se trata de “mi estado de empoderamiento”.

La aserción es el estado sobre el cual se funda el verdadero “yo” dotado de género. La aserción es una parte de la identidad de género enraizada en la biología que parte de un impulso humano básico por el autodomínio. Desde esta postura, el hombre se siente calmado, claro, centrado, seguro y fuerte, y es capaz de impactar en las personas que le rodean.

Cuando hay consistencia entre sus necesidades internas y su expresión exterior, el individuo es capaz de crecer en su integridad, honestidad, autenticidad y autoposesión. Al poseer claridad y unidad sobre sus necesidades y sus deseos, dicho individuo vivirá en una armonía y dignidad

relacionales. Desde esta postura asertiva surgen las explosiones espontáneas de creatividad, vitalidad, expresividad y alegría.

Aserción del *Self*

- expresión afectiva de necesidades, anhelos y deseos auténticos
- expresión del verdadero *self*
- espontáneo, vital, receptivo, creativo, asociado con el género
- capaz de expresar enojo, una emoción con la que se establecen límites (autoprotección)
- *emocionalmente abierto*

La aserción parte de una tendencia biológica por permanecer conectado con la manada. Sin embargo, cuando la vergüenza bloquea la aserción se produce un daño devastador en la personalidad. Tras ser avergonzados por haber sido asertivos, muchos hombres con atracción al mismo sexo (PMS) se sienten empujados a buscar compañeros sexuales que, en realidad, sólo justifican e intensifican su vergüenza:

“Quiero tener sexo con tipos que me intimiden, que me hagan sentir inseguro. Nunca tengo sentimientos intensos por alguien que esté disponible y que me trate bien todo el tiempo. Me aburren los hombres que son así y pierdo el respeto por ellos”.

Este impulso por resolver la intimidación a través del erotismo desaparece cuando el hombre se encuentra en el estado asertivo; desde este estado es capaz de entrar en una dinámica de intercambio totalmente auténtico y mutuo con otros hombres.

Desarrollando una nueva habilidad vital

Para que una persona pueda regresar al estado asertivo se requiere práctica y atención. Conforme el cliente se vaya familiarizando con este estado del “yo”, eventualmente encontrará un lugar donde se sienta como en casa. Un hombre describía esto de la siguiente manera: “La aserción es mi derecho de nacimiento. Es un lugar habitable que está desocupado y cuyas escrituras poseo. Pero puedo quedarme aquí sentado y sólo contemplarlo, cuando lo que tengo que hacer es entrar y vivir en él. Tengo que empezar a habitar en ese lugar”.

En algunos clientes surgen espontáneamente memorias de momentos asertivos mucho más tempranos, en los que recuerdan haber sido espontáneos y libres, libres de los grilletes de la vergüenza y de la postura destructiva y socialmente inhibitoria del falso “yo”.

Un calificador de la aserción

Los hombres con orientación homosexual no necesariamente carecen de aserción en todos los aspectos de sus vidas. Hay hombres con PMS que son asertivos (y muy exitosos) en cuestiones de negocios. Sin embargo, observamos dificultades en el establecimiento de límites en sus vidas privadas, particularmente con sus familias de origen y en sus relaciones íntimas y personales.

Los hombres que se acercan a nosotros se percatan de que el desarrollo de su aserción les ayuda en gran medida a salir del “estado mental gay”. Al mantener su atención fija en el desarrollo de

la mutualidad y la igualdad con los demás hombres, terminan por considerarse a sí mismos como iguales a los demás varones y no como meros objetos sexuales.

Vergüenza

T: Cuando eras niño, nunca te permitieron ser malo.

C: ¿Malo...? Eso es lo de menos. ¡Nunca me dejaron ser real!

Vergüenza

- ansiedad ante la desaprobación
- anticipación del rechazo
- miedo a decepcionar, herir o defraudar a otros
- *emocionalmente cerrado*

Las distintas formas de la vergüenza

En los capítulos anteriores mostramos cómo la tendencia fundamental a la aserción, propia del verdadero “yo” dotado de género, ha quedado truncada por el típico ambiente temprano en el que nuestros clientes crecieron. Aquellos hombres que fueron criados en una familia triádica-narcisista se sienten agobiados por el peso de una serie de emociones de colapso, entre las que se encuentran el miedo, la humillación, y la anticipación del rechazo.

Vergüenza anticipatoria

- frecuentemente se trata más de la *anticipación* de la vergüenza por parte del cliente que la experiencia de ésta
- la necesidad del cliente de comprender su propia expectativa (*anticipación*) a la vergüenza, y tratarse de un agente activo que está creando la vergüenza
- el cuerpo reacciona en el presente (*afecto inhibitorio*) como si se tratara de algo pasado (i.e., *neurosis*).

Dicha postura vergonzosa se manifiesta en su alejamiento pasivo y en la humillación. Sin embargo, bajo la superficie subyace una rebeldía irritada y alimentada por la vergüenza, así como un rotundo rechazo a depender emocionalmente de otra persona.

Cuando el enojo está al servicio de la aserción, opera como una reacción sana contra la

violación de los límites a manos de otra persona —y representa así una forma válida de reestablecer los límites apropiados. Pero el enojo también puede ser usado como una forma de evasión para evitar la conexión potencialmente sana con los demás.

Anticipación de la vergüenza

Como un cliente lo explicaba al acercarse el final de su terapia, “Por primera vez en mi vida no estoy huyendo de mí mismo. Estoy experimentando cómo se siente *no tener vergüenza*. Es sorprendente poder caminar sin sentir vergüenza”. No es raro observar algunos clientes que han estructurado toda su vida en torno a las restricciones de la vergüenza anticipatoria. Un hombre de 40 años de edad lo reflejaba de la siguiente manera:

“ ‘Asertivo’... ¡esa palabra es totalmente lo contrario a lo que soy! Siempre he vivido listo para enfrentarme a cualquier señal devastadora de desaprobación. Estoy cansado de ser ‘bueno’. Muchas veces me encuentro con el ánimo ‘caído’ debido a las expectativas que los demás tienen de mí. Si la gente no está a gusto conmigo, tengo que ‘hacer inmediatamente algo para arreglarlo’, porque siempre existe el riesgo de que alguien descubra —otra vez— que no soy digno de ser amado”.

Conforme la terapia vaya avanzando, el cliente comenzará a darse cuenta de que los conflictos cotidianos entre la aserción y la vergüenza generalmente no son causados por una persona externa que le avergüence sino, más bien, son generados por su propia vergüenza anticipatoria que da lugar a la consecuente inhibición de la aserción.

Revistando los momentos de colapso

Cuando el cliente se remonta a su infancia, frecuentemente descubre que más allá del momento original del colapso por el conflicto aserción-vergüenza, dicho estado en gran parte fue detonado no tanto por el incidente vergonzoso en sí, sino por la *vergüenza anticipatoria* que detuvo la búsqueda del apego masculino. Dicho individuo ha vivido constantemente con la expectativa de que será humillado en cuanto intente ser asertivo. Anticipando que serán avergonzados, estos sujetos se han convertido en víctimas de una situación marcada por el doble dilema y el paradigma “no puedo ganar”; así, siguiendo el modelo clásico de la neurosis, estarán recreando en sus relaciones actuales las experiencias infantiles del pasado.

Sólo cuando el cliente comprenda el efecto paralizante de la vergüenza anticipatoria podrá entonces empezar a liberarse del papel de víctima. Conforme se sobreponga a su aprehensión crónica por la desaprobación y comience a ser auténticamente asertivo, el cliente percibirá cómo su atracción homosexual se vuelve mucho menos intensa:

“Recuerdo una ocasión en que discutí con mi madre sobre mis planes para la universidad, y ella me hizo sentir mal porque todavía no había entrado en la universidad. Ella era intrusiva y quería saber —ahí mismo y en ese instante — qué iba a hacer de mi vida. Lo que realmente sentí en ese momento fue enojo, pero nunca lo expresé. Me hubiera gustado ponerle límites a su intromisión y a sus demandas que me restaban poder.

Pero no lo hice, y esa misma noche busqué tener un encuentro homosexual.

He aprendido que mientras estoy en el estado asertivo soy 'yo mismo'. Cuando estoy ahí, hago lo que sea necesario para poder obtener lo que necesito, sin preocuparme tanto por lo que pudieran pensar los demás. Pero cuando me siento débil y mal por dentro, entonces busco fuera de mí a otros hombres que me den poder y que me consuelen”.

Aserción		Vergüenza
	(doble giro)	
expansión afectiva emotivamente abierto respuesta simpática afecto de vitalidad	• • • •	constricción emocional emotivamente cerrado respuesta parasimpática <i>afecto inhibitorio</i>

La precipitación de la vergüenza

Además de la *anticipación* de la vergüenza, también observamos que nuestros clientes se *precipitan* en ella cuando crean una situación vergonzosa para castigarse por sus breves tentativas por ser asertivos.

En una ocasión, un hombre que había estado luchando con sus fantasías gay en un momento en que se sentía totalmente impotente, comenzó a hablarme sobre un incidente que había ocurrido hacía poco: “Estábamos ayudando a una señora mayor a empacar sus cosas para mudarse y me puse a hablar con ella. Ella se preguntaba por qué no me había casado todavía. Me dijo, ‘un hombre joven como tú debería conocer a una linda jovencita. ¡Te voy a ayudar a encontrar una!’ ”.

Continuó con su historia:

“Mi primer sentimiento fue euforia por la esperanza de encontrar a una novia. Casi acepté su propuesta —estaba ansioso por tener una cita, y justo ahí estaba mi oportunidad. Pero luego pensé que cuando tuviera que decirle a la chica sobre las fantasía homosexuales con las que había lidiado en el pasado, ella quedaría devastada. Me imaginé cómo me humillaría cuando regresara con la viejita y le dijera, ‘¿Por qué me enredaste con un tipo tan asqueroso como ése?’ Así que me encogí de hombros y le dije a la señora que estaba demasiado ocupado como para salir con alguien”.

El conflicto entre la aserción y la vergüenza sus orígenes en la relación madre- hijo

El conflicto entre la aserción y la vergüenza surge originalmente durante los primeros intentos del niño por ser asertivo con su género. Muchos hombres con atracción homosexual percibieron que dichas tentativas provocaron el disgusto de sus padres. El origen más temprano de este conflicto en el niño suele ser el miedo a disgustar o decepcionar a su madre, lo que le hace adoptar una postura ambivalente entre expresar sus tendencias masculinas innatas o correr el riesgo de perder el vínculo del apego materno.

El psicoanalista Charles Socarides (Socarides & Freedman, 2002) lo describe de la siguiente manera:

“Sin importar cuál sea el tipo de PMS siempre observamos ansiedad ante la separación de la madre... para todos los clientes, la tarea esencial será dilucidar... el miedo a perder el objeto, el miedo a perder el amor del objeto, y una sensibilidad desproporcionada a la aprobación o desaprobación de sus padres” (p. 23).

El niño que carezca del apego seguro con la madre sufrirá todavía más si la relación con el padre es débil. Si el padre se presenta ante la familia con una postura poco eficaz — por ejemplo, eximiéndose a través de su desapego emocional— la influencia de la madre cobrará una enorme importancia. Como lo decía un cliente, “Era seguir el juego de mamá o caer en el abismo”.

Es muy probable que el cliente que lucha con problemas de aserción-vergüenza más tarde reactúe dicho conflicto en sus relaciones actuales con otras mujeres —por ejemplo, si llegara a casarse y percibiera a su esposa como controladora y manipuladora, viviendo un conflicto interno cada vez que pretenda ser asertivo desde su verdadero “yo” dotado de género.

Un hombre expresaba su conflicto de aserción-vergüenza como si fuera “Mi miedo a la desaprobación por permanecer en la verdad”. Otro hombre, refiriéndose a la relación que actualmente tenía con su madre —cuya atención inconsistente había dado pie a una dependencia hostil—, describía una dinámica que muchas veces observamos en la familia narcisista: “Mi madre vive en su mundo, y ella sólo me toma o me saca de su mundo según le apetezca”.

El uso del falso “yo” para apaciguar a los que le avergüenzan

En el capítulo dos describíamos cómo el ambiente de la familia triádica-narcisista promueve el desarrollo del falso “yo”. El falso “yo” surge cuando en la relación madre- hijo sólo se conceden al hijo dos opciones: ya sea desapegarse de sí mismo para complacer a su madre, o bien poseerse a sí mismo, si bien esto implica el riesgo de ser abandonado emocionalmente.

Ahora consideraremos el papel que juega este falso “yo” en el “escenario precedente a la atracción homosexual”.

Más que tratarse simplemente de un rol social adoptado para complacer las expectativas circundantes, el falso “yo” se asemeja a una camisa de fuerza interna, autoimpuesta, y que desactiva el afecto de vitalidad propio de la aserción. Un cliente describía su falso “yo” de la siguiente manera: “Me encuentro en un cuerpo que usa una máscara y un disfraz y que está actuando en un escenario”.



Figura 13.1. El falso “yo”

El falso “yo” protege a la persona de la tensión causada por el conflicto entre la aserción y la vergüenza por medio de la creación de una zona clausurada. Se trata de una fachada —una personalidad teatral y bien estudiada—, un lugar donde el individuo puede refugiarse y ocultar su vitalidad natural de hombre, bloqueando su espontaneidad y confinándole a un papel rígido y estilizado.

En pocas palabras, el falso “yo” impide la manifestación del poder personal que de otra manera fluiría de manera natural a través de una vida vivida desde el auténtico “yo”.

Esta postura de descalificación personal, cuyo origen se encuentra en el papel del niño bueno de la infancia, sirve como un modo de apaciguar a toda persona que pudiera avergonzarle en el futuro. Los clientes han descrito el falso “yo” de distintas maneras:

“La única manera que conozco para establecer conexiones emocionales es entregándome —dándole a la gente lo que quiera de mí. Lo resumo así: prefiero ser ‘alguien falso’ a ‘realmente no ser nada’”.

“Hago todo lo que los demás quieren que haga porque tengo miedo de decepcionarlos”. “Me aterroriza la crítica. Si hago que alguien se moleste, para mí es como si fuera el fin del mundo. Me decepciono de mí mismo cuando decepciono a los demás”.

“Ahora me doy cuenta de por qué me gusta trabajar en actividades de servicio a los demás. He estado sirviendo a los demás toda mi vida, incluso cuando era niño y servía a mi madre”.

“Mi estrategia de supervivencia durante la infancia fue dedicarme a averiguar qué era lo que los demás querían y dárselo para entonces sentirme bien. Todavía hago eso —creo relaciones donde entrego mi poder, pues en cierta manera siento que realmente eso es lo que merezco”.

Las relaciones a través del falso se convierten en una carga

Aunque parezca estar involucrado en su mundo de relaciones, el hombre que se vincula a través del falso “yo” en realidad está secretamente desapegado no sólo de los demás, sino también de sí mismo. En términos de Fosha, está “relacionándose, mas no sintiendo”. El precio que paga por vivir tras esta fachada es una vida marcada por el aislamiento.

Mark, un cliente de 34 años de edad y a quien pertenece la siguiente transcripción, había estado involucrado en muchas relaciones homosexuales que le habían dejado insatisfecho. Tras una gran euforia inicial, posteriormente desarrollaba una dependencia hostil con cada nuevo hombre en su vida. Era inevitable que aflorara la competencia inherente que existe entre dos personas del mismo sexo, y Mark inmediatamente quería obtener más de la relación. Finalmente —como ocurre con casi todas las parejas gay— la relación se volvía abiertamente sexual, y esto marcaba el principio del final de la relación.

Desilusionado y convencido de que dos hombres son inherentemente incompatibles, Mark deseaba explorar su potencial para entablar una relación heterosexual. Al momento de la sesión que a continuación presentamos, Mark llevaba saliendo seis meses con una mujer. Durante la sesión Mark afirmaba “Quiero ser auténtico en la relación y quedarme conectado con esta mujer”. Sin embargo, no tarda mucho en darse cuenta de que el falso “yo” del buen tipo representa para él un gran obstáculo para lograr su objetivo.

T: Cuando piensas en Sara, ¿qué sentimientos tienes?

C: Me siento obligado, molesto y como si estuviera cargando con ella. Sara siempre me pregunta, “¿qué pasa?”, pero no lo sé. La frescura de la relación simplemente se ha perdido, y ahora me siento como si me hubiera quedado con la carga de tener que seguir con ella. En algunas ocasiones, me doy cuenta de que sólo estoy ahí “viendo quién pasa”.

T: Sí. Estando distante, no estando presente para ella.

C: No puedo siquiera estar presente para mí mismo. Me aburro, ya no es divertido y sólo quiero salir corriendo. Luego me convierto en una fría coraza —y cuanto más me acuso por estarla usando, más profundamente quiero meterme en ella. Tengo esta capacidad de simplemente seguir y seguir —de poder separar los sentimientos de mi comportamiento. Pero me doy cuenta de que me siento tentado a abandonar la relación y volver al lugar donde me sentía seguro... donde no me siento ni molestado, ni acosado ni violado. Pero claro, esto significa quedarme solo otravez.

(Tras un rato de discusión, el cliente acepta la consecuencia auto-derrotista de su falso “yo”).

C: Lo esencial es que debo estar presente para Sara y al mismo tiempo mantenerme presente para mí mismo.

T: Sí. No sentirte drenado por ella.

C: Mi madre me enseñó a estar presente para ella mientras yo permanecía excluido de mí mismo. Es un hábito en el que he caído. Pero no puedo hacer que esto recaiga en Sara. No se lo merece. Ni tampoco yo me lo merezco.

T: Tener que interpretar el papel del “buen tipo” es cansado —te desgasta. Se siente inauténtico. La solución es quedarte conectado con tus sentimientos y sensaciones interiores y compartirlos con ella.

C: Sí, tengo que aprender a estar con ella y al mismo tiempo seguir siendo yo mismo “en

tiemporeal”.

Estancado en la zona gris

Cuando la vergüenza vence a la aserción, cuando las expectativas de los demás comprometen la integridad personal, lo que resulta es el estado que conocemos como la zona gris.

La zona gris fue descrita magistralmente por Shakespeare, quién comprendió la parálisis introspectiva que acompaña a la depresión:

*“En verdad, ignoro por qué estoy tan triste.
Me inquieta. Decís que a vosotros os inquieta también;
pero cómo he adquirido esta tristeza, tropezado o encontrado con ella, de qué substancia se compone, de dónde proviene,
es lo que no acierto a explicarme.
Y me ha vuelto tan pobre de espíritu, que me cuesta gran trabajo reconocerme”.*

— (Shakespeare, *El mercader de Venecia*, I, 1,1).

La zona gris se instaura cuando alguna persona importante en la vida del cliente lo rechaza o no responde a la vitalidad de su expresión afectiva —particularmente a sus intentos por ser asertivo— con lo que el cliente se sentirá empujado a adoptar la postura vergonzosa.

Mientras la vergüenza se refiere a un estado de colapso del “yo”, la zona gris implica un *permanecer* deprimido. Al igual que la vergüenza, la zona gris constituye un estado inhibitorio del “yo”; sin embargo, ambos sentimientos son muy distintos. A grandes rasgos, la zona gris es un estado de ánimo que se experimenta como algo apagado, monótono y sin vida.

En realidad, la zona gris no es un estado del “yo”, pues en ella no se tiene ninguna noción del “yo”. En ella tampoco existe una fuente identificable del malestar —o, como lo decía un cliente, “No se trata de nada en particular”. La literatura psicodinámica ha descrito este fenómeno como la “postura depresiva” (Melanie Klein); la “depresión anaclítica persistente” (Schoore); o la “depresión por abandono” (Masterson).

La zona gris se caracteriza por un estado persistente de decepción, frustraciones vagas e indefinidas, sentimientos heridos y soledad. Ha sido descrita por muchos de nuestros clientes como “sentirse débil, inadecuado, indefenso, impotente, aislado de mí mismo y desconectado de los demás”, o como “un sentimiento generalizado de pesadez”.

Si bien la zona gris implica una melancolía inconsolable, el hecho es que confiere cierto consuelo indirecto a la sensación de impotencia: “Al menos me encuentro en el lugar cómodo de la indecisión”. Observamos cómo el individuo culpa a los demás, lloriquea y se siente como víctima: “Me siento totalmente vacío, devaluado y desconectado. No me importa. No estoy dentro de mi cuerpo. Ni siquiera estoy disponible para mí mismo. Todos me han abandonado, y por eso también me abandono a mí mismo”.

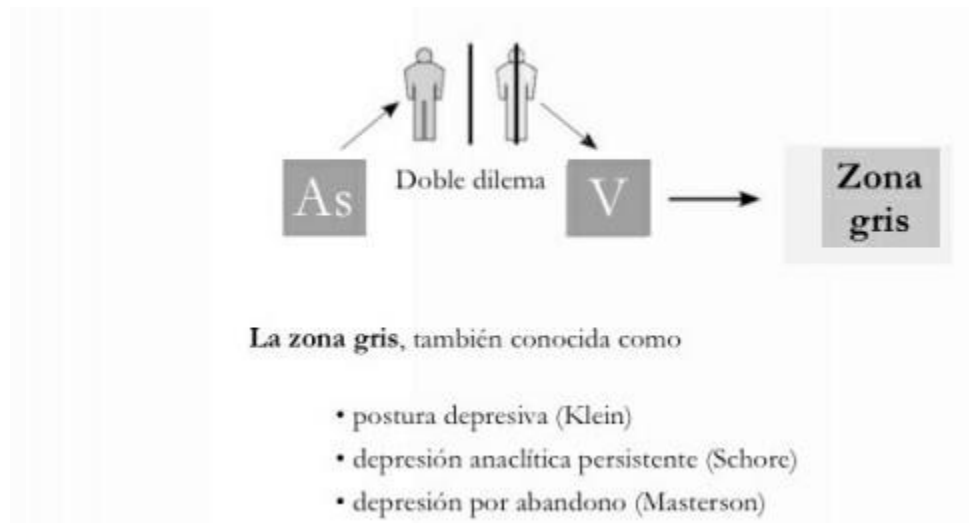


Figura 13.2. La zona gris

Entre las palabras que los clientes suelen emplear para describir esta experiencia, encontramos algunas como “estancado”, “indefenso” y “asfixiado”. Se percatan del carácter petrificado de la zona gris como si estuvieran “metidos en una caja”, como si hubieran sido “tragados” o se encontraran “atrapados”. Otro cliente lo describía así: “Estoy en mi propio mundo, donde nadie puede alcanzarme y de donde no hay salida. Es una habitación vacía, solitaria y desolada —mi propio agujero vacío”.

Los orígenes infantiles de la zona gris

La zona gris bien podría tratarse de una memoria afectiva de estar atrapado en el doble dilema, en una situación donde “no puedo ganar”. Un niño que pertenezca a una familia triádica-narcisista se sentirá humillado cuando exprese sus sentimientos de abandono- aniquilación. Muchas veces escuchamos comentarios como “Mi padre hizo que me sintiera avergonzado por mi tristeza. Si lloraba, me decía, ‘te voy a dar algo para que llores de verdad’ ”. Se suponía que los sentimientos negativos no debían ser expresados. La anticipación de este dilema muchas veces marca profundamente la vida adulta del individuo; como lo explicaba un hombre “Si muestro cualquier sentimiento de debilidad, mis amigos me rechazarán. Si le digo a alguien lo mal que me siento sólo lograré que se aleje de mí”.

La vergüenza percibida al expresar la debilidad acaba consolidando una actitud desesperada ante la propia naturaleza de las relaciones. “Nadie puede ayudarme; mi desesperación es tan profunda que nadie podría alcanzarme. Nadie me ama lo suficiente como para escucharme y comprenderme. Realmente estoy solo”. Ya en la vida adulta, un hombre en esta situación reexperimentará la misma sensación de entumecimiento y de estar muerto que generan en él un agudo dolor y la desesperación.

La zona gris versus el dolor

En cierta manera, la zona gris no es sino una extensión de la conmiseración que sentía por sí mismo cuando era niño. Se trata de una estrategia defensiva para no sentir el verdadero dolor —con toda su tristeza y todo su enojo. La zona gris es una evasión con la que se evita experimentar un dolor

más profundo. Como un hombre lo decía, “Cuando estoy en ese estado insensible al menos no tengo que sentir la tristeza del niño solitario que hay dentro de mí”. En la zona gris no se encuentran ni la mente ni el corazón.

Pero si bien la zona gris está vacía, sin sentido y sin alma, el estado del verdadero dolor contiene la experiencia vívida del “yo” en relación con los eventos vitales significativos. Cuando el cliente experimenta el verdadero dolor, estará sintiendo auténticos sentimientos por eventos de la vida real.

Como el dolor y la aserción se caracterizan por un profundo momento de autoconciencia, es en estos dos estados del “yo”—el dolor y la aserción— que la persona puede crecer.

Cinismo, masoquismo y una visión negativa

Se ha dicho con frecuencia que la depresión es un “enojo vuelto contra uno mismo”. Cuando un hombre se siente avergonzado, lo primero que siente es enojo contra la persona que lo ha avergonzado, pero luego este enojo se vuelve contra uno mismo. Los clientes suelen reportar que cuando se encuentran inmersos en la zona gris sienten un gran odio contra ellos mismos. Este odio en gran parte deriva de la sensación de ser demasiado débiles e incapaces de expresar su enojo directamente ante aquellas personas que los han avergonzado.



Figura 13.3. Emociones de la zona gris

No es de sorprender por tanto que la actuación homosexual sea algo particularmente atractivo para un hombre que se encuentra en la zona gris, pues la actuación en parte libera —y justifica— la energía negativa que siente contra sí mismo.

La persona avergonzada siempre sabe en cierta medida que no está peleando para

defenderse y que ha adoptado el papel de víctima. Los hombres en este estado saben que ellos mismos son los que se han “debilitado” —algunos hombres lo describen como haberse “des-peneado”— y que han renunciado al poder que les correspondía. El odio hacia sí mismos se expresa indirectamente a través del cinismo y una visión negativa de la vida y las relaciones, reforzando así todavía más su aislamiento.

De hecho, lo que el terapeuta podría juzgar como una incapacidad para vencer la sensación paralizante de muerte y conectarse con los demás, en realidad representa hasta cierto grado una indisposición que la propia persona ha creado para castigarse por haber adoptado el rol de víctima.

Siendo respetado al expresar el enojo

Muchos clientes narran que siendo niños percibieron que el enojo no era algo aceptable a ojos de sus padres, y que éste podía provocar que sus padres se alejaran, que los despreciaran con su rechazo, o que los castigaran y se burlaran de ellos:

“Por eso todavía no puedo expresar mi enojo —me siento estúpido. No se lo muestro a nadie pues no siento que sea válido. Mi madre se reía de mí cuando me enojaba —como si fuera algo divertido o le resultara gracioso, o algo así. Entonces me enrabiaba, y eso la divertía”.

“No siento la suficiente confianza como para mostrar un enojo masculino real. Siento que voy a parecer un joto o una niña...” (imitando una voz chillona) ‘Oh, miren al ‘mariquita Jason’ — ¡está teniendo un ataque de niña!’”.

La zona gris como ingratitud y falta de alegría: “un purgatorio”

La zona gris es una especie de purgatorio dominado por la sofocante sensación del desapego. El cuerpo de la persona se siente apagado, colapsado, hundiéndose. La persona no puede levantarse para ser asertiva pero tampoco puede caer más bajo para experimentar el verdadero dolor.

La insensibilidad frente al aislamiento puede desencadenar una gran reacción motora defensiva, descrita por algunos como nerviosismo, tensión, temblores y estar al borde del enojo. A nivel neurológico esto evoca al proceso de la muerte, cuando el sistema nervioso central está luchando por impedir la inminente aniquilación.

Muchos hombres reportan este mismo estado de agitación y huida justo antes de tener una actuación homosexual. Un hombre lo describía como si fuera “un montón de energía que necesito quemar”, y que está acompañada por un sentimiento de “pánico y huida”. No obstante, esta agitación no constituye un intento por ser verdaderamente asertivo. La verdadera aserción posee una energía dirigida a un propósito —no una agitación maniaca— y está caracterizada por el compromiso con una meta que el “yo” se ha propuesto.

Una perspectiva cristiana

En una ocasión, un cliente católico comparaba la zona gris con uno de los siete pecados capitales, el pecado de la pereza. La pereza se define como una falta de alegría, ingratitud, indiferencia y apatía. En la tradición católica, un pecado “capital” es precisamente un pecado que conduce a otros

pecados.

El pecado de la pereza es más que una simple “holgazanería”, pues implica negarse a obedecer el orden que Dios ha establecido en el mundo a través de la *ordenación correcta de los amores*—esto es, amar la cosas correctas y en la proporción adecuada. Cuando el hombre permanece atrapado en este estado carente de felicidad, caracterizado por la indiferencia y la falta de agradecimiento (la zona gris), uno podría afirmar que se encuentra atrapado en la pereza o en una apatía amortiguadora.

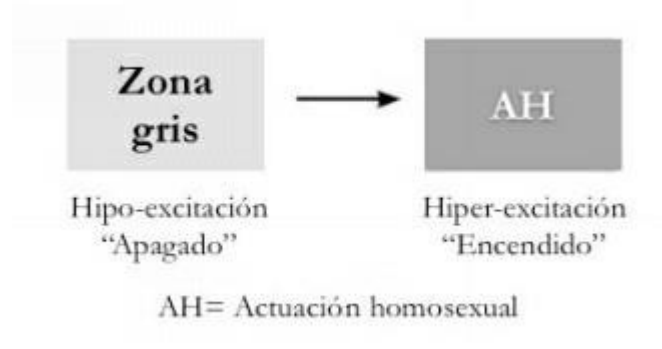


Figura 13.4. La zona gris y la actuación homosexual

La actuación homosexual —una pseudo-solución

Una solución rápida y fácil a la soledad e insensibilidad propias de la zona gris es la actuación homosexual. La idea en sí es capaz de llevar al cliente instantáneamente a un nuevo estado del “yo”. Como un hombre lo explicaba, “Mi estado de ánimo cambia inmediatamente. Hay una explosión de energía y es excitante. De golpe mi aislamiento ya no existe, y siento que tengo poder”.

La transición de la zona gris a la ideación de una actuación homosexual suele suceder como un impulso muy rápido: “De repente me viene la idea de que tengo que tener una actuación. Y, ¿por qué no? Tengo derecho a sentirme bien —a tener sexo— y encontrar al ‘tipo ideal’ allá fuera. Ya sabes... es la misma fantasía de siempre”.

El aburrimiento y la irritabilidad conducen a la actuación homosexual

El hombre al que corresponde la siguiente sesión había estado comprometido durante mucho tiempo con su matrimonio; sin embargo, recientemente había estado teniendo dificultades maritales. Al iniciar la sesión, reporta que acaba de contactar impulsivamente a un antiguo novio, Danny. A través del trabajo corporal, él revela los sentimientos propios de la zona gris que precedieron a su impulso de actuación:

C: Contacté a Danny esta semana. (*largo silencio*)

T: (*alentándole*) Háblame de eso.

C: Sólo le envíe un email. “¿Está todo bien?”... Por todo lo que he estado pasando últimamente (*la crisis marital del cliente*) sabía que contactarle podía ser un desastre... pero... de todos

modos quería hacerlo.

T: ¿Cuáles fueron las circunstancias?

C: *(relajándose un poco)* Bueno, Jill estaba en la cocina y yo estaba revisando mi email, y entonces aproveché la oportunidad.

T: Hagamos un poco de trabajo corporal, ¿OK.?

C: OK.

T: Entonces, estás frente a tu computadora y, ¿qué sientes? Estoy frente a mi laptop... en la sala de estar.

C: Y quieres mandarle un correo a Danny.

T: C:

Sí.

T: Entonces, dirígete ahora a tu cuerpo.

C: Pues, lo siento en mi estómago... y en el fondo de mi pecho.

T: *(reafirmando)* OK., en el fondo de tu pecho.

C: Sí, también en mi cabeza, en mis mejilla, a ambos lados de mi cara, en mis ojos... sólo quería ver cómo reaccionaba Danny.

T: Claro —¿pero qué sientes por eso?

(El cliente parece temporalmente perdido; el terapeuta le hace regresar al momento del conflicto).

T: Entonces, Jill está en la cocina y tú tienes esta tentación ... y...

C: Quería ver cómo reaccionaría Danny.

T: Sí. ¿Cuál es la sensación? C: Apretado.

T: Claro... apretado, ¿dónde?

C: En los ojos... una tensión aguda.

T: ¿Qué fue eso en tu cuerpo que te hizo contactar a Danny, “aprovechar la oportunidad”?

C: Mis ojos —tensión, al lado de mis ojos.

T: Quédate con eso. *(habla suavemente, transmitiendo su preocupación)* Veamos...

C: En el área del cuello... los hombros... y la garganta. *(larga pausa)* Parece que me estoy perdiendo *(parece frustrado consigo mismo)*... debo traer mi mente de regreso aquí.

T: *(corrigiéndole con delicadeza)* Debes traer tu cuerpo de regreso aquí.

C: *(tratando de recordar)* Eso es. Pues, estaba revisando mi email. Primero, estaba desconectado, escribiendo en el programa financiero de mi cuenta. Luego vi el cable del teléfono al lado de la laptop. Pensé, “Oh, bueno... sólo voy a mandar un email”.

T: La sensación en tu cuerpo, “Sólo voy a mandar un e-mail”.

C: Es la misma sensación que tengo justo antes de ver pornografía. Cuando las cosas no están bien con Jill... tengo esta sensación de aburrimiento, esta irritabilidad... y busco pornografía.

T: Sí... ¿y la sensación?

C: Y entonces está ese cosquilleo, esa oleada en mis genitales. T: Sí, quédate con eso.

C: Caigo en cuenta de mi primer sensación de excitación. Es el inicio de algo que se siente bien.

T: “Excitación”, “algo bueno”, “cosquilleo”, “oleada”.

C: *(animándose más)* Fue casi como “No me importa lo que está pasando, ni lo que tenga que hacer al respecto”.

T: Quédate con esa sensación en tu cuerpo. ¿Qué más estás sintiendo ahora?

C: Estaba sintiendo aburrimiento. Una “pesadez”... mis hombros caídos, hay un peso en mi estómago... una sensación de estar muerto.

T: (asiente)

C: Luego de golpe me siento impaciente... Si, así es. Fue esta sensación de fondo de estar harto de Jill y de sus interminables críticas.

(El cliente posteriormente procedió a explorar productivamente y a detalle el enojo y la frustración que sentía hacia su mujer, mismos que habían precedido al súbito impulso por su actuación homosexual, y también reconoció los pasos a seguir para resolver dicha frustración).

Cuando la actuación homosexual se torna más atractiva

A continuación, tres clientes explican cuándo se sienten más tentados a tener una actuación homosexual:

“Es más fácil que tenga episodios homosexuales cuando sacrifico mi aserción personal. Si realmente no quiero hacer algo, pero lo hago como si quisiera hacerlo, empiezo a sentirme minimizado. Entonces me doy cuenta de que me siento atraído por otros tipos.

Puede ser todavía más sutil. Por ejemplo, si me comparo con otro tipo, tengo la tentación de ponerlo por encima de mí hasta humillarme. Sé sin duda que esto es una distorsión, porque en lugar de admitir humildemente que los talentos varían de persona a persona, inicio una ‘competencia mental con aquel que tenga mayor valor personal’ y así me siento inferior al otro hombre. Siempre que me humillo de esta manera, estoy más propenso a tener un episodio homosexual”.

Otro hombre lo explicaba de la siguiente manera:

“Sucede cuando estoy atrapado en la zona gris —ese lugar ‘nublado, confuso, en el que es difícil pensar claramente’ y en el que he vivido gran parte de mi vida. Me quedo tan paralizado que no puedo ni siquiera identificar lo que siento —aunque sé que es realmente pena, dolor y miseria, todo revuelto en un mismo lío.

En esas ocasiones no sé qué hacer aparte de quedarme ahí y luego tener una actuación homosexual, para luego volver al mismo lugar ‘encerrado’ y volver a tener una actuación homosexual buscando un poco de alivio. Es un ciclo interminable, que nunca se acaba”.

Otro hombre joven describía lo que le empujaba a buscar pornografía:

“Anoche visité una página porno, pero en cuanto empecé recordé lo deprimido que había estado. No sólo había estado deprimido, sino que había estado evitando hacer algo al respecto.

El poder de esas imágenes radica en que por un momento reafirman mi sensación de ser inadecuado y la tristeza que experimento por sentirme así”.

El lapso previo a la actuación

Nuestros clientes nos refieren que pueden identificar un lapso entre su impulso por la actuación homosexual y la respuesta de su comportamiento. Precisamente en ese lapso de tiempo se encuentra *la voluntad* —la última oportunidad para decidir. Se trata de la salida final, un breve momento que existe entre la ideación y la realidad. Un hombre lo describía así:

“Cuando aparece el pensamiento en mi mente, en ese preciso instante, justo ante de dar el paso, puedo todavía elegir dejarlo pasar. Pero si espero unos segundos más, entonces ya es demasiado tarde”.

Otro cliente decía,

“La semana pasada no escuché mi corazón, y tuve una caída”. Cuando le pregunté sobre los sentimientos que había tenido justo antes, me dijo: “La atracción primero se siente como una opresión, una constricción en el pecho —como miedo— y luego avanza y desciende en forma de excitación hasta las ingles”.

Otro hombre afirmaba que cuando sentía la tentación, le ayudaba recordar

“ese miedo que siento agarrándose de mi pecho no se trata de mí; no se trata de mí —sino que se trata de todo lo que siento que yo no soy”.

Otro decía,

“He llegado a identificar ese ‘impulso en las tripas’ justo antes de que sea demasiado tarde para que pueda evitar caer en latencia”.

Otro hombre explicaba este pequeño lapso de tiempo de la siguiente manera:

“La más mínima respuesta —echándole una segunda mirada, viendo a la izquierda en lugar de al frente— basta para ponerme en un estado diferente y perderme. Antes de llegar a este punto es solamente una posibilidad, un instante en el que lo estoy considerando. Todavía puede prevenir una respuesta sexual completa.

Mi libertad de elección radica en este breve instante entre el pensamiento y la acción. En ese momento, estoy a ‘una sinapsis de distancia’ de la diferencia entre un producto de mi imaginación y el desastre que hará que comience el ciclo otra vez”.

También estos hombres reportan que una vez que ceden al impulso de actuación a través de su comportamiento, por ejemplo, al buscar a un compañero en un *chat*, entonces ya es demasiado tarde para detenerse. Un hombre describía esta espiral descendente al explicar que perdía la confianza en sí mismo cuando su fuerza de voluntad colapsaba: “Ver cómo cedo”, decía, “hace que me rinda —‘fijate, lo estás haciendo otra vez... eres débil, no tienes remedio’ ” .

Resumen de los estados del “yo”

La “competencia afectiva” se refiere al modo en que la persona maneja sus experiencias emocionales. La competencia afectiva sólo es posible desde la vitalidad que confieren los estados de la aserción y del dolor —los únicos dos estados del “yo” en los que se tiene una adecuada capacidad para darse cuenta de uno mismo.

Aquí retomamos de Fosha (2000) las dos alternativas negativas de la competencia afectiva: “sintiendo, pero sin relacionarse” (estando inundado por afectos, pero también sintiendo la suficiente desconfianza como para no abrirse con los demás) y “relacionándose, pero sin sentir” (comportándose como si se relacionara, pero sin un involucramiento genuino, pp. 42-43). “Sentir” requiere de una apropiación consciente de los sentimientos como si fueran propios; “relacionarse” requiere de una expresión honesta de dichas emociones a nivel interpersonal. Sentir y relacionarse son condiciones necesarias para la autenticidad y para la integración del “yo” interno y de los *selves* externos. La tabla aplica los criterios de Fosha para un estado auténtico del “yo” a los cinco estados del “yo” considerados en el tratamiento de la atracción al mismo sexo.

Tabla 13.1. Los cinco estados del “yo” y los criterios de Fosha

Los estados del “yo”	Sentir	Relacionarse
Aserción	Sí	Sí
Vergüenza	Sí	No
Zona gris	No	No
Actuación homosexual	No	Sí
Dolor	Sí	Sí

Superficialmente parecería que la actuación homosexual provee el afecto de la vitalidad propio de la aserción; sin embargo, realmente se trata de una forma errada de aserción dado su carácter compulsivo que, por definición, implica un nivel mínimo de autoconciencia y representa un obstáculo para las decisiones libres de la persona. Al no contar con esta agencia libre, el contacto homosexual no puede entonces ser genuinamente definido como un acto asertivo. Es más, en él se da una falta de apego real a la otra persona.

La mayoría de los clientes afirman que cuando se encuentran en la postura asertiva sienten cómo sus tentaciones homosexuales disminuyen o desaparecen. Un cliente lo describía así: “Cuando me siento asertivo, no sólo soy *capaz* de resistir la tentación —ésta desaparece”.

CAPÍTULO 14

TRABAJANDO CON EL ESCENARIO PRECEDENTE A LA ACTUACIÓN HOMOSEXUAL

“Que anduve en boca de la gente siento mucho tiempo y, así, frecuentemente me advierto avergonzado y me confundo; y que es vergüenza, y loco sentimiento, el fruto de mi amor sé claramente, y breve sueño cuanto place al mundo”.

Petrarca

“Adopta el verdadero “yo” y vive decididamente desde él”.
un cliente

En este capítulo consideraremos los estados falsos del “yo” que suelen conducir a la actuación homosexual —identificando de qué maneras puede el cliente optar por interrumpir la secuencia de los eventos.

Juntos, cliente y terapeuta vuelven a trazar los estados del “yo”, a saber: (1) la aserción; (2) la vergüenza, y (3) la zona gris y (4) la actuación homosexual.

Al comenzar la sesión, lo primero que el cliente debe hacer es revisitar cognitivamente junto al terapeuta el escenario precedente a la actuación homosexual, analizando cuáles fueron los eventos específicos que condujeron al incidente específico. Con la práctica, el cliente pasará de los recuerdos cognitivos a la “memoria kinestésica” (un fenómeno utilizado en las artes interpretativas), es decir, el cliente se dirigirá a su cuerpo y volverá a experimentar los estados del “yo” como realmente se sintieron en aquel momento. Eventualmente desarrollará también la habilidad para reconocer cada estado del “yo” en el preciso instante en que éstos ocurran.

La oportunidad para trabajar en terapia con el escenario precedente a la actuación homosexual surge en dos ocasiones: (1) cuando el cliente reporte haber tenido una actuación homosexual, o bien (2) cuando al iniciar la sesión el cliente se encuentre inmerso en la zona gris. Ambos escenarios ofrecen al cliente la oportunidad de recordar e identificar los eventos críticos que le hicieron renunciar nuevamente a su postura asertiva.

Examinando el escenario precedente para sacar al cliente de la zona gris

En general, todo intento por lograr una sesión productiva cuando el cliente se encuentre inmerso en la zona gris suele terminar frustrando tanto al cliente como al terapeuta. Cuando el cliente está deprimido o apático, el hecho de tener que mantener un intercambio afectivo con el terapeuta le parece una tarea imposible, algo que se encuentra definitivamente más allá de sus capacidades. Un hombre describía el reto que supone salir de la zona gris con las siguientes palabras:

“¡Ugh!, ¡esto es duro! ¿Quieres decir que de verdad tengo que tener emociones? Realmente no quiero salir de este lugar, aunque lo odio. Esto va a requerir más esfuerzo, más energía, más atención, y más compromiso que lo que estoy dispuesto a dar. Siento esta gruesa capa pegada a mi pecho y que apaga todas mis emociones. Se siente como si me estuvieran pidiendo que saliera a la fuerza de un empaque de envoltura de burbujas”.

Mientras se encuentre en el estado pasivo-rebelde, el cliente permanecerá inaccesible a nivel afectivo. De hecho, este estado caracterizado por la impotencia, el pesimismo y la inaccesibilidad representa el mayor obstáculo para las intervenciones en el tratamiento y para la propia alianza de trabajo. Cualquier intento del terapeuta por cambiar el estado de ánimo del cliente se topará con una gran resistencia, y ambos acabarán sintiéndose frustrados y descorazonados. Es por ello que empleamos un proceso de dos pasos que nos ha reportado los resultados más favorables:

Ayudar a que el cliente recuerde el conflicto precedente entre la aserción y la vergüenza —conflicto que ha generado su estado de ánimo actual.

Emplear el conflicto entre la aserción y la vergüenza como el conflicto identificado para realizar trabajo corporal.

El éxito que se obtenga en ambos pasos no sólo resultará en el cambio afectivo del cliente, con el consecuente movimiento fuera de la zona gris (y un renovado contacto con el terapeuta), sino que también le enseñará al cliente a identificar cierto conflicto del pasado entre la aserción y la vergüenza que haya experimentado como un momento vergonzoso y, por extensión, también aprenderá a evitar futuras tentaciones homosexuales.

Cuando se les cuestiona, la mayoría de los clientes no tiene idea de cuánto tiempo han permanecido en la zona gris. Un hombre ya mayor admitía, “He pasado gran parte de mi vida en ella, ni siquiera me había percatado de que estaba ahí”. Otro hombre decía, “La zona gris —es mi código postal”. Otro lo explicaba diciendo: “Al inicio, cuando estoy en ella, no la puedo reconocer. Es una cosa suave, tenue y callada; se cuela dentro de mí como el crepúsculo. Ni siquiera te das cuenta de que se está poniendo cada vez más oscuro — hasta que, poco a poco, todo el mundo ha quedado sumido en la oscuridad”.

Vergüenza: el obstáculo para el dolor

A pesar de que la zona gris es una situación que antecede al dolor, o un estado de pseudo-dolor, en la práctica clínica provee una puerta de acceso hacia el dolor. Es muy raro que un cliente tenga la capacidad de pasar directamente del estado “muerto” de la zona gris a experimentar cuál fue la pérdida del apego. Esto se debe a que la zona gris es un mecanismo de defensa que impide sentir el dolor de la vergüenza que la antecedió, y que de sentirse plenamente llevaría nuevamente a sentir dolor. Constituye un estado de ánimo apagado, paralizante y que atrapa al cliente, impidiéndole recordar el momento vergonzoso precedente y, por tanto, también obstaculiza el paso hacia el afecto de vitalidad que provee el dolor verdadero.

La mayoría de las veces, en lugar de experimentar un dolor genuino, el cliente preferirá seguir inmerso en la zona gris y salir de su parálisis sólo esporádicamente a través de la actuación homosexual.

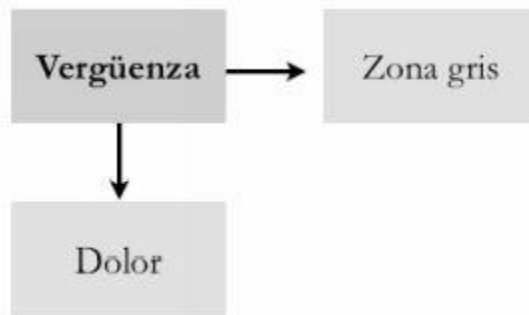


Figura 14.1. La vergüenza conduce a la zona gris o al dolor Reconstruyendo los hechos a través de un trabajo detectivesco

El cliente no suele saber por qué se encuentra ahora en la zona gris. Particularmente durante la fase inicial de la terapia, el cliente se resistirá a enfrentar los recuerdos previos sobre el conflicto entre la aserción y la vergüenza, y frecuentemente sólo los “olvidará”.

En cuanto cliente y terapeuta concuerdan en que el cliente efectivamente está en la zona gris, el objetivo será identificar el momento que antecedió a dicho estado. Para poder recordar esos eventos, será necesario realizar una investigación de carácter detectivesco. Esto significa que literalmente han de reconstruirse los hechos que ocurrieron horas e incluso días antes de la sesión.

En el instante en que el cliente recuerda el momento vergonzoso suele ocurrir un “momento ¡Aha!” evidente y observable para el terapeuta. Para ejemplificar lo dicho anteriormente, consideremos la siguiente conversación entre Bill y su terapeuta:

T: OK. Entonces, ¿cuánto tiempo has estado con este estado de ánimo?

C: Todo el día de hoy.

T: ¿Todo el día?, ¿te levantaste sintiéndote mal?

C: *(recordando)* Sí, no quería salirme de la cama. No tenía ganas de moverme.

T: OK. Entonces, ¿cómo estuvo ayer?

C: *(parece sorprendido, tratando de recordar)* De flojera... pero en la mañana me sentía bien; de hecho, tenía ganas de ver a Ted para ir a comer.

T: Bien. Entonces, el hecho de que tuvieras ganas de ver a Ted para ir a comer nos muestra que estabas en una postura asertiva. Sin embargo, en la noche ya estabas en la zona gris.

C: *(asintiendo)*

T: ¿Cómo te sentiste cuando te encontraste con Ted?, ¿dónde dices que se vieron?

(El terapeuta pregunta “dónde” para ayudar a recrear el escenario).

C: Estaba en la cafetería.

T: OK... ¿cómo te sentiste al verlo en la cafetería?

C: Feliz. Tenía ganas de verle... de hecho, estaba emocionado.

T: ¿Cómo te sentiste después de comer?, ¿le dejaste ahí, o te quedaste un rato más, o... fuiste a algún otro lado?

C: No. Ummm...no, eso fue todo.

T: ¿Cómo te sentías cuando te fuiste?

C: Bien. (*dudoso*)

T: ¿Bien? (*esperando*)

C: Recuerdo haber regresado a mi coche en el estacionamiento y haberme sentido... (*baja la voz*) no lo sé... (*de repente su voz se anima*) ¡Ahora lo recuerdo! Cuando regresaba a mi coche, de golpe tuve la idea de parar en una tienda donde venden pornografía.

Bill luego continuó explicando que en ese momento había tenido una sensación de “pesadez” o “decaimiento” en su cuerpo. Al estar anticipando un doble dilema, Bill no mencionó —ni a Ted ni a nadie más— que se había sentido decepcionado por la respuesta poco entusiasta de Ted respecto a su cita. De esta forma, esta reconstrucción detectivesca de los hechos hizo que Bill dirigiera su atención a la esperanza insatisfecha de que su amigo se hubiera mostrado especialmente interesado por él. En cambio, se sintió herido (momento vergonzoso) al no recibir la atención especial que esperaba de Ted.

Resistencia para recordar el conflicto precedente

Las experiencias del doble dilema durante la infancia dificultan al cliente la identificación del momento vergonzoso. Tal vez lo más que logre será recordar que “algo ocurrió en ese entonces” que le hizo “sentirse mal”, pero como en ese momento estaba desapegado de sus sentimientos no sabrá exactamente qué fue lo que ocurrió.

Cuando solicitamos a los clientes que traigan a su memoria algún recuerdo almacenado en su cuerpo, suelen respondernos con palabras similares a éstas:

“Para otras personas es fácil recordarlo, pero en mi caso tengo que detenerme e intentar ponerme en contacto con lo que realmente siento. Tengo que preguntármelo conscientemente, ‘¿qué está pasando dentro de mí ahora mismo?’, ‘¿qué es lo que realmente quiero de esta situación?’, porque si no nunca me daría cuenta en lo absoluto de cómo siente mi cuerpo”.

Resistencia

La resistencia para identificar el conflicto entre la aserción y la vergüenza puede manifestarse de muchas maneras. La más frecuente es que el cliente nos presente un relato vago mezclado con algunas quejas indirectas. En lugar de reconocer sus sentimientos auténticos de enojo o de sentirse herido, muchas veces reportará que, “eso sólo me irritó (sólo me molestó)”. También podría dar a entender que se siente desalentado por la confusión que siente al identificar los eventos interpersonales precedentes.

Cuando el cliente identifica el conflicto entre la aserción y la vergüenza puede llegar a minimizarlo, considerándolo “insignificante”, “tonto” o “sin sentido”, que “no es para tanto”; sin embargo, con esto sólo se estará culpando por el conflicto y evitará examinar sus sentimientos.

Además de la evasión y la minimización, la resistencia también puede presentarse bajo la forma de ilusiones y distorsiones: Ilusiones (falsos positivos fundados en el narcisismo):

“No me importó que no se preocupara por mí”. “No me importa lo que las otras personas piensen”.

Distorsiones (falsos negativos fundados en la vergüenza):

“No puedo defenderme —sólo voy a sentirme avergonzado de mí mismo”.

“Si le digo cómo me siento realmente por lo que hizo, romperé nuestra amistad”. “Si me fuera de casa mi madre se moriría”.

“Esto realmente me molestó, pero estoy haciendo una tormenta en un vaso de agua”.

“Todo lo que diga para ser asertivo no hará ninguna diferencia, y siempre perderé”.

“¿De todos modos, quién soy yo para quejarme?”.

Otra forma de distorsión es la que se presenta cuando el cliente se convierte en el abogado de la propia persona que lo humilló. En este caso, el cliente justificará las acciones de la persona que lo avergonzó: “No hay necesidad de que le diga cómo me sentí. Estaba reaccionando de más, siendo quisquilloso; no debí sentirme tan mal”, o “Me hizo esperar ahí parado a que llegara y nunca llegó a nuestra cita, ni tampoco me llamó después; pero no quiero hacerle sentirse mal, porque yo también de vez en cuando también podría llegar tarde”.

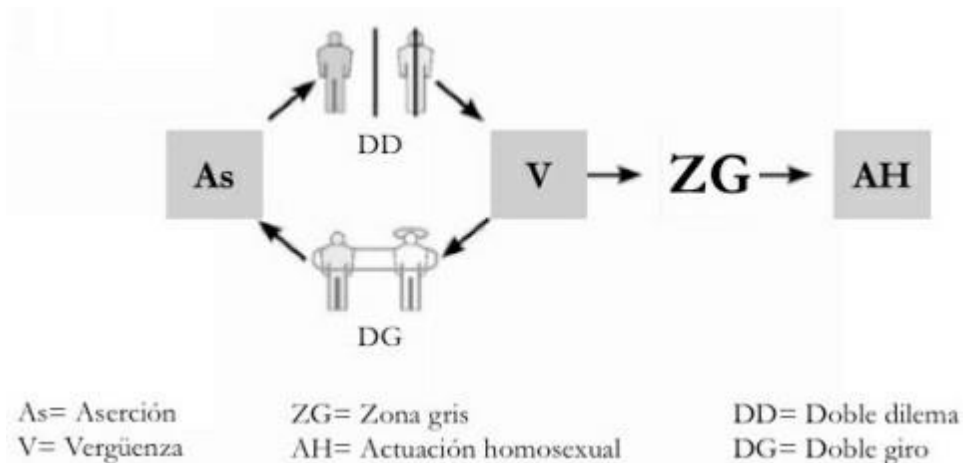


Figura 14.2. Modelo del conflicto entre la aserción y la vergüenza

Dos aspectos del momento vergonzoso: somático y cognitivo

El momento vergonzoso posee tanto un aspecto corporal como un aspecto cognitivo. La experiencia corporal suele describirse como una sensación opresiva, absorbente, y apretada en el pecho, seguida de una sensación de caída, hundimiento y colapso en la mitad superior del torso. Estas sensaciones alertan al cliente sobre un momento vergonzoso que de otra forma pasaría desapercibido a las funciones cognitivas.

El aspecto cognitivo del momento vergonzoso es una forma de auto-recriminación que pasa desapercibida; un estado vergonzoso del “yo” detonado por las acciones de los demás. Aquí debemos recordar al cliente que si bien los niños pueden ser avergonzados por los adultos, los adultos sólo pueden avergonzarse a sí mismos. Por tanto, para que el tratamiento sea exitoso, será crítico que el cliente pueda identificar (es decir, que pueda hacer conscientes) las auto-afirmaciones basadas en la

vergüenza que hace de sí mismo durante el momento vergonzoso.

La auto-afirmación basada en la vergüenza

Para poder avanzar a través del escenario precedente a la actuación homosexual, deberemos enfocarnos en el momento vergonzoso —el momento clave en el que el cliente abandona su estado asertivo del “yo”. Podemos ayudar al cliente a identificar y trabajar a través del momento vergonzoso si identificamos cuál fue la auto-afirmación basada en la vergüenza (AABV) que lo desencadenó.

El terapeuta puede ayudar al cliente a construir su AABV indicándole que lo formule a través de una oración simple en tiempo presente y que comience por la palabra “yo”. Por ejemplo, “Soy un fracaso”, “soy inaceptable”, “nunca seré masculino”, etc. Esto será de ayuda en el siguiente paso de la evaluación.

Dos criterios para la evaluación de la AABV

En cuanto se haya elaborado la AABV, ésta se evaluará con dos criterios: objetividad y compasión. Estos dos criterios le permiten al cliente tomar cierta distancia emocional del afecto abrumador de la vergüenza. El proceso de evaluación se lleva a cabo a través del método de colaboración, donde el terapeuta se mantendrá estructurando más no dirigiendo al cliente durante la evaluación de su AABV a partir de los criterios de la realidad y del cuidado personal. Como resultado, esta evaluación indicará si la AABV es verdadera o falsa.

Si es falsa

Si una evaluación objetiva determina que la AABV es falsa, el terapeuta percibirá el paso del cliente al estado asertivo. Por ejemplo, este estudiante de medicina de 28 años de edad recuerda un momento vergonzoso durante un barbacoa:

C: Me sentí incómodo cuando estuve con un grupo donde casi no conocía a nadie. Intenté relajarme, tomé una cerveza, ¿sabes? Entonces cuando vi a estos tipos riéndose juntos en una esquina...

T: *(asiente, escucha)*

C: Entonces me sentí tan incómodo que quería largarme.

T: ¿Cuál era la afirmación vergonzosa que estabas diciéndote en ese momento?

C: Que no encajo.

T: ¿Ésa es tu auto-afirmación?

C: *(cambiando de parecer)* Que no puedo tener amigos.

T: OK, *(repitiendo la AABV)*, te estás diciendo a ti mismo *No puedo tener amigos*. ¿Qué tan cierto es eso?

C: Pues, siempre me ha costado. *(tras pensarlo un momento)* Pero últimamente las cosas han ido mejor; he estado haciendo amigos. De hecho me resulta mucho más fácil ahora. *(cambio evidente al estado asertivo)* Solía ser verdad, pero ya no.

En este segundo ejemplo, un hombre de 23 años se dirigió al cambiador del gimnasio. Al temer que se excitaría, se sintió abrumado por la vergüenza y optó por irse rápidamente.

T: ¿Cuál era la auto-afirmación basada en la vergüenza que estabas diciéndote a ti mismo en ese momento?

C: Me estaba diciendo a mí mismo que yo era gay.

T: Ponlo en una oración más explícita, comenzando por “yo”.

C: *(tras pensarlo un momento)* “Yo soy gay”.

T: Bien. Así que veamos ahora objetivamente esa afirmación. ¿Eres gay?

C: No. Me pongo nervioso, tal vez me excite, pero es sólo por el miedo. Realmente sólo quiero conectarme, ser uno de ellos, pero mi cuerpo sigue reaccionando como solía hacerlo.

T: Entonces, ¿eres gay?

C: ¡No, claro que no! *(mostrando el paso al estado asertivo)* Si es verdadera

Si la AABV resulta verdadera de acuerdo a los estándares objetivos, el terapeuta entonces introducirá (modelando así al hacerlo) la compasión. Por ejemplo, este cliente de 36 años de edad se retó a sí mismo a jugar softball con algunos compañeros del trabajo. A pesar de haber hecho su mejor esfuerzo, su desempeño fue pobre y cometió muchos errores serios. Recuerda un momento vergonzoso durante un momento crítico del juego en el que no atrapa la pelota.

T: ¿Qué afirmación vergonzosa estás diciéndote a ti mismo?

C: Que soy un pésimo jugador de baseball.

T: ¿Es eso verdad?

C: Sí, es verdad; soy un pésimo jugador de baseball.

T: *(procurando despertar la autocompasión)* Sí, pero, ¿por qué es eso cierto?

C: No lo sé.

T: *(que conoce su historia)* Cuando eras pequeño, ¿hubo alguien que te enseñara a jugar?

C: *(tristemente)* No, nadie.

T: OK. Entonces tu no fuiste nunca un atleta nato. Pero, ¿hubo alguien que te tomara bajo sus alas para darte un empujón y enseñarte a encajar con los demás tipos?

C: No. Nadie lo hizo.

T: ¿Cómo te estás sintiendo ahora mismo en tu cuerpo, cuando dices que no?

C: Mal. Me siento realmente mal.

T: ¿Otra palabra mejor que “malo”?

C: Triste. Sí, es verdad. Me siento realmente triste, porque es verdad.

(La sesión continúa con otros recuerdos sobre el abandono infantil por parte de su padre desapegado, y éstos conducen al trabajo del dolor).

En el siguiente ejemplo, un cliente de 19 años de edad, del tipo post-género, recuerda con vergüenza haber querido tocar el pene de su padre cuando era un niño.

C: Suena muy pervertido, pero cuando yo tenía unos siete u ocho años me acercaba sigiloso a mi padre mientras él dormía. Se emborrachaba y colapsaba en el sillón. *(con mucha vergüenza y dificultad para hablar)* Entonces le tocaba el pene a través del pantalón. Siempre que recuerdo que lo hice me siento pésimo.

T: OK, ahora, ¿qué es lo que estás afirmando de ti mismo ahora que lo recuerdas?

C: *(larga pausa)* Que fue algo enfermo.

T: Haz una oración empezando con “yo”.

C: Que yo estaba enfermo. *(corrigiéndose a sí mismo)* Que yo estoy enfermo.

T: Muy bien, entonces “Yo estoy enfermo”. ¿Qué tan cierta es esa afirmación?

C: Pues, sí. ¡Claro que es verdad! ¿Qué clase de niño haría eso? Cualquiera pensaría que es algo enfermo.

T: OK., si partimos de la opinión popular, supongo que estarías en lo correcto. Pero la pregunta es, ¿por qué ese niño (*en ocasiones se puede ayudar a despertar la autocompasión cuando el cliente evalúa su propio comportamiento como si se tratara de una tercera persona*)... por qué hizo eso ese niño?

C: No lo sé. (*pausa, luego se refiere a sí mismo con desprecio*) ¡Raro!

T: Pensémoslo. ¿Qué estaba buscando ese niño? ¿Qué estaba tratando de obtener, con qué quería conectarse? Hemos hablado sobre tu padre y lo cruel que era contigo, especialmente cuando estaba borracho. ¿Recuerdas sus humillaciones? ¿Y la ocasión en que se burló de tu pequeño pene?

C: (*suavizándose, en silencio, asintiendo*)

T: (*continúa*) ¡Entonces ése era el único contacto que ese niño podía tener! Quería ese amor y consuelo masculinos.

C: Es verdad. Cuando mi padre estaba borracho y se quedaba inconsciente en el sillón era la única ocasión en que yo podía acercarme a él para conectarme.

T: Así es.

C: Se burló de mi pene...

T: Entonces, de esta manera tú podías “empatar” con él. Finalmente podrías *tomar* — incluso *robar* agresivamente— esa conexión masculina.

C: (*asintiendo tristemente*)

(*El cliente pasó así a la tristeza y a realizar trabajo corporal sobre su padre*).

Resumen

La auto-afirmación basada en la vergüenza (AABV), cuando no es evaluada, empuja al cliente a la zona gris. Pero cuando se la evalúa puede dirigir ya sea a la aserción o al dolor. Y cuando se lleva el dolor hasta el final, entonces eventualmente éste se convierte en aserción.

Si se determina que la AABV es objetivamente falsa, el cliente experimentará un cambio al estado asertivo del “yo”. Si se concluye que la AABV es realísticamente correcta, vista por el cliente desde la postura de autocompasión, entonces ocurrirá una transición al estado doloroso del “yo”, que eventualmente conducirá también a la aserción.

Cuanto más practique el cliente este proceso durante la sesión, más rápidamente también podrá llevarlo a cabo por sí mismo durante el momento vergonzoso.

Regresando a la aserción

“Me sorprende lo involucrado que ahora estoy con mi vida”.

— un cliente de 27 años

Para poder salir de la zona gris, el cliente debe sentir y expresar sus emociones al terapeuta al modo en que las recuerda en el presente, pero refiriéndose al conflicto original del pasado entre la aserción y la vergüenza. Al permitirse sentir lo que no pudo sentir ni expresar en aquel momento —

usualmente enojo contra la persona que lo humilló—retorna entonces a su “yo” empoderado. Este regreso a la aserción implica retornar a los afectos de vitalidad.

La intención principal al visitar el escenario precedente es identificar el momento vergonzoso. Lograrlo requerirá cierto “trabajo detectivesco”, pero cuando finalmente se identifique el momento vergonzoso, entonces ocurrirá un “momento ¡Aha!” evidente en cuanto el cliente regrese al estado asertivo. La experiencia de recordar el momento vergonzoso recuerda a lo que se siente en el cuerpo cuando alguien encuentra unas llaves que había perdido. El efecto “sorpresa” no se debe tanto al hecho de haber encontrado las llaves, “¡Oh, aquí están mis llaves!”, sino al hecho de reconocer dónde habían quedado, “¡Oh, *aquí* fue donde dejé mis llaves!”. Así, de manera similar, el cliente que se ha perdido a sí mismo puede decir, “¡Oh, *aquí* fue donde me quedé!”.

El regreso a la postura asertiva puede ocurrir gradualmente, pero también puede presentarse como un cambio repentino y dramático. Sea cual sea el caso, el terapeuta sintonizado puede observar exactamente cuándo ocurre este cambio a nivel corporal. El cliente enderezará su postura corporal, sus miradas estarán enfocadas y repentinamente “entrará en la habitación”.

“¡Wow!, ahora me doy cuenta de que realmente he estado manejando con el freno puesto. Siento como si mi cabeza acabara de salir del agua y ahora puedo ver el mundo brillante que me rodea”.

Si el cliente logra trabajar en el escenario precedente de inicio a fin, al terminar la sesión habrá regresado al estado asertivo y su correspondiente vitalidad en la interacción con el terapeuta.

Ejecutando el doble giro con el conflicto pasado entre la aserción y la vergüenza

Tras cierta práctica, el cliente gradualmente aprenderá a permanecer pendiente de sí mismo en tiempo real. Empezará a tomar las riendas en el asunto, lo que significa que podrá “sentir y relacionarse” al mismo tiempo (Fosha, 2000, p. 42). Al recordar la interacción con la persona que le avergonzó, el cliente también podrá pensar en un plan de acción para el futuro —tal vez, por ejemplo, tener una comunicación más genuina con dicha persona.

Con el retorno al estado asertivo y al verdadero “yo” ocurre una transición perceptible a nivel corporal. El hombre se vuelve más vivo y está más presente, está concentrado, animado, y tiene una mayor confianza. Esta expansión afectiva no debe confundirse con una euforia salvaje o con teatralidad sino que, más bien, lo que la persona experimenta es una verdadera libertad emocional acompañada de una mayor claridad mental, la sensación de poder y una nueva capacidad de introspección.

Esta misión vital se asemeja a lo que T. S. Elliot describía como “mantenerme despierto para mí mismo”. En el caso de la persona que lucha con PMS, el resultado de dicha tarea —trabajar una y otra vez a través del escenario precedente— será el desarrollo gradual de un sentido de autodominio, como puede apreciarse en las palabras de este cliente:

“Ayer en la noche empecé a tener el deseo de fantasear con hombres. Me pregunté, ‘¿Qué es este sentimiento que siento en el centro de mi pecho, y qué me está diciendo?’ ‘Es miedo’. ‘¿Miedo a qué?’ ‘Quiero protección y consuelo’. ‘¿Pero por qué?’

Me queda claro una cosa hasta ahora: el comportamiento homosexual es la consecuencia de sentirte 'inferior' a otros hombres. Es lo que sucede cuando vuelve a sonar la voz negativa dentro de mí. Es impresionante con qué facilidad puedo sentirme mal conmigo mismo. Luego recuerdo, '¡Ah!, aquí está otra vez, esa voz que me dice que soy débil'. Pero el sexo con hombres es sólo una forma errada de aserción; es una semilla que germina en la tierra de la vergüenza.

Mi impulso homosexual es una señal de que recientemente no aprendí algo de la aserción. Debo tener el dedo puesto en el renglón (tocando el centro de su pecho) —como el niño holandés, tapando con mi dedo el agujero del dique. Si no lo hago, entonces vendrá la destrucción. Tengo que estar convencido de esto; he estado escogiendo muchas veces no hacerme cargo de estos problemas, cuando no pensaba sobre lo que me molestaba —hasta que ya era demasiado tarde y ya había tenido una actuación”.

Uno de los obstáculos para lograr que el cliente pase de la zona gris a la postura asertiva es la creencia subyacente de que su incapacidad para ser asertivo se debe a su particular preocupación por los demás y a su sumisión frente a ellos. Su aparente altruismo y necesidad de autosacrificio con el que procura que los demás “no se sientan mal”, en realidad representa una forma de deshacerse de su propio malestar interno. No se trata tanto de hacer que la otra persona se sienta mejor, sino que necesita que la otra persona “se sienta bien conmigo, para que yo también pueda sentirme bien conmigo mismo”.

Este juego inconsciente de “voy a hacer que te sientas bien para que no me hagas sentirme mal” se remonta a la relación temprana entre la madre y el hijo.

Culpa versus vergüenza

Antes de sentir por primera vez la vergüenza, el estado original del niño era de pura inocencia. El niño era uno consigo mismo en su propio jardín del Edén. Gradualmente quedó sensibilizado por la vergüenza.

En el desarrollo, la vergüenza (“eres malo”) precede a la culpa (“hiciste algo malo”), pues el niño es capaz de sentir la vergüenza antes de poder comprender qué son los comportamientos buenos y malos. Al no tener la capacidad para darse cuenta de que su *comportamiento* es distinto a su *persona*, el niño pequeño se sentirá como una “mala persona” y no podrá percatarse de que lo que realmente estuvo mal fue lo que *hizo* y no lo que *él* es.

Como los clientes suelen confundir estos dos planos, es importante que nosotros como terapeutas les hagamos entender la diferencia entre los mensajes de la culpa (“tú *hiciste* algo malo”) y los mensajes de la vergüenza (“tú *eres* malo”). La culpa es el resultado justificable por un mal comportamiento, mientras que la vergüenza no posee una justificación real. Cuando se le pide al cliente que regrese a su cuerpo esta distinción se vuelve más clara. Tras cierto tiempo de práctica, el cliente aprenderá a hacer una clara distinción somática entre la culpa y la vergüenza. Empleando el trabajo corporal, empezará a discernir aspectos como éstos:

Culpa: tiene sensaciones corporales claramente distintas a las de la vergüenza. La culpa se caracteriza por la sensación del hundimiento de un gran peso en el pecho, y suele describirse como

estar “triste y decaído”, pero sin sentir una ansiedad o un miedo marcados.

Vergüenza suele sentirse primero como una incomodidad en todo el cuerpo, que luego se centraliza en el abdomen como una sensación de mareo y nerviosismo, con mariposas en el estómago (ansiedad). Si continúa enfocándose en su cuerpo, el cliente sentirá cómo la vergüenza sube hasta su pecho y se convierte en una opresión aferrada y una constricción (miedo genuino).

Tras haber comprendido las implicaciones de esta distinción, un cliente expresaba acertadamente lo siguiente: “Al poner atención a la culpa, buscamos entonces el cambio y ser mejores. Pero si escuchamos a la vergüenza, sólo nos convertimos en lo que los demás quieren que nos convirtamos. Estoy esforzándome por disminuir las distracciones de la vergüenza. Cuando lo hago, puedo escuchar los mensajes de autosuperación que provienen de la culpa”.

Otro cliente describía cómo percibía en su cuerpo la distinción entre la culpa y la vergüenza de la siguiente manera:

“En la vergüenza, siento arrepentimiento por mi comportamiento (que es distinto a sentirme mal conmigo mismo). Pero realmente se trata de ‘sentirse mal por la otra persona’; le hice daño y me siento mal por eso. Tengo una empatía real; siento afecto o deseos de cuidarle, entonces me siento mal por haberle hecho sentirse mal”.

Otro cliente más lo decía así:

“En la vergüenza, me siento hecho mierda. Me siento triste, con una pesada sensación de vacío en mi estómago —es la sensación de ser débil, de estar vacío, sin vida. Me molesta cómo sienten los demás conmigo y me siento inseguro cuando estoy con alguna persona. Quiero ‘deshacer’ mi error para liberarme de este mal sentimiento en mi interior”.

Un joven abogado me lo explicaba de la siguiente manera:

“La culpa es el dolor por haber hecho daño a alguien. ‘Realmente fui injusto con él’. La culpa se siente como algo valioso, con peso, real.

La vergüenza es superficial e incómoda, pero no tiene otro significado que el de ‘quiero escapar de esta incomodidad’.

La culpa tiene un mensaje, una lección para mí. Tiene un significado sobre el modo en que me relaciono con las personas. Con la culpa siento un conflicto dentro de mí; con la vergüenza siento un conflicto con los demás”.

El conflicto entre la aserción y la vergüenza

Como parte de la dimensión psico-educativa de la terapia, el terapeuta podría indicar los modos más comunes de trabajar en el escenario precedente a la actuación homosexual, cosa que podría lograr, por ejemplo, explicando al cliente un diagrama de la secuencia de los estados del “yo”. Como sucede con cualquier material didáctico, estos diagramas sólo deberán presentarse al cliente si éste reconoce que el escenario precedente es algo relevante en su propia vida.

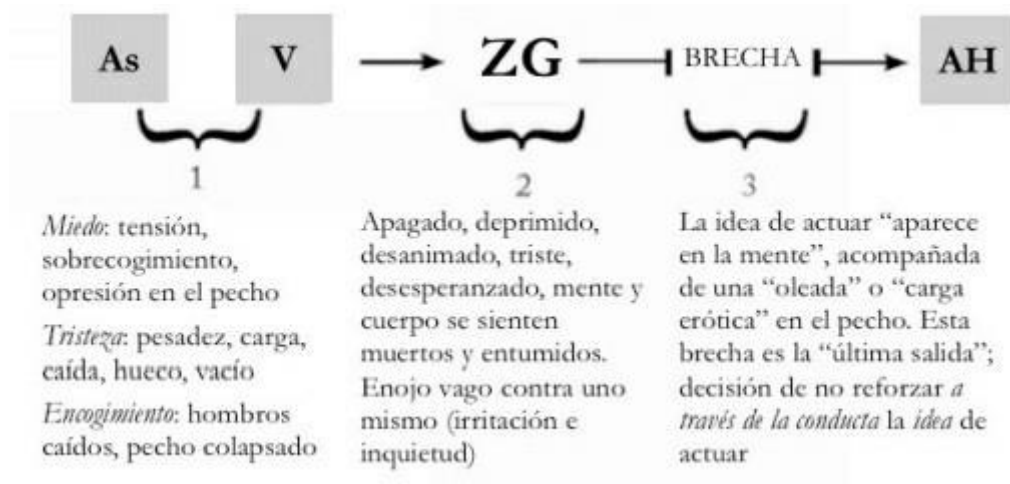


Figura 14.3. Evadiendo el escenario precedente

Respecto al conflicto entre la aserción y la vergüenza, los clientes suelen reportar tres respuestas corporales distintas:

- *Miedo*: opresión, una sensación sobrecogedora, sentir el pecho apretado.
- *Tristeza*: pesadez, como si estuvieran cargando algo y estuvieran cayendo, un vacío.
- *Vergüenza*: hombros caídos, el pecho se colapsa.

Con el tiempo y la práctica, así como el desarrollo de la memoria somática, muchos clientes generan una invaluable capacidad para darse cuenta de que para poder evitar la actuación homosexual necesitan enfrentar de manera efectiva los momentos vergonzosos que les precipitan en la zona gris. Así lo explicaba un hombre: "Sé que permanecer fuera de la zona gris significa mantenerme íntegro — seguir siendo honesto conmigo mismo. Me doy cuenta perfectamente de las cosas que me disparan justo cuando están ocurriendo y, si las ignoro, sé que acabaré teniendo una actuación homosexual".

Sólo cuando el cliente se percate de la relación que hay entre la zona gris y sus tentaciones homosexuales, podrá entonces evadir la actuación y sacar provecho del "lapsó" previo a ésta y la oportunidad vital que este lapso ofrece para la autorreflexión.

Los clientes generalmente reportan que la idea de tener una actuación homosexual simplemente "surge en su mente", junto a una oleada de energía en el pecho. Por otro lado, este lapso invita a realizar la difícil tarea de tomar el control de uno mismo en esa pequeña fracción de tiempo que separa la idea de actuar de la actuación de dicha idea.

El dominio del cliente sobre el escenario precedente

"Cuando me siento atraído por cosas gay, entonces pienso; 'OK. ¿Qué historia me estoy contando ahora mismo sobre mi situación?'".
un cliente adolescente

“Mi recuperación de la PMS requiere de un acto continuo de auto re-posesión”.
un hombre casado de 42 años de edad

“Mi mantra ahora es ‘evade la evasión’”
un estudiante universitario

“Cuando entré a la página gay, en cuanto entré en ella, me di cuenta de lo deprimido que me había sentido toda la semana”.
— un cliente adicto a la pornografía en internet

Etapas del autodomnio

Tras percatarse en repetidas ocasiones de sus respuestas corporales ante los distintos estados del “yo”, el cliente será capaz de anticipar sin la asistencia del terapeuta la tentación homosexual en el momento en que identifique sus señales internas. Con la práctica constante, el cliente desarrollará una mayor capacidad para evadir la actuación homosexual al lidiar de manera efectiva con los momentos vergonzosos en el momento en que éstos se presenten. De otra manera, los momentos vergonzosos le conducirán hacia la zona gris.

La falta de asertividad conduce a la actuación homosexual

Los clientes reportan que cuando están atrapados en la zona gris, la actuación homosexual les parece algo intenso, excitante y atractivo. Más tarde, cuando están viviendo en el estado asertivo, el comportamiento homosexual parece superficial y falso.

En la siguiente transcripción de una sesión podemos observar cómo se avanza a través del escenario precedente, comenzando por el momento en que el cliente comunica al terapeuta algunas tentaciones recientes.

Este hombre, un dentista de 47 años de edad, habla sobre cómo empezó a meterse en chats gay mientras se encontraba en un viaje de negocios. Siendo casado y tratarse de un judío conservador y muy dedicado, está muy comprometido con el bienestar de su familia y con su papel como cabeza de la casa, pero también está consternado por las tentaciones homosexuales que en ocasiones le abrumaban.

Él comienza la sesión identificando “esa compulsión en mis tripas” y, a través del trabajo corporal enfrenta la incapacidad que ha tenido para ser asertivo en su trabajo y en su casa.

T: OK., ¿podemos hablar de los sentimientos que tenías justo antes de tu actuación?

C: OK..., bueno, estaba solo y lejos de casa, en esta habitación de hotel. No tenía a nadie a quién rendirle cuentas. Estaba intentando conectarme con otros hombres, ya sabes —lograr una conexión.

T: ¿Una conexión?

C: (dudoso) Encontrar a alguien que viniera conmigo.

T: Para tener sexo.

C: Sí. Para tener sexo.

T: OK...

C: Es algo loco y autodestructivo. Muchas veces no me duermo hasta que ya casi es de madrugada y sé que ese día tengo una conferencia a las 7 de la mañana.

T: ¿Puedes dirigirte a la sensación en tu cuerpo?, ¿qué sientes dentro de ti que te lleva a necesitar una actuación?

C: Pues... aburrimiento. Pero también siento esta compulsión en mis tripas. Es un impulso; noto cómo se acelera mi pulso. Es como “el último ¡Hurra! antes de curarme”, como “sólo déjenme emocionarme un poco”.

T: Vamos a quedarnos con esto.

C: Hay aburrimiento, fatiga, pero una sensación de urgencia, algo así como “tengo que hacerlo”.

T: En el cuerpo...

C: Siento mariposas en el estómago, como “prepárate para salir al escenario —o algo peligroso”. No es necesariamente algo placentero.

T: ¿Qué no es “placentero”?

C: Hay un dolor, como una especie de excitación dolorosa.

T: ¿Dónde?

C: Mmmm... Donde se unen las dos costillas, en la parte inferior del esternón. Justo debajo de ese lugar.

T: ¿Y cuál es la sensación?

C: Un cosquilleo. No puedo describirlo de otra manera. (*larga pausa*)

T: Quédate con ese cosquilleo. Veamos a dónde se dirige. (*esperando*)

C: Una presión en el esternón, como si alguien estuviera oprimiendo mi pecho.

T: ¿Dónde exactamente?

C: Justo aquí. (*colocando la palma de su mano sobre el centro del pecho*)

T: Mmmm...

C: (*tras unos instantes*) Me siento vacío, incómodamente vacío.

T: ¿Cuándo has sentido esta misma incomodidad en el pasado?

C: Cuando no puedo poner mi vida en orden. Siento esto cuando no me estoy llevando bien con Molly.

T: ¿Qué tanto dirías que se trata de Molly?

C: (*parece triste y pensativo*) En parte.

T: ¿En qué sentido?

C: Su peso, su presencia. Somos como compañeros de cuarto. No la culpo. La he abandonado.

T: Mmmm... Bien, ¿cuál es la sensación?

C: Inadecuado. (*profundo suspiro*) Toda mi vida es totalmente lo contrario a lo que imaginaba que sería. El punto en el que me encuentro ahora en mi vida no es el que había previsto.

T: ¿Qué habías previsto?

C: Una familia grande y cercana a la tradición judía. Participando en los servicios del sábado. Una casa bonita y cómoda. Y orden... en nuestra casa no hay orden.

T: Quédate con ese sentimiento.

C: Impotente.

T: Impotente.

C: Siento odio contra mí mismo por no vivir una vida ordenada. Es una vida caótica.

Los niños van y vienen.

T: ¿Cenan juntos?, ¿Mollycocina?

C: Algunas veces. Pero la mayoría de las veces pedimos comida china. A veces pedimos comida china hasta cinco días a la semana, incluso dos veces al día. O si a alguien le da sed,

entonces maneja hasta el Seven Eleven para beber algo a las 2 de la mañana.

T: Dime, ¿cuál es el sentimiento?

C: Me siento impotente. Me siento impotente frente a mi propia desorganización. Tener una actuación homosexual es como mi mundo de fantasía, con el que evito sentirme abrumado por mi vida.

T: Sí...

C: Ya sabes, cuando estaba en la universidad era una verdadera desorganización. Nunca podía tener mis papeles en orden. Me sentaba a estudiar, y podía pasar más de una hora tan sólo para *estar listo* para estudiar. Fue ahí cuando empecé a tener actuaciones.

T: Entonces tu comportamiento homosexual era un regulador del afecto para ajustar tu desequilibrio emocional.

C: (*asiente*) Sí. (*pensativo*) Y, sin embargo, ¿sabes qué? Nunca tuve una actuación homosexual en la preparatoria. Ni una sola vez. Mi vida estaba estructurada de 9 de la mañana a 4 de la tarde.

T: ¿Entonces la estructura era la clave...?

C: Sí... estar estructurado me ayuda mucho. Siempre he intentado decirle a Molly que necesito estar en la cama a las 10 de la noche, pero ella nunca puede acallar a los demás en la casa para esa hora, y sigue siendo un caos hasta la madrugada. Es entonces cuando quiero ir a la computadora y hacer algo para calmar mi agitación, cuando tengo esa especie de dolorosa urgencia.

Otro cliente me decía:

“Me doy cuenta de que seguiré sufriendo de esta atracción al mismo sexo mientras siga evitando lidiar con los conflictos. El otro día sentí esa vieja sensación de encogimiento, como si me estuviera quedando hueco... de implosión, cayendo dentro de mí mismo. Luego pensé, ‘¡Ups!, conozco esta sensación y sé a dónde me va a llevar’. Ahora estoy decidido a no permitir que eso suceda”.

Abortar las expresiones de enojo cataliza la actuación homosexual

El cliente de la siguiente transcripción describe lo difícil que le resulta expresar su enojo de manera apropiada. (Tras un incidente en el que no expresó su enojo, como narra a continuación, se dirigió a una librería gay buscando tener sexo conalguien).

T: ¿Qué sucedió cuando intentaste confrontar a Tom, pues siempre se le olvida que tienen una cita pendiente?

C: Pues, lo intenté, pero no pude. Sabía que me sentiría culpable después de confrontarle y que acabaría ofreciéndole disculpas.

T: OK. Quédate con eso. ¿Qué quieres decir con que te sentirías culpable y que le ofrecerías disculpas?

C: Que si fuera directo con él entonces sentiría la presión de arreglarlo todo después. De golpe todo quedaría tranquilo entre los dos. Sólo habría sido un lapso desagradable en la conversación.

T: ¿Y cómo se sentiría eso?

C: El enojo que antes sentía sólo se derrumbaría por completo. No sería capaz de expresarlo —ni siquiera sería ya capaz de sentirlo.

T: *(repetiéndolo intencionalmente)* “el enojo sólo se derrumbaría por completo”, Sí... Puedo imaginarme el colapso del World Trade Center, cuando su centro simplemente explota y colapsa hacia su interior.

C: Sí, exactamente así... Sí.

T: *(en este preciso instante, percibiendo la conexión entre los dos)* ¿Entonces qué ocurre? Quédate con esa sensación.

(El cliente trata de alejarse, parece inquieto, mira alrededor suyo).

T: Ahora pareces irritado.

C: *(silencio)* Me siento inquieto.

T: Ésta es la parte difícil. *(pausa, lenta y suavemente)* Regresa a cuando “el enojo se derrumba por completo”. ¿Qué queda entonces?*(aguarda)*

C: *(calmándose, hablando despacio)* No queda nada sino tristeza. Estoy vacío por dentro. No tengo energía para expresarme.

(En este punto el terapeuta sintió que la interpretación era apropiada).

T: Dime si esto se ajusta a lo que estás sintiendo. Está esa ansiedad “hormigueante” en tu cuerpo, que te resulta familiar —el conflicto donde tu enojo se derrumba ante la expectativa de la desaprobación, que es la vergüenza— y luego te abandonas, te colapsas...

C: *(asiente)* Sí. Eso es exactamente lo que me pasa.

T: Te sientes impotente.

C: Así es. Y ahí es cuando empiezo a buscar tener sexo con alguien.

Sentirse menospreciado, entrar en la zona gris y pasar a la actuación homosexual

Will y su terapeuta discuten sobre una comida que recientemente tuvo con Tom, quien parecía indiferente. Como resultado de la indiferencia de Tom, Will se dio cuenta de que estaba en la zona gris.

C: *(su expresión facial denota que ha recordado algo significativo —el cambio afectivo propio del “momento ¡Aha!”)* ¡Oh, sí, ahora me acuerdo de lo que pasó antes! Después de que me despedí de Tom, al regresar al coche, me pasó por la mente tener una actuación homosexual. No lo hice, pero pensé en hacerlo.

T: ¿Por qué crees que haya pasado esto justo en ese momento, Will?

C: No lo sé.

T: Bueno, ¿cómo te sentiste en tu reunión con Tom?

C: Pues... me sentí un poco decepcionado, creo.

T: *(esperando)*

C: No pensé que su amigo fuera a estar ahí con él. Todo acabó siendo como... como si sólo estuvieran ellos dos, como si yo ni siquiera estuviera ahí. Sentí como si me hubieran excluido.

(En este momento el terapeuta hace que el cliente se concentre en ese conflicto, es decir, en “sentirse excluido”, dirigiéndole a través del proceso de los dos triángulo, para que pueda sentir y expresar en el presente el afecto guardado en su cuerpo de “sentirse excluido” (S/I) y lo pueda asociar con las relaciones del pasado (RP). Como suele ocurrir, el conflicto se sitúa entre la aserción y la vergüenza anticipatoria. El terapeuta apoya al cliente para que tenga una aserción plena y lo reta a representar dicho papel).

T: ¿Qué pudiste haber hecho de manera distinta?, ¿qué pudiste haber dicho que realmente representara cómo te sentías?

C: *(su aserción decae un poco)* Mmmm... *(dudoso)* Eso es difícil, porque estaban hablando y hablando.

T: ¡Vamos! Sólo dile lo que quieres decirle...

C: *(más animado, sentándose derecho, viendo de frente)* Pude haber dicho, “Mira, Tom, dijiste que íbamos a hablar sobre el viaje en coche a Baja. Eso nunca ocurrió, porque tu amigo —¡tuyo, no mío!— estaba contigo y ni siquiera nos acercamos a hablar del tema!”.

T: ¡Muy bien!

(El cliente siguió actuando su papel en la respuesta asertiva).

El momento de la envidia

Para ayudar a nuestros clientes a comprenderse mejor, les explicamos cómo el paso a la actuación homosexual no sólo ocurre como resultado de haber estado atrapados en la zona gris, sino también como consecuencia de un momento de envidia.

Conscientemente, el momento de envidia se experimenta como un momento de atracción sexual que no difiere de otros momentos de atracción sexual. Pero si bien se experimenta sin lugar a dudas como algo sexual, si lo analizamos más de cerca nos daremos cuenta de que lo que ocurre en el cuerpo revela algo mucho más complejo.

A diferencia de la decisión consciente de tener una actuación homosexual, en el momento de envidia el cliente se encuentra inesperadamente con una imagen masculina ideal que le atrae, y que parece golpearle, sacudirle o estremecerle. Al poner atención a su cuerpo, descubre que bajo la superficie de esta aparentemente instantánea atracción homosexual hay una sensación de intimidación. Así, observamos que la envidia es un tipo particular de momento vergonzoso. Cuando el terapeuta sensibiliza al cliente para que perciba esta experiencia en su cuerpo como un momento de envidia, esto da pie a que aumente su comprensión sobre los orígenes de la atracción al mismo sexo.

Los momentos de envidia contienen tres momentos distintos que se manifiestan en el cuerpo, seguidos uno del otro en una secuencia inmediata. Al percatarse de esto, un cliente describía su experiencia “como si fuera una máquina bien aceiteada, muy rápida, así: (golpeando su muslo rápidamente) un-dos-tres”.

Encuentro inesperado con una imagen homoerótica Distinto a la actuación homosexual

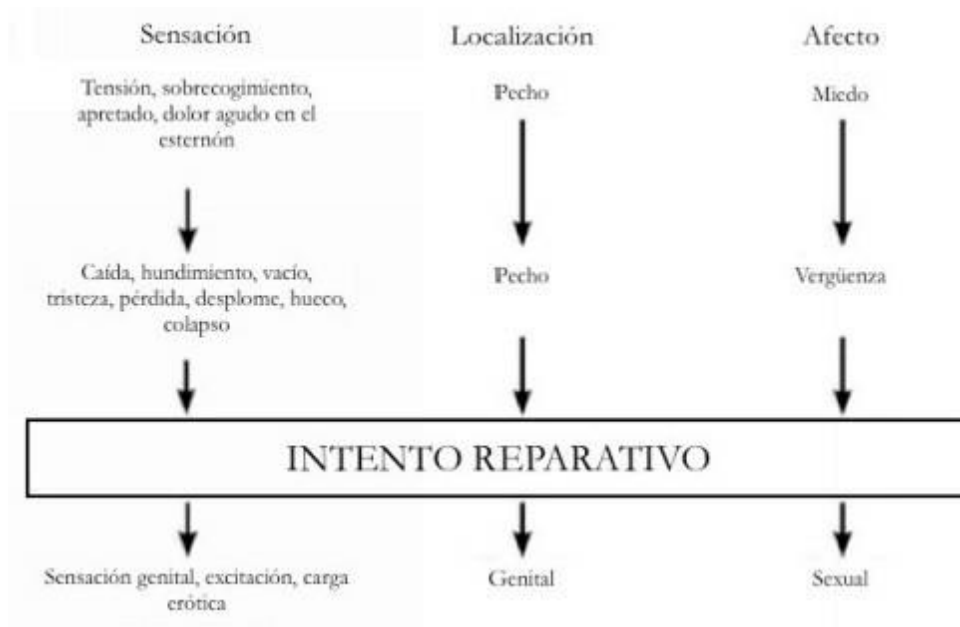


Figura 14.4. El momento de la envidia, una forma particular de momento vergonzoso

Primero ocurre un encuentro inesperado con la imagen homoerótica que provoca una sensación corporal en el área del pecho/esternón, y que ha sido descrita de diversas maneras como “apretando, aferrando, asiendo, o como un dolor agudo, como si fuera una puñalada”. Estas sensaciones se asocian con la emoción del miedo.

En segundo lugar observamos otra serie de sensaciones que son descritas como sentirse “cayendo, hundiéndose, vacío, tristeza, sentirse perdido, desplomado, hueco, un vacío en la parte baja del pecho, debajo del esternón”. Estas sensaciones se asocian con la sensación de la vergüenza.

Una tercer sensación sigue rápidamente a las anteriores, misma que generalmente se describe como una oleada en los genitales —una excitación, una carga erótica en el área de los genitales, y que se describe como si fuera “indudablemente sexual”.

Las dos primeras sensaciones ocurren tan repentinamente y son tan ajenas a la conciencia que pueden describirse acertadamente como inconscientes. En nuestra experiencia clínica muy pocos hombres se habían dado cuenta de estas dos emociones precedentes. Sólo cuando se ha apoyado al cliente durante las sesiones y se le ha enseñado a poner atención a sus memorias corporales (y con la práctica fuera de las sesiones cuando experimenta un momento de envidia), entonces es capaz de discernir el significado de esta experiencia que, aunque en apariencia sea sexual, realmente constituye un intento de reparación de la posturavergonzosa.

Recientemente el psicólogo y activista gay Daryl Bem, en un intento por explicar los orígenes de la atracción sexual, también vinculaba los momentos más tempranos de excitación sexual con momentos asociados al miedo (Bem, 1996). Pueden encontrarse muchos reportes similares en la literatura psicoanalítica más antigua (esto es, en estudios clínicos publicados antes de que fuera políticamente incorrecto hablar de estetema).

El significado del “golpe”

Si el cliente explora a mayor profundidad sus reacciones corporales durante el momento de envidia, descubrirá que bajo ese “golpe” erótico realmente subyace el deseo de lograr un mayor apego. Un hombre lo explicaba de la siguiente manera: “Cuando veo a un tipo atractivo, mi primera reacción es un impulso sexual. Pero si realmente lo pienso, mi deseo más profundo es, ‘me gustaría conocerlo; seguro que podría enseñarme sobre la masculinidad’ ”.

Otro ejemplo de esta auténtica necesidad subyacente es expresada a continuación por un cliente de 36 años:

“Anoche estaba manejando hacia casa. Delante de mí iban dos tipos en bicicleta, de unos veintitantos años. Al verlos empecé a tener pensamientos sexuales sobre ellos. Incluso llegué a imaginarme en un trío con ambos.

Luego me dije, ‘¡espera!, ¿qué estás haciendo?, ¿qué es lo que realmente te atrae?’ Me detuve y me di cuenta de que lo que quería era estar con ellos —ir con ellos en bicicleta— hablar con ellos y reírme.

Lo que realmente quería era ser uno de ellos. Nunca hice cosas así cuando tenía su edad”.

Recordado el momento de envidia en el cuerpo

El objetivo terapéutico será dirigir la atención del cliente de la erotización de los demás a la concentración en sí mismo. Esto es precisamente lo opuesto a lo que ocurre con su atención durante el momento de envidia, donde se pierde a sí mismo y sólo tiene ojos para los demás hombres.

El trabajo corporal reconecta al cliente con sus propias sensaciones corporales, haciéndole recordarlas tal y como ocurrieron en el momento en que se sintió atraído por otros hombres. Al mantenerse en contacto con su cuerpo, el cliente confirma a nivel subjetivo que estos deseos constituyen una distracción superficial con la que busca evadir los sentimientos negativos más profundos que tiene de sí mismo. Lo que originalmente interpretó como algo “sexual” posteriormente será comprendido como un momento de envidia erotizado.

El cliente comenzará a entender que el momento de envidia se refiere a la noción que tiene de poseer una inferioridad masculina. En otras palabras, la persona a la que momentáneamente idealizó representa para él un doloroso contraste con lo que él mismo es. Al percibir en otro hombre una representación de su ideal masculino, esto desata en él una sacudida que le recuerda la sensación de inferioridad que ha tenido durante toda su vida. Al sentir ahora en su cuerpo el miedo y la vergüenza, este hombre creará una fantasía homoerótica de reparación. Dicha fantasía neutraliza el humillante contraste entre él y el otro hombre, y le procura cierto alivio ante la desestabilización afectiva que dicha comparación generó en él.

Como un hombre lo explicaba:

“El poder de la imagen masculina es el reflejo de mi propia inadecuación. Él es un sorprendente recuerdo de lo que a mí me falta. El poder radica no tanto en lo que él es, sino

en lo que yo no soy. En ese momento puedo elegir entre buscar distraerme con lo que él representa o enfrentar la dolorosa realidad de lo que no soy”.

Generando la fantasía reparativa

Aquí plasmamos algunos comentarios de clientes que han logrado captar la fantasía reparativa de la que hemos estado hablando:

“Cuando veo a un tipo que me atrae, se convierte en un objeto —en otra cosa que me excita. Yano es una persona, sino un catalizador para mi imaginación”.

“Cuando veo a alguien que me prende, mi corazón se encoge —hay una tensión en mi corazón, un nudo intenso y doloroso que permanece ahí sin ceder.

Yo soy el espejo o imagen negativa de lo que él es. Él es el reflejo de mi “yo” infeliz”.

“Pienso, ‘nunca podré ser [tan masculino] como él. Nunca podré sentir eso [su naturaleza masculina] en mí’. Esta creencia es la que determina la intensidad de mi atracción”.

“Cuando peor me siento conmigo mismo, más atractivos se ven esos tipos. Pero también, cuanto más desmenuzo la atracción hasta sus elementos tangibles, y comprendo que estos elementos encajan con mis experiencias pasadas, entonces me siento menos controlado por la atracción a otros hombres”.

Con el autoconocimiento y la práctica, los clientes pueden percibir su vulnerabilidad en los momentos de envidia antes de que éstos ocurran. Un hombre decía lo siguiente:

“Me está yendo bien —pero me conozco. Cuando me quedo solo y me encierro en la zona gris, pienso, ‘¡Caray, veamos si puedo encontrarme a mí mismo en ese tipo!’.

Pero luego me doy cuenta y digo, ‘¡Hey!, esto no es lujuria, esto es realmente envidia y miedo. OK. —es momento de reprogramar’ ”.

Algunos clientes afirman que les ha ayudado tener un compañero al cual rendirle cuentas en los momentos en que se encuentran entre la ideación de una actuación y la actuación en sí:

“Tiene que ser en ese preciso instante —digo, literalmente tengo que interrumpir lo que esté haciendo, agarrar el teléfono, hacer una llamada y salir de ese lugar tan pronto como pueda.

Tengo que conectarme con alguien que me conozca —alguien con quien pueda ser sincero. Esa persona me escuchará y me permitirá realizar un doble giro para que yo pueda salir de la zona gris”.

El momento de envidia: un conflicto entre la aserción y la vergüenza

Para cada cliente existirán algunos rasgos físicos y de personalidad que él no posea y que le resultan atractivos en los demás. Cuando se le pide que describa esas cualidades de masculinidad a las

que se siente sexualmente atraído, el cliente suele decir algo parecido a esto: “Me siento atraído por un tipo que tenga seguridad en sí mismo, que tenga confianza, que tenga muchos amigos y sea popular, que sea autosuficiente, que tenga todo bajo control, alguien que ‘sepa quién es’”.

Si luego se le pregunta, “¿qué te gustaría mejorar en ti?”, generalmente dirá: “Si tan sólo fuera más audaz, tuviera una mayor autoestima, más confianza en mí mismo...”

Los clientes sienten una fascinación inmediata por este tipo de rasgos, pues desde que eran niños han cargado con recuerdos de inferioridad masculina. Sin embargo, cuando los clientes rastrean e identifican en su infancia los orígenes que detonan esta atracción, la carga erótica también disminuye. Aquí tenemos un ejemplo:

C: Recuerdo claramente cuando tenía diez años —cuando supe por primera vez que era gay.

T: Cuéntame de eso.

C: Pues recuerdo cuando estaba en la escuela que una vez tomamos un atajo a través del gimnasio para ganar tiempo. Pasamos por los cambiadores y vi a un tipo saliendo de la regadera. Estaba mojado y desnudo —¡Wow! Entonces sentí atracción sexual por él.

T: Espera un momento. Vamos a revisarlo nuevamente. Dime exactamente lo que pasó.

(El cliente reflexiona profundamente sobre ese momento particular, tal vez por primera vez en su vida. Después de un rato vuelve a hablar).

C: Cuando vi a ese tipo pensé, “¡Wow, quisiera ser él!”

Durante su infancia este niño había sido delicado, enfermizo, padecía de asma y su madre siempre estaba encima de él. Lo que él había llamado “sexual” desde los diez años realmente había sido una penetrante respuesta visceral de envidia por una imagen masculina idealizada —sin embargo, esta experiencia recibió un significado totalmente distinto cuando se etiquetó a sí mismo como “gay”.

En la siguiente transcripción, un estudiante de intercambio universitario habla sobre sus sentimientos:

C: Estaba sentado en la sala de computación cuando me di cuenta de que estaba viendo a un tipo. Me di cuenta de que me le había quedado mirando un par de veces. Así que intenté aplicar lo que me has estado diciendo. Fui a mi cuerpo y me pregunté qué estaba sintiendo. Me di cuenta de que sentía debilidad en mis piernas (*ligera risa*) Parece que siempre siento cosas en mis piernas.

(Este es un ejemplo de cómo el terapeuta debe aceptar y apreciar lo que cada cliente siente en particular).

T: OK. Háblame de eso.

C: Débil... una sensación de temblor y nerviosismo con la que me di cuenta de que en general me estaba sintiendo inseguro, incierto —una sensación de falta de confianza.

T: ¿Y de qué manera influyó darte cuenta de lo que estaba pasando en tu cuerpo con la atracción que estabas sintiendo por ese tipo?

C: Pues, como que lo puse todo en contexto. Digo, (*ligera risa*) sentí más curiosidad por mí mismo

y mi propio cuerpo que por él.

T: OK. ¿Puedes recordar alguna vez que hayas tenido esta misma sensación en tus piernas?

C: *(pensándolo un momento)* Mmmm... Pues, recuerdo cuando trabajaba en un restaurante...

T: ¿Cuántos años tenías?

C: Como 21 o 22. Y tenía problemas para conectarme con otros tipos, con clientes que tuvieran mi edad. Me costaba verles a los ojos.

T: ¿El sentimiento era el mismo?

C: La misma debilidad en mis piernas, me acuerdo de eso. Entonces ponía mi cara de “vamos al grano”, pero no podía ser genuino, sincero. *(pausa, se queda pensando)* He avanzado mucho comparado con ese entonces.

T: *(pasando al rol de maestro-mentor)* Revisemos qué has conseguido. En el momento en que te diste cuenta de que te habías quedado mirando a ese tipo, lo que esto te indicó fue que debías cambiar tu atención de él hacia ti —de la extroversión a la introversión— y te diste cuenta de que tus piernas se sentían débiles y temblorosas, y sabes que eso significa que sientes inseguridad e incertidumbre.

C: Sí.

T: Entonces eso cambió tu perspectiva sobre ese tipo.

C: Bueno, lo puse en un contexto diferente. Luego él me importó menos.

T: Sí. Y fuiste capaz de recordar que ya habías sentido esta misma debilidad en tus piernas hace algunos años, cuando tenías una mayor inseguridad de ti mismo.

C: Sí. Entonces me quedó claro que la PMS me sirve como una forma de distraerme para evadir mi sensación interna de debilidad. Más que tratarse de aquel tipo, se trataba más bien de un escape a través de la fantasía.

La resolución del momento de envidia

Otro hombre resumía lo que pensaba sobre la resolución del momento de envidia de la siguiente manera:

“Cada vez soy más consciente de que estoy pasando directamente del miedo al sexo — primero, siento una tensión en mi plexo solar y después siento la excitación en la entrepierna. Ahora son muy contadas las veces que lo siento primero en la entrepierna —de hecho, muy rara vez.

En el pasado, el miedo y la excitación sexual ocurrían tan seguidos que jamás podía discernirlos. Sin embargo, ahora puedo percibir una separación muy evidente entre los dos.

*Y, hablando francamente, sé que cuando siento miedo voy a intentar que se despierte una respuesta en mi entrepierna. *(se ríe)**

Pero ahora que sé lo que sé ya no es tan divertido masturbarme. Siento que tengo que esforzarme más para poder mantener la imagen en mi cabeza”.

Estar consciente de uno mismo trae consigo un mayor poder personal

La creciente capacidad de cada cliente para permanecer consciente de sí mismo se refleja en una mayor sensibilidad para percatarse de los procesos que ocurren en su interior en el preciso instante

en que estén ocurriendo.

El trabajo corporal no sólo facilita el recuerdo de memorias somáticas relacionadas a los eventos críticos que conducen a la actuación homosexual, sino que también sensibiliza al cuerpo para que éste pueda anticipar y responder a todo conflicto entre la aserción y la vergüenza en el futuro.

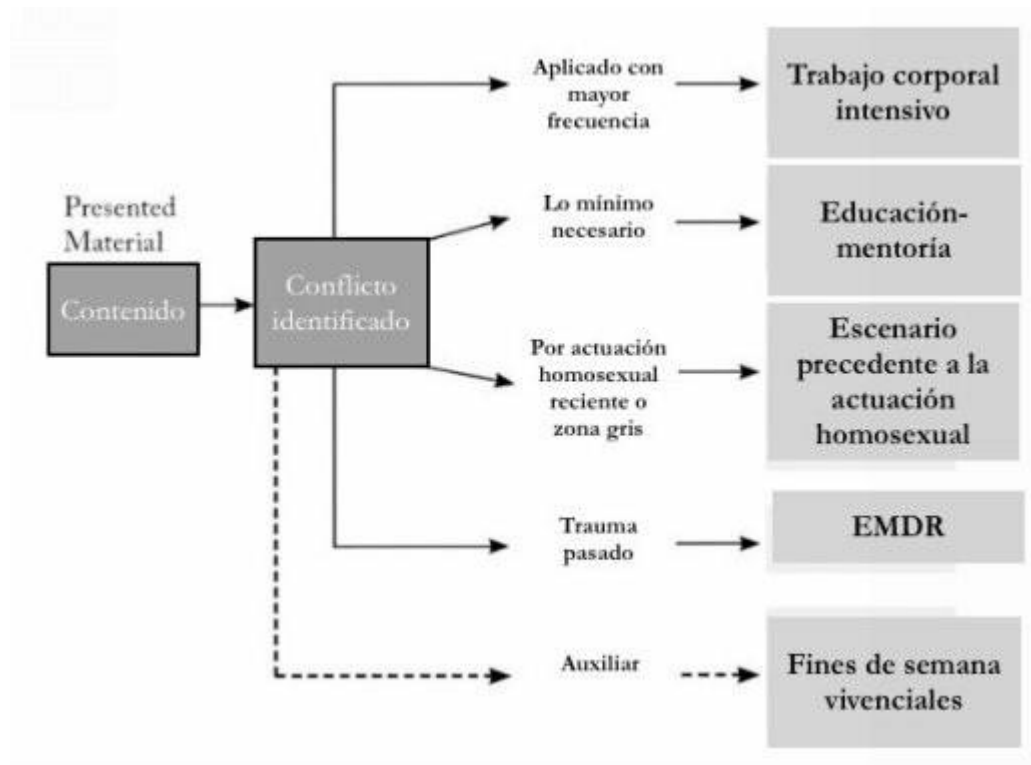


Figura 14.5. Modalidades básicas de intervención

CAPÍTULO 15 LLEVANDO UN DIARIO

“También podría fijarme en lo que ha estado pasando. He estado huyendo de mí mismo durante demasiado tiempo”.

— un cliente en su primera sesión

Llevar un diario constituye un recurso poderoso con el que todo hombre puede confrontar y examinar las ilusiones narcisistas y las distorsiones basadas en la vergüenza que le conducen a sus comportamientos de autoderrota. A través de su diario el cliente también contará con una perspectiva general de la trayectoria y avances en su progreso. Esto será particularmente útil durante aquellas fases inevitables en las que el cliente se sienta desorientado o desalentado, momentos en los que podrá consultar sus anotaciones previas para apreciar el progreso que ha logrado hasta ese momento.

Como la gran mayoría de los hombres en terapia reparativa tienden a estar demasiado preocupados por lo que los demás piensen de ellos, pueden verse tentados a dirigir su diario a una audiencia imaginaria. Un hombre admitió que pensaba que “escribir mi diario en sí se ha convertido en una actuación teatral”. A clientes como éste ha de recordárseles desde el inicio de su proceso que no hay nadie a quien impresionar, nadie de quien tengan que obtener aprobación. Si están escribiendo es sólo para que puedan comprenderse a sí mismos. Desde luego, este diario no está diseñado para estar siendo mostrando a los demás.

Llevar un diario ayuda a los clientes a poner atención a sus sentimientos, a sus sensaciones corporales y a sus pensamientos, y también les permite integrar cognitivamente sus experiencias subjetivas. Pero, sobre todo, enseña al cliente a tomarse a sí mismo con seriedad.

A estos hombres suele resultarles difícil detenerse y darse un momento para concentrarse en sus sentimientos más profundos. Es más, muchas veces este proceso les parece una agonía, precisamente porque implica una confrontación personal. Un hombre describía su experiencia con el diario como “un lugar tremendamente incómodo. ¡Sentarte y escribir! Cuando lo intenté por primera vez, mi letra estaba apretada y escribía muy despacio. Luego necesité cambiar de plumas. No estaban deslizándose, no se estaban moviendo lo suficientemente rápido. Buscaba cualquier mínima excusa para no tener que sentarme y encontrarme conmigo mismo”.

Muchas veces los clientes se preocupan de que al escribir un diario tengan ahora el compromiso de realizar anotaciones diarias. Sin embargo, más allá de su adherencia estricta a un horario para escribir, lo más importante es el diálogo que mantenga consigo mismo, con el que estará transformando las vagas impresiones e introspecciones que tenga de sí mismo hasta poder dotarlas de una forma tangible. Por otro lado, el compromiso para ir siendo más consciente de sí mismo al poner por escrito sus experiencias reforzará a su vez el compromiso con su crecimiento personal. Además, el uso del diario impulsará al cliente a reflexionar cuidadosamente sobre sí mismo en torno al momento crítico del escenario precedente a la actuación homosexual.

Reflexiones desestructuradas

Con el paso del tiempo, el cliente se dará cuenta de que cuando se compromete a escribir un diario su progreso será más rápido. Un hombre lo admitía diciendo: “No estoy escribiendo en mi diario, aunque sé que debería hacerlo. De hecho, sé que no estoy bien por el hecho de no estar escribiendo en mi diario”.

Si bien llevar un diario siempre es terapéutico, hay algunas ocasiones en que escribir los pensamientos y sentimientos personales resulta particularmente valioso: (1) inmediatamente después de la sesión de terapia, (2) durante o inmediatamente después de un evento “irritante” o un momento vergonzoso, particularmente si éste forma parte del escenario precedente a la actuación homosexual, y (3) después de la actuación homosexual.

Para muchos hombres el diario constituye una rara oportunidad para dialogar consigo mismos sin la intervención de otra persona. Para algunos representará la primera ocasión en que evalúen su comportamiento para “hacer un doble giro con el “yo””, libres de interferencias externas y juicios. Esto será de particular importancia para aquellos hombres que hayan estado expuestos a una influencia parental intrusiva y manipuladora.

Además de las anotaciones hechas más o menos a diario, el cliente también debería escribir un resumen mensual como una forma de disciplina terapéutica adicional. Este resumen podría revelar cuestiones y situaciones que se hayan pasado por alto.

Reflexiones estructuradas

Además del formato desestructurado que describimos previamente, a continuación presentamos otro método para llevar el diario —basado en el trabajo de Albert Ellis sobre la terapia racional-emotiva— y que también podría ser de utilidad. Consiste en cinco preguntas breves que uno mismo se pregunta tras un evento molesto: (1) el evento, (2) la reacción, (3) las suposiciones, (4) la evaluación y (5) el resumen.

Siguiendo este formato se le pueden dar las siguientes instrucciones al cliente:

El evento: primero, reporta el evento que te molestó. Describe a detalle lo que realmente ocurrió. Especifica quién hizo (o dijo) qué y a quién. Sólo escribe hechos.

La reacción: describe detalladamente tu reacción interna ante el evento. Incluye todas las emociones que hayas sentido, como enojo, dolor, depresión, haber sido ofendido, vergüenza —incluyendo tus estados de ánimo y tus sensaciones corporales. También describe tus opiniones, ideas, impulsos y necesidades. Incluye tu comportamiento: ¿qué hiciste, qué dijiste, cómo actuaste al reaccionar al evento? Considera la extensión y la intensidad de tu reacción. ¿Qué tan exagerada o extrema fue tu reacción emocional frente al evento?, ¿qué tan hiper-reactivo fue tu comportamiento?

Las suposiciones: ¿qué suposiciones hiciste sobre los eventos?, ¿qué te dijo el evento?, ¿por qué el evento generó semejante reacción en ti?, ¿cómo entendiste el evento?, ¿qué significado tuvo el evento para ti y por qué te molestó?, ¿qué juicios de interpretación, presunciones y expectativas hiciste del evento que causaron tu reacción?

La evaluación: haz una evaluación de tus asunciones sobre el evento. Evalúa tus asunciones en términos de realidad —el modo en que la vida es realmente. Luego critica tus asunciones en términos de toda expectativa (irracional) que puedas tener sobre la vida, sobre los demás o sobre ti mismo. Aplica el pensamiento racional para confrontar estas asunciones. Critica tus interpretaciones racionales y busca si existen juicios emocionales. Deberías cuestionarte cualquier valoración, creencia o actitudes que pudieras haber tomado de manera poco realista como si fueran verdaderas. Evalúa el modo en que tus creencias y actitudes generaron tus reacciones.

Posteriormente contrasta tus asunciones con estos dos criterios: *ilusiones* y *distorsiones*. Como se dijo anteriormente, las *ilusiones* son asunciones basadas en el narcisismo que incluyen creencias positivas y poco realistas sobre lo que puede esperarse de la vida. El narcisismo es la fuente de las ilusiones que nos dicen que el mundo, los eventos y la gente satisfarán nuestras necesidades únicas. Pon especial atención a las expresiones “debería”, “convendría”, “debe”, “necesita” y “tiene que”. Considera si tienes expectativas grandiosas, si te has otorgado derechos personales, o cualquier consideración especial que te haga creer que “te pertenece” o que “lo mereces”.

Por otro lado, las *distorsiones* son asunciones basadas en la vergüenza — creencias negativas y poco realistas sobre lo que puedes esperar de la vida. La vergüenza es la fuente de tus distorsiones. “La gente no me respeta, no me ama, no me valora. No me ocurren cosas buenas”. Considera los modos en que minimizas tus expectativas, niegas tus necesidades, evitas la aserción y excusas a los demás. Revisa el modo en que evalúas las motivaciones de los demás, basándote en tu anticipación al rechazo, las críticas, las decepciones y las humillaciones.

El resumen: escribe un breve resumen que incluya una síntesis de los cuatro puntos anteriores, así como aquello que hayas aprendido sobre ti mismo.

Escuchar al cuerpo y comprender sus mensajes

Ya sea que el cliente decida llevar su diario usando sólo reflexiones estructuradas libremente o apoyándose en el formato de los cinco pasos, la meta seguirá siendo la misma: aplicar los principios de la realidad a sus suposiciones inconscientes. Esto le dará la oportunidad de evaluar de manera realista sus ilusiones basadas en el narcisismo y sus distorsiones basadas en la vergüenza, pues éstas han controlado el modo en que reacciona emocionalmente ante las situaciones de la vida real. Al escribir un diario el cliente comenzará a discernir lo que está sucediendo dentro de él mientras mantiene una relación de los sucesos conforme vayan ocurriendo.

Un hombre reportaba que “llevar un diario no hizo que el dolor se fuera, pero me ayudó a tolerarlo. El cambio no fue de ‘dolor’ a ‘no más dolor’, sino de ‘quiero huir del dolor’ a ‘puedo permanecer en el dolor’. Sentir el dolor se siente *real*; cuando siento el dolor, yo me siento *real*”.

Por tanto, llevar un diario ayuda a los clientes a prestar atención a sus sensaciones corporales, a sus pensamientos y a sus sentimientos, mientras simultáneamente integran su significado y se sienten exhortados a considerarse seriamente a ellos mismos y a sus sentimientos.

CAPÍTULO 16

CONSEJERÍA PARA LOS ADOLESCENTES

Cada año nuestra clínica recibe numerosas llamadas de padres preocupados por sus hijos adolescentes. Sus llamadas suelen deberse a que acaban de descubrir algo que les ha impactado, como haberse dado cuenta de que su hijo visitaba páginas web de pornografía gay. Esta revelación conduce generalmente a que la familia tenga una discusión que ha pospuesto durante mucho tiempo y en la que se enfrentan con los problemas de la identidad sexual que está desarrollando su hijo. La discusión suele culminar con los padres llevando a su hijo a terapia.

Cuando les dejamos en claro directamente a los padres cuál es nuestra visión sobre la PMS, disminuye la ansiedad que tenían hacia el proceso terapéutico y les invitamos a que eviten presionar a su hijo a cambiar. No estamos simplemente apoyando que el niño haga suyo el estilo de vida que escoja: la falsa afirmación de muchos terapeutas que sostienen que están operando con “neutralidad terapéutica” cuando se enfrentan a temas como éste, tan cargados de valores, termina efectivamente frustrando a los padres. Ya en la práctica ésta no es ni siquiera una filosofía factible, mucho menos una afirmación honesta. En pocas palabras, creemos que los padres merecen cierta seguridad sobre la dirección que la agenda terapéutica vaya a tomar.

En la primera sesión se le informa al cliente adolescente sobre nuestra visión de la PMS, y le hacemos saber que diferimos de la corriente general prevalente en las asociaciones psicológicas. Con esto en mente, intentamos establecer una alianza de trabajo.

Sólo un porcentaje muy pequeño de aquellos adolescentes que hayan sido forzados por sus padres a ir a terapia continuarán con el tratamiento. Ahora bien, aunque no lleguemos a establecer una alianza terapéutica, estas sesiones brindarán al adolescente la oportunidad para considerar el posible papel que pudieron tener sus experiencias de la infancia en la configuración de su atracción actual, y también podrá oír algo que muy probablemente no hubiera podido escuchar en ningún otro lugar.

Las características necesidades de los jóvenes de entre 13 y 20 años de edad requieren estrategias específicas de intervención. [Para los niños menores de 13 años optamos por un abordaje distinto, en el que damos consejería a los padres, como se detalla en *A Parent's Guide to Preventing Homosexuality* (Una guía para padres sobre cómo prevenir la PMS)]. Algunos retos particulares a los que se enfrentan los varones adolescentes incluyen: un compromiso ambivalente con la terapia; intensos sentimientos sexuales; la inestabilidad de su identidad personal; gran susceptibilidad a la influencia de los medios, sus compañeros y la cultura popular; la desconfianza en la autoridad de los adultos; el narcisismo propio de los adolescentes; una postura de rebeldía; el pobre control sobre sus impulsos; una imperiosa necesidad por aprender a través de la experiencia; una noción incierta sobre la moralidad y una gran vulnerabilidad ante la influencia de las páginas web gay, especialmente a la pornografía gay. A todo esto hemos de sumar la típica dificultad que tienen los adolescentes para mantener un compromiso disciplinado.

A pesar de todos estos retos, no dejamos de sorprendernos por los contados casos en los que un adolescente tiene la suficiente claridad y decisión para vencer su atracción al mismo sexo.

Confidencialidad

La cuestión de la confidencialidad es particularmente importante cuando trabajamos con adolescentes, y exige que el terapeuta se mantenga constantemente sensibilizado para mantener una privacidad inflexible dentro de la atmósfera de trabajo. No obstante, también han de mencionarse los límites legales de la privacidad, indicando que el terapeuta tiene la responsabilidad de informar a los padres sobre los comportamientos autodestructivos y actividades sexuales peligrosas en que el adolescente podría estar incurriendo.

Es frecuente que los padres intenten romper los límites de la confidencialidad, pues ven al terapeuta como si se tratara de un agente al que están pagando para que “arregle a su hijo”. Podrían incluso estar esperando reportes clandestinos sobre el progreso de su hijo.

En la primera sesión debemos informarle al cliente que si bien sus padres le han pedido que considere la posibilidad de cambiar su sexualidad, nosotros debemos acordar desde el principio que él no será manipulado en esa dirección. En última instancia, las decisiones que tome para su vida deberán ser suyas, y se le recuerda que si llegara a sentirse manipulado o juzgado de manera negativa puede tratar dicho problema directamente con el terapeuta. Lo reitero, “Regla número uno —nunca estés de acuerdo con algo que yo diga, a menos que realmente te haga sentido”.

También durante la primera sesión le será útil al terapeuta explicarle al adolescente que no entrará en detalles con sus padres sobre las sesiones, si bien tendrá que darles un reporte general sobre su progreso. Ya en la práctica esto es lo que más tranquiliza a los padres. Sin embargo, para evitar problemas, el terapeuta deberá primero aclarar al adolescente lo que éticamente puede y no puede decirle a sus padres sobre sus sesiones.

La importancia de un hombre significativo

Para compensar su susceptibilidad a las influencias de la cultura popular (televisión, películas e internet), el adolescente requerirá de un apoyo adicional aparte de la psicoterapia, donde lo más importante será que dicho apoyo provenga de un hombre significativo. Un “hombre significativo” se define como un hombre que sea percibido por el cliente como alguien fuerte y benevolente. La necesidad terapéutica de un hombre significativo es importante en la vida del cliente es de radical importancia. Los hombres que comprenden, aceptan y activamente apoyan los esfuerzos del adolescente por cambiar muchas veces representan el factor más importante que determinará si el resultado terapéutico será o no positivo.

Lo que originalmente intentamos fue conectar al cliente adolescente con otros adolescentes en tratamiento; sin embargo, dicha estrategia demostró que los jóvenes eran demasiado susceptibles a la tentación sexual y que no eran capaces de ofrecer sabiamente su apoyo y su guía. Lo que ahora buscamos son hombres maduros que sirvan como mentores, consejeros o entrenadores, mientras que para los adolescentes más maduros buscamos amigos heterosexuales que se conviertan en una especie de hermano mayor para ellos. Lo más importante es que representen la figura del padre.

El constante rol del padre

A diferencia del cliente adulto, cuyo padre puede ya tener edad avanzada, haber muerto o

estar residiendo en otro lugar, en el caso del adolescente es bastante probable que el padre siga viviendo en casa y que pueda participar en la terapia de su hijo. Hasta donde nos sea posible procuramos incluir al padre en el proceso terapéutico.

Deberá llevarse a cabo una evaluación crítica para determinar la disponibilidad emocional del padre. Sus limitaciones psicológicas determinarán en qué medida pueda participar activamente en el proceso de cambio de su hijo —esto es, hasta dónde pueda responder a las necesidades emocionales de su hijo. Dicha evaluación también determinará en qué medida el adolescente tenga que aceptar (y dolerse) por la indisponibilidad de su propio padre.

Cuando la disponibilidad del padre sea apropiada, las sesiones diádicas entre el padre y el hijo pueden ser útiles para crear un nivel más profundo de comunicación. En las sesiones de esta índole el terapeuta estará escuchándolos en términos de dobles dilemas y dobles giros. Las sesiones donde participen padre e hijo juntos ayudarán tanto al cliente como al terapeuta a evaluar de manera realista el potencial del padre para responder a las necesidades de su hijo.

Exponer versus imponer

Si el adolescente no concuerda con la visión que el terapeuta tenga sobre la PMS, entonces lo que fundamentará la alianza de trabajo simplemente podrá ser esto: “estar de acuerdo en estar en desacuerdo”. En otras palabras, el terapeuta *expondrá* su *visión* sobre la PMS, pero no *impondrá* la dirección del tratamiento para el cliente. Ya hemos explicado que consideramos la atracción homosexual como una adaptación a ciertas privaciones emocionales tempranas, y que los esfuerzos por compensar (reparar) dichas privaciones es, en nuestra opinión, lo que explica la mayor parte de los casos de atracción al mismo sexo. Además, también le explicamos al cliente que la experiencia correctiva del presente puede disminuir dicha atracción.

Es importante recordar que, debido a que muchos clientes con atracción homosexual se han sentido anteriormente traicionados en sus relaciones, éstos pueden llegar a ser extremadamente desconfiados y se mantendrán alerta ante cualquier indicio de manipulación. Esto será particularmente cierto en el caso de los clientes adolescentes, quienes estarán negociando con un adulto durante la terapia. Cuando el terapeuta expone abiertamente sus creencias en torno a la PMS estará evitando imponer secretamente sus propias ideas y, al mismo tiempo, le dejará claro al cliente que él también es libre de expresar y sostener su propia opinión.

El auto-etiquetamiento como “gay”

Para un adolescente que se resiste al cambio, la adopción de una identidad gay puede servirle como una estrategia para distanciarse del terapeuta. La auto-designación como gay puede operar como un doble dilema que compromete al terapeuta, pues éste será ahora considerado como un contrincante intelectual y, consecuentemente, ocurrirá un distanciamiento emocional.

El adolescente tal vez ya haya descubierto que recurrir a la defensa gay puede neutralizar la influencia de sus padres. El terapeuta debe evitar la discusión y, en lugar de intentar convencerle, puede concentrarse en hablar sobre la experiencia personal del adolescente y escucharle para identificar algún conflicto entre la aserción y la vergüenza.

Empezar y terminar con su experiencia: el conflicto entre la aserción y la vergüenza

El alto grado de narcisismo, tan común entre los adolescentes, hará que la intervención del terapeuta se mantenga muy cercana a las experiencias inmediatas del adolescente. Típicamente, el marco de referencia personal del adolescente debe constituir tanto el inicio como el final de cualquier intervención. Esto significa que no nos enfocaremos principalmente en la cuestión de si “es” o “no es” gay, sino que, más bien, analizaremos el desarrollo de la persona confiada, asertiva, masculina y fuerte que desea ser —venciendo al falso “yo” que da lugar a los sentimientos de intimidación, inhibición, falta de masculinidad y una vergüenza encubierta.

En el contexto de la terapia reparativa es fundamental que el adolescente comprenda que la PMS es un síntoma del conflicto entre la aserción y la vergüenza. Incluso si la meta acordada en terapia no es el cambio de la PMS ni tampoco el reforzamiento del etiquetamiento gay autoimpuesto por el adolescente, el terapeuta puede concentrarse en ayudar al adolescente a resolver sus problemas cotidianos, pues éstos muchas veces incluyen problemas interpersonales que revelan conflictos entre la aserción y la vergüenza. El cliente no tardará en descubrir que muchas de sus necesidades de aserción son en realidad expresiones directas o indirectas de sus impulsos masculinos. Es recomendable que se le explique esto claramente desde la primera sesión.

El terapeuta debe entender que aunque el cliente se identifique a sí mismo como gay, el hecho de apoyar la aserción de su “yo” disminuirá su atracción homosexual. Todavía más importante será que, independientemente de que haya o no un cambio en la orientación sexual como resultado de la terapia, a fin de cuentas la relación terapéutica auténtica con el terapeuta —un hombre significativo que lo respeta, valora y comprende— beneficiará al cliente.

Para un adolescente, los problemas de identidad sexual suelen confundirse con problemas más amplios de identidad y competencia personales: “¿quién soy?” es la pregunta que se repiten constantemente durante las primeras sesiones. La adolescencia es una etapa de crecimiento dinámico tanto físico como emocional, y también una época en la que se transforma la identidad personal. Es un tiempo para la absorción y la integración de los valores de los compañeros, los padres y la cultura popular. El principal reto al que se enfrenta el adolescente será desarrollar un sentido propio como persona autónoma dentro de la sociedad.

El adolescente que se encuentra en conflicto con sus sentimientos sexuales ahora deberá enfrentar sus problemas directamente. A mediados de la adolescencia, el individuo ya no puede evitar los conflictos eróticos que ha suprimido o negado. Es en este momento donde podría comenzar a experimentar con los chats gay en internet, la pornografía y líneas calientes, pero también eventualmente podría verse involucrado en comportamientos homosexuales en búsqueda de su identidad sexual.

La identidad gay como una moda

En la cultura actual muchas veces se exhorta activamente a los adolescentes a cuestionar su sexualidad e incluso se les invita a que la pongan a prueba. En una ocasión, un psicólogo escolar me comentaba que el número de adolescentes que lo buscaban reportando una crisis de identidad sexual se había duplicado en el transcurso de un año. Muchos otros consejeros en las escuelas reportan haber observado un número creciente de estudiantes que creían ser bisexuales u homosexuales.

Nuestra práctica clínica también refleja una mayor proporción de jóvenes adolescentes que se cuestionan sobre su orientación sexual. Cada vez son más los adolescentes de entre 13, 14 y 15 años que anuncian a sus padres que son gay. La transición, que solía ocurrir después de los 20 años, e incluso en edades más avanzadas, ahora está ocurriendo durante la adolescencia temprana e intermedia. Más y más adolescentes están “saliendo del clóset”, declarándose ante sus amigos y padres. Esto se debe sin duda a la mayor presencia que actualmente tiene la identidad gay como algo “de moda” y manifiestamente contracultural.

A pesar de que el internet es una excelente herramienta educativa, también ofrece un fácil acceso a la pornografía y a la desinformación del activismo gay. Desde el comienzo de la terapia recomendamos a los padres que consideren añadir filtros a su servidor de internet, y que le informen de antemano al adolescente que, como padres responsables, harán inspecciones regulares del historial de las páginas que hayan visitado.

Los adolescentes siempre han disfrutado provocando a las generaciones adultas, particularmente cuando pueden vincular su rebelión con una lucha por la libertad, la autodeterminación y la justicia a favor de una minoría desfavorecida.

Una serie de estudios muestra que los jóvenes que están lidiando con la PMS sufren de un mayor nivel de problemas psiquiátricos y comportamientos autodestructivos a comparación de los jóvenes heterosexuales, entre los que figuran intentos de suicidio y el abuso de drogas y el alcohol. el abuso de drogas y alcohol.¹ Un estudio reciente encontró “evidencia convincente” de que los jóvenes gay y bisexuales presenta índices más elevados de desorden de ansiedad generalizada, depresión mayor, ideaciones suicidas e incluso de dependencia a la nicotina (Fergusson *et al.*, 1999). Los niños afeminados en particular sufren mayores niveles de problemas psiquiátricos, que incluían una profunda sensación de inferioridad.

Cuando estos estudios son considerados como un todo, también queda claro que un adolescente que se identifica como gay tiene un mayor riesgo de infectarse de VIH y otras ITS's (infecciones de transmisión sexual), así como de sufrir problemas psiquiátricos entre los que figura la ideación suicida y comportamientos autodestructivos como el consumo de drogas, el abuso de alcohol y la prostitución. Aunque el acoso y las burlas de los compañeros (que obviamente ocurren y pueden llegar a ser verdaderamente crueles) constituyan un factor contribuyente, ninguna investigación ha demostrado aún que estos alarmantes problemas psiquiátricos entre los adolescentes identificados como gay se deban exclusiva e incluso principalmente a dicha marginalización por parte de sus compañeros.

Creemos que el mayor índice de problemas de la salud que tienen los jóvenes con orientación homosexual refleja no sólo sus desventajas sociales, sino también problemas intrínsecos de la condición homosexual.

Los activistas que implementan “programas para tener escuelas seguras” en las escuelas públicas muchas veces reciben apoyo al citar altos índices de intentos de suicidio entre los adolescentes confundidos con su sexualidad. De acuerdo a dichos programas, el problema de los intentos de suicidio sólo podrá solucionarse cuando la sociedad apruebe la PMS. Sin embargo, el hecho de que los índices de estos problemas psiquiátricos *no disminuyan* en las ciudades que simpatizan con el ambiente gay,

como San Francisco, ni en los países con una gran tolerancia ante los gay, como Holanda y Dinamarca, refuerza nuestra concepción de que existen factores problemáticos que son intrínsecos a la condición homosexual comotal.

Abriendo la puerta a un adolescente confundido

El adolescente que se presenta a terapia ha estado expuesto al mensaje cultural que afirma que la PMS está perfectamente bien y que sólo es complementaria a la heterosexualidad. Pero cuando abrimos la puerta a adolescentes impresionables y les invitamos a que experimenten y prueben el comportamiento homosexual, estaremos exponiéndoles a terribles riesgos médicos y, al mismo tiempo, estaremos exhortándoles a habituarse a un comportamiento del que posteriormente, cuando hayan madurado, tal vez podrían arrepentirse.

El terapeuta debe tener en mente que el erotismo homosexual puede resultar por factores tan diversos como los sentimientos normales de infatuación por sus compañeros, la dependencia emocional, la necesidad de pertenencia, la búsqueda de placer o por simple curiosidad. Puede tratarse de una expresión de la ansiedad que está sintiendo por el hecho de estar creciendo, o bien constituir una forma de evasión para no enfrentar los retos propios de las relaciones sociales heterosexuales. Consecuentemente, un joven que se sienta socialmente inadecuado, abrumado por las presión de tener que salir con chicas o que esté en conflicto por sus confusos impulsos sexuales también podría recurrir al comportamiento homosexual.

En todo caso, la inquietud de un adolescente por la temática gay debería preocupar seriamente a los padres, pero para poder evaluar dicha inquietud adecuadamente será necesario recurrir a una intervención profesional apropiada. En ocasiones las inquietudes del joven estarán acompañadas de un nivel abrumador de culpa, auto-condenación e incluso pensamientos suicidas, especialmente si sus padres son críticos, distantes o abusivos. La depresión de los adolescentes y los pensamientos suicidas deben ser tomados con toda seriedad. El objetivo de la terapia será afirmar la gran necesidad del adolescente por lograr *un apego emocional con el mismo sexo* (es decir, las tres A's: atención, afecto y aprobación), sin tener que recurrir a la actuación homosexual.

Si analizamos el modo en que el comportamiento homosexual refuerza y consolida la identidad gay, observaremos cuán importante es la intervención temprana. Como Charles Socarides nos recuerda, la adolescencia otorga al niño o a la niña una "segunda oportunidad" para sobreponerse a los conflictos de la infancia. Dicha etapa es un momento idóneo para iniciar la terapia y reconocer las necesidades emocionales que subyacen al origen del comportamiento homosexual. De no abordarse la confusión sexual de un adolescente, éste se volverá cada vez menos receptivo al tratamiento; asimismo, habrá una mayor probabilidad de que se convenza finalmente de que la única identidad que podría corresponderle es la de "gay".

Cómo se configura la identidad sexual del adolescente

Cuando ayudamos a adolescentes que están en conflicto con su identidad sexual, existen dos cuestiones que hemos de tratar por separado: por un lado, el comportamiento homosexual y, por otro, el hecho de si el adolescente decide o no adoptar la identidad gay. Hablemos primeramente del *comportamiento homosexual*.

La fase crítica del desarrollo que deriva en la identidad homosexual es conocida como la “fase erótica transicional” (Nicolosi, 1991). Si durante los primeros años de la adolescencia siguen sin satisfacerse las necesidades emocionales y la identificación de género del niño pre-homosexual entonces, consecuentemente, cuando las hormonas despierten sus intereses eróticos de adulto sus sentimientos sexuales buscarán solventar esas necesidades insatisfechas de amor. Dichas necesidades emocionales y de identificación son precisamente las que dan lugar al intenso deseo que caracteriza a la atracción homosexual. Como nunca lograron satisfacerse estas necesidades durante la infancia, el comportamiento homosexual fácilmente deriva en un patrón y en un hábito. La gran disponibilidad de la pornografía gay, tan a la mano en internet, no hace sino reforzar esta dimensión adictiva.

Identidad gay

Pasemos ahora a la cuestión de la *identidad gay*. La cultura popular retrata el estilo de vida gay como favorable e incluso glamoroso. Muchas escuelas poseen clubs y organizaciones gay y lésbicas, así como programas de asesoría pro-gay que exhortan a los adolescentes a que “cuestionen su sexualidad” para que experimenten y prueben si su identidad es gay o bisexual.

La euforia que causa la experiencia de “salir del closet” —o de identificarse como parte de una minoría oprimida que demanda justicia social— atrae la sensibilidad romántica del adolescente. Particularmente en el caso de los jóvenes, quienes suelen sentirse incomprendidos o despreciados por sus padres y las figuras de autoridad, resulta sumamente atractiva la noción de una subcultura de otros jóvenes oprimidos “donde puedo ser aceptado por lo que realmente soy”. Además, la subcultura gay otorga un gran valor a la juventud. Estos jóvenes, en su añoranza por lograr un sentido de pertenencia, ingresarán a un mundo donde recibirán de inmediato atención y halagos, especialmente de los hombres gay más maduros.

Los especialistas en la salud mental tradicionalmente pensaban que gran parte del comportamiento homosexual constituía una forma de *experimentación* más que un modo de descubrir la identidad personal innata. Consideraban que para muchos adolescentes la experiencia homosexual no era sino un “periodo de curiosidad durante el desarrollo”, mismo que eventualmente se descartaba conforme los intereses heterosexuales predominaran. También reconocían que si contaba con la orientación apropiada el joven podría discernir cuál era el verdadero significado de sus anhelos sexualizados.

Actualmente, sin embargo, el deseo natural de los adolescentes por “pertenecer” a una comunidad que los adopte, junto a la extraordinaria facilidad con que puede accederse hoy día al sexo gay, pueden hacer que una persona joven y confundida refuerce su identidad gay. De hecho, varios de mis clientes homosexuales adultos afirman que se consideraban heterosexuales hasta que tuvieron su primera experiencia gay y creyeron que dicha experiencia había demostrado que realmente eran gay.

Una encuesta nacional llamada *Sex in America*/(Sexo en América), indica que mientras sólo del 2 al 3% de los hombres adultos son homosexuales, entre el 10 y el 16% de todos los hombres atravesaron previamente por una fase homosexual durante sus vidas (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994). ¿Qué hubiera ocurrido si estos hombres jóvenes hubieran sido confirmados como “gay” por los consejeros de sus escuelas o dentro de algún programa durante esta fase tan vulnerable? Otro importante estudio encontró que más de un cuarto de los niños de 12 años de edad *estaban inseguros*

sobre si eran heterosexuales u homosexuales (Remafedi, Resnick, Blum & Harris, 1992). Este estudio de 1992 encuestó a 34,707 adolescentes en Minnesota, y fue publicado en la prestigiosa revista *Pediatrics*.

Esto significa que los programas de asesoría gay implementados en las escuelas, mismos que buscan identificar y apoyar a todo adolescente que sienta una atracción por su mismo sexo, descubrirán que, de hecho, alrededor de un cuarto de los jóvenes atraviesan por un periodo *temporal* de confusión con su identidad sexual durante la adolescencia temprana. Pero lo más alarmante es que estos adolescentes podrían ser *erróneamente identificados como homosexuales* si son afirmados como gay por algún consejero a la edad de doce años.

Una posible explicación de esta alta incidencia de confusión es la exposición a los medios a la que los niños están sujetos, donde se presentan imágenes glamorosas de la vida gay. Las páginas de internet, la televisión, las películas, la música rock, las revistas de adolescentes y las librerías públicas ofrecen mensajes pro-gay muy atractivos. Estos mensajes son muy seductores para los jóvenes que se encuentran dudando.

En una ocasión un adolescente llamó a un programa de radio dirigido por un psicólogo. Este joven le explicaba al psicólogo sobre su atracción a los hombres y cómo esto le causaba mucho conflicto porque era un cristiano bautista. El psicólogo le aconsejó que se aceptara como un “joven gay”, y le dijo que si no podía reconciliar su identidad gay “natural” con su religión, que entonces considerara abandonar sus creencias religiosas y entrara a la Iglesia de la Comunidad Metropolitana (una iglesia gay). Este tipo de consejos —la asunción acrítica de que las experiencias de este joven hacen de él un homosexual “por naturaleza” (y que sus sentimientos sexuales están por encima de sus creencias religiosas)— constituye una manifestación de la desinformación que ha penetrado por doquier en nuestra cultura.

Los niños adolescentes y el comportamiento de riesgo

Los investigadores en neurociencias recientemente han logrado obtener una mejor comprensión sobre los comportamientos de alto riesgo de los adolescentes. La experimentación temeraria tan característica de los niños adolescentes tradicionalmente se había concebido como una forma de rebelión. Sin embargo, estudios recientes han confirmado que su comportamiento de alto riesgo responde en realidad a cambios que ocurren a nivel cerebral.

Durante la adolescencia, el cerebro sufre una profunda remodelación. La corteza prefrontal, que opera como el centro de control del cerebro, pierde casi la mitad de sus conexiones neuronales. Como consecuencia, la toma de decisiones durante esta fase tiene lugar durante en otras regiones cerebrales que están gobernadas por la reactividad emocional. Estos cambios masivos predisponen al adolescente a tomar mayores riesgos. Asimismo, durante los años de la adolescencia ocurre una reducción de los niveles de dopamina en el cerebro, lo que a su vez disminuye la capacidad para experimentar placer. Como resultado, los adolescentes se sienten atraídos por comportamientos destructivos como el consumo de alcohol, el uso de drogas y las experiencias sexuales de riesgo.

Valorar versus tolerar la diversidad sexual

El adolescente muchas veces se sentirá cautivado por los aspectos socio-políticos de la identidad gay

y por la atractiva idea de unirse a “la lucha contra la opresión”. Conscientes del sentimentalismo adolescente, los programas pro-gay superponen el entusiasmo por formar parte de una agenda política amplia y desatienden los problemas personales que el adolescente esté enfrentando. Lo que en realidad debería dirigir la atención a la experiencia personal del propio adolescente se convierte en un “llamado a unir fuerzas” a favor del movimiento político gay. El adolescente así cree que *la opresión de la sociedad está obstaculizando mi capacidad para ser feliz*.

¿“Salir del clóset” o buscar el cambio?

Muchos de los jóvenes que se acerquen a nosotros decidirán abrazar la identidad gay y abandonarán la terapia reparativa. Sin embargo, otros alcanzarán un sentido más profundo de su masculinidad y crearán amistades con hombres heterosexuales, con lo que experimentarán una significativa disminución de sus impulsos homosexuales. Conforme el tiempo pase, a estos jóvenes les parecerá cada vez menos factible la adopción de un estilo de vida gay.

En una ocasión, un cliente de 18 años me relataba su experiencia en la comunidad gay de San Francisco, donde había sentido disgusto por la promiscuidad, el uso de drogas, las prácticas sexuales sdomasochistas y la inestabilidad de las relaciones. Dicha visita le mostró mucho más de lo que yo hubiera podido enseñarle. Me dijo: “Solía envidiar a esos tipos que están ‘fuera del clóset’. Pensé que eran muy valientes y honestos... que podían ser ellos mismos. Ahora no estoy tan seguro de que yo quiera eso para mí”.

Las intervenciones terapéuticas de la PMS entre los adolescentes deberán contar con una perspectiva amplia y un abordaje individualizado, dado que la atracción al mismo sexo del adolescente suele provenir de diversas fuentes. El adolescente podría abrigar sentimientos encontrados respecto a las chicas así como miedo o envidia por sus compañeros. Es probable que, tras haber sido molestado durante muchos años, el adolescente se haya convencido de que “lo que dicen de mí debe ser verdad, y tal vez tengo que dar un paso y ‘salir del clóset’ ”. Por otro lado, el proceso de toma de decisiones también se volverá más arduo debido a la gran disponibilidad del sexo gay.

Creando confianza con los adolescentes

El enojo, la rebeldía y el dolor están a flor de piel cuando los adolescentes luchan por su identidad sexual. Si bien a primera vista un joven podría parecer obediente, éste podría mostrarse muy ambivalente en cuanto un adulto se disponga a sondear los estratos más profundos de su vida privada. Para este joven mantener su secreto ha constituido la mejor defensa contra los intrusos. Por tanto no es de extrañar que se presente hostil y desconfiado frente a sus padres y el terapeuta.

Afortunadamente, en el adolescente el deseo sano de *ser visto y comprendido* es más fuerte que su deseo por *esconderse*. Aquello que el adolescente más desea también es aquello que más teme —ser verdaderamente “visto” por otro hombre. Por esta razón el primer paso para cualquier tipo de sanación será ofrecer al adolescente una aceptación incondicional, con lo que se evitará que el adolescente esconda sus sentimientos conflictivos.

El joven también necesita escuchar este mensaje de sus padres:

Te amamos, y nada de lo que hagas en tu vida cambiará ese hecho. Haremos lo mejor que

podamos por respetar tus sentimientos y comprender tu punto de vista, decidas lo que decidas.

Sin embargo, como deseamos lo mejor para ti, queremos que consideres seriamente la posibilidad de cambiar. No creemos que un estilo de vida gay sea una decisión acertada.

Separando las necesidades emocionales de los sentimientos sexuales

En cierta ocasión unos padres me trajeron a un niño de 16 años poco después de que les anunciara que era gay. Vino con ellos a la sesión de consejería, aunque renuientemente. A pesar de que este joven se resistía a la terapia, ocurrió un cambio radical en el tratamiento cuando en nuestra tercera sesión le pregunté, “Dime ¿cuándo *no* sientes la atracción homosexual?” Su respuesta fue inmediata: “Cuando estoy jugando futbol”.

Desde ese momento, fue capaz de darse cuenta de que cuando se sentía aceptado y conectado con los demás niños —especialmente a nivel físico— su inquietud homosexual desaparecía. Sólo durante las etapas de aislamiento social y rechazo sus fantasías homosexuales resurgían y volvían a preocuparle.

Al reflexionar sobre la repetición de este patrón, este joven llegó a darse cuenta de que lo que pensaba que era una parte intrínseca e innata de “lo que realmente era”, en realidad se trataba de una reacción situacional detonada por los sentimientos de inadecuación de género.

El adolescente que se siente confundido respecto a su género con frecuencia sufre de alguna discapacidad física o limitación (como asma o una constitución frágil) que, a nivel mental, le impide obtener la aceptación plena de los demás hombres. Tanto el terapeuta como los padres decidirán ayudar al adolescente a evaluar realísticamente dicha limitación y mostrarle que muchas veces se trata de una *excusa* para permanecer atrapado en una postura de inferioridad. Esta atención obsesiva que pone en sus limitaciones hace que él mismo niegue que es igual a sus compañeros.

Conforme el proceso terapéutico avanza, el adolescente comprenderá que su atracción al mismo sexo es en realidad un intento por “reparar” un déficit emocional —es decir, un intento por cubrir sus necesidades de atención, afecto y aprobación masculinas *perfectamente normales y auténticas* (pero insatisfechas). El adolescente también comprenderá que sus fantasías homoeróticas y sus apegos románticos son un impulso reparativo por lograr la plenitud de género, independientemente de cuán desviado y erotizado se haya vuelto dicho impulso.

Corrigiendo la desinformación popular

Recientemente, un joven de 19 años identificado como gay me decía lleno de orgullo que Abraham Lincoln había sido gay. Lo había leído en una revista gay. Afortunadamente, como yo ya había oído este rumor, pude hablarle a este joven sobre la realidad histórica. En la época de Lincoln muchas veces los viajeros tenían que compartir camas en los hostales, pero el hecho de que Lincoln tuviera que compartir la cama con otros viajeros no significa que fuera homosexual. Pude sacar provecho de esta distorsión sobre Lincoln para proveerle una lección objetiva sobre la politización de la historia.

Esta reeducación de los adolescentes implica corregir de manera compasiva pero clara la desinformación popular a la que han sido expuestos, e incluye esclarecer los siguientes mitos:

“La orientación sexual está biológicamente determinada —gay una vez, gay por siempre”.

“Los hombres homosexuales tienen relaciones estables y monógamas”. En realidad, los investigadores admiten actualmente que la expectativa de mutua fidelidad en las parejas gay tiene más probabilidades de destruir la relación que de mantenerla unida (McWhirter & Mattison, 1984).

“Todas las culturas y sociedades de la historia han aceptado la PMS. Nuestra sociedad es la única que ha sido homofóbica”. En realidad ninguna cultura ha colocado a la PMS al mismo nivel que la heterosexualidad ni le ha conferido el mismo estatus.

“Los animales también son homosexuales”. Los científicos han atribuido los comportamientos homosexuales entre animales a factores como el estrés del cautiverio, los contaminantes biológicos, la domesticación, la falta de disponibilidad de parejas del sexo opuesto, la manipulación hormonal, la interpretación errada de los olores y manifestaciones de celo del sexo opuesto, así como una expresión de dominación o juegos sexuales de la inmadurez. No obstante, esto no significa que dichos comportamientos tengan que ser considerados normales.²

“Los intentos por cambiar la orientación sexual son peligrosos; sólo generan más infelicidad, depresión, y en ocasiones pueden llevar incluso al suicidio”. Si bien es verdad que cuando no se logra el cambio esperado puede presentarse una importante depresión, esto también ocurre en el caso del tratamiento de otras cuestiones problemática como serían la obesidad, la anorexia, el alcoholismo y la drogadicción. Sin embargo, para situar este riesgo en un contexto más apropiado, cabe recordar que los intentos de suicidio también pueden ser precipitados cuando se le dice a alguien que no puede cambiar.

“Las personas con orientación homosexual son psicológica y emocionalmente idénticas a las personas heterosexuales, a no ser por el detalle incidental de su preferencia sexual. Como grupo, son tan sanos como los heterosexuales”. En realidad, los hombres y las mujeres homosexuales han mostrado tener mayores niveles de intentos de suicidio, abuso de sustancias y otros desórdenes psiquiátricos (Sandfort, Graaf, Bijl & Schnabel, 2001).³

Éstos y muchos otros mitos demandan educación e información correctas. Cualquier joven que se enfrente a la elección fundamental sobre su estilo de vida merece información adecuada para que pueda tomar una decisión informada sobre su futuro.

La diferencia entre “gay” y “homosexual”

Para sanar la PMS es esencial que quede clara la distinción entre las diversas “etiquetas”. El simple hecho de que alguien tenga sentimientos homosexuales no significa que esté obligado a asumir el etiquetamiento “gay”. A diferencia de la palabra *homosexual*, que describe una orientación sexual, *gay* es una identidad político-social que en esencia dice “esto es lo que soy, éste es mi ‘verdadero yo’, y puedo vivir mi atracción sexual sin ningún conflicto interno”.

No todas las personas que experimenten sentimientos homosexuales optarán por una identidad gay. La confusión entre *homosexual* y *gay* es el resultado de la ideología gay promovida por nuestra cultura y que ha logrado introducirse cada vez más en las escuelas públicas. Se exhorta a los jóvenes confundidos con su sexualidad a *identificarse* con su sensación de inferioridad masculina y con su confusión de género para que pasen así a sumarse a otras personas que sufren del mismo déficit. Al hacer esto, el individuo se escinde de la vasta mayoría de la sociedad convencional, uniéndose al aproximadamente 2- 4% de la población mientras se excluye a sí mismo del restante 96-98%.

¿Permanecerá el adolescente en terapia?

Los jóvenes que permanezcan en terapia reparativa se percatarán de que sus deseos homosexuales responden a una necesidad mucho más profunda por conectarse con los hombres —su búsqueda de las tres “A’s”: atención, afirmación y afecto. A través de la consejería constante y su trabajo interno, muchos jóvenes se encaminarán por una vía que les llevará más allá de la atracción al mismo sexo. Sin embargo, siendo realistas, muchos otros adolescentes abandonarán la terapia y optarán por identificarse como gays.

El camino para la transformación es largo y está lleno de curvas, y en él persistirá la continua tentación de darse por vencido y abandonar sus esfuerzos en cuanto ese “hombre especial” se cruce en su camino. Aun así todavía hay esperanza, aunque haya retrocesos que pudieran durar meses e incluso años. Los padres o el terapeuta pueden ofrecerle distintas opciones al adolescente, si bien la decisión final recaerá en él: la culpa, la manipulación, la fuerza o la coerción no le liberarán de su atracción, sino que le hará sentirse todavía más aislado.

Es importante recordar que el cambio consiste en *disminuir* los sentimientos homosexuales y *augmentar* la atracción heterosexual. El cambio avanza lentamente, como un continuo gradual en el que inevitablemente habrá regresiones. No es una cuestión de “antes era homosexual, ahora soy heterosexual”. Y como *todo* cambio psicológico, la transformación tal vez nunca llegue a ser total. Siendo realistas, para la mayoría persistirán la atracción y las tentaciones durante toda su vida.

Trabajando con los padres

Tanto la educación como la gestión de los padres pueden ocupar gran parte de la preocupación del terapeuta. Generalmente son los propios padres quienes llevan al adolescente a terapia. Esto puede deberse a que el adolescente haya “salido del clóset” o a que los padres hayan descubierto sus intereses homosexuales. Encontrar pornografía gay en la habitación del adolescente, o descubrir cartas o emails que indiquen que su hijo tiene fantasías homosexuales son sólo algunas de las modalidades que alertan a los padres acerca del problema. En otros casos las madres sospechaban intranquilas que este adolescente en particular tenía un rostro distinto al del niño obediente y complaciente.

El trabajo detectivesco de los padres, puesto en marcha por sus sospechas, representa para ellos un dilema ético. Por un lado quieren respetar la privacidad de su hijo, pero por otro también tienen miedo de desatender un problema serio. “Soy una entrometida”, confesaba una madre, “lo admito. Pero haría lo que fuera por salvar a mi hijo”. La mayoría de los padres seguramente entenderán a la perfección esos sentimientos. Sin embargo, el compromiso de “hacer lo que fuera” terminará provocando

el rechazo y el enojo del adolescente.

Los padres deben comprender que si su hijo no quiere ir a terapia, lo único que pueden hacer es darle información. El terapeuta sólo puede ofrecerle la oportunidad de tomar una decisión fundada — esto es, que tome una decisión basándose en información certera.

Algunos adolescentes se han acercado a nuestra clínica buscando consejo, dándose la oportunidad de escuchar sobre la opción de la terapia reparativa, y han rechazado la invitación. Las razones de su rechazo son múltiples. Un hombre joven que tenía una intensa relación con un hombre mayor que él tenía miedo de perder la seguridad que esa relación le proporcionaba. Otros estaban encantados de proclamarse a sí mismos gay y se identificaban con la subcultura gay. Muchos jóvenes se han identificado a tal grado con su orientación homosexual que cuando consideran la posibilidad de abandonarla les parece demasiado aterradora. (“Si ya no soy gay, entonces ¿quién soy?”) En todos estos casos, si la terapia llegara a continuar, la relación terapéutica deberá proceder lenta y gradualmente, con mucho apoyo y evitando la confrontación directa.

Incluso si la pretensión del adolescente no es cambiar, de todas maneras podrá obtener mucho de este proceso de desmitificación de los hombres y aprenderá a conectarse de una mejor manera con ellos como personas. Respecto a sus hábitos de masturbación y búsqueda de pornografía gay, un adolescente describía de qué manera estaba aprendiendo a desarrollar conexiones humanas más genuinas:

“Lo más liberador que he aprendido es que no tengo que vivir en el mundo fantástico de la pornografía; no existen personas ni lugares así —la pornografía no es el mundo real.

Se ha convertido en un ritual vacío e irreal. Pensé que estaba perdiendo todo eso, pero todos esos tipos de la pornografía —en realidad no están ahí afuera.

Cada vez me siento más libre de encontrar algo real que sustituya toda la excitación de esa vieja fantasía”.

Para todos aquellos que deseen saber más, Alan Medinger (2000), líder de un ministerio ex-gay, habla sobre cuál fue el cambio en su vida que le “liberó para poder amar”, que desexualizó sus necesidades emocionales insatisfechas, rompió el poder que sobre él tenía la adicción sexual y colmó las necesidades más profundas de su corazón. El cambio real y duradero puede ocurrir, afirma, “porque lo he visto ocurrir cientos de veces” (p. 240).

Cuando consideran la difícil realidad de la vida gay, muchos padres permanecen firmes y siguen buscando el cambio a través de la reorientación sexual. Como dijera el investigador Dr. Robert Spitzer, (2000) “si *mi propio* hijo estuviera lidiando con la PMS, desearía que considerara la posibilidad del cambio”. Otro padre lo expresaba de manera comprensiva diciendo “¡Vivir la vida como un hombre *heterosexual* ya es de hecho bastanteduro!”.

El poder de los medios de comunicación

Un cliente de 46 años de edad recordaba una experiencia que tuvo cuando tenía 17 años e intentaba comprender su atracción al mismo sexo. Acordándose de un programa de televisión de

inicios de la década de los años 80, un especial pro-gay llamado *An Early Frost with Marlo Thomas*/(Una escarcha mañanera con Marlo Thomas) dijo:

“Me encantaba Marlo Thomas, y se inventó esta historia sobre un adolescente gay que realmente no quería llevar a una chica a una fiesta. El chico dijo algo así como, ‘Cuando vea a ese tipo especial, entonces me sentiré vivo’. Pensé para mis adentros, ‘Así lo siento: cuando vea a ese tipo especial, entonces me sentiré vivo’.

Eso me confirmó que seguramente yo era gay”.

A ojos de nuestra cultura actual, el trauma temprano basado en el género —mismo que resulta en la negación del género y que posteriormente busca ser compensado (reparado) a través de la atracción homoerótica— no es sino una “identidad gay innata”.

No obstante, ésta explicación es demasiado burda. De hecho, se trata de una *falsedad* demasiado burda. Se trata de una *falsedad sobre el diseño humano* que tendrá un impacto negativo cada vez mayor en la familia, la religión, la comunidad y la cultura.

CAPÍTULO 17 LAS AMISTADES MASCULINAS

“Cuando era niño nunca me escogían en el equipo, así qué aprendí a ir adonde sí me eligieran. Por eso ahora me la paso cazando —para que me escojan”.

“Me ha ayudado mucho la hermandad auténtica que he recibido en los grupos de hombres, donde he sido capaz de crear lazos con hombres heterosexuales. Es poderoso — cuando recibes la marca de la aprobación que indica que estás bien”.

La mayoría de los hombres homosexuales nos indican que se sienten intranquilos cuando están en compañía de otros hombres —una incomodidad que puede rastrearse hasta la infancia temprana. Dicho malestar, que inicia desde que el niño se aísla del padre, es un rasgo muy frecuente en las historias de los hombres homosexuales y que se arraiga en la propia etiología de la condición homosexual.

Nuestros clientes suelen reportar también la dolorosa ausencia de relaciones masculinas cercanas. El hombre que está luchando con la PMS no sólo se siente alienado de —es decir, “diferente a”— los demás hombres, sino que también se siente “inferior a” ellos.

Las relaciones de nuestros clientes están dolorosamente distorsionadas: sus impulsos asertivos por relacionarse como un hombre entre los hombres entran en conflicto con su propia anticipación de la vergüenza y el miedo a quedar expuestos como insuficientemente masculinos. Un

cliente lo explicaba así: “Incluso estando con otro hombre me sigo sintiendo solo. No le permito entrar y me rodeo de murallas —para protegerme y mantenerme seguro. Detrás de todo prevalece la preocupación de que en algún momento acabará por perder el interés en mí”.

El hombre con PMS añora sanar la herida paterna cuando busca la cercanía con otros hombres; constantemente busca la intimidad masculina pero, por otro lado, ésta le aterroriza. Dicho dilema, mismo que genera en él una infelicidad crónica, es precisamente a lo que Moberly (1983) llama “la ambivalencia del mismo sexo”.

Esta situación se debe en gran medida a que el hombre que lucha con la PMS tiene una visión idealizada y poco realista de los hombres y a que, por otro lado, tiene una comprensión bastante ingenua de la naturaleza de las amistades masculinas. La intensidad de sus necesidades emocionales insatisfechas distorsiona sus expectativas sobre lo que es una amistad masculina sana. En palabras de un cliente: “Siempre creo que cuando encuentre a ese amigo especial entonces nos quedaremos viéndonos a los ojos, y que [cantando] será ‘una tarde encantadora’ ”.

Cuando se enfrentan a la misteriosa y difícil tarea de crear relaciones masculinas normales, algunos hombres acaban descubriendo algunas estrategias bastante curiosas para evitar la intromisión indeseada del erotismo. Un cliente afirmaba: “Cuando tengo que relacionarme con otro hombre me siento muy confundido, ¿cómo se hace esto? Un truco que me ha servido ha sido preguntarme, ‘entonces, ¿qué haría ahora si se tratara de una amiga?’”.

Sin embargo, el reto que representa establecer y hacer más profundas las amistades masculinas es absolutamente esencial para todo hombre que desee vencer su PMS. La intimidad no erótica es un requisito básico para dar solución a la atracción al mismo sexo —a tal grado que el progreso del cliente muchas veces podrá ser evaluado a partir del nivel de intimidad que alcance con sus amistades masculinas.

De hecho, durante la primera mitad del proceso terapéutico resulta mucho más importante la calidad de las amistades masculinas como medida para evaluar el progreso del cliente que la reducción de las actuaciones homosexuales.

Al inicio de la terapia muchos clientes nos indican que ya poseen amistades masculinas cercanas. Sin embargo, si se les cuestiona más a fondo, generalmente nos damos cuenta de que sus relaciones son superficiales y carecen de honestidad, apertura y mutualidad plenas. Cuando el cliente inicialmente afirma que posee amistades masculinas cercanas, esto muchas veces puede implicar cierto autoengaño que se vincula al modo en que desearía que fueran sus relaciones. No obstante, todavía más importante será que el cliente caiga en cuenta de que el hecho de que crea que sus amistades son realmente “cercanas” brota de su incapacidad para evaluar realísticamente la cercanía emocional con otros hombres, un rasgo característico que refleja un malentendido básico y muy arraigado en torno a los hombres y la masculinidad.

Los hombres como un misterio

Los hombres con PMS tenderán a clasificar a los hombres de acuerdo a dos extremos, divinizándolos o demonizándolos. Lo que están haciendo a nivel psicológico es dividir a los demás hombres en términos de “buenos objetos *versus* malos objetos”. Dicha tendencia sólo disminuirá su

capacidad para tolerar los desacuerdos normales que surgen en toda relación. Además, esta propensión infantil hará que perciban los comportamientos de los demás como “totalmente buenos” o “totalmente malos”. En algunos casos esta tendencia se remontará a la incapacidad de la familia triádica-narcisista para proveer y enseñar la constancia del objeto.

El que un hombre con atracción homosexual permanezca conectado con otro hombre mientras está en conflicto consigo mismo representa un reto de vital importancia que prevalecerá a lo largo del tratamiento. La recepción y expresión del enojo en el contexto de las amistades masculinas también puede ser muy amenazador para los hombres con PMS, quienes con frecuencia esperarán un gran rechazo. El cliente siempre ha percibido a los hombres como seres misteriosos e inescrutables, poseedores de una poderosa fuerza que escapa al alcance de su comprensión. Un hombre lo expresaba de la siguiente manera:

“Mientras estuve en la escuela siempre me hice las mismas preguntas: ¿qué debo hacer, qué debo tener, qué tengo que demostrar?, ¿cómo puedo mostrarles que tengo el nivel necesario para poder “entrar” y ser aceptado?, ¿cómo podré llegar a ese lugar cálido y confortable donde me acepten, ese lugar que tan dolorosamente se me niega y del que me siento tan excluido?”

Quería que ese tipo me quisiera. Pero, ¿qué tenía ese tipo? Realmente no se trataba de ese hombre, sino de un tipo particular de hombres con los que yo quería sentirme ‘incluido’ ”.

El terapeuta como mentor

El reto que representa establecer y profundizar las amistades masculinas puede ser muy demandante, y con frecuencia el cliente se sentirá desalentado. Su situación recuerda a alguien tratando de conocer una cultura extranjera —el mundo de los hombres— sin contar con un mapa. Refiriéndose a sus intentos por iniciar amistades masculinas, un cliente decía lo siguiente: “¿Y cómo empiezo? Ni siquiera sé qué decirle —¿debería preguntarle, ‘¿cuántas sentadillas puedes hacer, o qué?’ ”. Nuestros clientes carecen de una comprensión básica sobre la manera en que funcionan realmente las amistades masculinas. Mientras los demás niños aprendieron durante el periodo de latencia a llevarse con otros niños, nuestros clientes generalmente se encontraban perdidos en un mundo de aislamiento infantil —absorbidos por la fantasía y con frecuencia refugiados en casa mientras escuchaban las quejas que su madre dirigía contra su padre.

Consecuentemente, la terapia deberá incluir una especie de curso intensivo para ponerse al día y aprender cómo es que los hombres establecen y hacen más profundas sus amistades. Esta consejería práctica que necesitan con tanta urgencia será proveída por el terapeuta en su rol de profesor-mentor. El terapeuta brindará al cliente educación básica sobre cómo son los hombres, cómo se relacionan, los modos en que se comunican y qué es lo que puede esperarse de una amistad masculina.

La necesidad de este nivel básico de educación queda ejemplificado en la siguiente descripción de un estudiante de 17 años, quien relata un momento vergonzoso por el que atravesó debido a sus expectativas poco realistas en torno a las amistades masculinas:

C: Me sentía bien cuando entré a la iglesia. Vientonces que en las bancas de atrás las chicas estaban sentadas a la izquierda y los hombres a la derecha. Pensé; ‘Oh, aquí puedo tener un “momento reparativo” —debería ir y sentarme con los hombres. Pero no pude encontrar un lugar

para sentarme con ellos, no había ningún asiento libre, así que rápidamente giré y me fui con las chicas. En ese preciso instante supe que había cometido un error.

T: ¿No había lugar para sentarte con los hombres?

C: (*dudando*) Bueno, creo que fue más su actitud. Ellos... no parecían estar muy contentos de verme.

T: ¿Qué fue exactamente lo que viste?

C: (*dudando*) Me vieron llegar, pero siguieron hablando entre ellos.

T: ¿Qué esperabas? (*el terapeuta muestra su impaciencia*) ¿que se pararan y te hicieran una ovación?

C: (*riéndose de sí mismo*) ¡No! (*pensando*) Sé que suena estúpido, pero no parecieron alegrarse al verme, y... (*respira profundo, como si estuviera armándose de valor*) Digo, las chicas parecían estar diciendo (*con una voz aguda*) “¡Oh David, ven aquí, siéntate con nosotras!”.

T: ¿Esperabas que los hombres te reciban así?

C: Pues...

T: Así no es como los tipos se relacionan entre sí. Debes aparecer y simplemente unírte a ellos. No hay toda una ceremonia para saludarse como lo hacen las chicas o los hombres gay cuando se saludan entre ellos. Tú simplemente tienes que llegar y crear un lugar para ti.

C: (*asintiendo lentamente*) Sé que tienes razón... pero mi inseguridad me gana y acabo convenciéndome de que yo soy el problema.

La comunicación gay versus la comunicación heterosexual

La palabra *straight* (heterosexual) tiene una connotación negativa, pues se la considera rígida, de miras estrechas e inflexible. Como lo decía un hombre: “he vivido con compañeros de habitación tanto gay como heterosexuales y percibo la diferencia. Los hombres gay emplean muchas insinuaciones y mensajes muy complicados. Dicen mucho sólo por lo que no dicen. Pero los hombres heterosexuales son directos, contundentes y no tienen mensajes ocultos. Creo que es por eso que los gays llaman a los heterosexuales ‘straight’ (directos)”.

Cuando los clientes comienzan a entender cómo son los hombre heterosexuales, caen en cuenta de otros aspectos en los que difieren de los gays. Un hombre de 32 años lo describía así: “Me doy cuenta de que cuando los tipos heterosexuales hablan entre sí suelen estar aventándose cosas unos a otros. Nunca antes me había dado cuenta, tal vez porque me sentía intimidado. Como pensaba que no sería capaz de atrapar lo que me lanzaran entonces procuré ignorarlos —haciéndoles creer que no había visto lo que me habían lanzado”. Otro cliente decía lo siguiente: “Descubrí que los hombres heterosexuales usan ruidos (hay incluso una palabra: ‘onomatopeyas’) —ya sabes, esos silbidos o efectos sonoros que hacen mientras cuentan una historia”.

El psiquiatra Richard Friedman (1988) afirma que el niño pre-homosexual no puede evaluar claramente la intención de las agresiones de los demás niños y le resulta difícil distinguir si los otros niños simplemente están jugando rudo o realmente quieren lastimarlo.¹ Incluso ya siendo adulto se siente menospreciado cuando le dirigen críticas bromistas y muchas veces se desconcierta por el modo rudo en que los hombres suelen relacionarse entre sí. Los hombres heterosexuales disfrutan peleándose verbalmente, molestándose y burlándose de los demás con buenas intenciones. Cuando los hombres heterosexuales hablan entre sí suelen haber más interrupciones, desacuerdos, evidentes

contradicciones y palabras retadoras. La hostilidad benevolente pero “tensa” de estos insultos amistosos muy probablemente intimidará a nuestro cliente quien, a su vez, no se sentirá aceptado.

La intimidad por definición debe implicar vulnerabilidad y la exposición de sus sentimientos a otros hombres —algo que nuestro cliente desea pero al mismo tiempo teme. Tras los impulsos homoeróticos muchas veces lo que realmente subyace es el mero deseo de relacionarse con otro hombre de una manera que parecería más bien ordinaria, si bien para el cliente dichas experiencias aparentemente ordinarias son en realidad profundamente satisfactorias. Un hombre decía que “los tipos como yo morimos por la sencillez y la simpleza de los hombres heterosexuales”.

Una experiencia de silenciosa comprensión

Un cliente desilusionado con el sexo gay me hablaba sobre una ocasión en la que siendo todavía adolescente captó la esencia simple de lo que realmente buscaba en otros hombres:

“Jim y yo habíamos estado esquiando todo el día. Habíamos estado juntos en las laderas, bajando por los montes dando rápidos giros, explorando diferentes rutas e intentando nuevos saltos. Pero al final del día estábamos hambrientos y nos sentamos a cada lado de una mesa de madera. Por encima de su hombro podía ver los remolinos de nieve que se formaban afuera de la ventana de nuestro acogedor y alegre hotel de esquiadores.

Mientras comíamos nuestra pizza y bebíamos nuestro chocolate caliente juntos, hubo una silenciosa comprensión y aceptación entre nosotros. Ni siquiera tenía que decir algo gracioso o brillante, ni preocuparme de si decía lo correcto. De hecho, ni siquiera se esperaba que yo dijera nada —podía sentir que era apreciado simplemente por estar ahí y ser yo mismo.

Durante esa sencilla comida compartimos mucho más que pizza. Nos sentimos tan cercanos como si fuéramos hermanos, conectándonos genuinamente. Probablemente, lo más que llegamos a decir en todo ese tiempo fue ‘mmm’ o ‘está bueno’. Pero nuestro mero silencio de alguna manera habló mucho más profundamente mientras nos relacionábamos de corazón a corazón, de hombre a hombre.

Ahora que pienso en esa noche, me doy cuenta de cuánto valoro y deseo momentos de conexión emocional como aquel; como una especie de comprensión y compañía silenciosas entre hombres que es muy difícil de explicar y que no obstante resulta vital”.

La máquina dispensadora de dulces

Otro cliente, un muchacho de 16 años, tuvo que enfrentarse con la realidad de su situación familiar. Había pasado toda su infancia intentando “hacer que las cosas mejoraran” en casa siempre que su padre se mantenía alejado de la familia y su madre necesitaba de su atención pues se sentía emocionalmente vacía. Finalmente llegó a la conclusión de que ya no podía seguir esperando que las cosas mejoraran en casa, y que debía esforzarse por encontrar algunas relaciones de afirmación entre los hombres. Hablando deseoso de lo que quería obtener, describió la imagen que se había formado:

“Me imagino que soy un niño sentado al lado de una máquina dispensadora de dulces que está rota (su padre). Tengo la esperanza de que si sigo metiéndole dinero al final conseguiré

algún dulce. Pero la máquina no se está moviendo y no sale nada de ella. Puedo ver todos los chocolates y dulces a través del vidrio, y la máquina algunas veces vibra un poco, haciendo un sonido de cascabeles, pero nada cae nunca por la ranura dispensadora.

De golpe me acuerdo de que hay una tienda de dulces a dos cuadras (amistades masculinas). Pero parece estar tan lejos; creo que no voy a ir; nunca he caminado dos cuadras. Además, me podría perder o me podrían raptar. Parece mucho más fácil quedarme aquí sentado y esperar”.

Cuatro categorías de amistades masculinas

Consideraremos cuatro categorías de amistades masculinas, ordenadas de menor a mayor valor reparativo: (1) un amigo gay, (2) un amigo homosexual pero no gay, (3) un amigo heterosexual, (4) un amigo heterosexual por el que uno se siente traído.

Las amistades con hombres gay albergan la posibilidad de una atracción erótica e intenciones sexuales por ambas partes. La amistad honesta se ve afectada por el cortejo y vagas insinuaciones, donde ambas partes están buscando claves de receptividad sexual en el otro. Dicho juego de manipulación mutua disminuye la posibilidad de que haya una igualdad sana y, consecuentemente, también se le resta valor a este tipo de relación masculina.

Las amistades homosexuales célibes con otros homosexuales no gay ofrece empatía y una especial comprensión mutua. Los grupos de apoyo de hombres con PMS pueden facilitar enormemente el progreso de la sanación. Sin embargo, estos hombres tienen un potencial limitado para romper la noción mística que tienen de los hombres, misma que suelen conferir únicamente a los hombres heterosexuales. Algunos obstáculos a los que se enfrentan estas relaciones incluyen la posibilidad de que entre estos hombres se interponga la vergüenza anticipatoria, debido al propio arreglo psíquico de los implicados, junto a la constante amenaza de dolorosos desaires e incomprensiones. Estas amistades son el preámbulo para la relación todavía más retadora con los hombres heterosexuales, quienes probablemente estarán emocionalmente menos sintonizados e incluso “no tengan ni idea” de la situación que vive el cliente.

Las amistades con hombres heterosexuales por los que el cliente no se siente sexualmente atraído tienen más valor para los hombres que se encuentran en terapia reparativa. Las circunstancias de la vida suelen poner al cliente en contacto con hombres así; sin embargo, el individuo no se siente motivado a entablar amistad simplemente porque esos hombres “no se ven” atractivos. Cuando un hombre parece ordinario y la atracción sexual que le es tan familiar está ausente, entonces al cliente le parecerá que se trata de alguien poco interesante o más bien aburrido. El desprecio con que el cliente rechaza a estos hombres obstaculiza la oportunidad de aprender, pues todo hombre podría enseñarle algo sobre cómo ser un hombre.

Las amistades con hombres heterosexuales por los que el cliente tiene una atracción erótica son las que ofrecen la mayor oportunidad de sanación. Sólo a través de relaciones como éstas puede darse la transformación de la atracción erótica en una verdadera amistad —esto es, la desmitificación del hombre distante. Si bien el hombre con PMS siempre podrá apreciar estéticamente la buena apariencia de un hombre y sus cualidades masculinas, conforme la terapia progresa cada vez será más evidente que sus fantasías sexuales simplemente ya no caben en una amistad de mutuo respeto.

Con el paso del tiempo, junto con la creciente aceptación de otro hombre y un mayor grado de familiaridad, los sentimientos sexuales originales irán disminuyendo de forma natural: “Es como si estuviera pensando en tener sexo con mi hermano”. Pero cuando esta familiaridad se desvanezca (por ejemplo, en periodos de ausencia del amigo), las fantasías homosexuales podrían volver a surgir. Como un cliente decía sobre su “guapísimo” amigo heterosexual: “Cuando estamos juntos no pienso sexualmente en él. Pero si permanezco alejado de él —especialmente si es por mucho tiempo— entonces pienso en él de esa manera”.

El paso de *Eros* a *Philia*

El cambio transformador del amor sexual al amor fraternal (i.e., el paso del *eros* a la *philia*), constituye la experiencia esencial de sanación de la PMS masculina. Esta lección debe ser identificada y reforzada en toda oportunidad que se presente. Como me lo decía un cliente: “Cuando estaba en la universidad pertenecía a una hermandad —jugábamos fútbol americano y después íbamos a tomarnos una cerveza. Durante esa época de mi vida me sentí mucho menos homosexual, tanto a nivel de mi percepción personal como en mis sentimientos homosexuales”.

Exponiéndose frente a un amigo heterosexual

Se presenta una valiosa oportunidad terapéutica cuando el cliente revela su lucha con la PMS a un amigo heterosexual. Esta decisión merece una prudente consideración previa, pues puede resultar devastadora si el amigo heterosexual no responde de manera favorable. Por otro lado, si el amigo heterosexual es capaz de escuchar, comprender, y afirmar la lucha de su amigo, esto hará que la amistad se vuelva todavía más profunda. El hecho de exponerse ante un amigo heterosexual puede ser una experiencia muy sanadora.

Al hombre con PMS le resultará difícil aceptar e internalizar la afirmación que su amigo heterosexual pueda ofrecerle, pues abriga la sospecha inconsciente (una distorsión basada en la vergüenza) de que “si mi amigo heterosexual realmente supiera sobre mi PMS, no me aceptaría”. El hecho de exponerse, sin embargo, elimina otra capa más de la separación defensiva que ha establecido entre él y los hombres heterosexuales. Un cliente lo explicaba así: “Antes de decirle sobre mí sentía que cuando nos abrazábamos estaba robándole algo. Pero ahora que le he contado sobre mi lucha, cuando nos damos un abrazo siento que es él quien está dándome algo amí”.

La sanación ocurre cuando los aspectos del “yo” que estén basados en la vergüenza son expuestos a una persona significativa y ésta responde de manera positiva. Cada vez que alguien revela y expone algo negativo, vergonzoso o humillante, y lo presenta a otra persona a la que considera buena y benevolente, si dicha persona escucha esto y continúa aceptándolo a pesar de lo que acaba de confesar, entonces ocurrirá una transformación. El crecimiento personal se da gracias a este tipo de interacción dinámica.

Cómo decirselo a un amigo heterosexual

¿Cómo puede un cliente exponer su lucha con la PMS a un amigo heterosexual, especialmente si se trata de un amigo heterosexual al que admira? A partir de varios años de experiencia terapéutica, creo que hay un esquema general que arroja los mejores resultados.

Primero, cuando se habla con un amigo heterosexual sobre esta lucha, es recomendable que se eviten palabras como *homosexual* o *gay*. En cambio, resulta mejor hablar desde la experiencia personal. Por desgracia, muchos hombres heterosexuales han sido influenciados subliminalmente por la desinformación popular y tenderán a ver a su amigo de orientación homosexual como si fuera “gay” —esto es, como alguien fundamentalmente opuesto a lo “heterosexual”.

Por eso es más recomendable hablar en términos de déficits de la infancia y la necesidad de ser aceptado por otros hombres. Ahora bien, cuando se hable de la atracción homoerótica será mejor no presentarla como si se tratara de una identidad, sino como *una consecuencia* y *un síntoma* de necesidades masculinas tempranas que quedaron insatisfechas.

El proceso de exponerse ante un amigo heterosexual debería seguir cuatro pasos, ya sea que se sigan todos ellos en una ocasión o a lo largo de un periodo de tiempo. Los cuatro pasos básicos son:

Antecedentes familiares. Éstos se refieren a la presentación de información como “éste es el tipo de padre que tuve... éste es el tipo de relación que tuve con mi madre, con mi hermano mayor, con mi hermana menor... éstas son mis experiencias de la infancia (abuso sexual, intimidación por los compañeros, etc.)”. El cliente puede entonces describir el déficit que ha causado que él se sienta inseguro sobre su identificación masculina.

Resultados de los antecedentes familiares. “Todo esto me dejó sintiéndome inseguro, inferior o inadecuado respecto a mi masculinidad y mi relación con los otros hombres. No me sentía como uno de ellos. No sabía cómo llenar las carencias que sentía dentro de mí”.

Experiencias con el mismo sexo. “Como resultado de estos sentimientos comencé a buscar la conexión masculina, y en esa búsqueda tuve comportamientos y actos sexuales. Estas experiencias me dejaron insatisfecho, pues no representaban ni mis valores ni quién realmente soy”.

Sanando a través de amistades auténticas. “Por eso, a partir de mi experimentación sexual me di cuenta de que lo que realmente busco no es sexo. Lo que en realidad deseo es la conexión emocional sana con otros hombres. La amistad que tenemos es muy importante para mí, y es una oportunidad que tengo para satisfacer mis necesidades emocionales naturales como hombre, y me ayuda también a completar mi identidad heterosexual”.

Rendición de cuentas (un quinto paso opcional). El cliente puede pedirle a su amigo que sea él a quien le rinda cuentas de toda actuación homosexual que tenga. Dicho acuerdo funciona mejor cuando ocurre en ambas direcciones, es decir, cuando el amigo heterosexual también expone las “caídas” que tenga en su lucha personal.

Cuando la persona en lucha con la PMS presenta su historia a un amigo siguiendo estas líneas generales, observamos que la mayoría de los hombres heterosexuales logran comprenderles. Al revelarse honestamente a un amigo heterosexual maduro que lo aprecia, dicha persona casi siempre recibirá una respuesta positiva.

Lo que el cliente necesita de un amigo heterosexual

Hay ciertas respuestas que nuestros clientes necesitan recibir de sus amigos heterosexuales. En

primer lugar, el cliente necesita sentirse *comprendido* y no simplemente tratado con condescendencia; no debe ser categorizado como “gay”, sino comprendido por la naturaleza de su lucha. El amigo heterosexual debe realmente apreciar y empatizar con los retos a los que su amigo se enfrenta. Para lograr esto, el cliente deberá enseñarle a su amigo sobre el proceso del desarrollo, los déficits, las necesidades y los deseos que conforman la base de su atracción al mismo sexo.

Segundo, el cliente debe sentirse *aceptado*, es decir, debe poder darse cuenta de que su revelación no ha modificado, descalificado o disminuido en modo alguno la fundamental aceptación de su amigo. Pero también necesitará que su amigo le demuestre la aceptación incondicional que le tiene de manera clara y manifiesta.

Tercero, necesitará sentirse *apoyado* por su amigo durante su constante lucha. El hombre heterosexual debería apoyar activamente a su amigo por lo que está luchando por conseguir.

Cuarto, el amigo heterosexual deberá mostrar un constante interés para que su amigo pueda decirle la verdad sobre sus comportamientos. Lo que el amigo con PMS deseará será algo así como “por favor, pregúntame sobre eso”. En ocasiones se desilusionará cuando su amigo heterosexual muestre inicialmente su apoyo y comprensión pero posteriormente no vuelva a tocar el tema. Nuestros clientes suelen temer hablar nuevamente sobre su condición, pues tienen miedo de estar “molestando o siendo una carga” para la otra persona. Por tanto, un paso importante del proceso implica que la persona que lucha con PMS le diga a su amigo heterosexual explícitamente: “Necesito que me preguntes cómo va todo con este asunto”. Esta petición tan explícita tiene la ventaja de que libera la comunicación entre los dos hombres, y también permite que el amigo heterosexual sea receptivo a su repertorio.

Cada uno de estos pasos se construye sobre el anterior. El amigo heterosexual no podrá mostrar su interés constante a menos que en primer lugar *apoye* al hombre con PMS; no podrá apoyarlo si antes no lo *acepta*; y no podrá aceptarlo a menos de previamente lo *comprenda*. Siempre me ha impresionado el ánimo y el apoyo con que responden los hombres heterosexuales cuando ayudan a hombres que luchan con la PMS.

Un ejemplo sobre cómo enfrentar la resistencia a exponerse

En la siguiente transcripción observamos la gran resistencia que opone la persona con PMS cuando desea hablar con un amigo sobre su atracción homosexual. En esta sesión tanto el terapeuta como el cliente reconocen la gran oportunidad de sanación que Aaron tendría si hablara sobre su lucha con su mejor amigo, Dave. Sin embargo, Aaron se paralizó cuando se disponía a dar el primer paso.

C: ¡Quería decírselo a Dave, pero me pareció demasiado difícil!

T: Vamos a enfocarnos en qué es exactamente lo que hace que esto sea tan difícil.

¿Cómo se siente?

C: (*se torna pensativo y meditabundo, habla un poco después*) Incomodidad... dolor.

T: Dirígete al dolor.

C: El dolor viene de la vergüenza.

T: (*ignora su interpretación, y regresa a la sensación del recuerdo*) ¿Pero dónde lo sientes?

C: En mi estómago.

T: ¿Y la sensaciones?

C: Es... intranquilidad... nerviosismo. Estoy ansioso.

T: Sigue con estas sensaciones. (*suavemente*) Sólo permanece con ellas. (*después de unos momentos*) ¿Dónde están?

C: En mi pecho. Es una presión en mi pecho.

T: Concéntrate en eso. ¿Cómo es la presión?

C: Se siente como si me apretaran. Como algo agarrado alrededor de mi corazón.

T: (*suavemente, dándole ánimos*) Vamos a quedarnos con eso agarrado fuertemente alrededor de tu corazón.

(*Pasando al segundo triángulo*).

T: ¿Puedes recordar alguna otra ocasión en que hayas sentido lo mismo, como algo que se agarra fuertemente?

C: (*inmediatamente*) Claro —cuando tenía miedo de que se rieran de mí si hacía algo estúpido o de quedar como un tonto en la escuela.

T: OK. ¿Cuál es la sensación?

C: De que me hundo, que estoy cayendo... como si fuera un cero, como si no fuera nada.

T: Uh-huh... ¿Cómo encaja eso ahora con que estés pensando en hablar con Dave?

C: Creo que se alejará de mí y que me abandonará.

T: ¿Y eso te haría sentir...?

C: ¡Terrible! Me haría pensar “¡Oh, Dios mío, realmente le di asco!”.

Aaron comprendió que su incapacidad para hacer aquello que parecía “demasiado difícil” realmente se debía al miedo paralizante de la vergüenza anticipatoria —la idea de que sería humillado si exponía su debilidad, y que sería avergonzado por haber compartido su propia vergüenza. En otras palabras, Aaron tenía miedo de quedar atrapado en un doble dilema. El terapeuta le recomendó que se expusiera poco a poco, siguiendo los pasos que acabamos de bosquejar líneas arriba.

Resultó al final que cada una de las capas que Aaron fue exponiendo a Dave fueron acogidas con la comprensión y el apoyo de Dave. Un mes después Aaron y Dave se comprometieron a ser compañeros de rendición de cuentas —con el apoyo de su grupo de estudio bíblico— y también el propio Dave comenzó a tratar su adicción a la pornografía (heterosexual) en internet.

Las proyecciones negativas sobre los hombres heterosexuales

Otra forma de resistencia en el proceso terapéutico es el de los estereotipos que los hombres con PMS se han formado respecto a los hombres heterosexuales: “Los hombres heterosexuales son burdos, toscos, insensibles, idiotas, unos ‘Neandertales’”. Los clientes suelen sorprenderse cuando, con el paso del tiempo, sus amigos heterosexuales exponen sus propias dudas e inseguridades. Dichas revelaciones tienen un enorme valor, pues contribuyen a acrecentar la sensación de que poseen puntos en común y también favorecen el desarrollo de la mutualidad entre estos hombres con diferentes antecedentes de orientación sexual.

El principal obstáculo para la sanación es la vergüenza que el hombre con PMS siente por su profunda necesidad de recibir la atención emocional de otras personas de su mismo sexo. Esa sensación de “ya debería haber superado esto” que muchas veces tienen nuestros clientes no es sino una idea que proviene de la vergüenza que han experimentado estos hombres debido a un padre que los rechazó. Un cliente me confiaba lo siguiente:

“Éstos son sentimientos muy viejos que se remontan a cuando era un niño entre otros niños. Cuanto más competitivo era el grupo, más incómodo me sentía. Me iba mejor cuando trataba con un solo niño, pero cuando eran dos siempre me sentía como si ‘estuviera de sobra’. Luego empecé a encerrarme en mí mismo y a desapegarme. Me sentía entonces como ‘la tercera llanta’ —tratando de estar con ellos, pero ellos dos ya estaban juntos.

Tengo miedo de que se vayan a llevar mejor entre ellos que conmigo”.

El problema de la vergüenza anticipatoria

La ambivalencia —es decir, sentir miedo pero al mismo tiempo desear el contacto auténtico con hombres cariñosos— queda ilustrada en la historia de este hombre de 35 años de edad. Al presentársele la oportunidad entre trabar amistad con hombres heterosexuales o, por el contrario, tener una actuación homosexual, este hombre confesó lleno de lágrimas: “Me la paso deseando tener amigos, pero entonces tengo la esperanza de que no haya ninguno y que pueda consolarme con mis fantasías (gay)”.

En la siguiente transcripción este hombre habla sobre su visita a una ciudad donde vivían sus dos mejores amigos. Los dos sabían sobre su lucha con la PMS y han estado apoyándole y afirmándole desde hace años. Sin embargo, cuando fue a cenar con ellos ya había decidido que en cuanto les dejara tendría una actuación homosexual. Tras un año de terapia sabía exactamente lo que estaba haciendo: había decidido conscientemente tener contacto homosexual con un desconocido en lugar de conectarse con sus dos amigos cercanos y heterosexuales.

Comenzó diciendo que le parecía que los hombres heterosexuales simplemente no eran suficiente para él y que necesitaba más —es decir, necesitaba sexo:

“Simplemente no me conecto con ellos. Hay algo que falta. No me conecto con ellos de una manera divertida, íntima y como si ‘perteneciera’. Simplemente no siento esa intensa conexión que obtengo cuando estoy con un tipo gay con el que tengo sexo. Mis amigos pueden decirme puras cosas buenas y hacer todo correctamente, pero mi desapego está tan arraigado en mí que no les permito entrar. Me aman y me ven, y creo que aman lo que ven —porque les muestro todo lo que soy— pero, aun así, nunca es suficiente”.

Luego se preguntaba lastimeramente: “¿Por qué no puedo asimilarlo, dejar que entre?”

En su corazón se daba cuenta de que lo que le faltaba no tenía nada que ver con sus amigos heterosexuales, sino con su incapacidad para recibir abiertamente su amistad.

Al darse cuenta de esto, se enojó consigo mismo (lo que podría llevarle a buscar otras actuaciones homosexuales como una forma de autocastigo), y me dijo: “Este ‘asunto gay’ es lo que me merezco, pues hay algo mal en mí. Estoy tan jodido... ¿cuál es mi problema?, ¿por qué no puedo simplemente ser como ellos?”.

T: Ahora te estás condenando por no poder recibir sus cuidados. Lo estás usando para castigarte. La pregunta realmente sería ésta: “¿Por qué no puedo sencillamente recibir el

hecho que me aceptan?”.

C: *(se queda viendo como perdido)*

(Llegado este punto se le invita a tener compasión de sí mismo en lugar de ser autocrítico. El terapeuta hace una interpretación directa, basándose en la descripción que el cliente había hecho previamente sobre el modo narcisista en que sus padres le criaron durante los primeros años de vida familiar).

T: Cuando eras niño sentías que tu confianza era traicionada. Creías que eras amado, asumiste que se te podía amar, hasta que un día tuviste una tremenda revelación: “¡Estas personas (mis padres) no me ven!, ¡nunca me han visto!” Esa realidad tan tremenda te resultó intolerable. Te encerraste en el rol del niño bueno, pero en secreto decidiste no volver a confiar en lo que pareciera ser amor —*nunca, nunca más.*

C: *(asintiendo lentamente)*

T: Hoy tus amigos te estaban demostrando su amor, pero desconfiabas de él y no podías asimilarlo —no podías permitirle que se filtrara y que se hundiera dentro de ti — que te transformara.

C: *(repentinamente le inunda la tristeza y habla entre lágrimas)* Estoy triste por odiarme tanto... *(sollozando)* Estoy triste de estar tan asustado, ¡tanto que siempre prefiero quedarme solo!

T: *(suavemente)* Sí...

C: ¡Ser amado significa ser controlado! *(con enojo)* ¡Entregar mi corazón significa ser manipulado y controlado!

T: *(asiente con empatía)*

C: ¡Qué se jodan, prefiero estar solo! Y eso es lo que decido una y otra vez. *(larga pausa)*

T: *(asiente, esperando y escuchando)*

C: Quiero conectarme con los demás... pero cuando ellos se conectan conmigo simplemente no puedo confiar... *¡es que sé cómo manejarlo!*

Lamentarse por el desapego

Otro cliente me decía lo siguiente:

“Recuerdo haber ido a la casa de unos primos mayores que yo. Tendrían unos 12 años y yo unos 9. Se daban cuenta de que yo era tímido e intentaron jalarme a su modo para conseguir que jugara con ellos. Yo no aguantaba que hicieran eso. (dicho con nostalgia) Me gustaría poder regresar ahora a ese momento y actuar de manera diferente. Los rechacé. ¡Si al menos me hubiera abierto con ellos!”.

Otro hombre relataba lo siguiente “¡Recuerdo a todos los hombres que estuvieron ahí disponibles para mí! Pero no me di cuenta, nunca les puse atención, ni tampoco aproveché lo que me estaban ofreciendo. Les dí la espalda. Los ignoré. Estaba demasiado desconfiado y preocupado por mí mismo”.

La mayoría de nuestros clientes se lamentan por haber dejado pasar estas oportunidades y por las decisiones que muchas veces tomaron con tal de protegerse. Nos hablan sobre las oportunidades perdidas para conectarse con otros hombres —de todas esas actividades que rechazaron, los sentimientos que ocultaron, el apoyo al que dieron la espalda y las amistades que se les

presentaron pero que rechazaron.

Lo que suele dolerles más es haber escogido la seguridad en lugar de los retos, y haber preferido la protección personal en lugar de la vulnerabilidad emocional.

CAPÍTULO 18

LAS RELACIONES CON LAS MUJERES

Si bien gran parte del tratamiento se enfoca en las relaciones masculinas, para que la terapia reparativa sea exitosa será necesario que el cliente resuelva la sobre-identificación o enredo emocional que haya tenido con la madre.

La meta terapéutica del cliente será poder relacionarse con las mujeres como lo haría un hombre adulto. Como no fueron apoyados por su padre durante la infancia, muchos niños no lograron obtener un sentido claro de la masculinidad de su “yo” que les permitiera sentirse distintos a sus madres. Un hombre lo explicaba así: “Mi padre estaba en el espacio exterior así que absorbí el mundo a través de mi madre. Estaba tan “sincronizado” con sus ideas y sus sentimientos que llegué a aceptar completamente su visión de la vida”. Refiriéndose a la relación que actualmente tenía con su madre, otro cliente que se identificaba como gay reportaba orgullosamente en su primera sesión: “Todos dicen que somos idénticos. Ella es mi mejor amiga. Somos como un par de sujetalibros”.

Pero si observamos atentamente, nos daremos cuenta de que cuando la madre y el hijo mantienen una relación tan íntima, el hijo no sólo se estará identificando con su madre, sino que también abrigará una queja de igual intensidad contra ella. Es por ello que su relación es hostil y al mismo tiempo dependiente.

Si bien los clientes suelen afirmar que “nadie me entiende como mi madre”, al mismo tiempo se quejarán contra ella pues aseguran que posee un poder único para irritarles, molestarles o disgustarles, y que ninguna otra persona puede hacerlo como ella. Estos hombres muchas veces reportan la siguiente paradoja: en cierta forma se sienten como “los más comprendidos” por sus madres pero, al mismo tiempo, también se sienten como los “más incomprendidos” por ellas.

Ya siendo adultos, nuestros clientes hipersensibles continuarán experimentando en su cuerpo estas reacciones de vergüenza como una respuesta ante los signos subliminales de desaprobación de las figuras maternas.

El poder de la madre crea una respuesta vergonzosa

Cuando era niño Brad ocupó el rol del esposo sustituto de su madre. Al tener que cargar con las responsabilidades de la vida emocional de su madre, se volvió muy sensible a sus miradas de desaprobación y al mensaje que transmitía sin palabras: “he hecho algo malo, la he disgustado” o “está molesta y es mi culpa”.

“Las frías miradas de mamá hacían que me sintiera culpable. Cuando me acercaba a ella y no obtenía una respuesta me sentía como si la hubiera decepcionado por algo. En otras ocasiones no podía discernir si en realidad sólo estaba muy cansada o era yo quien no estaba haciendo lo suficiente para que estuviera feliz”.

Un muchacho de 15 años describía las reacciones exageradas que sentía por la desaprobación de su madre:

C: Puedo imaginármela ahí parada con sus brazos cruzados y los ojos entrecerrados.

T: ¿Qué sientes dentro de ti?

C: Como si tuviera la garganta y el cuello apretados. Todo se oscurece alrededor mío.

Otro ejemplo del poder que tiene la madre para provocar vergüenza es el de aquel hombre de 39 años del que habíamos hablado anteriormente, quien con entusiasmo y cautelosa esperanza había comenzado a salir con una mujer —su primera relación de este tipo. A continuación, percibimos un cambio inhibitorio cuando le da la noticia a su madre:

C: Llamé a mi madre y le dije que estaba saliendo con una muchacha. Ella dijo entonces, “Oh, estoy tan contenta por ti”, “¡me alegra tanto que me lo cuentes!”. Pero escuché algo en su voz. Sabía que en cuanto colgara se pondría a llorar.

T: ¿Y por qué iba a llorar?

C: Porque ella cree que me está perdiendo. (*melancólicamente*) Y yo me pongo triste cuando ella está triste.

Esta excesiva sensibilidad a las expectativas de la madre y la gran ansiedad que en él causa su desaprobación hacen que el cliente tenga la necesidad de complacer a toda mujer que aparezca en su vida. El miedo a la desaprobación y el terror ante el poder de las mujeres para avergonzarlo y absorberlo constituirán el principal obstáculo con el que se enfrentará un hombre de estas características para lograr ser íntimo con otras mujeres. Su principal reto será mantener su autonomía personal mientras se relaciona con una mujer. Para lograrlo deberá resolver la vergüenza con la que anticipa que no será capaz de satisfacer las expectativas de las mujeres. En pocas palabras, debe dejar de reaccionar la relación madre-hijo con otras mujeres.

Uno de nuestros clientes en una ocasión me explicaba los problemas que inicialmente había tenido cuando empezó a salir con mujeres:

“Personalmente tenía que luchar con la sensación de que ellas me estaban tragando y que lo que hacíamos era algo incestuoso. Cada vez que me acercaba a una mujer sentía que abordaba a mi madre. Mi terapeuta me ayudó a tratar esto cuando me permití

experimentar sentimientos muy desagradables y me di cuenta de que esto no me mataría.

Él también me ayudó a conectarme con el enojo y el dolor que sentía por la relación emocionalmente abusiva con mi madre. Me ayudó a poner límites apropiados a las mujeres y a sentirme bien conmigo mismo al hacerlo.

Afortunadamente, mi esposa es en muchos sentidos muy distinta a mi madre. Ella afirma mi masculinidad y respeta mucho mi necesidad de límites”.

Otro hombre lo explicaba de la siguiente manera:

“Para mí el principal obstáculo es confiar en las mujeres —ése es mi bloqueo número uno. Me doy cuenta de que esto viene de mi madre, pues sus emociones fluctuaban constantemente y ella tenía el poder para hacerme caer en sus estados depresivos. Ella nunca le confiaba nada a mis otros hermanos —yo siempre era el primero en saber sobre su estado de ánimo.

Necesito trabajar para independizarme de ella y también para impedir que me convierta en el ‘esposo sustituto’ por el que me ha tomado. De hecho, hace poco empecé a recordarle que tiene un marido”.

Creciendo en la identificación con los hombres: relacionándose con las mujeres como un hombre lo hace

Conforme la identificación heterosexual del cliente se vuelva más profunda, éste dejará de envidiar a los hombres gay que tienen pareja. Progresivamente su hombre ideal será aquél que puede relacionarse con una mujer como lo hacen los hombres heterosexuales. Un cliente reportaba lo siguiente: “Ahora me doy cuenta del tipo de hombres en los que me fijo. Ahora envidio a los hombres que están con las chicas, los hombres que salen con mujeres”. Otro decía:

“Cuando veía alguna escena romántica en la televisión me identificaba con la mujer. Sentía que era como ella y que quería ser amado como ella —por un hombre. Pero ahora cada vez me siento más como el hombre. De hecho, he empezado a preguntarme, ‘¿Cómo se sentirá ser él haciéndole el amor a ella?’ ”.

Durante la terapia algunos hombres nos dirán que se sienten listos para empezar a relacionarse con las mujeres. Esto no debe ser algo a lo que el terapeuta de pie sino, más bien, debería ser algo que nazca espontáneamente del propio cliente (esto contrasta con la manera explícita en que le exhortamos a que tenga amistades masculinas no eróticas). A partir de nuestra experiencia clínica hemos aprendido que presionar al cliente para que salga con una mujer resulta contraproducente. Sólo su propia sensación de estar listo puede indicarnos cuándo el cliente debería comenzar a buscar relaciones heterosexuales.

Si bien muchos clientes se preocupan por su capacidad de desempeño heterosexual, la intimidad emocional con una mujer será realmente su mayor reto. La inseguridad y el miedo que sienten respecto a su capacidad erótica con frecuencia cubren el miedo todavía más profundo que tienen a la vulnerabilidad emocional. Básicamente, el principal miedo del cliente es “Si confío en una mujer, ella me

quitará el poder”.

El reto de estos clientes será mantener la intimidad emocional con una mujer mientras simultáneamente preservan su autonomía personal. Todos los hombres se enfrentan a este mismo desafío que, sin embargo, representa un reto particularmente grande para aquellos hombres que han tenido un pasado homosexual. La terapia deberá concentrarse en la tendencia recurrente a proyectar en las mujeres su miedo a la desaprobación y a la humillación.

Tal vez el cliente no logre identificar directamente la experiencia vergonzosa. Sin embargo, su estado parasimpático y de hipo-excitación muchas veces se manifestará cuando sienta repugnancia, indiferencia o mero aburrimiento por las mujeres. Con frecuencia se encontrará atrapado en su antiguo y tan conocido rol de “niñito bueno” cuando se relacione con ellas. Si se exploran sus sentimientos a mayor profundidad, nos percataremos de que en muchas ocasiones lo que la persona está intentando es cubrir el odio que no ha expresado. Esto suele manifestarse indirectamente a través de comportamientos pasivo-agresivos contra la mujer durante la relación, o por repentinas explosiones que son detonadas por la frustración y el resentimiento. Ambas reacciones son improductivas y auto-derrotistas. Ahora bien, no todas las madres de los hombres homosexuales tuvieron personalidades poderosas ni ejercían el rol maternal estereotípico de la madre “fuerte, controladora y dominante”. Por el contrario, algunos hombres reportan experiencias muy distintas: madres pasivas, dependientes e impotentes. Pero si observamos detenidamente ambos tipos de personalidad, aunque a primera vista parezcan muy distintos, en realidad producen el mismo efecto inhibitorio en el desarrollo de la aserción de los hijos. Por ejemplo, un instructor de danza de 28 años recordaba lo siguiente:

“Cuando tenía que ir a la escuela en la mañana veía cómo mi madre se entristecía. Siempre lloraba el primer día de clases. Me hacía sentir mal por tener que dejarla. Ella no quería que yo me fuera, ni yo quería irme tampoco. Ambos nos sentíamos desgarrados. Yo quería protegerla no yendo a la escuela.

Cuando iba a la escuela tenía miedo de que algo le ocurriera. Creo que nunca obtuve suficiente amor de sus padres, y por eso tenía que mantenerme tan cerca de ella”.

La importancia de las amistades con hombres casados

Es muy frecuente que al cliente le parezca que sus padres no fueron un buen modelo de la vida de las personas casadas. Por eso es importante que el cliente tenga amistades con hombres casados que le puedan dar la oportunidad de presenciar un matrimonio próspero a través de los ojos del marido. Al hablar sobre sus problemas de adaptación con sus amigos casados, descubrirá que las mujeres no son tan amenazadoras como él creía.

Las introyecciones negativas que el cliente tenga sobre lo femenino generalmente provendrán de sus experiencias más tempranas con la madre. En otros casos provendrán de una hermana mayor o de una abuela que se relacionó muy estrechamente con él, o de algún otro miembro de la familia. Una buena forma de comenzar a tratar las proyecciones femeninas negativas del cliente será invitándole a que ponga en palabras lo que opina sobre las mujeres. Usualmente empleará descripciones como manipuladoras, tontas, controladoras, asfixiantes, taimadas y dominantes. Si le escuchamos decir “todas las mujeres son... (completa la oración)” entonces tendremos un buen indicador de que sus proyecciones se refieren a su madre.

Una técnica terapéutica que en ocasiones resulta útil será pedirle al cliente que imagine y después describa en sus propias palabras la imagen de la mujer ideal, o una con la que se visualice en una relación. Cuando visualiza y articula una introyección femenina positiva entonces dota de validez lo que imagina. En una ocasión, cuando le pedí a un cliente que se imaginara una mujer con la que le gustaría algún día casarse, éste la describió de la siguiente manera: “No es glamorosa, pero tiene una belleza natural. Sencilla pero sólida. Ella es muy receptiva y callada. Es íntegra, pero no es débil. Hay en ella modestia, empatía y lealtad —y me siento respetado por ella”.

Los clientes con PMS muchas veces afirmarán que les atrae que una mujer sea independiente, que sea “ella misma”, que tenga un carácter autosuficiente. Esto es muy distinto a lo que los hombres heterosexuales prefieren —una mujer que los busque para obtener apoyo emocional.

La necesidad que los hombres ex-gay tienen de una mujer emocionalmente autosuficiente se remonta a su miedo de acabar “emocionalmente enredados y ser absorbidos” por una mujer, es decir, la misma sensación que experimentaban con sus madres. Los hombres que se sintieron responsables de los sentimientos de sus madres y de mantenerlas contentas tendrán un miedo particular a verse nuevamente inmersos en una relación parecida.

Aprendiendo a confiar en una mujer

Teniendo esto en mente, conforme el terapeuta guíe al cliente a través de sus relaciones románticas con las mujeres, también deberá estar pendiente de que el cliente no abandone sus necesidades auténticas ni se vuelva demasiado sensible a las expectativas de la mujer. El cliente deberá ser consciente de que no debe abandonar la expresión de su verdadero “yo” dotado de género. De hacerlo, inevitablemente se sentirá enojado con ella y lo manifestará a través de una variedad de reacciones destructivas dirigidas contra él mismo o contra la propia relación, como serían alejarse emocionalmente de ella, volverse hipercrítico, tener fantasías gay o, en definitiva, tener actuaciones homosexuales.

El cliente experimentará cambios exitosos y logrará la intimidad emocional y sexual con una mujer dependiendo de su capacidad para desarrollar su confianza en las mujeres en lugar de anticipar que será traicionado. ¿Puede confiarle a una mujer sus sentimientos?, ¿le permitirá ella seguir siendo masculino? Pero, a fin de cuentas, no es la mujer sino él mismo quien abandona su “yo” verdadero dotado de género. El reto principal al que se enfrenta el cliente será iniciar una relación con una mujer mientras se mantiene en contacto con él mismo —es decir, estando pendiente de ella mientras permanece en posesión de sí mismo.

Cuando el cliente inicie una relación deberá ser monitoreado por el terapeuta, quien le ayudará a ser sincero consigo mismo y evitar caer nuevamente en el papel del falso “yo” o del niño bueno. Inevitablemente surgirán conflictos en la relación, los cuales obligarán al cliente a mantenerse firme en su postura asertiva.

Muchas de estas dificultades relacionales del cliente se deben a su vergüenza anticipatoria y son causadas por las proyecciones sobre lo que él cree que la mujer espera de él, si bien con frecuencia dichas expectativas no son sino distorsiones. El terapeuta podría sugerirle al cliente que se acerque a la mujer y verifique lo que él entendió o “escuchó” que ella esperaba de él. Al fungir como una figura del buen padre (profesor-mentor) el terapeuta constituye un marco de referencia masculino desde

el cual el cliente aprenderá a ser un hombre cuando se relacione con las mujeres.

La tendencia del cliente al autosabotaje muchas veces es tan inconsciente que no se percató de ésta hasta que se enfrenta a una crisis relacional. Algunos signos tempranos de autosabotaje son la sensación de aburrimiento, la irritabilidad y el fastidio, o simplemente sentirse distraído. En los ejemplos clásicos de identificación proyectiva será casi inevitable que al hombre le parezca que la mujer es demandante, crítica y controladora —en pocas palabras, que la convierta en su madre. Dichas defensas son expresiones indirectas del enojo que acompaña lo que en secreto le duele: “Ella es controladora, como si fuera mi jefa, inflexible, etc.”. Si es incapaz de poseerse a sí mismo y permanecer emocionalmente conectado, entonces sentirá ambivalencia por todos estos sentimientos en torno a ella y se sentirá inseguro sobre la relación.

La “falta de iniciativa”

En cuanto el hombre regresa a su bien conocido papel de “niño bueno”, es decir, al mismo rol con el que apaciguaba la relación con su madre, observamos también que abandona la iniciativa en la relación.

Muchas mujeres que están viviendo relaciones de este tipo se quejan diciendo: “Él me concede el liderazgo y me otorga el poder para tomar decisiones, porque no quiere asumir la responsabilidad”. Como el hombre evita la iniciativa y la aserción, la mujer entonces —por necesidad— tiene que asumir el rol más fuerte. Él reacciona a su iniciativa con un enojo velado, si bien ella no se imagina que él está resintiendo el rol activo y directivo que ella ha tomado.

De todos los hombres casados con los que he trabajado, cerca del 80% de sus mujeres sabían de la atracción al mismo sexo de sus maridos antes de casarse. Para el hombre constituye una enorme ventaja que su mujer esté informada al respecto. De hecho, con frecuencia se sorprenderá del grado en que acepta y tolera sus dificultades. De esta manera, lo que quedará en juego será si él realmente continuará siendo honesto y la incluirá en su proceso de crecimiento o no. En general la mujer representará un aliado muy fuerte y leal siempre y cuando él permita que le acompañe en su lucha.

Si, por otro lado, ella percibe que él la excluye del proceso —si él le oculta cosas o las mantiene en secreto y no la hace partícipe— entonces ella podría retirarle su apoyo de manera radical y tomar una postura crítica y de rechazo.

Hemos de aclarar que el involucramiento de la esposa no implica que ella tenga que conocer todos los detalles sobre la vida pasada de su marido. Por otro lado, esto tampoco significa que ella se convierta en la persona a la que el marido deba rendir cuentas, sino que dicho rol debe quedar reservado a un hombre significativo. En realidad, lo que ella debe saber es que él tiene un sincero compromiso por crecer y cambiar.

Algunas veces resultará útil acudir a algunas consultas en pareja, ya sea con su esposa o con su novia. Sin embargo, el terapeuta debe ser consciente de que el cliente probablemente desee que ella asista a la terapia para poder así desviar la atención de sus propios problemas, pues prefiere creer que sus dificultades relacionales —y, especialmente, su desapego emocional— se reducen a un mero “problema de comunicación”. Sin percatarse de que está fomentando esta evasión, la mujer podría incluso creer que la relación mejorará si ella también se involucra en la terapia. Si bien en la terapia

de pareja la mujer encontrará un lugar para abrirse y articular sus propias necesidades, esta acción también eclipsará las necesidades de afirmación masculina no articuladas por el cliente, lo que podría hacer que éste se sumerja en una postura pasivo-evasiva durante la sesión.

Aunque estas sesiones juntos podrían ayudarles a optimizar sus habilidades de comunicación, la atención del tratamiento deberá seguir enfocada en el cliente, cuya meta será responsabilizarse del desarrollo de un compromiso honesto con ella.

La continua necesidad de las amistades masculinas

Sin importar cuán exitosas sea su relación con la mujeres, el hombre con un pasado homosexual siempre necesitará frecuentar sus amistades masculinas sanas. Esta persona requerirá del contacto estable con sus amigos varones para poder desarrollarse y avanzar como marido. La mayoría de las esposas, incluso aquellas que no tenían noticia del pasado de sus maridos, suelen reportarnos que sus maridos parecen más felices, atentos y están emocionalmente más disponibles tanto para ellas como sus hijos cuando pasan tiempo con sus amigos. Por otro lado, cuando sus maridos no frecuentan estas amistades entonces tienden a alejarse, a estar malhumorados, irritables y emocionalmente distantes de ellas y de sus hijos.

Intensidad del deseo heterosexual

La terapia reparativa ha sido criticada por los terapeutas de afirmación gay, quienes afirman que “no es más que una modificación de la conducta”. Nosotros creemos que esta terapia no sólo sirve para suprimir los sentimientos homosexuales. Claro está, la mayoría de los hombres ex-gay que se han casado reportan que las experiencias sexuales con sus esposas no son tan intensas ni tan excitantes como sus experiencias homosexuales previas.

Los hombres con orientación homosexual muchas veces se sienten más a gusto relacionándose con mujeres que con hombres. “Dividen” a las mujeres y sólo piensan en ellas de la cintura para arriba, percibiendo a sus amigas como seres asexuados y carentes de género. Pero conforme la vergüenza vaya disminuyendo poco a poco gracias a la terapia, el hombre con PMS irá desarrollando una mayor capacidad para percatarse de sí mismo y aumentará la aserción de su “yo”, lo que llevará a que gradualmente comience a percatarse de ciertas respuestas heterosexuales que irán surgiendo en él de forma natural. Sin embargo, el sexo gay era impulsado por un profundo déficit —por un intento por llenar las necesidades insatisfechas de pertenencia y apego— y operaba como un estabilizador que momentáneamente resolvía el desequilibrio afectivo, como un poderoso “golpe” erótico que lograba sacar a la persona temporalmente de su depresión y encubría la desconexión masculina. Dicho “golpe” o carga eléctrica —que resolvía (temporalmente) la desconexión— nunca será tan poderoso en el caso de las relaciones con las mujeres, en parte porque ellas no le parecen “exóticas” al hombre con PMS sino que, en cierta forma, ya le resultan bastante conocidas.

Otro componente poderoso del sexo gay era su carácter prohibido y su naturaleza frecuentemente impersonal en forma de sexo anónimo —con cierta dosis de peligro que le añadía atractivo al resto de la mezcla. Este rasgo aumentaba todavía más la intensidad erótica, lo que hace que el sexo gay se perciba como mucho más excitante que el sexo con la esposa.

Sin embargo, el factor unidimensional de la “intensidad erótica” no constituye un referente

suficiente al momento de evaluar la satisfacción sexual de un hombre ex-gay casado. Si bien los hombres ex-gay reportan una intensidad erótica cualitativamente menor, también afirman que estas experiencias son más ricas, plenas y emocionalmente satisfactorias, y que también están acompañadas de una profunda sensación de bienestar. Describen dichas experiencias como dotadas de un sentido de compatibilidad, propiedad y unidad naturales. Un hombre ahora casado afirmaba lo siguiente: “Cuando pienso en mis experiencias homosexuales del pasado, me parece como si hubiéramos sido dos niños jugando en un arenero”.

Un camino distinto al del hombre heterosexual

Cuando un cliente emula el modo en que los hombres heterosexuales se relacionan con las mujeres, tratando de adaptar en la cita la intriga romántica/sexual, se estará disponiendo al fracaso. El camino del hombre que siempre ha sido heterosexual será diferente al de los hombres ex-gay. Los hombres heterosexuales suelen sentirse primero sexualmente atraídos por una mujer y sólo después llegana conocerla como amiga.

En cambio, en el caso de los hombres ex-gay la secuencia irá en la dirección opuesta — amistad, afecto, y luego sexualidad. Funciona de la siguiente manera:

1. Primero conocerá a la mujer como una amiga, alguien con quien comparte intereses y actividades en común.
2. Posteriormente permitirá que la amistad se desarrolle hasta convertirse en un afecto natural. El contacto físico y los abrazos se sentirán bien y le resultarán agradables.
3. Tras establecer y mantener una amistad de confianza, su afecto mutuo comenzará a expresarse naturalmente de modo sexual.

Esta secuencia de tres pasos reafirma a aquellos clientes que se sienten presionados por sentir excitación sexual como una forma de comprobar que efectivamente están cambiando.

Algunos hombres mantendrán la amistad con una mujer durante muchos años antes de que la relación se vuelva más seria y entonces se casen. Muchos de estos hombres han reportado que sus relaciones han sido tanto emocional como sexualmente muy satisfactorias. Conforme aumenta gradualmente su respuesta heterosexual, estos hombres suelen afirmar que lo que les atrae de sus esposas no es tanto lo visual, como ocurría en el sexo con otros hombres, sino que se trata de algo mucho más fundamental y táctil.

Resulta interesante que los hombres ex-gay casados con frecuencia indiquen que sienten poca atracción sexual por otras mujeres. Si bien esta extraña contradicción podría parecerle difícil de comprender a un hombre heterosexual, ¡éstas son buenas noticias para la esposa!

El riesgo de la intimidad con las mujeres

Como hemos observado, la cercanía emocional con las mujeres podría percibirse como algo peligroso pues evoca la polaridad del abandono-absorción. Dicha polaridad puede remontarse hasta las experiencias infantiles de apego inseguro con la madre, cuando la sintonización interrumpida e inestable

entre la madre y el niño era percibida por este último como si fuera absorbido o bien abandonado/rechazado por ella.

Consecuentemente, ya como adulto mantendrá una postura de desapego defensivo, auto-preocupación y una característica hipersensibilidad a las críticas de las mujeres. “Dejo que las miradas críticas y de decepción de mi madre me controlen”, decía John, un cliente. “Acabo siempre intentando arreglar sus problemas o escapar de ella. Siempre me siento responsable de sus sentimientos; cuando no está feliz siento que yo tengo la culpa”.

Esta impredecible afectividad de la madre deja al niño sintiéndose ansioso, inseguro y emocionalmente fragmentado. Por ejemplo, los clientes suelen reportar que cuando se sentían heridos física o emocionalmente hablando, curiosamente la respuesta de sus madres les brindaba poco consuelo. Si la madre reaccionaba de manera estridente cuando el niño se hacía daño (empeorando así el malestar del niño por su reacción exagerada), el niño acababa sintiendo que el incidente traumático no se refería a él, sino que trataba “sobre ella”.

En otros casos se sentiría incómodo por la incongruencia emocional entre las palabras de consuelo de su madre y su estado emocional alterado. Muchas veces nuestros clientes reportan que la afirmación de sus madres no parecía auténtica: sus consejos sencillamente no parecían prácticos o bien no correspondían a lo que ellos sentían en su interior. Por ejemplo, refiriéndose a su profunda sensación de rechazo por los compañeros, un hombre recordaba que su madre le había aconsejado lo siguiente: *“Oh, sólo olvídate de ellos. Simplemente no juegues con esos niños majaderos”*. En este ejemplo podemos observar cómo la madre tenía buenas intenciones e intentaba ayudar a su hijo aumentando su confianza, pero su estrategia era poco realista. Sus elogios exagerados sobre lo magnífico, especial, bueno, listo y guapo que era su hijo no correspondían con lo que los demás veían en él ni con lo que él veía en sí mismo. *“Yo no creía que ella realmente lo creyera —pero incluso si ella realmente lo creía, de todas formas yo sabía que no era verdad”*.

Las siguientes palabras provienen de un arquitecto de 34 años y ejemplifican lo sensibles que pueden llegar a ser nuestros clientes a las más sutiles señales de desaprobación de las mujeres. Habiendo crecido bajo el sistema de una familia triádica- narcisista, este hombre presentaba una respuesta vergonzosa condicionada que se manifestaba a nivel corporal siempre que se topaba con la desaprobación femenina.

C: En la fiesta de nuestra oficina Sandra se me quedó mirando de una forma que realmente me molestó. Creo que había escuchado algunos rumores sobre mí. No lo sé.

T: (*sin detenerse en los rumores que haya podido escuchar, sino dirigiéndose directamente a sus sentimientos*) ¿Cómo te hizo sentir? Dijiste que te “molestó”.

C: Sí. Era como si me despreciara. Me vio como diciendo, “Estúpido, no quiero tener nada que ver contigo”.

T: Y la sensación...

C: La sensación...

T: En tu cuerpo...

C: “Hice algo mal”.

T: Eso es una idea. ¿Cuál es el sentimiento?

C: El sentimiento es enojo.

T: Quédate con ese enojo.

C: Que la he decepcionado.
T: Eso también es una idea.
C: Pánico.
T: Quédate con el “pánico”. *(observamos cómo el afecto nuclear de enojo queda inmediatamente inhibido por una respuesta de pánico)* ¿Dónde lo sientes?
C: En mi cabeza.
T: *(regresando al cliente al enojo)* ¿Cómo se siente?
C: Apretada.
T: Quédate con la sensación de tu cabeza apretada.
C: Como miedo. Algo así como, “¡Oh Dios, hice algo malo!”. Miedo... siento escalofríos.
T: ¿Dónde?
C: En todo el cuerpo... “¡Tengo que arreglarlo!”
T: Ésa es una idea, sigue con tus sensaciones.
C: Me deprime. Siento horror... estoy pensando “Soy una decepción”.
T: Eso es una idea. Regresa a tu cuerpo.
C: *(el cliente parece atascado)*
T: *(repitiendo las palabras del cliente)* Me deprime... siento horror. Decepción. ¿Dónde?
C: En todo mi pecho. Un peso, un gran peso. *(El terapeuta decide pasar al segundo triángulo).*
T: ¿Has tenido estas mismas sensaciones en el pasado, estos sentimientos de depresión, horror, tristeza, “soy una decepción”?
C: Sí, claro que sí. Cuando mi madre ponía esa cara de que la había defraudado. Son las mismas sensaciones que tengo ahora.
T: ¿Puedes recordar algún evento específico?
C: Sí. Recuerdo una vez cuando era niño y estaba enfermo. Supongo que me estaba sintiendo miserable y mal conmigo mismo. Le grité a mi mamá, “¿Por qué yo?” Y ella me dijo “¿Qué, preferirías que fuera yo? Entonces pensé, “¿Qué?” Es justo la misma sensación. No sabía exactamente qué había hecho, pero sabía que de alguna manera la había decepcionado por decir algo malo.

En otra sesión, un hombre de 25 años de edad habla sobre su intención de invitar a una joven a salir en una cita casual. Su nerviosismo es tal que tiene sentimientos de pérdida/abandono, lo que sugiere cierta asociación con una pérdida temprana del apego materno:

C: Estoy pensando en invitar a Katy a salir—a tomar un café o algo así, sólo para conocerla. No me siento tan seguro. Estoy un poco nervioso.
T: OK... hagamos un poco de trabajo corporal. ¿Qué opinas?
C: De acuerdo.
T: Vayamos a ese “nerviosismo”. ¿Dónde lo sientes?
C: Es como una ansiedad.
T: *(asiente)* ¿Dónde?
C: En mi pecho.

(El cliente lo llama “ansiedad”, pero ésta generalmente se siente en el abdomen; probablemente está sintiendo miedo en su pecho, pero el terapeuta le sigue).

T: Bien, quédate con eso “en tu pecho”. Trata de ponerle palabras para describirlo.
C: Opresión, nerviosismo, un hueco.

T: Un hueco. ¿Dónde lo sientes?
C: En el mismo lugar, en el pecho.
T: (*hablando suavemente*) OK. “Un hueco”. Permanece con el “hueco” en tu pecho.
¿Cómo se siente eso “hueco” en tu pecho?
C: Como soledad.
T: Soledad, ¿todavía en tupecho?
C: (*asiente lentamente*)
T: ¿Cómo se siente la soledad en tupecho?
C: Como un agujero. Un área vacía. Como un espacio vacío... como algo que falta dentro.

(*El terapeuta pasa al segundo triángulo*).

T: OK... ¿Tienes algún recuerdo sobre ese mismo vacío, de eso “que falta” en tu pecho?
C: Recuerdo cuando me dejaban solo en mi cama cuando era niño. Es más como una imagen, como una foto. No es un incidente específico.
T: ¿Qué está sintiendo ese niño en la cama?
C: (*larga pausa*)
T: (*asiente, hablando suavemente*) ¿Cómo se siente ese niño?
C: (*con expresión perdida*) Desconectado, solo, vacío por dentro.
T: Me pregunto si tienes otro recuerdo con esa sensación de estar perdido y vacío.
C: (*pausa*) Recuerdo una vez que mi madre me regañó a gritos en mi habitación.
T: ¿Cuántos años tenías?
C: Tal vez... cuatro. Ella solía agarrar cosas de mi caja de juguetes y ponerse a tirarlas. Estoy afuera de mi habitación, parado al lado de la sala, viendo cómo tira mis juguetes mientras me siento perdido y desconectado. Y me pregunto “¿Qué hice mal?”, “¿qué está haciendo esta mujer?”, “¿cómo puedo arreglarlo?”.
T: (*asiente pensativo*)
C: Me sentía confundido y tenía miedo...
T: ¿Puedes hacer alguna conexión entre este recuerdo y lo que está pasando ahora?
C: Sí... (*lentamente, pensativo*) Katy causa en mí este mismo tipo de... sensación de “vacío” en mí.

Muchas veces observamos un conflicto entre los intentos del niño por ser asertivo y la intrusión de una madre que le quita el poder. Esto queda ejemplificado a continuación en la descripción que un hombre de 22 años hace de un sueño:

“Estoy haciendo el amor con una chica en mi cuarto de la universidad. Me siento conectado con ella. Pero en medio de esta escena de sexo mi habitación repentinamente se convierte en el cuarto de mi casa y mi madre está intentando entrar. La puerta está cerrada, pero de todos modos ella está empujándola con fuerza y está logrando abrirla”.

La dominación emocional queda muy bien descrita por este cliente, quien me decía lo siguiente: “Las mujeres deben ser apacibles, tener buen humor y contenerse hábilmente, pues de esta manera poseen poder para dominar”.

Mike, un estudiante de posgrado de 30 años, describía una dificultad similar. Él afirmaba que no podía ser espontáneo ni sentirse libre y al mismo tiempo mantenerse conectado con su novia:

T: Mike, ¿qué está dificultando que te mantengas simultáneamente conectado a nivel emocional con Annie y contigo mismo?

C: Creo que la percibo como algo que me absorbe, como algo que me arrastra, como una carga. Básicamente ésa es la razón por la que ya más de una vez he estado a punto de cortar con ella.

T: Claro. ¿Y qué pasa entonces contigo?

C: Me cierro, me retraigo, meto reversa, me alejo de ella. Me vuelvo de cartón.

T: Revisemos esa sensación de ser de cartón, ¿cuál es la sensación en tu cuerpo?

Vamos a dedicarle unos minutos a esto. C: Quieres decir, ¿qué hay detrás de eso?

T: Sí. (*pausa, aguarda*) Empecemos con la sensación de ser de cartón.

C: Estoy helado. Me siento helado porque estoy siendo observado. Siento como si me examinaran. No me siento libre. Me siento constreñido y restringido. Me cierro.

T: Te cierras. (*asiente lentamente*) Te vuelves de cartón, te desconectas.

¿Cuál es la sensación dentro de ti? Fíjate si hay algún otro sentimiento, profundiza en eso...

C: Hay algo de enojo.

T: (*aguarda*) ¿Te das cuenta de ese enojo cuando estás con ella?

C: No.

T: Pero puedes sentir el enojo ahora, ¿no?

C: Sí.

T: (*hablando cuidadosamente*) Mike, ¿cómo se siente el enojo en tu cuerpo?, ¿puedes identificarlo?

(*El cliente pasa rápidamente del enojo a la tristeza*).

C: En realidad sólo me siento triste.

(*El terapeuta continúa con este cambio repentino*).

T: Triste ahora, ¿no es así? ¿Sientes la tristeza ahora, mientras hablas de esto?

C: Sí.

T: ¿Te podrías permitir permanecer en la tristeza por unos momentos?

C: Sí.

(*Parece tener cierta dificultad para hacerlo*).

T: Esto es duro, ¿no es así?

C: Sí.

T: Quiero que sigas con esto, Mike. Esto es difícil.

C: Sí.

T: (*suavemente*) ¿Estás sintiendo la tristeza ahora mismo?

C: Sí.

T: Mike, ¿cómo sientes la tristeza en tu cuerpo ahora mismo?

C: (*de golpe parece abatido; deja caer los hombros lentamente*) Me siento drenado, colapsado, vacío.

T: Sí. Quédate con eso. ¿Puedes permanecer con ese vacío que sientes en tu pecho ahora mismo?, ¿puedes sentirlo?

C: Sí.

T: Creo que ese vacío ha estado ahí por muchos, muchos años —mucho antes de que conocieras a tu novia.

C: Sí. Así es.

(El terapeuta decide pasar al “triángulo de las personas”).

T: ¿Recuerdas algún momento en tu infancia en que hayas sentido esta tristeza y este vacío en tu pecho?

C: (*tristemente*) Siempre.

T: Siempre. Mucho antes de que conocieras a Annie ya tenías esta sensación de vacío.

¿Recuerdas algún momento particular de tu infancia en que te hayas percatado especialmente de ese vacío solitario y doloroso?... ¿algún incidente o momento particular que recuerdes?

C: Veamos... estoy tratando de pensar. (*fuerte suspiro*)

T: Podrás recordarlo mejor si permaneces con la sensación del vacío en tu cuerpo.

C: (*asiente*) OK.

T: Si sigues con esa sensación te será más fácil recordarlo.

C: (*pensativo*) Recuerdo haberme quedado muchas veces en casa solo en mi habitación.

T: (*en voz baja*) Sí. Háblame de eso...

C: (*repentinamente*) Sólo me siento algo enojado ahora mismo.

T: ¿Sientes enojo?

C: Un poco.

T: Háblame de cómo estás sintiendo ese enojo en tu cuerpo ahora mismo.

C: Lo siento en mi pecho.

T: OK. Entonces la sensación de vacío que tenías en tu pecho se ha transformado en otro sentimiento en tu pecho, y ahora es enojo.

C: Sí.

T: ¿Y cómo sientes el enojo en tu pecho?, ¿cuál es la sensación en tu pecho ahora mismo?

C: Quema.

T: Exacto.

C: Uh-hum.

T: ¿Con quién estás enojado?, ¿qué cara te viene a la mente cuando sientes este enojo que quema en tu pecho?

C: Mis padres...

T: OK. (*pausa*) Quédate con esa sensación que quema en tu pecho y fíjate si te viene a la mente la cara de alguno de tus padres.

C: Mi madre. (*se hunde en su silla*) Pero la sensación ahora se está yendo.

T: ¿Puede visualizar la cara de tu madre y sentir cómo te quema el pecho ahora mismo?

C: No. En cuanto lo hago el enojo se va —y entonces sólo empiezo a sentirme triste.

T: ¿Por quién te sientes triste?

C: Por ella.

T: Entonces, en lugar de sentirte enojado con ella, estás sintiendo tristeza por ella.

C: (*suspira*) Sí.

T: ¿Y enojo contra ti?

C: Sí. Eso es verdad...

T: Y eso te deja sintiéndote...

C: Pues... muerto. De hecho, es la misma sensación que tengo cuando estoy con mi novia... la misma sensación de estar siendo “observado y evaluado”.

Con el paso del tiempo, Mike fue comprendiendo que la forma en que respondía cerrándose con Annie era una defensa disociativa que había desarrollado en la relación con su madre, y que esta

reacción inhibía su impulso natural para ser asertivo y mostrar su enojo. En cambio, su reacción hacía que se sintiera culpable por su enojo y tan abrumado que se alejaba. En muchos casos como éste encontraremos que se siente tristeza por el otro en lugar de tristeza por uno mismo, lo que constituye una reactuación del conflicto donde “no puedo ganar” propio del doble dilema.

El falso “yo” como una defensa ante la humillación

El miedo que el cliente experimenta ante la posibilidad de que una mujer lo humille genera en él los sentimientos contrarios del miedo y del enojo que bloquean su respuesta heterosexual. Sin embargo, hasta que el hombre no se sobreponga al miedo a ser avergonzado por una mujer (así como el enojo que siente por el poder que la mujer pudiera tener para humillarle), éste no logrará acceder a una respuesta sexual biológicamente dirigida hacia ella. Por tanto, tendrá que resolver primero su tendencia a ser avergonzado como un requisito para poder desarrollar una respuesta heterosexual natural.

Un hombre afirmaba lo siguiente al hablar sobre sus relaciones con las mujeres: “Pensaba que para ser el hombre perfecto siempre debía permanecer con la mujer donde fuera que se encontrara —en su lugar emocional. Eso fue lo que aprendí de mi madre, pues *no* atenderla equivalía a haberla decepcionado”.

Al anticipar la vergüenza el cliente se topa con una disyuntiva. Un hombre describía este dilema de la siguiente manera: “Cuando estoy con una mujer, no estoy ‘conmigo’, y para realmente ‘estar conmigo’, tengo que estar solo”.

El “guión a interpretar” en la familia narcisista

La siguiente transcripción ejemplifica la sensación de impotencia ante los sentimientos de la mujer. Se trata de un cliente de 21 años de edad que habla sobre una amiga de la escuela que ha creado una dependencia con él. Esto había hecho que el cliente recordara la relación con su madre y el papel de cuidador o “apaciguador” que se esperaba de él en su familia triádica-narcisista:

C: Cuando está hablándome intento ser amable, pero me quita un montón de tiempo. No puedo escapar. Sin embargo siento algo por ella, ¿sabes?; ella es una chica que está bien (*duda*). Bueno, no quiero sonar superficial, pero... OK., está gorda. Pero también es molesta.

T: Ve a tus sentimientos mientras te acuerdas de ella.

C: Ansioso. (*hace una pausa*) Tengo que mantenerme “prendido”, artificial, tengo que mantener mi energía.

T: ¿Qué pasaría si dejaras de mantenerte “prendido” y no estuvieras “manteniendo tu energía”?

C: (*inmediatamente, como si lo supiera muy bien*) Entonces tengo una sensación de derrota... estoy como decaído. Como si no tuviera energía. Luego lo siento en mi garganta... como si quisiera llorar.

T: Permanece con tu cuerpo. Veamos qué estás sintiendo mientras piensas en esto.

C: (*lentamente*) Lo siento en mi garganta, siento como si tuviera una rana en mi garganta, es incómodo... algo monótono, pesado. (*pausa*) Me siento cansado, y como si quisiera llorar.

(*El terapeuta pasa al segundo triángulo*).

T: ¿Alguien más te ha hecho sentir así, como si quisieras “llorar/cansado”? C: (*pensándolo un momento*) Sí, mi madre, siempre que ella empezaba a llorar.

T: ¿Como cuándo?, ¿recuerdas alguna vez en particular?

C: Siempre había algo invisible que me imponían; una especie guión, una idea que tenían de mí, un papel que debía representar, el plan que tenían para mí. Era todo menos “yo”.

T: Uh-hum.

C: Mi madre me manipulaba para obtener cosas de mí. Pero si intentaba ser yo mismo, entonces me decía que era egoísta y que no la amaba. Si me alejaba de ella, se volvía fría, y luego me sentía en una especie de limbo —suspendido y solo.

T: (*asiente*)

C: Pero yo siempre tenía la necesidad de que volviera a ponerse de buenas, así que inmediatamente la apaciguaba y entonces todo volvía a estar bien; ella regresaba y continuábamos nuestra conversación.

Arreglando el “malestar”

La finalidad de la terapia será interrumpir la desvalorización que el cliente provoca cada vez que una mujer esté “molesta”, así como su consecuente impulso reflejo por arreglarle todo. Si analizamos esto más de cerca, descubriremos que en realidad no está queriendo hacerla feliz, sino que debe mantenerla contenta *con él* para que él pueda sentirse feliz (o, mejor dicho, seguro) consigo mismo.

Miedo a que la madre colapse

Un hombre de 36 años recordaba una conversación que había sostenido recientemente con su madre, donde describe cómo ella lo drenaba y lo “debilitaba”.

T: Dirígete a tu cuerpo en este momento; ¿cómo se siente cuando piensas en tu conversación con ella?

C: Es una sensación de agobio y frustración (*pausa breve*) Y... hay enojo.

T: ¿Dónde?

C: En mi pecho y en mis hombros. Le dije a mi madre que necesitaba descansar de ella. Tal vez no fue lo mejor que pude haberle dicho, pero así fue como salió de mi boca. Ella se sorprendió, luego se notó que le había dolido. Sí, le dolió.

T: ¿Y cómo se sintió eso?

C: (*parece quedarse en blanco*)

T: Regresa a tu cuerpo ahora mismo. ¿Cuál es la sensación?

C: (*un poco después*) Como si estuviera revuelto, como ansiedad.

T: Vamos a quedarnos ahí.

C: (*unos momentos después*) Como una bola de dolor en el centro de mi estómago. Tenso.

Mi mente, mi cerebro duele. Estoy confundido, triste.

T: Triste...

C: (*repentinamente espeta*) Ella no soporta que sea honesto con ella. Tengo miedo de que ella... colapse por completo. Debo sostenerla.

T: Debes mantenerla levantada.

C: Durante toda mi vida no tuve amigos y me sentí atrapado con mi madre. Cuando estoy cerca de

una mujer me siento como muerto, como si no tuviera libertad. Las mujeres me debilitan. Es por eso que me gusta ir a los bares [gay] —porque ahí me siento vivo y libre.

Olvidé quién era

Otro hombre joven describe los sentimientos que surgen en él cuando piensa en invitar a una chica por la que se siente atraído. Los recuerdos de “sentirse atado al vacío y a la tristeza” no tardan en aparecer.

C: Sigo indeciso sobre si debería llamarla o no.

T: Quédate con “indeciso”. ¿Qué hay debajo de eso?

C: Intranquilidad.

T: ¿Cómo se siente esa intranquilidad?

C: Como una opresión, como algo encerrado...

T: ¿Dónde?

C: En mi pecho. *(tocando el área central de su pecho)*

T: Permanece con eso; una sensación opresiva en tu pecho, de estar encerrado.

C: Es un vacío... estoy perdido...

T: ¿En la misma zona del pecho?

C: Sí. Como si estuviera perdido en la inmensidad.

T: OK... permanece con eso. Sigue poniéndole atención y dale palabras.

C: Una oscuridad. El espacio exterior. Un enorme espacio abierto.

T: Un espacio abierto, oscuro y vasto...

C: Tengo un agujero dentro de mí. Estoy perdido en él.

T: *(asiente lentamente)*

C: Un vacío. *(sigue reflexionando un rato)* Como lo negro que hay más allá de las estrellas. *(empieza a llorar suavemente)* En algún momento olvidé quién era.

T: Sí...

C: Me siento abandonado, desconectado. *(lenta y suavemente)* Sólo me siento atado a ese vacío y a esa tristeza. *No puedo escapar.*

Relacionándose con las mujeres desde la postura asertiva

Un hombre que había logrado finalmente relacionarse con una mujer desde la postura asertiva describía su experiencia de la siguiente manera:

“Mi tarea es permanecer conmigo mismo mientras estoy con ella. El secreto es que todo esto en realidad no tiene nada que ver con ella; ella no me está quitando el poder —soy yo mismo el que se lo está dando.

De hecho, ella no quiere el poder —ella quiere un hombre que sea masculino y en el que pueda confiar, seguro de sí mismo”.

En resumen y dicho de manera simple, cuando surjan los conflictos con una mujer las tareas

del cliente serán:

- Identificar conscientemente y después tolerar la molestia que le causa su desaprobación;
- Identificar las necesidades legítimas que subyacen a la molestia que percibe en su cuerpo;
- Expresarle sus necesidades de manera efectiva;
- Negociar sus necesidades a través de la comunicación madura;
- Seguir prestando atención a estas negociaciones (es decir, que siga efectuando dobles giros) hasta que sienta a nivel corporal que ha logrado regresar a la postura asertiva.

El niño bueno versus el verdadero “yo” dotado de género

A continuación, un banquero de 37 años de edad del centro de los Estados Unidos describe los sentimientos intensos y conflictivos que siente por su madre. La había estado visitando últimamente de manera regular pues se acercaba el final de su vida. Este regreso con su madre detonó nuevamente la lucha entre su niño bueno y su verdadero “yo” dotado de género, lo que le llevó a trabajar en el dolor.

C: Pues tuve una racha de masturbación: creo que llegué a hacerlo unas ocho veces en tres días. Eso fue el fin de semana pasado cuando estuve en su casa. Sabía que estaba siendo un niño bueno actuando como un niño malo.

T: ¿Qué estaba ocurriendo?

C: Mi madre no está comiendo casi nada y bebe muy poco, así que no falta mucho para que pase lo que tenga que pasar, pero ella sigue resistiendo. No he estado escribiendo en mi diario excepto justo antes o después de nuestras sesiones. Cuando estoy con ella, simplemente me ahogo. Es como si hubiera tomado un descanso del conflicto y de la lucha. Simplemente me rendí y permití que el niño bueno me arrastrara todo el día. Luego me repuse y dije, “esto es estúpido”, y desde ese momento he estado trabajando conscientemente para mantenerme en mi verdadero “yo”, pero no ha sido nada fácil.

T: Uh-hum.

C: Me siento presionado cada vez que tengo que manejar de ida y vuelta para estar con mi madre. Es algo que quiero hacer y no me arrepiento, pero a la vez es algo que no quiero hacer porque interrumpe mucho mi vida. Toda esta semana he estado oscilando entre el niño bueno y el verdadero “yo”. Se enfermó muy rápido, y volvieron a surgir en mí esos sentimientos de querer cuidarla y complacerla. Tengo que cortar emocionalmente con ella, y encomendarla en manos de Dios. Pero cuando creo que lo estoy logrando me doy cuenta de que la extraño, de que extraño mi antiguo lugar en su vida, aunque sé que ya no lo quiero más. Es esa sensación de soledad, de sentir que no merezco ser amado, de sentirme inadecuado. Es ese enojo contra ella, contra mi padre, contra mí y contra Dios porque mi masculinidad está incompleta.

T: (*asiente*)

C: Es la misma tristeza que siento por mí mismo, a pesar de que durante estos meses he podido liberar gran parte de estos sentimientos al lograr sentirlos y expresarlos, aunque sé que falta todavía mucho por hacer. Si no los escribo en mi diario permanecen atrapados dentro de mí. Las defensas que he construido durante toda mi vida permanecen ahí a pesar de que yo no lo quiera. Me encuentro ahí ahora.

(El terapeuta exhorta al cliente a que identifique sus conflictos).

T: ¿Cómo resumirías el problema que estás enfrentando en el presente?

C: No me siento fuerte ni tengo la confianza que sentía hace varias semanas antes de que su enfermedad empeorara. A veces me siento con confianza, pero el conflicto entre ambos *selves* es muy intenso. Es como una guerra de estira y afloja.

T: Sí...

C: Ahora es como si el verdadero “yo” estuviera siendo empujado al frente de la batalla y en ocasiones tuviera que cruzar la línea de fuego de esta guerra de fuerzas. Algunas veces el niño bueno gana y entonces el verdadero “yo” vuelve a pelear y quita al niño bueno de en medio, y esto se repite una y otra vez.

T: (*volviendo a hacer que el cliente se concentre en el conflicto*) Sí. Entonces el conflicto... ¿cómo lo describirías?, ¿dirías que el conflicto se resume en tus intentos por permanecer en el verdadero “yo” pero que, aun así, en cierta medida sigues queriendo ser el niño bueno de mamá?

C: Sí, es una buena forma de decirlo. T:

¿Te empuja justo al frente?

C: Sí, y algunas veces lo atravieso. Estoy impaciente por que ella se vaya, pero al mismo tiempo no quiero que se vaya nunca; pero sé que se irá, que sucederá. Es un conflicto.

T: Sí que lo es. Impaciente por que se vaya, deseoso de que se quede.

C: Sí. Simplemente no me encuentro en un lugar placentero. Es como si mi proceso estuviera en pausa. Sólo puedo hacer lo mejor que pueda para mantener al verdadero “yo” en el asiento del conductor. No sé qué resistencia estoy poniendo ahora a no ser mis patrones de conducta.

T: ¿Quieres que intentemos trabajar con ellos hoy, mientras tenemos la oportunidad de hacerlo?

C: Sí quiero, pero no sé por dónde empezar.

T: Empecemos sondeando cómo te sientes ahora mismo. ¿Cómo te sientes ahora mientras compartes conmigo este conflicto por el que estás pasando?

C: Siento algo positivo —que soy capaz de articularlo y escucharme a mí mismo diciéndolo y que haga sentido; es como si me estuviera exponiendo frente a él.

T: Sientes algo positivo dentro de ti.

C: Sí. Me siento alentado. Pero también sé que ése no es el sentimiento con el que tengo que conectarme, sino los sentimientos de soledad, de enojo y de tristeza.

T: Pero no anticipemos lo que esperas sentir. Sólo regresa a eso “positivo, alentado”.

C: (*cerrando los ojos*) Estoy intentando ponerme en contacto con mi cuerpo.

T: OK.

C: (*pausa*) Siento como un gruñido en mi estómago.

T: Tratemos de ir más allá de ese gruñido en el estómago.

C: Ansiedad...

T: Sigamos empujando y veamos qué hay más allá.

C: Es enojo.

T: Es enojo.

C: En cuanto dijiste que empujara más allá, respiré profundo y mis músculos de la cara se relajaron y luego se pusieron rígidos, como duros, tensos y enojados.

T: Sí.

C: ¿Tiene sentido?

T: ¿Puedes sentirlo en tu cara?

C: Sí.

T: Claro. Tus músculos están tensos. Así es. Entonces ahí está el enojo. Estás empezando a sentir el enojo, siéntelo en tu cara. ¿Lo sientes en algún otro lado?

C: En mis puños.

T: Uh-hum.

C: En mis brazos, en todos mis músculos, como si estuviera preparándome para atacar o defenderme. Incluso se siente como si el gruñido de mi estómago se hubiera callado y dijera, "No hay tiempo para esto, hay cosas más importantes que hacer".

T: ¿Y estás disponiéndote para atacar o defenderte?

C: Uh-hum.

T: Permanece un momento con tu enojo. Está ahí ahora mismo. Lo puedes sentir en todo tu cuerpo. Siente el enojo.

C: (*silencio*)

T: ¿Qué le ocurre a ese enojo que sientes en tu cuerpo si nos enfocamos en él?

C: Hay una sensación de fuerza junto con él. Puedo sentir mi enojo y estar con mi enojo... me siento fuerte.

T: Uh-hum. Ahora sientes la fuerza. ¿Qué sientes en tu cuerpo que se está sintiendo como fuerza?

C: Pues, no me siento atado al suelo. Siento como si tuviera energía como para saltar. No siento dolor en ningún lado. Estoy consciente de que estoy controlando la flexión de mis músculos.

T: Uh-hum. Tienes esta sensación de fuerza cuando te pones en contacto con tu enojo. ¿Y puedes sentir esa fuerza ahora mismo?

C: Sí.

T: Siéntelo, siente la fuerza y el enojo.

C: Pero me estoy preguntando de qué se trata el enojo. Contra quién está dirigido, y me parece lógico que debiera ser contra mi madre, pero eso no es lo que me está pasando; es más como si estuviera enojado conmigo mismo por no ser más fuerte en esta batalla entre el niño bueno y el verdadero "yo", y por haber permitido que mis emociones me hayan estado arrastrando por doquier esta semana.

T: Entonces el enojo, al menos en este momento, está dirigido contra ti.

C: Sí.

T: Eso es lo que estás experimentando, enojo contra ti.

C: Sí.

T: Eres muy bueno para dirigir el enojo contra ti, pero creo que sería más productivo si pudiéramos mirar alrededor y descubrir si ese enojo está dirigido contra alguien más. Dijiste que no es contra tu madre. Dijiste que eso sería lo lógico, pero que no es contra ella.

C: Bueno... no. Estoy enojado con mi madre, estoy enojado con ella por haberse salido del juego, por haber abandonado su papel. Estoy enojado con ella por haberme abandonado.

T: ¿Por abandonarte?

C: Debo recordarme todo el tiempo que esto trata de ella y que es *su* vida. Que no se trata de mí.

T: Sí. Estás enojado porque ella te va a dejar, porque te está abandonando.

C: Sí.

T: Por morirse.

C: Sí.

T: Sí.

C: Pero más que eso, por el modo en que está muriendo. Que esté "presente" ahora tan poco, y que no me pueda comunicar con ella.

T: Uh-hum. Sí. Está viva pero no puedes hablar con ella.

C: Bueno, puedo hablar con ella, pero ella no puede responderme.

T: Pero tal vez hay algo que tú quieres decirle y no puedes hacerlo. ¿Hay algo que quieras escuchar de ella?

C: (*interrumpiendo*) Sé lo que quiero escuchar de ella. Quiero que diga que lo siente. Quiero que ella diga que comprende y que se responsabiliza por haber creado este papel del niño bueno para mí y por habérmelo impuesto —por habérmelo restregarme en la cara—, por haberme encadenado a él toda mi vida. (*sonríe ligeramente*) Ésas son palabras de enojo, ¿no es así?

T: Sí.

C: Sí.

T: Sí, te escucho decir que quieres que todo esto se resuelva de una vez cuando ella se responsabilice —cuando puedas escucharla diciendo eso.

C: Quiero escucharla decir eso ahora mientras esté viva, pero sé que no es posible.

T: Veamos, ¿qué estás sintiendo ahora mismo cuando me dices eso?

C: Enojo.

T: Puedes sentir el enojo.

C: Ella está ahora en una especie de estado de estupidez mental, toda drogada, es como una metáfora de cómo se ha portado conmigo toda la vida —ignorando por completo todo lo que me ha hecho.

T: (*pausa*) Ignorando lo que ha hecho. Y puedes *sentir* este enojo, ¿verdad?

C: Sí, sí que puedo.

T: Quieres tener una última oportunidad para tener una conversación, una última oportunidad para que tu madre admita que “metió la pata”.

C: Sí quiero.

T: Sí. (*pausa*) Pero eso no va a ocurrir.

C: No.

T: No en el estado en el que se encuentra por las drogas; ya es demasiado tarde. Vamos a quedarnos con esto. ¿Qué sientes al saber que eso no ocurrirá aunque lo desees? Dime cómo te sientes ahora que sabes que no va a ocurrir.

C: ¿Cómo puedo describirlo? ¿Cómo es esto para mí?

T: Sí.

C: Cuando pienso en ello sólo meduele.

T: Uh-hum. Quieres huir del dolor por saber que no ocurrirá.

C: Así es.

T: Sí. De todos modos, vamos a intentar permanecer con ese dolor. Vamos a intentar quedarnos con el dolor y no cerrarnos a él, no escapar de él... simplemente “así son las cosas”, ¿de acuerdo?

C: Sí.

T: “Así son las cosas”.

C: Sí.

T: Esto no va a ser diferente. Quédate con tu enojo, dime lo que sientes y experimentalo.

C: Tengo la mandíbula apretada, mis dientes están presionados unos contra otros. Me viene a la mente la palabra *amargura*. Me siento amargado.

T: Sí.

C: Me siento amargado porque es amargo. Quiero escupirlo porque sabemal.

T: Sí, es verdad. Sabe mal, es amargo. Te deja un sabor amargo en la boca. Sólo intenta quedarte con esto, con cómo son las cosas. Ésta es la realidad, tienes enojo y amargura. Puedes probar la amargura.

C: Me imagino hablando con ella y al mismo tiempo trato de convencerme de que ya no lo intente. Es el conflicto entre el verdadero “yo” y el niño bueno. El verdadero “yo” me dice, “¿Cómo pudo

atreverse a hacerte esto!", mientras que el niño bueno dice, "¡Cálmate, se está muriendo!, ¿qué quieres que haga?".

T: Sí. Pero, ¿qué es lo que quieres de ella?

C: Quiero que diga, "Lo siento". *Quiero que se disculpe.*

T: Sí.

C: *Quiero que reconozca su parte...* sólo siento esas lágrimas que se me suben a los ojos. Quiero que ella sienta el dolor que yo estoy sintiendo.

T: Ah...

C: Quisiera que ella estuviera conmigo en este dolor —eso significaría que me ama.

T: Ah.

C: Es como si lo que me dio toda su vida no hubiera sido amor pleno... sino amor a costa mía. Este amor satisfizo sus necesidades —todo ha sido para ella. *Ha sido amor a su manera.* El niño bueno está diciendo, "Estás hablando de mamá, ¿qué estás diciendo?" Y el verdadero "yo" está diciendo, "Tengo que enfrentar los hechos. No te echas para atrás, amigo, porque ésta es la verdad".

T: Ésta es la verdad.

C: Estos sentimientos no vienen del espacio exterior, sino que vienen de dentro de mí.

T: Son reales. Sí.

C: Es difícil pensar que ella no me haya conocido genuinamente. Es duro pensar eso. Es duro... es por eso que he estado tratando de mitigarlo. Me amó lo mejor que pudo —de la única manera que pudo— pero de todos modos me duele porque no fue el modo que yo realmente necesitaba. ¡Si al menos se diera cuenta de cuánto necesitaba que me amaran!

T: Duele, ¿no es cierto?

C: Mucho.

T: Dime dónde está ese dolor que estás sintiendo.

C: Está en mi corazón. Está justo en medio de mí.

T: Hay un dolor justo ahí, en tu corazón.

C: Yo no soy el inepto, es mi mamá. Yo no soy el inadecuado, es mi mamá. (*solloza profundamente*)

T: Sí.

C: (*sollozo profundo y largo, tras unos instantes recupera la compostura*)

T: 'No soy yo, es mi mamá'.

C: (*llora suavemente*)

T: ¿Qué está pasando?

C: Me duele.

T: ¿Dónde?

C: En mi garganta, tengo un nudo.

T: Sí. (*pausa*) Sí, lo que estás sintiendo ahora está justo ahí en tu garganta.

C: Esto rompe completamente con la imagen que tenía de ella y su amor por mí. Esto rompe totalmente con esa imagen.

T: Sí.

C: No quiero creerlo. La verdad es dura.

T: Es duro, te duele justo ahí en tu corazón, justo en ese núcleo de lo que tú eres. Sí. (*pausa*) Vamos sólo a permanecer aquí un momento con esta realidad dolorosa, ¿está bien?

C: Sí.

T: (*muy suavemente, con compasión*) Estoy aquí contigo y te estoy acompañando en este

dolor que estás sintiendo. Sólo quiero quedarme aquí contigo, estar contigo durante este minuto.

C: Gracias...

T: No puedo ni imaginarme lo difícil que está siendo esto para ti. (*pausa*)

C: Todavía la amo.

T: Tú la amas, uh-hum. Claro que la amas.

C: Tengo tantas ganas de conectarme con ella a un nivel más maduro.

T: Sí.

C: Tengo tantas ganas de perdonarla pero no puedo perdonarla hasta que me lo pida.

T: Sí.

C: Si no, volveré a ser el niño bueno otra vez.

T: Sí, eso es verdad. Eso es verdad. Ya no quieres jugar ese juego; quieres seguir con la fuerza de tu masculinidad cuando te relaciones con ella. *Quieres ser quien realmente eres.*

C: Sí.

T: Y ofrecerle tu perdón genuino y verdadero cuando llegue el momento indicado.

¿Cómo te encuentras?

C: Todavía me duele, pero está bien. No siento como si tuviera que detenerlo o huir de él. Me siento bien con él.

T: Te sientes bien con este dolor que todavía sientes.

C: Siento algo de paz con él.

T: Sí, hay algo de paz, incluso en el dolor...

C: Todavía siento el enojo por toda la situación.

T: Sí, pero eso está bien, porque seguir en contacto con el enojo es algo que realmente necesitabas porque es un sentimiento verdadero y genuino, ¿no es así?

C: Sí.

(El terapeuta pasa a la transformación del significado).

T: Vamos a intentar que esto tenga sentido, OK., en estos minutos que nos quedan. Empezamos la sesión cuando me dijiste que habías pasado por un maratón de masturbaciones, o como lo hayas dicho. ¿Qué entiendes ahora?

C: Que realmente era el enojo que tenía por lo que está pasando y por no ser capaz de comunicarme con ella sobre esto.

T: Pudiste dolerte en ese momento, sentiste el dolor en tu corazón, el dolor y la decepción y la tristeza de que nada cambiará, pero luego fuiste capaz de encontrar la paz junto con el dolor y el enojo.

C: Sí.

T: Sí.

C: Eso se siente muy masculino para mí.

T: Se siente realmente masculino. *Es realmente masculino.*

C: Sí, se siente como algo realmente fuerte. "Fuerte incluso en mi debilidad"... fuerte en mi irritación emocional.

T: Exacto.

C: Me estoy permitiendo simplemente "ser" con mis emociones, que son reales y honestas.

T: Uh-hum. Y hay una fuerza en todo ello. Fuiste capaz de entrar en tu debilidad, y has ganado la fuerza de tu masculinidad al enfrentarte con ella.

C: Sí. Exacto, eso es.

T: Está a punto de acabarse nuestro tiempo. ¿Cómo te sientes sobre nuestra sesión de hoy?

C: Excelente. Toda la semana estuve necesitando esto, y hasta cierto punto lo sabía, pero no sabía cómo acceder a ello.

T: Sí. Realmente has peleado durante esta sesión para mantenerte sincero.

C: Sí.

T: Y sentiste esa amargura y ese mal sabor de boca.

C: Hoy estaba decidido a darme el tiempo para hacerlo. Siento que estoy otra vez sobre la montura.

T: Bien. Me sentí muy privilegiado de estar contigo y haber trabajado a través de esto contigo. Has trabajado muy duro.

C: Gracias.

T: Quédate con eso.

PARTE TRES

EL TRABAJO DEL DOLOR

CAPÍTULO 19

EL PAPEL DEL TRABAJO DEL DOLOR EN LA TERAPIA REPARATIVA

“Mejor es la tristeza que la risa, porque la tristeza del rostro es buena para el corazón. El corazón del sabio está en la casa de luto, mas el del necio en la de la alegría”.

— Eclesiastés 7:3-4

En el transcurso de los años he constatado cómo muchos de nuestros clientes cargan con una sensación de vacío y desesperación que mantienen oculta de los demás. En una ocasión, un hombre casado que estaba atravesando por un momento de agonía emocional, me confesó que lo que desde hacía muchos años motivaba sus contactos homosexuales compulsivos era algo “vacío, oscuro e insaciable —un lugar doloroso, solitario y sin esperanza que había dentro de mí”.

La herida nuclear: ese “lugar hueco y vacío que hay dentro de mí”

La experiencia de este hombre ha mostrado ser sorprendentemente común. Muchos otros hombres que he tratado también admiten que buscan tener contactos con desconocidos para llenar ese vacío oscuro que sienten dentro desí mismos.

Otro hombre me dijo algo semejante que llamó mi atención, si bien me tomó bastante tiempo comprender qué era lo que en realidad quería decirme. Su mujer lo había confrontado tras enterarse de sus encuentros homosexuales. Este hombre me dijo que odiaba sus relaciones gay y que amaba a su esposa y quería ser fiel a su familia. Pero también me habló con dolor sobre un agujero negro —un gran vacío— que pensaba que nada tenía que ver con el sexo ni su búsqueda de amantes, sino que era sólo el modo en que intentaba llenar “un lugar vacío” que jamás podría llenar. Por otro lado, este hombre había experimentado una gran falta de sintonía con su padre.

Desde aquel momento comencé a comprender la dimensión de este “profundo dolor” de la PMS.

En un principio y debido al modo en que comprendíamos la PMS, pensábamos que la PMS era un intento simbólico por reparar un déficit de la identidad de género (Nicolosi, 1991); sin embargo, ahora nos hemos dado cuenta de que la PMS es mucho más que eso: en su nivel más profundo constituye *una defensa contra el gran dolor causado por la pérdida del apego*. También los testimonios del gran número de hombres que he tratado refuerzan esta concepción.

Las siguientes palabras recogen la experiencia de muchos hombres: *“Dentro de mí hay un lugar hueco y vacío. Ese lugar siempre acaba lleno de demonios”.*

A continuación transcribo las palabras de un hombre que describe ese lugar vacío:

C: Dentro de mí tengo una sensación de vacío, en lo más profundo. Su color es negro. Se

relaciona con la tristeza y la desesperanza, es algo que merece ser odiado. *Ese núcleo negro soy yo...* Siempre he sabido que ahí está y a veces me quedo mirándolo de frente por unos instantes.

T: *(suavemente)* Y yo estoyviéndolo contigo. Lo estamos viendo juntos.

C: *(tomando aire)* Es algo que no quiero que los demás vean... me he esforzado tanto por ocultarlo. Quiero que la gente me quiera, y que me sigan viendo como alguien bueno.

T: ¿Es como si el núcleo negro te hiciera malo?

C: *(asiente tristemente)*

T: Ese núcleo negro es algo que tienes dentro, pero no es *lo que eres*.

C: *(con mirada inexpresiva)*

T: No sólo *no* es lo que eres: es algo que logró meterse en ti... es algo que no te define.

C: *(asiente)*

T: Sí. Ahí está.

(Sigue un largo silencio entre los dos).

T: Lo estamos viendo juntos ahora mismo.

C: *(llorando suavemente)*

T: Lo estamos viendo juntos.

C: *(larga pausa, luego se endereza en su silla)* Me siento mejor porque puedo enseñarle a alguien mi lado oscuro.

T: *(asiente)*

C: *(hablando lentamente)* Me siento más calmado. No me siento tan perdido.

T: Sí...

C: *(se queda pensando un rato y luego dice suavemente)* ¿Crees que otras personas también tengan su núcleo negro?, ¿también lo están ocultando?

T: *(asintiendo)* Sí, de distintas maneras.

C: *(como si de golpe se hubiera despertado)* Siento como si ahora tuviera la cabeza muy clara. No estoy tan confundido.

T: *(asiente)*

(Nuevamente hay un largo silencio entre los dos).

C: *(otra pausa, luego habla decidido)* La vergüenza que me causa este núcleo negro me ha mantenido apartado de la gente.

T: Ha hecho que te ocultes.

C: *(con tono de sorpresa)* Siento como si ahora fuera más cariñoso; siento más amor por los demás.

T: Sí. Cuando la vergüenza desaparece, de golpe hay una conexión.

La vergüenza conduce al trabajo del dolor

El trabajo del dolor llega hasta ese lugar doloroso y sin esperanza al que el terapeuta en ocasiones tendrá que devolver a sus clientes. Cuando el “yo” nuclear de una persona ha sido herido y vuelve a experimentar la pérdida del apego causada por dicha herida, el dolor puede llegar a ser tan intenso que se experimenta como una especie de *muerte*. A nivel emocional constituye algo agonizante y físicamente doloroso.

Durante las primeras fases del trabajo del dolor el cliente muchas veces se sorprenderá por la extensión y profundidad de sus sentimientos. No es raro escuchar que algún cliente diga algo como “¡No puedo creer que albergue tanta tristeza!”. La tristeza podría estar marcando todas las esferas de su vida diaria. También es común que el cliente reporte llantos espontáneos entre sesión y sesión “sin razón aparente”. Sin embargo los beneficios de estas experiencias son muy poderosos. Un hombre lo explicaba de la siguiente manera:

“El trabajo del dolor me está permitiendo sentir mi verdadera tristeza interior —el hecho de sentirme herido y abandonado— y experimentar toda esa soledad que no pude explorar cuando era niño. Muchas veces estaba triste; me sentía solo y perdido en medio de una gran familia, y creía que no tenía ningún derecho a expresar mis verdaderos sentimientos de tristeza cuando me sentía herido.

El mensaje parecía ser que yo no tenía ni voz ni voto, que ni siquiera tenía derecho a hablar pues acabarían menospreciando mis sentimientos.

A través del trabajo del dolor ahora soy capaz de revivir el dolor y experimentarlo en un ambiente seguro en lugar de tener que seguir enterrándolo, negándolo y temiéndole. Poco a poco he podido resolver todo esto de una manera sana. Me doy cuenta ahora de que debemos sentir el dolor y que no debemos enterrarlo.

Ahora, cuando siento dolor, la necesidad de recurrir a la PMS para cubrirlo es mucho menor”.

Resolviendo el trauma del abandono-aniquilación

Algo esencial cuando lidiamos con el déficit de género y que constituye una de las metas de la terapia reparativa será precisamente solucionar la percepción del abandono parental —el trauma de abandono-aniquilación que causó la herida nuclear.

La herida pudo haber comenzado con un apego inseguro con la madre. Esta herida también surge cuando los gestos del niño por obtener el amor paterno y satisfacer su ambición masculina no son respaldados por el padre. Toda situación en la que no se haya desarrollado el apego parental exigirá que la persona se enfoque en la vergüenza que experimentó al no sentirse genuinamente reconocido y amado por uno o ambos padres.

Ya como adulto, el niño que vivió esta pérdida tendrá que reconocer la pérdida y dolerse por ella. Para resolver el dolor tendrá que liberar los recuerdos almacenados en su cuerpo y luego dolerse por dicha pérdida.

Aprendiendo a vivir en la autenticidad

La literatura en torno a la psicología de la pérdida revela una serie de remanentes patológicos que perpetúan el proceso del dolor e impiden que concluya; la persona seguirá teniendo miedo a experimentar la cercanía emocional y contará con una capacidad limitada para ser genuinamente íntimo. La evasión defensiva de las emociones auténticas protege a la herida narcisista nuclear y se manifiesta

en la postura vergonzosa (antes llamada “desapego defensivo”), que con frecuencia adoptan los hombres con PMS que se acercan a nosotros.

La pérdida del apego atenta contra la supervivencia

Los investigadores dedicados al estudio del apego, especialmente John Bowlby, afirman que el apego infantil procede de un impulso primario que, de ser impedido, estará seguido por una persistente sensación de pérdida que es casi equivalente a la muerte.

La necesidad humana de apego responde a un impulso básico de supervivencia. Por tanto, el hombre que ha sufrido una pérdida de apego reexperimentará ésta como si estuviera cayendo en un abismo sin fondo —como si estuviera realmente muriendo.

Ahora es comprensible por qué el terapeuta se topará con mucha resistencia cuando se disponga a abordar esta pérdida sin resolver. El terapeuta podría sentirse incómodo al presenciar el dolor del cliente mientras éste se esfuerza por resolver esta situación tan semejante a la muerte; en estos casos, el terapeuta tendrá que enfrentar sus propias pérdidas. Además, el terapeuta deberá estar dispuesto a regresar con el cliente una y otra vez —tantas veces como sea necesario— a ese lugar tan incómodo. Por consiguiente, no deberá emplearse el trabajo del dolor hasta que se haya entablado la suficiente transferencia positiva con el cliente como para vencer sus defensas tan profundamente arraigadas.

Sin embargo, conforme perseveremos en el trabajo del dolor en la terapia también observaremos logros significativos y duraderos. Conforme mayor sea la capacidad del cliente para penetrar y resolver su pérdida de apego menor será su necesidad de recurrir al comportamiento homosexual. El proceso a grandes rasgos es el siguiente:

- *Tarea 1:* Aceptar la realidad de la pérdida —enfrentarse cara a cara con ella.
- *Tarea 2:* Reconocer su significado, enfrentarlo y *sentir el impacto emocional* de la pérdida mientras se mantiene en contacto con el terapeuta.
- *Tarea 3:* Admitir que se trata de algo irreversible y aceptar la realidad de que no será posible regresar y “deshacer” lo que ya pasó.

Definiendo el dolor patológico

El término *trabajo del dolor* fue acuñado por primera vez por Freud (1917/1953). Desde sus obras más tempranas, Freud comprendió que dicho proceso implicaba ayudar al cliente a abandonar sus defensas para que así enfrentara sus profundas pérdidas. Freud afirmaba que el trabajo del dolor implicaba la “de-catexización de la libido” con la representación mental que correspondiera a la pérdida del apego y que, sólo tras lograrse esto exitosamente, podría entonces efectuarse la re-catexización a través de apegos sanos subsecuentes.

Sin embargo, Freud hacía notar que el éxito podía impedirse por la persistencia de sentimientos conflictivos hacia el amado, por ejemplo, si el enojo sin resolver persistía y era dirigido contra uno mismo.

Las primeras formulaciones que Freud hiciera sobre el dolor siguen siendo muy importantes en nuestra labor, pues entendemos la PMS y los síntomas asociados a ésta como una defensa contra las pérdidas del apego que acontecieron en la infancia, frecuentemente en el contexto de una familia triádica-narcisista.

El dolor es un estado natural del hombre que tiene tanto un inicio como un final. No obstante, dicho proceso emocional varía mucho de persona a persona y, por tanto, no existen dos personas que vivan el dolor de la misma manera. Así, mientras algunas personas quedan atrapadas en una reacción intensa y prolongada tras la pérdida de un ser querido, otras no tendrán la necesidad de recordar constantemente la pérdida. Por otro lado, las vías emocionales del cliente regresarán constantemente al trauma original de la aniquilación-abandono a menos que resuelva su dolor.¹

Cuando un proceso doloroso es sano, éste constituye una experiencia consciente y plena que no implica un sufrimiento prolongado. El dolor patológico, por el contrario, se caracteriza por la expresión de comportamientos autodestructivos, inadaptados y de autoderrota.

Por ende, no es de extrañar que las personas con atracción homosexual compartan algunos rasgos comunes con las personas atrapadas en el dolor patológico, como serían una gran dependencia de la opinión de los demás para aumentar su autoestima, estados de depresión subclínica, comportamientos inadaptados e ideaciones suicidas, así como inestabilidad emocional y una especial dificultad para mantener relaciones íntimas de larga duración. El proceso del dolor sin resolver también deriva en un estilo de vida caracterizado por las defensas narcisistas (Deutsch, 1937).

Hemos observado estos síntomas con frecuencia entre nuestros clientes con orientación homosexual. De hecho, como han demostrado estudios recientes, *hay una frecuencia mucho mayor de desórdenes psiquiátricos entre los hombres homosexuales* considerados como grupo (Ferguson, Horwood & Beautrais, 1999; Bailey, 1999).

Dado que el dolor sin resolver es el origen de los deseos homosexuales, podemos entonces comprender la serie de comportamientos inadaptados de autoderrota que observamos en esta población. El homoerotismo enmascara la angustia que despierta esta profunda pérdida y sirve como una especie de distracción temporal —pero a fin de cuentas insatisfactoria— que evita abordar la tragedia de la herida nuclear del apego.

De hecho, la variedad y extensión de los comportamientos inadaptados entre los hombres gay hacen pensar en la presencia de una herida muy temprana y profunda.

La familia triádica-narcisista y la pérdida traumática

El género es algo intrínseco a la estructura del “yo”, de manera similar al modo en que las varillas constituyen el soporte intrínseco de un edificio. Como ya hemos visto, los intentos de un niño por individuarse y actualizar su género dentro de la estructura de la familia triádica-narcisista no son apoyados adecuadamente por la familia. Los resultados pueden ser desastrosos para un niño temperamentalmente sensible y cuyos compañeros refuerzan el mensaje implícito de ser defectuoso.

El niño pre-homosexual experimenta la ruptura del apego de manera distinta con cada progenitor. Generalmente se sentirá ignorado o abandonado por su padre y emocionalmente usado o manipulado por su madre. Ambos padres amarán a su hijo a partir de sus propias limitaciones, pero a fin de cuentas transmitirán a su hijo que su verdadero “yo” por alguna razón es inaceptable.

Al haber experimentado la pérdida del apego dentro del sistema de crianza de la familia triádica-narcisista, el niño habrá aprendido que no debe comunicar su malestar ni pretender siquiera conceptualizar la naturaleza exacta de su pérdida. Sin embargo, sus necesidades insatisfechas perdurarán y la pérdida permanecerá almacenada en su memoria corporal.

Como hemos observado, la secuencia de desarrollo homosexual a grandes rasgos inicia con (1) la pérdida primaria del apego que (2) resulta en un déficit de género y deriva en (3) la subsecuente compensación a través de la actividad homoerótica.

La actuación homosexual: un síntoma de dolor patológico

“Ahora que veo mi vida, realmente me entristece darme cuenta de cómo la he vivido.

No llegué aquí solo —otras personas me empujaron en el camino. Pero estoy absolutamente decidido a salir de aquí por mi propia cuenta”.

La actuación homosexual es una defensa narcisista para evitar el dolor causado por la pérdida del apego auténtico con uno u ambos padres. (Resulta irónico que la palabra *gay* — feliz— sea precisamente utilizada para describir una condición defensiva contra una profunda tristeza). En el caso de muchos hombres, la condición homosexual puede entenderse como un síntoma de un dolor crónico y patológico.

El terapeuta estará representando al “buen padre” cada vez que valore activamente la re-experimentación consciente del dolor del cliente. Con cada nuevo enfrentamiento con el duelo sin resolver, el cliente se sentirá cada vez más libre del dolor y la vergüenza que han paralizado su aserción y han reducido su vida a un falso “yo”.

CAPÍTULO 20

ABORDAJE DE LA HERIDA NUCLEAR

“El trabajo del dolor constituye el encuentro con un enojo y una tristeza profundos por una privación injusta”.

— Martha Stark, M.D.

Desde hacía muchísimo tiempo, más del que podía recordar, Brian había deseado entablar una relación con su padre. Recientemente me hablaba sobre cómo había intentado hablar sobre sus luchas homosexuales con su padre:

“Finalmente hablé con él. Me tomó mucho valor pero le conté muchas cosas. Me senté con él y le dije, ‘Papá, hay algunas cosas que quiero decirte sobre — cosas por las que he estado pasando’.

Le dije todo. Le dije todo sobre mi condición. Le hablé de mi vida, de las heridas, de la lucha —de la terapia—, le hablé de todo. Me escuchó durante mucho tiempo y absorbió todo lo que le dije. Pero al final me dijo, ‘Bueno, Brian, veámoslo por el lado positivo. Hay muchas otras personas que están mucho peor que tú’. Eso fue todo —eso era todo lo que tenía que decirme.

Me fui sorprendido. No sabía qué pensar. Ni siquiera sabía muy bien qué se suponía que debía sentir”.

La experiencia de Brian no es inusual. Es raro encontrar a un padre que sea capaz de responder a través de su apoyo emocional constante al deseo de su hijo por entablar una relación más cercana. Y es que las fallas en la sintonía parental como ésta fueron precisamente las que llevaron al hijo a desarrollar la atracción al mismo sexo.

Sin embargo, por dolorosas que hayan sido estas experiencias —y sigan siéndolo en el presente— siempre insto a mis clientes a que regresen durante la terapia a las experiencias dolorosas de su infancia, para que podamos descubrir aquellos recuerdos que han reprimido durante tanto tiempo pero que siguen experimentando en el presente.

Al hacer esto, el cliente se permite a sí mismo experimentar plenamente las heridas psíquicas nucleares de las que han estado huyendo a través de la repetición de sus comportamientos homosexuales. Con una especial delicadeza y ofreciéndoles nuestro apoyo empático, instamos a los clientes a que regresen al trauma de la pérdida del apego.

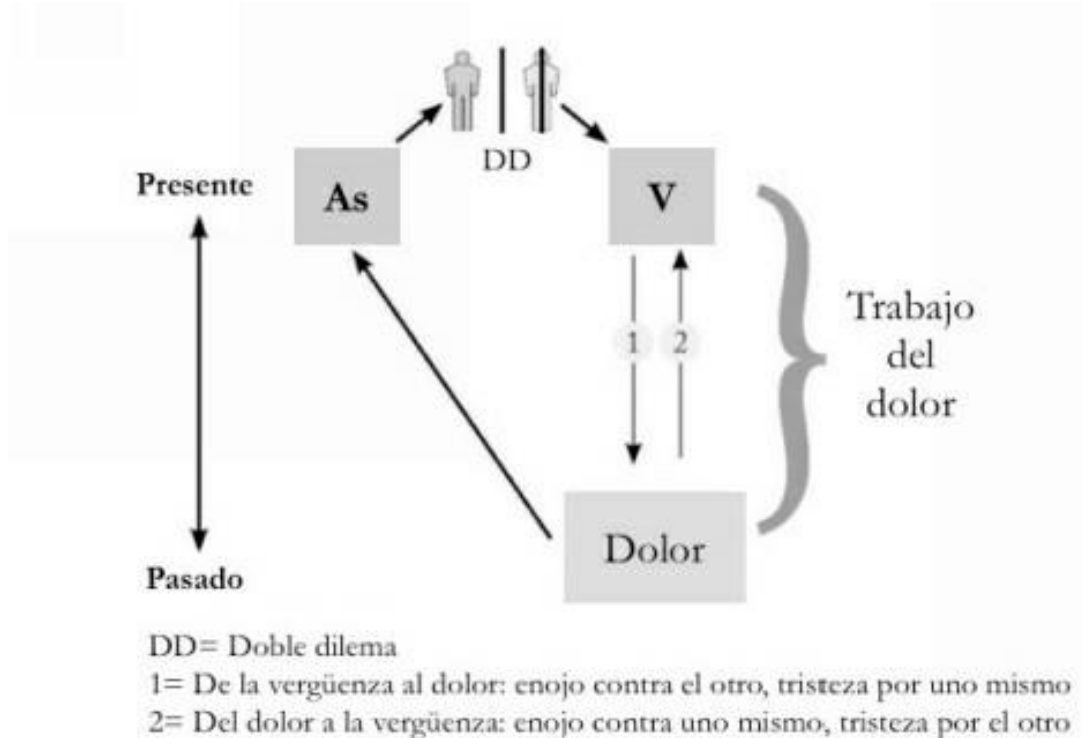
Durante el transcurso de este proceso donde se reexperimentará la pérdida, el cliente probablemente atravesará por episodios de profundo llanto, seguidos por momentos de reestructuración y nuevas oleadas de dolor cada vez más profundas. El objetivo de todo esto será que el cliente poco a poco logre lamentarse plenamente por la realidad de su pérdida mientras permanece

conectado emocionalmente con el terapeuta. En esencia, el cliente está convencido de que “Yo no soy amado, porque no se me puede amar”.

La vergüenza es la puerta de acceso al dolor

El mejor momento para trabajar en el dolor se da cuando el cliente presenta material directa o indirectamente relacionado con la vergüenza. Para entender por qué la vergüenza permite el acceso al dolor primero debemos considerar el origen de la vergüenza durante el desarrollo. Durante la infancia el niño sentía vergüenza por la pérdida de apego que le hizo pensar que no merecía ser amado; sin embargo, también sentía vergüenza por el dolor que dicha pérdida le causaba. La vergüenza que se originó por el dolor de este desplazamiento finalmente queda reprimida y enterrada bajo una enorme barrera de defensas.

Figura 20.1. Dos vías que conducen al dolor



Las mejores oportunidades para trabajar en el dolor se presentan cuando el cliente reporta quejas relacionadas con la vergüenza. Cuando se enfocan en estas situaciones vergonzosas, el terapeuta puede guiar al cliente hasta que éste contacte con sus emociones más profundas. En la mayoría de las ocasiones, al hablar de la vergüenza surgirán también sentimientos de enojo y tristeza. Éstos dos afectos nucleares representan dos vías paralelas que conducen al dolor.

El trabajo del dolor constituye una transición de la vergüenza al dolor, donde el cliente pueda experimentar el enojo contra el otro y la tristeza por uno mismo. Al mismo tiempo, el terapeuta deberá permanecer atento a las defensas con las que el cliente intenta regresar a la vergüenza, es decir, cuando

éste dirija el enojo contra sí mismo y sienta tristeza por el otro (ver fig. 20.1).

Muchos clientes también han aprendido a suprimir sus sentimientos para no hacer enojar a sus madres. Con frecuencia observamos en terapia un “miedo a molestar a mamá”.

Este hombre de 26 años describe a continuación una experiencia vergonzosa por la que posteriormente se dolió:

“Llegué temprano al club local así que esperé a mis amigos en el bar. Entonces me fijé en un tipo y pensé, ‘¡Dios mío, qué guapo es!’ Parecía tan seguro, y aunque vestía casual lo hacía con estilo —como si no se diera cuenta de lo bien que se veía—, relajado y a gusto consigo mismo mientras estaba en el bar con su novia. Con ellos estaba otra pareja parecida a ellos. Se reían y hablaban con sus amigos. Me quedé mirándolos, pero especialmente a él ahí parado.

Lo realmente humillante fue cuando él se dio cuenta de que lo estaba viendo y me lanzó una mirada como si dijera, ‘Patético pervertido, ¿qué estás mirando?’ (ligera risa). Tal vez eso no era lo que él estaba pensando, pero sí fue lo que yo pensé. Así fue como me sentí”.

El terapeuta decide hacer trabajo corporal para ayudar al cliente a transitar de la vergüenza al dolor:

T: Dirijámonos ahora a lo que recuerdas haber sentido en esa situación.

C: (*risa nerviosa*) Me sentí avergonzado, ridículo. Todo parece una tontería.

T: (*sin prestar atención a su humor defensivo, con seriedad*) Quédate con esos sentimientos, tal y como recuerdes el incidente.

C: (*respira profundo*) OK. Me sentía fuera de lugar, raro, sólo ahí parado esperando a mis amigos.

T: Dirígete a tu cuerpo...

C: Inseguro, expuesto, desnudo, penoso, pequeño, minúsculo, débil.

T: Sí, OK... dirígete a donde estés teniendo estas sensaciones en tu cuerpo...

C: Una sensación de vacío... de vergüenza. Me gustaría que mientras le veo se diera cuenta y entonces me sintiera “cautivado” por él... siento un peso en mi pecho.

T: Sí. Permanece con ese peso.

C: (*pensativo*) Triste... sí... triste, en lo profundo de mi pecho. Arriba en mi pecho se siente frío, como algo triston. Hay un lugar vacío en medio de mi pecho. Está ahí y no se mueve. Quiere moverse hacia arriba (*gesticulando, pasando sus manos del pecho a la garganta*) para salir.

T: ¿Qué es eso que sientes que quiere salir?

C: Es que quiero llorar... un nudo en mi garganta, constricción; mis ojos húmedos.

(*El terapeuta pasa al segundo triángulo*).

T: ¿Qué está pasando, de qué se trata?, ¿qué estás recordando del pasado?

C: Me recuerda a cuando quería conectarme con otros hombres. Me duele nunca haber tenido esa conexión. Nunca la tuve en mi infancia... *nunca en toda mi vida*.

T: OK... (*pausa*) ¿Tienes algún recuerdo específico?

C: Sí. Muchos.

T: OK... ¿puedes hablarme de alguno? El que tenga la mayor carga emocional.

C: Oh, sí... en la escuela, en el patio de recreo, cuando nunca me escogían para jugar. Me

sentaba en las bancas con las niñas y me quedaba viendo cómo jugaban los niños.

T: ¿Qué estás sintiendo ahora que lo recuerdas?

C: Es la misma sensación de que soy raro, de que “no pertenezco”...

T: Y la sensaciones...

C: Siento vacío, siento que me hundo...

(Tras unos instantes, el dolor del cliente llega al aspecto más importante de su vida).

C: Siento pequeñas explosiones, pequeños disparos dolorosos de... miedo. Miedo por estas cosas tan frías y duras. Soy patético —tengo 26 años y nunca he tenido una novia, nunca he emprendido nada en mi vida. No tengo casa ni hijos. Voy y vengo entre disparos de miedo y esta pesadez muerta y oscura. Vivo con el miedo de que con cada año que pase todo irá poniéndose más duro.

(Llegado este punto el cliente ha ido más allá de la atracción al mismo sexo y la inferioridad de género y se ha detenido en la profunda pérdida de su propia identidad).

C: No sé qué es la intimidad, eso que conecta a todos. Ni siquiera sé cómo se siente cuando sientes profundamente. ¿Cómo se conectan las personas? ¿Cómo se siente? Siempre permanezco en los bordes exteriores de las relaciones humanas. Me siento excluido del resto de la humanidad.

Estas resistencias tan arraigadas brotan cuando el cliente contacta con los afectos asociados al dolor, pues éstos generan en él los sentimientos todavía más radicales del abandono y la aniquilación (el doble dilema).

Rechazando al “yo” rechazado

La siguiente transcripción ilustra el proceso a través del cual un cliente se avergüenza a sí mismo por su gran pérdida. Se minusvalora pero también minimiza los esfuerzos del terapeuta por establecer un doble giro.

C: Parece como si una voz me dijera, “No soy todo lo que pienso ser”. Siento que si pudiera tocar mi tristeza entonces perdería el control, sería débil... y no tendría valor. Pienso que me daría cuenta entonces de que no soy sino aquello que aparté lejos de mí hace tanto, tanto tiempo.

T: ¿Qué fue eso que apartaste lejos de ti hace tanto tiempo, Bill?

C: Aparté de mí esa “cosa”... *(con desprecio)* eso que yo era, eso fue lo que aparté lejos de mí... A esa persona débil y que se sentía rechazada. Ya no quería ser él. Nadie lo quería. Mis padres no lo querían —ni tampoco yo. Entonces me volví estoico y actuaba como tal diciéndome “no estoy sintiendo nada, no siento ningún dolor”.

T: *(asintiendo pensativo)* Entonces rechazaste y negaste tu lado débil.

C: No sé cómo perdonarle... cómo *perdonarme* por esa debilidad. Esa persona es justo lo que no quiero ser; de hecho, él es totalmente opuesto a mí. Me es mucho más fácil perdonar a alguien por sus errores que perdonarme a mí por mis faltas.

T: Tal vez en algún momento, en algún lugar, alguien entró en ti e hizo que te separaras de tu “yo” “triste”, que lo negaras... pero ahora necesitas que alguien te ayude a reconectarte con esa

parte de timismo.

C: Ahora mismo me estoy sintiendo tonto, estúpido —como si hubiera hecho de mi problema algo mucho más grande de lo que realmente es.

T: OK. Háblame de eso, Bill...

C: Es humillante. Me siento débil por estarme quejando de esto.

(El terapeuta procura mantener al cliente conectado con su sensación de “humillación” y “debilidad”, esto es, con su vergüenza, pues espera poder dirigirlo de esta manera hacia el trabajo del dolor).

T: Concentrémonos en esto que acabas de decir, sobre sentirte tonto y estúpido por quejarte. ¿Alguna vez alguien te hizo eso... que te sintieras tonto por el hecho de quejarte?

C: *(se pone más serio)* Sí, mi papá, me hacía sentir idiota y estúpido cuando lloraba. Tuve que esconderlo... incluso ahora que te cuento todo esto siento que estás pensando que soy un debilucho.

(Si le afirmara en este momento, el terapeuta le robaría al cliente la oportunidad de resolver su vergüenza; resistiendo esta tentación, el terapeuta aprovecha la oportunidad para trabajar con esta distorsión basada en la vergüenza, y sólo le dará su afirmación al cliente hasta el final de la sesión).

T: Háblame más sobre lo que piensas que yo estoy pensando sobre ti ahora mismo.

C: *(respira profundamente)* Es como si pensaras, “Este tipo nunca lo va a lograr”... Como si sólo estuvieras siendo buena persona y amable conmigo, pero por dentro realmente te estuvieras riendo. Seguro estás pensando “este tipo es tan marica”.

T: Quédate con eso. ¿Cómo te sientes?

C: *(largo silencio)*

T: *(suavemente)* Por favor, sólo intenta permanecer con ese sentimiento. Dime, ¿qué estás sintiendo?

C: *(baja la mirada)* Dolor de verdad, realmente meduele.

T: ¿Dónde?, ¿dónde está el dolor?

C: En todo mi pecho. *(largo silencio)*

(El terapeuta aguarda con él bastante tiempo, luego habla).

T: ¿Cuál es la sensación?

C: *(viendo al suelo)* Realmente me siento muy triste... como si no fuera nada, como si no fueranadie.

(Durante el tiempo restante, el terapeuta y el cliente permanecen sintiendo el dolor e intercambian muy pocas palabras; finalmente, el cliente describe algunos de los sentimientos más profundos que vivió en su infancia y sus recuerdos corporales; cuando el terapeuta está por terminar la sesión le ofrece al cliente la afirmación que había postergado).

T: Bill, quiero que sepas que puedo ver lo difícil que está siendo este trabajo para ti, lo duro que es para ti ir hasta estos sentimientos, permanecer con ellos y sentirlos de verdad —sentirlos en tu cuerpo.

C: *(pensativo)* Nunca antes me había percatado de tener sentimientos como éstos, recuerdos cargados de sentimientos que estaban almacenados en mi cuerpo. Pero realmente

están ahí.

T: Admiro tu perseverancia y cómo fuiste venciendo la vergüenza sin mi apoyo, cómo lograste entrar en ti resistiendo toda la vergüenza hasta sentir plenamente la extensión de tu debilidad y cuán profunda verdaderamente es tu tristeza.

El trabajo del dolor gradualmente resta poder a la vergüenza. Los clientes que logran resistir y enfrentarse exitosamente a la sensación de abandono con frecuencia reportan posteriormente que también su inclinación a sentirse humillados disminuye, lo que les permitirá permanecer durante más tiempo en la postura asertiva.

La “melancolía” de Freud y nuestra “zona gris”

La distinción que Freud (1917/1953) hace entre “melancolía” y “lamentarse” corresponde a nuestra distinción entre la “zona gris” y el “verdadero dolor”. Freud sostiene que la persona puede “lamentarse” (dolerse sanamente) cuando ha ocurrido una pérdida plenamente consciente del objeto amado.

La “melancolía” (lamentación patológica o duelo abortado), en cambio, ocurre cuando una parte del ego se dispone en contra de otra para “mantener vivo” al objeto perdido. La persona es incapaz de salir de la melancolía patológica y pasar a la lamentación sana debido a la vergüenza y a la ambivalencia que siente ante su propio enojo por haber sido emocionalmente abandonada por el amado. La melancolía implica “reproches y ultrajes dirigidos contra uno mismo” junto a una “engañosa expectativa de castigo” (p. 154). Por tanto, la melancolía permite a la persona experimentar “sadismo y odio contra el objeto, pero dirigidos contra uno mismo” (p. 162).

De acuerdo a nuestra propia aplicación del mismo concepto, el cliente se culpa a sí mismo — se culpa por la imposibilidad de ser amado— por la pérdida del apego, que impide que su melancolía patológica (el estado anímico propio de la zona gris) se transforme en una experiencia consciente de pérdida, seguida de un duelo sano y constructivo.

La rebeldía contra el amado se transforma en depresión

La clave para comprender el cuadro clínico de la melancolía, afirma Freud, consiste en entender que los reproches dirigidos contra uno mismo son en realidad quejas dirigidas contra el objeto amado que, sin embargo, han sido invertidos y han quedado fijados en el ego de la propia persona. La identificación entre el ego y el objeto entonces se perpetúa y neutraliza tanto la culpa como la auto-acusación que la persona siente por el hecho de que el objeto de amor le haya defraudado. Como resultado, lo que en realidad debería ser una rebeldía contra el amado se convierte en el “estado decaído” de la melancolía. La descripción de Freud de dicho “estado decaído” es muy sugestiva y se asemeja al afecto plano tan característico de la zonagris.

Freud pensaba que para que la melancolía se suscitara, el objeto de amor debía ser esencial para el desarrollo del ego (es decir, debía tratarse de uno de los padres). El objeto de amor defraudaba al niño y éste experimentaba el trauma del abandono- aniquilación. La identificación narcisista con el objeto de amor que lo ha defraudado tiene la importante función de “mantener vivo al amado” dentro del “yo” al modo de una introyección pues, a fin de cuentas, dicho objeto es esencial para la supervivencia del niño.

La identificación narcisista con el objeto amado es precisamente lo que impide y pospone el duelo sano.

En la melancolía de Freud (la “zona gris”), la causa del dolor es el *recuerdo inconsciente de la pérdida del pasado*. El recuerdo de la pérdida de apego posteriormente se reactivará en el presente cada vez que la persona se siente menospreciada, rechazada o defraudada.

Nuestra tarea terapéutica consistirá en abordar la melancolía patológica y hacer de la pérdida algo consciente y pleno —es decir, ayudar a pasar del estado melancólico persistente de la zona gris a la lamentación sana y productiva.

El terapeuta ayudará al cliente a reemplazar la autocompasión por la autocrítica para que de esta manera pueda enfrentar sus pérdidas de manera realista y se duela por ellas de manera constructiva. La alianza de trabajo brinda soporte al ego del cliente cuando sus defensas narcisistas (ilusiones y distorsiones) no logren protegerle de las irrupciones de la vergüenza.

Miedo al dolor

“He construido toda mi personalidad con tal de evitar ese punto muerto”.

— un cliente de 45 años de edad

El trabajo del dolor implica enfrentar resistencias muy arraigadas y que surgieron precisamente por el intenso sufrimiento infligido por el dolor y la vergüenza del amor perdido. Este dolor es tan agudo que el cliente literalmente siente que será aniquilado si volviera a experimentarlo. Esta sensación primordial de “muerte” parte de la base biológica del mecanismo de supervivencia de los mamíferos. El malestar del cliente puede tornarse desesperante e incluso insoportable precisamente porque representa una especie de “expulsión de la manada”, algo que el miembro rechazado percibe como una sentencia de muerte. Sin embargo, la principal fuente de resistencia al trabajo del dolor no es el dolor en sí, sino el *miedo al dolor*.

Un cliente explicaba cómo había vivido enterrando su dolor y su enojo durante muchos años y cómo había sido incapaz de acceder a éstos hasta que llegó a terapia:

“Podría decirse que crecí en la zona gris, pues en cierta forma ése fue el acuerdo tácito e inconsciente al que llegué con mis padres —y que consistía en que si yo mataba todas mis partes sensibles ellos me amarían. Haber vivido en la zona gris cumplió con las expectativas de mis padres, y yo ‘no debía darme cuenta’ de lo que realmente estaba pasando.

Esto no era tan sólo una huida del dolor —también era una huida del enojo”.

Penetrando en el dolor

La mayoría de los clientes creen que si contactan con su dolor no podrán sobrevivir. Las siguientes palabras de un hombre ilustran este doloroso recuerdo: “Mi máscara, la imagen que doy al mundo, es como un globo —siempre estoy inflándolo y manteniéndolo a flote. Detrás de mi dolor no hay sino la sensación de no existir. Subyaciendo a todo esto, siento dolor y vergüenza por estar en

realidad tan vacío”.

Otro hombre expresaba su vacío interior de la siguiente manera:

“He construido toda mi personalidad con tal de evitar ese punto muerto, ese lugar de aislamiento. Dentro siento un profundo dolor, un cuchillo que destroza mis entrañas. Es un agujero negro... es extraño, irreal, me asusta y me da miedo. Yo desaparecería si descendiera hasta él.

Quiero salir corriendo y escapar de él; es algo malo y asqueroso, una realidad que no quiero conocer. Lo que hay ahí — ¡soy yo! Un ‘verdadero yo’ que no puede ser amado. Si bajara hasta ese lugar me moriría”.

Otro cliente, refiriéndose a ese mismo lugar interior, afirmaba:

“Estoy gritando y gritando. No importan cuánto grite, el dolor no se irá. Estoy aterrorizado porque mi padre no puede consolarme. No sabe qué hacer conmigo —puedo sentir su impotencia. No sabe cómo amarme. Nadie más podrá quitarme este dolor”.

Algunos hombres que se encuentran atrapados en esta gran desesperación niegan la infelicidad de su infancia para justificar de esta manera (a nivel inconsciente) el odio que sienten por sí mismos por el hecho de sentirse tristes. En lugar de preocuparse por atender sus heridas — ocasionadas por la pérdida— optan por refugiarse en algún tipo de distracción que elimine su dolor o, en su defecto, recurren al autocastigo como una vía de escape.

Un hombre confesaba lo siguiente: “Quiero huir del dolor y sólo pretender que todo está bien, que mis padres están bien, que yo estoy bien, y que lo que hice ayer (actuación homosexual) está bien”. Interpreté para este cliente que sus palabras se referían a la internalización de su padre crítico que le decía, “no debes llorar, no debes conmiserte”. Pero también le dije entonces que negar la existencia de la pérdida equivalía a continuar castigándose a sí mismo.

A través de la experiencia correctiva del trabajo del dolor y guiado por el terapeuta, el cliente se permite a sí mismo vivir plenamente la experiencia del dolor.

Accediendo al dolor a través del trabajo corporal

“El dolor pesa y te hunde; es como cuando tienes que ponerte uno de esos chalecos especiales para hacerte rayos X”.

La sesión comienza cuando el cliente reporta los eventos en su vida desde la última vez que nos vimos. El terapeuta debe permanecer atento para identificar el conflicto, mismo que suele referirse a un obstáculo entre las necesidades auténticas del cliente y las expectativas de los demás. Si a su consideración el conflicto puede ser abordado a través del trabajo del dolor, el terapeuta podría ponerse de acuerdo con el cliente para que juntos colaboren y ahonden en sentimientos más profundos de tristeza.

No debe recurrirse al trabajo del dolor hasta que no se haya establecido suficiente

transferencia positiva, misma que permitirá al cliente abandonar las defensas que ha empleado durante toda su vida con tal de no experimentar niveles más profundos de dolor. El cliente tendrá la necesidad inconsciente de evitar la re-experimentación de sus sentimientos de pérdida. No obstante, si existe una buena alianza de trabajo, el cliente finalmente decidirá trabajar con el terapeuta y evitará usar sus defensas.

Para proceder el cliente deberá mantenerse enfocado en sus propios sentimientos y sensaciones en el aquí y el ahora. El terapeuta le ayudará a mantenerse atento a sus sentimientos e impulsos, pero también evitará alimentar cualquier discusión sobre la ansiedad. El cliente experimentará muchos sentimientos—incluso contradictorios—, pero si los observa con detenimiento a fin de cuentas identificará que se trata de un único sentimiento nuclear. Conforme se va profundizando, cada sentimiento nuclear conduce a otro nuevo—adentrándonos así cada vez más profundamente hasta llegar al sentimiento esencial de abandono-aniquilación.

Durante todo el proceso, las defensas y las formas manifiestas de ansiedad deberán rechazarse sistemáticamente para que el cliente pueda concentrarse en los sentimientos e impulsos que culminarán con la experiencia del dolor. Otras vías que conducen al dolor profundo son la envidia, los celos y la frustración, que posteriormente podrían derivar en las dos vías más efectivas que conducen al dolor, esto es, el enojo y la tristeza.

Una vez que se experimenta y expresa plenamente un afecto nuclear, el cliente será dirigido al segundo triángulo donde las memorias y asociaciones serán vinculadas con el presente. Esta fase concluye posteriormente con el doble giro, con el que el cliente experimentará cómo se siente ser comprendido y aceptado incondicionalmente por otro ser humano a pesar de su pérdida.

El “triángulo de la comprensión” concluye con la fase final de la transformación de significado, donde el cliente desarrolla una “coherencia del discurso” (Main *et al.*, 1985). El niño criado bajo la caótica estructura de la familia triádica-narcisista estuvo privado de esta oportunidad de integración, pues en su ámbito familiar muchas veces se le hizo sentir mal por el hecho de estar triste: “Estás molestando a los demás. No hay ninguna razón para que estés triste. Tienes todo lo que necesitas, y no tienes razón alguna para quejarte”. Ahora, como un adulto en terapia, el cliente puede recrear una narrativa coherente, dándole sentido a sus pérdidas de apego del pasado y comprendiéndolas en el presente.

A grandes rasgos consideramos que el trabajo del dolor incluye cuatro tareas: Recordar los eventos traumáticos de la infancia.

Ir más allá del mero recuerdo, expresando los afectos asociados a dichos recuerdos (tristeza y enojo) en el momento presente y en presencia del terapeuta.

Enfrentar las consecuencias dolorosas que ahora tienen dichos eventos traumáticos en su vida, como son el vacío crónico y la incapacidad para sentir, confiar, relacionarse íntimamente con los demás y amar. Resolver las pérdidas del pasado y tener expectativas realistas sobre el futuro.

Si bien los estudios sobre el dolor antes se concentraban en la reacción del niño al abandono físico por parte de uno de los padres, John Bowlby (1988) extendió su estudio clínico e incluyó también los efectos que con frecuencia permanecen ocultos detrás del abandono emocional. La primera reacción

del niño ante el abandono será “protestar” y luego “desesperarse”, marcada por una “evidente retirada de su atención en la vida que sigue su curso” (pp. 93-96).

Se ha observado que los niños confundido con su género (de los que una gran proporción terminará desarrollando la PMS) muchas veces se encontrarán deprimidos, se desconectarán emocionalmente y se aislarán socialmente. Los hombres homosexuales muchas veces recuerdan que sus infancias se caracterizaron por el aislamiento, la sensación de estar adormecidos, por la fantasía y, ya siendo adultos, muchas veces nos refieren sentir un “vacío” o un “hueco oscuro” en su interior.

Accediendo al dolor

Uno de nuestros clientes, Rob, describe una situación en su casa que nos remite al componente de la familia narcisista y a la sensación de haber sido emocionalmente abandonado. Tras oponer inicialmente mucha resistencia, en esta sesión logró realizar un buen trabajo y contactar con su dolor nuclear. Aquí presentamos algunas líneas de dicha sesión:

C: “Ir ahí” me da muchísimo miedo.

T: ¿Puedes dirigirte a esa sensación en tu cuerpo?, ¿ahora mismo?, ¿puedes sentir la sensación en tu cuerpo, ese “me da muchísimo miedo”?

C: (*larga pausa*) ¿En todo mi cuerpo?... Como que “¡No, no quiero!”

T: Comprendo. Pero, ¿cómo se siente?

C: Como un shock, como una herida.

T: Quédate con eso, Rob. Mira si puedes encontrar algo central para esa “herida”, ese “shock”. Trata de seguir con eso.

C: ¡Maldita sea! Esto es tan deprimente. Loodio.

(Suena enojado, pero el terapeuta no está seguro, así que acepta sus palabras).

T: OK, entonces... vamos a intentar mirar ahora eso —tan “deprimente”.

¿Dónde está localizado?

C: En mi estómago, en micorazón.

T: ¿Dónde lo estás sintiendo más fuerte —en tu estómago o en tu corazón?

C: (*lo piensa un momento*) En micorazón.

T: ¿Cuál es la sensación?

C: (*suspirando*) Sólo tristeza. Pesadez.

T: ¿Dónde?

C: Aquí. (*señalando el centro de su pecho*) Tengo ganas de salir corriendo...

T: ¿De qué...?

C: Del dolor... y de toda la tristeza. A veces siento esta tristeza sin razón aparente; algunas veces empiezo a preguntarme, “¿No estaré inventándome tal vez esta tristeza?”. Tal vez sólo me estoy conmierando sin ninguna razón.

T: (*asiente, espera*)

C: En realidad sólo quiero pertenecer a algo. Siento el terror de no pertenecer. Pero luego, si intento pertenecer, entonces tengo miedo de toparme con la verdad —que no soy como ellos.

T: ¿Y a dónde te lleva eso?

C: A quedarme atrapado.

T: ¿Cómo se siente estar “atrapado”?

C: *(lo considera un momento)* Insensible.

T: Permanece con eso “insensible”, con esa sensación de ser insensible, de estar “atrapado”.

C: *(larga pausa)*

T: ¿Qué está ocurriendo?

(Llegado este punto, el cliente está algo inquieto, pero luego pasa al segundo triángulo y el terapeuta lo sigue).

C: En el fondo de todo esto, siento odio contra mí mismo. Me siento estúpido, como si no fuera bueno para nada.

T: *(devolviéndolo al aquí y el ahora)* ¿Cómo se siente, ahora mismo, ahora que estás aquí sentado hablando conmigo?

C: *(larga pausa)* Siento desesperación. Me odio.

T: Vamos a quedarnos con esa desesperación. *(en voz baja)* Vamos sólo a quedarnos con eso.

C: *(da un fuerte suspiro)* Siento que estoy al borde de un abismo negro. Tengo miedo de entrar en él, porque tal vez no vuelva a salir nunca de ahí. Nadie me cuidó, ni tampoco nadie entendió por lo que estaba pasando. Nadie me amó; siempre estaba solo. Siempre en la obscuridad. Nunca tuve un objetivo. Me acuerdo que cuando era pequeño me quedaba parado en medio de la cocina... no pertenecía a nadie, y no me sentía amado. De pie en medio de una habitación llena de gente, pero sintiéndome completamente solo. No podía decir nada sobre los sentimientos que tenía.

T: ¿Por qué no?

C: *(profundo suspiro)* Porque entonces mi padre se enojaba.

T: ¿Y tu madre?

C: No se lo podía decir. Mi madre siempre se estaba quejando de que no la amábamos lo suficiente. Pero, ¿cómo podíamos amarla si nosotros mismos no teníamos suficiente?

¿Cómo podíamos decirle que éramos nosotros los que nos sentíamos mal? Cuando llegaba a llorar, ella me gritaba “¡Cállate, cállate, no puedo soportar lo más!”.

T: *(asiente pensativo)*

C: *(ahora llorando)* Mis padres me sacaron el corazón y luego me dejaron ahí desangrándome solo.

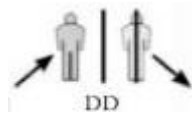
T: *(espera)*

C: Lo que realmente me duele es no saber quién soy —¿cómo puedo esperar que alguien me ame y se preocupe de mí si no sé quién soy?

Tristeza y enojo: las vías paralelas que conducen al dolor

“Mi cuerpo fue un campo de batalla durante toda mi infancia. La rabia ha desaparecido, pero la tristeza sigue ahí. Es un sentimiento que no se va y que siempre deja a mi cuerpo sintiéndose tan cansado”.

Cuando un hombre ha sufrido una pérdida nuclear del afecto y decide enfrentar de lleno esa pérdida trágica, debe permitirse acceder a ésta tanto emocional como intelectualmente. Esto con frecuencia significará transitar de la vergüenza al dolor.

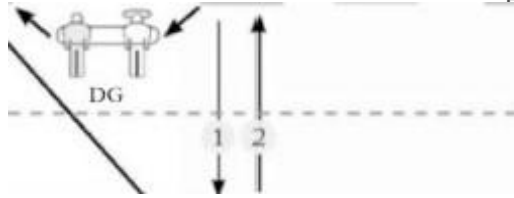


As

V -
 ZG -
 AH

Prese

n



As= Aserción
v Vcrgi.icm aDolor

ZG= Zona gris
Al-f:= Acni:w:i6n1,om.>se:<u l

DD = Do b le:- di l ema
OC Dohlc glm

1= De l:l vtrgf,e-n;;; :d do)r:e,11)ju cc,ntra el ouo.tristt"il:t por uno mism()
2= Dd dolor -:i b vcrgücm::a: cn(')jo comra uno mismo, tristeza por el otro

Figura 20.2. Vergüenza y dolor

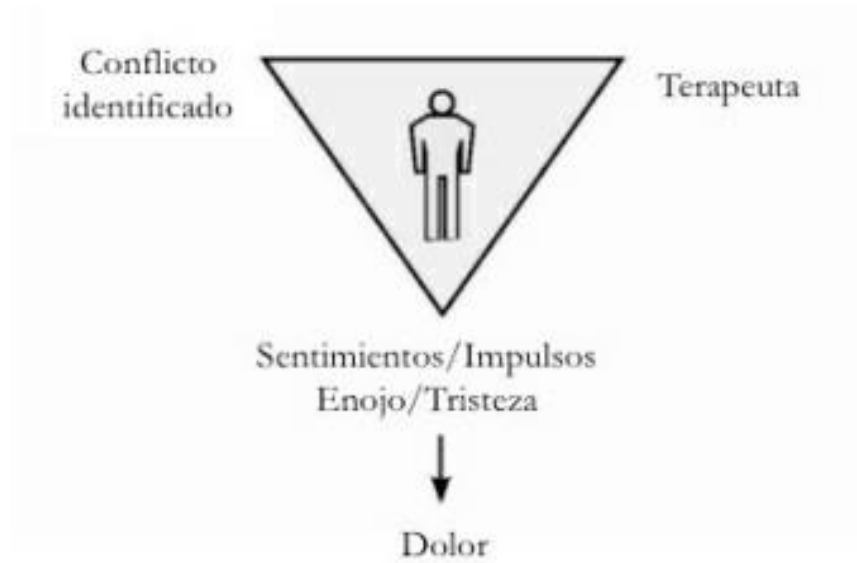


Figura 20.3. El triángulo de contención

Las vías paralelas que le conducirán de regreso al dolor serán las dos emociones nucleares de la tristeza y el enojo. Cuando un hombre reexperimenta el dolor de la pérdida se podrá compadecer de sí mismo y experimentará el enojo por aquellas personas que no pudieron comprenderle y amarle plenamente.

Sin embargo, existe cierta confusión en torno a estas dos vías paralelas, sobre todo cuando la tristeza que debería estar apropiadamente dirigida hacia los demás se vuelve contra uno mismo en forma de autocastigo y mensajes de autoderrota. Si un hombre fue criado en una familia narcisista, habrá aprendido que estar triste significa que merece ser despreciado. Por tanto, la tristeza se convierte para él en una señal que le indica que debe atacarse a sí mismo con el odio del autocastigo.

El dolor de la tristeza no se debe tanto a la sensación en sí, sino a la apreciación tan crítica que el individuo tiene de sí mismo, considerándose patético, débil —una niñita, un bebé llorón. Por tanto, para poder contactar con el nivel más profundo de sentimientos e impulsos, el trabajo corporal deberá emplearse a través del triángulo del autoconocimiento.

En una ocasión, un cliente que se encontraba en las primeras fases del trabajo del dolor se sintió repentinamente sobrecogido por el dolor y se detuvo, negándose a seguir avanzando. El cliente dijo entonces algo que muchos cliente piensan de sí mismos: “Sueno como un bebé débil y llorón”. La tarea del terapeuta será mantener al cliente al tanto de los modos en que esté bloqueando el dolor y dirigiendo los sentimientos de tristeza contra sí mismo.

Odiarse a uno mismo por ser infeliz

Muchas veces el odio es dirigido contra uno mismo como una defensa para evitar el intolerable dolor del vacío interior. Durante su infancia muchos de nuestros clientes conspiraban contra ellos mismos junto a sus padres por el hecho de sentirse tristes. Ya como adultos siguen haciéndolo, como queda manifiesto en afirmaciones como “me odio porque es patético lo infeliz que soy”. El enojo dirigido hacia uno mismo no sólo representa un castigo autoinfligido por “ser débil”, sino que también cumple la función de preservar la buena imagen de las personas a las que aman pero que los lastimaron.

Los clientes muchas veces dicen cosas como, “odio mi debilidad, porque mi padre solía reírse de mí cuando lloraba”. También pueden reportar “frustración”, pero ésta en general es fruto de la colisión de dos fuerzas: el odio que se opone a la culpa.

Cuando esto ocurra, será apropiado recurrir al estilo de confrontación propuesto por Neborsky (2001), donde se emplea una intervención inmediata y directa. Al mismo tiempo que se transmite respeto y apreciación, el terapeuta debe hacer mención de la condena parental internalizada y que se manifiesta a través de su enojo:

T: ¿Te das cuenta de lo que estás haciendo? Estás criticándote por sentirte triste. Al estarte llamando “debilucho” no estás respetando tu propia experiencia de dolor y tristeza. *(pausa)*
¿Quién te llamó debilucho?

C: Mi papá. *(entrando ahora en contacto con su genuina tristeza)* Algunas veces pienso en hacerme daño. Castigarme por sentirme débil. Sentirse triste significa ser débil.

T: Entonces lo que estás diciendo es que tu padre hizo que dejaras de sentirte triste...

C: *(asiente)* Cuando le mostraba mi infelicidad, el mensaje que recibía de mi papá siempre era “es tu culpa”. Cuando era niño, mi tristeza me separó y me aisló de mi familia.

T: Y éste es el mismo mensaje que te estás diciendo hoy. “Es mi culpa”.

En la sesión que transcribimos a continuación, un cliente es capaz de resistirse por primera vez a dirigir el odio contra sí mismo. En cambio, se da permiso de sentir plenamente su gran pérdida, y luego revela la vitalidad de su experiencia:

C: *(permitiéndose sentir la pérdida)* Siento como si mi pecho se hubiera cerrado — como si estuviera colapsado, muerto, clausurado... emocionalmente plano. *(unos instantes después)*

Siento una gran tristeza. Tengo lágrimas en los ojos.

(Terapeuta y cliente permanecen sentados en silencio).

C: *(súbitamente vuelve a hablar)* Siento como si mi corazón estuviera radiando desde el centro de mi pecho, expandiéndose hacia arriba y hacia los lados. Es una energía dentro de mí. El odio quiere matar a esa parte de mí que está triste.

T: *(asiente)*

C: Conforme va saliendo el enojo, está siendo absorbido por la tristeza. *(larga pausa)* Olas de energía elevándose desde el centro de mi pecho. Casi estoy listo para llorar, me siento muy vulnerable, tandébil.

T: *(aguarda)*

C: Pero ahora el enojo está dominando, es muy fuerte. Es como si tuviera a un abusador aquí adentro *(pasando la palma de su mano sobre el pecho)*, y cuanto más grande se vuelve el “enojo” de este abusador, más débil se vuelve la “tristeza”. Mi tristeza quiere que la dejen en paz, pero está siendo golpeada por el enojo que cada vez se vuelve más grande —golpeando y pateando a la patética tristeza. Siempre que la tristeza quiere salir, el enojo dice “¡No!” *(unos momentos después)* Ahora la tristeza ha desaparecido, me siento muerto...

T: *(asiente)* Muerto y eliminado.

C: *(se endereza en su asiento)* Me da mucho miedo darme cuenta de que tengo estas emociones tan fuertes —pero, al mismo tiempo, está bien tener estas pasiones y emociones que realmente provienen de mí. ¡Puedo verlas y saber que hay vida en ellas! Prefiero por mucho sentir mis sentimientos aquí dentro, en lugar de estar tirando mis emociones al “modo gay”. Esta vez lo sentí —no tuve que meterme en un coche, ni hacerme daño, o tener una actuación sexual.

Permanecer juntos frente al abismo

“Si veo dentro de mí todo se ve oscuro. Está vacío —siempre he estado vacío por dentro”.

Conforme el cliente se enfrenta con la profundidad de su dolor, el terapeuta deberá avanzar con todavía mayor cautela. Su tarea será permanecer ahí presente para el cliente en medio de su tristeza, conteniéndole y apoyándole mientras se encuentra “sentado sobre las cenizas” de su pérdida.

Cuando el cliente baja sus defensas y logra penetrar en las profundidades de su mayor desesperación, el terapeuta entonces dejará de ejercer su presión focalizada y tomará la postura de “espectador” pasivo, atento a los matices que vaya tomando la experiencia del cliente. Estará dando un paso atrás para proveer una contención de apoyo, mientras el cliente se encuentra inmerso en ese espacio tan personal que ocupa su dolor.

Cuando el cliente contacta con la desesperación en su grado más profundo ya no se resistirá a experimentar los sentimientos dolorosos, sino que optará por vivir con ellos — permitiéndose largos momentos de silencio durante los cuales podrá conocerse y explorarse, o bien permanecer simplemente sintiendo el abismo.

Esta vivencia del dolor muchas veces es tan profunda que se percibe como algo cercano a la muerte, como describía un hombre de 28 años de edad:

“Sentirme así me hace recordar cosas de hace mucho tiempo atrás. Me siento solo, como si realmente no existiera. Básicamente me siento ‘muerto, insensible’. No siento amor; no tengo a nadie alrededor mío. Estoy en mi casa, pero no hay nadie en casa. Estoy solo, y todo parece haberse detenido.

Si llegara a penetrar todavía un poco más en este dolor creo que moriría. Es como una sombra que me rodea —un espíritu de muerte. Quiero escaparme de ella y pretender que todo está bien... que lo que hice la semana pasada está bien... que mi padres estaban totalmente bien... que mi vida en realidad está bien.

Pero ahora que estoy aquí puedo escuchar el silencio de la casa. No sé dónde están ni mi padre ni mi madre. Todo está oscuro... quieto... abandonado. Nadie está en casa; me dejaron aquí solo. Debo haber hecho algo terriblemente mal”.

Otro cliente describía la misma sensación de pérdida de apego con las siguientes palabras:

“Tengo miedo de quedarme desconectado, y en mi pecho siento un vacío que llega hasta mi abdomen. Siento un dolor sordo abajo en mis entrañas. Algo dentro de mi cabeza está dando vueltas, me mareo —es algo que no sabe dónde pertenece.

No sé qué hacer con lo que estoy sintiendo. En esos momentos es cuando me pongo mal... porque me parece imposible que esta sensación algún día vaya a detenerse.

Ésta es la verdad... tengo el corazón roto”.

¿Y si...?

Cuando se alcanza el punto más álgido del proceso del dolor, el cliente reflexiona sobre cómo podría haber sido su vida. ¿Qué hubiera pasado si hubiera decidido *confrontar* muchos de los retos de los que huyó?, ¿qué hubiera pasado si su padre no se hubiera ido de casa, y hubiese estado ahí para romper la cercanía enfermiza entre “mamá y yo”?, ¿y si papá hubiera estado ahí para protegerle de los compañeros que le molestaban?, ¿y si hubiera tenido un mentor cuando escogían a los niños para los deportes?, ¿y si alguien se hubiera dado cuenta de que estaba viendo pornografía, o de que estaba siendo abusado por niños más grandes que él? ¿Podría haber llegado a ser “uno de ellos” —uno de esos hombres misteriosos, que poseen esa masculinidad elusiva que ahora siempre le parece tan fuera de su alcance?

Siente en lo más profundo que le falta la confianza en sí mismo; ha perdido la oportunidad de tener la vida “de un tipo normal” que se sintiera atraído por las mujeres; un hombre como los otros hombres que de forma tan *fácil y natural* se sienten inclinados al matrimonio y a formar una familia. Hay un agujero en el centro de su corazón y sabe que nunca podrá ser llenado por otro hombre. En una ocasión un cliente me decía:

“Me siento triste por mi infancia. Si al menos pudiera retroceder el tiempo y volver a vivirla. ¡Todos esos años perdidos! Creía que todos tenían razón respecto a mí —que yo era débil. Tal vez podría haber hecho un “home run” en la liga de la escuela, llevar a una niña a la fiesta de

graduación... Desperdié tantos años viviendo de lo que decían mis padres — siendo el niño bueno, el que mantenía a todos contentos”.

¿Quién soy yo?

El trabajo del dolor se concentra en el “yo” defectuoso”, en la falta de autenticidad de la que surge el deseo por personas del mismo sexo que nuestros clientes sienten en su interior. Se dolerán por la inminente pérdida de esta identidad con la que han vivido durante tanto tiempo y que les resulta tan familiar. Como lo decía un hombre: “Soy el falso “yo” que he ‘fabricado’, en lugar de quién realmente estaba destinado a ser”.

Tras varias semanas trabajando en el dolor, los clientes podrían llegar a experimentar una persistente tristeza entre sesión y sesión. El hombre a continuación empezó su sesión diciendo lo siguiente:

C: Estuve llorando todo el fin de semana. Suelo llorar en la cama, especialmente en la mañana. Empecé a llorar en la regadera, abrazándome, sintiéndome asustado y triste. Pero todo es muy distinto a como era antes.

T: ¿Cómo así?

C: Ahora me están escuchando.

T: ¿Quién te escucha?

C: Yo mismo. Ahora me digo que esta vez “estoy aquí para mí”.

T: (asiente)

C: Me digo que no hay problema, que llore, que está bien. Que está bien llorar y sentir dolor por lo que he perdido... y admitirlo ahora, pero esta vez sentirlo de verdad.

Describiendo su propia experiencia del dolor, un hombre de 22 años de edad decía sentirse como si entrara en un “estado en el que el tiempo se detenía”, donde las sensaciones están mezcladas con colores y sentimientos, el dolor se difumina con los pensamientos, y algunos fragmentos de recuerdos emergen y vuelven a salir a la superficie en un continuo vaivén. Afirmaba que era durante estos lapsos que él experimentaba realmente el trauma por su pérdida —esa percepción de que se le había impedido tener un auténtico apego con su padre y con su género, así como su persistente deseo por lograr una profunda cercanía humana. Bajo semejante trance permanecía inmerso en una intensa absorción personal, y sólo lograba mantener un contacto intermitente con el terapeuta.

Su sensación de pérdida venía en oleadas, muchas veces acompañada de profundos episodios de llanto, seguidos por momentos de reorganización y nuevas y más profundas oleadas de dolor en las que nuevamente se enfrentaba con la desesperación. Este hombre estaba haciendo en el presente lo que no pudo hacer cuando niño —dolerse (y reparar) la pérdida del apego. Esta experiencia subjetiva, no verbal, pre-consciente y profundamente personal forma parte de todo un proceso de reorganización psíquica. Como decíamos, en este estado tan parecido a un trance el cliente sólo puede mantenerse conectado intermitentemente con el terapeuta.

A continuación otro cliente, Robert, describe el progreso de su trabajo del dolor:

“Durante las sesiones veía constantemente imágenes y algunas veces lograba conectarme con alguna emoción que luego se intensificaba, como si pudiera cumplir con la

tarea casi imposible que se me había dado —‘dirígete a tus sentimientos’.

Mientras hacia esto no tenía ninguna imagen ni ideas —estábamos sólo yo y mi ‘loquero’ en el consultorio, y mi cuerpo sentía el dolor. El dolor era como una especie de pulso profundo —una extraña sensación que no desaparecía, como una muerte dolorosa, silenciosa y que se expandía.

Solía empezar con una sensación de ser arrastrado en la base de mi pecho, y luego esta sensación se asemejaba a un piedra fría y pesada, para luego sentirse como una daga que no dejaba de hundirse en un lugar dentro de mí y que se quedaba clavada en un punto específico al fondo de mi pecho —una sensación que primero era fría, luego pesada y que al final sólo me dolía. Durante todo el tiempo estaba muy consciente del vacío y la soledad que me rodeaban.

Éste es el proceso del dolor. Los que practican el Shiva (un proceso de duelo de la tradición judía) pasan por un proceso parecido que les consuela y les reconforta y que, en definitiva, les da la fuerza necesaria para seguir adelante.

Me preguntaba ‘¿Cuánto tiempo tendré que permanecer parado en el fondo del abismo?’, ‘no sé lo que tengo que hacer para poder pasar al otro lado. ¿No va a ser siempre igual, tal y como está ahora? Al menos, me consuela darme cuenta de que nunca podré sentir más dolor del que tengo ahora mismo...’.

Cuando la sesión terminaba, la verdad no podía decir que me sintiera especialmente alegre, pero sí algo mejor —me sentía lleno, pleno. Al haber estado enfrentándome a mi mayor miedo, al haber encarado una inseguridad tan sobrecogedora, gradualmente empecé a sentirme mucho más pleno y seguro.

En los meses que siguieron, el síntoma (la atracción homosexual) se volvió mucho menos importante y, en general, la historia de mi vida ha ido tomando un lugar más importante en mi mente”.

El niño en el cuarto oscuro

“¡Ese lugar profundo, oscuro y tenebroso! Sólo soy un niño dentro de un cuarto oscuro. Esta metáfora podría describir toda mi vida... todo lo que soy”.

Mientras trabajamos con el dolor no es infrecuente que los clientes tengan recuerdos similares a éstos, una especie de escena arquetípica de sus primeros años de vida y que nosotros llamamos “el niño en el cuarto oscuro”. Algunos clientes lo describen como un “lugar grande y triste” o “el lugar donde todo está oscuro, donde estoy completamente solo”. Las distintas variantes de esta imagen primaria tan terrorífica emergen cada vez que el cliente vuelve a experimentar intensamente los sentimientos de abandono: “Soy un niño pequeño e indefenso, sentado dentro de este hueco oscuro... una habitación negra sin paredes ni puertas... un niño que está completamente solo, desnudo; acurrucado, con su cabeza entre las rodillas”.

Un profesor de 28 años de edad describía cómo se había visto a sí mismo como “un niño en una celda oscura, gritando —pero nadie podía escucharle”. Tras resistirse un rato, finalmente rompió en profundo llanto, y luego, sobreponiéndose, continuó imitando la voz de un niño:

“Estoy en una habitación oscura; no puedo ver nada. Quiero salir... pero no hay ninguna puerta. Las paredes están lisas —no tienen bordes ni marcas, ni ventanas, no hay picaportes ni manijas. Es un lugar solitario, está completamente vacío por dentro... no hay ninguna conexión con nadie ni con nada.

Así ha sido toda mi vida. Nunca podré conectarme con ningún ser humano.

Otro cliente, un ejecutivo de 35 años de edad, tras haber empezado a trabajar con el dolor comenzó la siguiente sesión enfrentándose a la negligencia emocional que había sufrido durante su vida:

T: ¿Con qué quieres que trabajemos el día de hoy?

C: Quiero hablar sobre todas las cosas con las que estuve lidiando esta semana. Me he estado sintiendo como un “niñito en el sótano” que necesitaba que lo consolaran... Es un peso físico con el que cargo de sólo pensarlo.

T: Claro.

C: En pocas palabras, me duele y necesito que me consuelen.

T: Vamos a concentrarnos un momento en esa sensación de dolor.

C: *(hace una pausa para poner sus pensamientos en claro)* OK. Pues, me estoy sintiendo triste, traicionado y solitario... primero empiezo sintiéndome ansioso, pero luego, cuando me detengo y pienso al respecto, entonces siento una gran tristeza y una “sensación asquerosa en mis tripas” de estar triste y solo.

T: ¿Estás sintiendo todo eso en este momento?

C: Sí, así es.

T: ¿Dónde en tu cuerpo te estás “sintiendo triste”?

C: En la parte de atrás de mi garganta. Tengo lágrimas ahí en algún lugar, y siento mi garganta cerrada, como si tuviera un nudo. Es este tipo de sensación de temor que tienes cuando empiezas a bajar en la montaña rusa, esa especie de “¡Ohhhhhhh!” que sientes cuando estás a punto de bajar una cuesta enorme —“¡Wow, ahí vamos!”, y luego te pones todo tenso y piensas algo así como “Esto no se va a sentir nada bien”.

(El terapeuta procura que el cliente regrese a sus sentimientos de tristeza).

T: ¿No podría ser que tienes miedo de que la tristeza empiece a sanar algo dentro de ti?, ¿no será que te estás poniendo tenso y ansioso por “subirte a la montaña rusa”?

C: *(asiente)*

T: Entonces, vamos a intentar poner esa ansiedad de lado unos momentos y mejor vamos a enfocarnos en la tristeza que traes. Creo que ése es el sentimiento en el que tenemos que concentrarnos —esa sensación de tristeza y de soledad.

C: Sí, es una sensación de soledad y de haber sido traicionado... me siento tan miserable y tan mal. Casi me da dolor de cabeza sentirlo. Ahora mismo me duele la cabeza, en la frente, ese tipo de dolor de cabeza.

T: *(asiente, comprensivo)* Como la tensión de un dolor de cabeza.

C: Sí —justo enfrente, detrás de mis ojos y de mi nariz. Eso es lo que me pasa cuando pienso

en la tristeza que tengo aquí, y la cabeza empieza a dolerme... es una gran cadena de pura angustia.

T: Sí, realmente te causa angustia, por lo que me estás diciendo.

C: Es mucho dolor... incluso toda mi cabeza está empezando a dolerme. Esa tensión va a mi cabeza y se siente como si estuviera solo, triste, como si estuviera en un lugar oscuro. Me veo a mí mismo sentado en la esquina de un sótano oscuro.

T: ¿Puedes verte ahí? Como un niño.

C: Ajá. Soy un niño en el sótano, como de dos años, y... no sé... justo ahora tengo miedo.

T: (*suavemente, con delicadeza*) Te sientes muy *pequeño* ahora, y temeroso.

C: Ajá. Realmente pequeño y temeroso. Estoy ahí sentado en el suelo, en la oscuridad, totalmente solo. Es la misma sensación que tengo cuando estoy en mi habitación... estoy solo y está oscuro. Muy triste. Un sentimiento terrible.

T: (*con voz baja pero firme*) Sí. ¿Dónde está esa tristeza, esa terrible tristeza que estás sintiendo? Vamos a concentrarnos juntos en ella. ¿Dónde está en tu cuerpo?

C: Ahora mismo está en medio de mi frente, como si alguien me acabara de golpear en la nariz, y tuviera mis ceño muy fruncido.

T: Sí.

C: Como lágrimas, pero son lágrimas secas, como cuando ya no puedes llorar porque sólo te quedan lágrimas secas. Ya no puedes tener más lágrimas simplemente porque duele mucho.

T: Sí.

C: Es horrible.

T: Sí, sí que lo es. Y una parte de todo esto es que tú te sientes solo en esta tristeza, estás completamente solo.

C: Ajá.

T: En la oscuridad.

C: La oscuridad, sí. En un agujero oscuro. Me siento tan mal...

T: (*lentamente, expresando lo que siente genuinamente por la pérdida traumática del cliente*) Estás en un agujero negro y te sientes muy mal.

C: Sí.

T: Te sientes fatal.

C: (*inesperadamente*) "No te quiero. Sólo no te quiero"... No sé si mamá o papá me dijeron eso alguna vez, pero yo lo sabía: no me quieren.

T: (*algo sorprendido*) ¿Escuchas una voz diciéndote eso ahora mismo?, ¿escuchaste a alguien decirte eso, "yo no te quiero"?

C: "Nunca te quise". Sí.

T: ¿De quién es esa voz, "nunca te quise"?

C: De mi papá.

T: Es la voz de papá diciendo, "yo nunca te quise".

C: Sí (*empieza a sollozar profundamente*). No sé qué es lo que voy a hacer. No sé qué es lo que voy a hacer. (*angustiado*) Porque ya no me quieren. No me quieren.

T: ¿Qué sientes dentro de ti, ahora que me cuentas esto? "Yo nunca te quise".

C: (*sigue llorando*) Muy triste. (*llorando*) Es duro. (*desesperado*) ¿Por qué no me quieren?

T: Tan triste.

C: Estoy completamente solo. Nadie me quiere.

T: No te quieren...

C: Nadie me quiere.

T: (*sintiéndolo*) Sí. Puedo ver la tristeza que estás sintiendo y tus lágrimas.

C: Gimiendo y quejándome...
T: Gimiendo y quejándote dentro de ti, ¿no es así?
C: Sí.
T: Algo que está gimiendo y quejándose dentro de ti.
C: *(totalmente exhausto y agotado)* Yo sólo gimo y lloro.
T: *(en voz baja)* Sí. Ahí está el dolor, muy profundo, dentro de ti, ¿no es así?
C: Ajá.
T: *(gentil y cuidadosamente)* ¿Podemos ir ahí juntos? Voy a ir ahí contigo.
C: *(con voz de niño pequeño)* OK. *(respirando profundo, recomponiéndose)* Muy bien.
T: Sí. Es un dolor ahí en lo profundo.
C: Ajá.
T: Sí. Vamos ahí juntos. Tienes a alguien contigo.
C: *(comienza un gran llanto)*
T: Pero no estás sólo. Estamos juntos. Vamos a ver este dolor. Vamos ahí juntos.
C: *(balbuceando, llorando)*
T: Realmente te está doliendo. Es muy doloroso. Sí. Pero no estás solo. Estoy contigo.
Sí. Déjalo salir. Sólo déjalo salir.
C: *(llorando)*
T: Sí. Muy profundo, muy doloroso.
C: No estás solo esta vez. Adelante. Estoy aquí contigo. Muy bien. Dime qué es lo que estás sintiendo.
T: Acabo de ser abandonado.
C: ¿Abandonado?
T: Sí.
C: Sentiste ese abandono, ¿no es así?

(El terapeuta comete el error de hablar en pasado en lugar de seguir hablando de la inmediatez de la respuesta en presente —tal vez se trata de una defensa contra cierta incomodidad empática momentánea).

C: Ajá.
T: Debe haber sido terrible.
C: Fue muy malo. *(da un grito ahogado)* Me quitó el aliento.
T: *(en voz baja)* Acaba de quitarte el aliento, ¿no es así?
C: Ajá. Me quitó el aliento.
T: Sigue, avanza, toma aire. Eso fue profundo. Eso fue muy profundo.
C: No sé si alguna vez había gemido y me había quejado tan fuerte.
T: Creo que yo nunca te había oído gemir y quejarte tan fuerte.

(Cómo sucede muchas veces en el trabajo del dolor, el cliente necesita “tomar aire”, es decir, rehacerse, tomar un descanso. Mejor que excavar directamente en el dolor, la mayoría de los clientes necesitan “medirse” para acoplarse a la carga, antes de pasar a un nivel más profundo).

C: Estoy un poco mareado. *(ríe)*
T: Tienes la cabeza un poco ligera por esta experiencia, ¿no?
C: Ajá. Sí, tengo un, ya sabes, me siento como cuando respiras muy rápido. Tengo una sensación

de hormigueo en todo el cuerpo.

T: (*preocupado*) Como si casi te fueras a desmayar, ¿no?

C: Ajá.

T: Es la emoción que proviene de toda tu experiencia. Sí. ¿Crees que puedas hablar sobre esa experiencia ahora?

C: Sí, creo que sí. Estoy cansado. Yatoméaire.

T: Estabas sintiéndote abandonado, eso decías. ¿Qué estás sintiendo ahora?

C: Ahora mismo no siento nada.

T: ¿No estás sintiendo nada?

C: Ajá, como aletargado y cansado. Pero también empiezo a sentirme ansioso.

T: Estás empezando a sentir ansiedad ahora...

C: Ajá. Porque me pone nervioso sentirme triste.

(*El terapeuta pasa ahora a darle sentido a la experiencia dolorosa*).

T: Sí. Además, la sensación es tan poderosa, tan profunda, tan fuerte.

C: Muy, muy fuerte. Como que se apoderó de mí. Era como un grito muy fuerte.

(*El terapeuta ejecuta el doble giro*).

T: ¿Te ayudó tener a alguien contigo?

C: Sí, no creo haber podido avanzar hasta ahí sin tu ayuda. Cuando dijiste “Estoy aquí contigo” entonces fui capaz de gemir y gritar.

T: Se sintió como si yo estuviera ahí contigo.

C: Se sintió como si tú estuvieras ahí conmigo apoyándome.

T: (*suavemente*) ¿Eso es lo que siempre quisiste, no es así?, ¿alguien a tu lado en esa especie de infierno profundo y abandonado?

C: Sí. Ese agujero oscuro. Está frío y no hay nadie más ahí. Y sólo me sentí... no sé... cómo saliendo del fondo de mis entrañas. Es un lugar que está muy en lo profundo y es muy triste. Insoportablemente triste. Insoportablemente abandonado. Fue algo muy profundo e intenso.

(*hace una pausa para reflexionar*) Sí, muy, muy intenso.

T: Ese es el lugar del que has estado tratando de alejarte y que intentaste evitar, ¿no es así?

C: Ajá. Traté de evitar el dolor para buscar consuelo. Nunca iba al dolor —era un lugar al que *nunca* podía ni quería ir.

T: Claro.

C: Lo he estado evitando.

T: Cuando este sentimiento te empieza a invadir, entonces buscas hacer cualquier cosa para alejarte de él.

C: Así es.

T: Sí.

C: Cambiaba de tema...

T: La fantasía.

C: Sí, la fantasía.

T: Algo con lo que te pudieras anestesiar, distraerte, hacer que se fuera.

C: Hacer que se fuera ese horrible dolor. No quiero ir ahí.

T: Entonces parece ser que este dolor ha controlado muchos aspectos de tu vida.

C: Sí. Sí, puedo decir eso, y de una manera muy fuerte. Tienes que hacer todo tipo de cosas para evitarlo. Tienes que organizar todo para no tener que enfrentarlo.

T: Definitivamente. Todo esto tiene que ver con el abandono. “Nadie me quiere.

Estoy completamente solo. ¿Qué voy a hacer?, ¿qué estoy haciendo mal?”.

C: “¿Qué estoy haciendo mal?”... sí, y “¿por qué no me quieren?”.

T: Sí. Es como regresar a aquella cuna en medio de la noche.

C: Ajá, “¿qué pasa conmigo?, ¿por qué nadie me quiere?”. Sí. Estoy gritando. Todos esos horribles gemidos y gritos con todas mis fuerzas. Todo está gimiendo en mi cuerpecito. “¿Qué pasa conmigo, qué está mal?”.

T: ¿Y nadie vino...?

C: Nadie.

T: Nadie vino a consolarte.

C: No. Me duele mucho. Estoy sintiendo mucho dolor. Simplemente hay demasiada “obscuridad”. Sentí la obscuridad... todo estaba oscuro. No había luz. Todo estaba negro.

T: Sí. Era un mundo oscuro para un bebé.

C: Fue terrible. Fue horrible. Ni siquiera podía respirar. Cuando era pequeño no podía recuperar el aliento, sólo lloraba muy fuerte.

T: Sí.

C: No sabía si me iba a desmayar o no. Era demasiado.

T: Sí. Y todo lo que quieres es... ¿qué?

C: Quiero ser amado.

T: Sí.

C: Me gustaría que me cubrieran con amor; ser deseado y amado. Quiero que me quieran y me amen cuando me estoy sintiendo solo.

T: Querías poder sentarte en una habitación y no sentirte ni solo ni triste...

C: Exactamente.

T: Sino completamente seguro.

C: Seguro y tibio, a gusto y abrazado. Cuando te abrazan y te sientes acogido. No sé.

Te da consuelo... cuando te sientes a gusto y todo eso, ¿sabes?

T: Tan cómodo como un animalito en la alfombra.

C: Sí.

T: Sí. Eso es exactamente. Eso es lo que quieres sentir. Ahora que estás sentado con tu dolor —hoy—, eso es lo que quieres sentir. No quieres sentir la ansiedad y el horror de que algo vaya a ocurrirte y no sabes qué; ni tampoco la tristeza —sino que esta vez quieres sentirte amado, seguro y consolado.

C: Sí, así es. Eso es lo que quiero.

T: (*suavemente*) Así es. ¿Sigues teniendo esa sensación ahora mientras hablamos?

C: Ajá. Todavía tengo esa necesidad de consuelo, pero estoy empezándome a relajar, no estoy tan ansioso.

T: Bien. No estás solo. ¿Sentiste esto con alguien más?, ¿alguna vez te sentiste acogido, seguro y amado?

C: Sí, algunas veces con mi papá... cuando podía hablar con mi papá. Y lo siento también cuando hablo con Steve y Jack, y con Jim (sus amigos heterosexuales)... las personas a las que aprecio.

T: ¿Cómo te estás sintiendo ahora?

C: Me siento bastante bien, de hecho. Mucho mejor. Me siento cansado.

T: No me sorprende que te sientas cansado. Acabas de hacer mucho ejercicio emocional. Tuviste una sesión de gimnasio emocional. (*sonriendo*)

C: Se siente como si acabara de correr una milla. Me siento mucho mejor.

T: Muy bien.

C: *(asintiendo)* Me siento más seguro. Cuando siento esos sentimientos puedo enfrentarlos y no es tan terrible. He ido a su encuentro y los he *enfrentado* —he estado ahí y he regresado— *he sobrevivido*.

Solo y abandonado

Hay diversas versiones de esta imagen primordial del “niño en el cuarto oscuro”, como muestran las siguientes descripciones de algunos clientes:

“Mi corazón está en una jaula, y hay púas alrededor de la jaula, con grandes clavos que perforan mi corazón sangrante”.

“Estoy en una isla desierta —inhóspita, desnuda y sin vida. No hay nadie ahí y estoy solo, atrapado y sin poder ir a ningún lado. Toda mi vida ha sido así”.

“Estoy en un paisaje lunar, no hay nada alrededor. No es la Tierra, sino otro planeta distinto —la Tierra de Nunca-Nunca-Jamás”.

“Me golpean olas asfixiantes de opresión y por dentro me siento vacío y hueco”.

Todas estas imágenes reportadas por nuestros clientes capturan la sensación tan común de vacío que experimentan de manera casi universal. Un cliente reportaba un sueño repetitivo que había tenido durante muchos años en su niñez: “Soñaba que estaba flotando en el espacio, en la eternidad. Solo, sin Dios y sin nada”. Estos sueños son imágenes metafóricas de una penetrante sensación de haber sido abandonados durante la infancia.

Consideremos el siguiente relato sobre la experiencia de un hombre:

“Quería contarte sobre este sueño. Acababa de mudarme a una nueva casa y estaba obscureciendo. Yo era el único en la casa; sólo yo —no había muebles, ni cuadros, sólo estábamos yo y la casa. Entonces empecé a sentir miedo.

Quería hablar con alguien, así que intenté llamar a mis padres por teléfono. Cuando marqué, contestó mi papá y me dijo, “Ten, habla con tu madre”, como siempre lo hace. Así que ella se puso al teléfono, pero dijo lo mismo: ‘No puedo hablar ahora’.

Y dije, ‘No, no cuelgues —estoy muy asustado. Necesito a alguien’. Ella se molestó y dijo, ‘No puedo, no tengo tiempo’, y colgó.

Yo estaba desesperado, asustado y solo, sin tener a dónde ir ni nadie a quién dirigirme. Estaba en una casa grande y oscura, solo, en el centro de una gran habitación oscura y sin muebles. Ahí termina mi sueño.

Cuando pienso en ese sueño, me acuerdo de mi baja autoestima cuando era niño y lo difícil que me era ser aceptado. Puedo imaginármelo como si se tratara de un niño completamente solo en una cuna con sus brazos en alto, sin poder alcanzar nada, y gritando ‘¡Aaaaah!’ Pero no hay nadie ahí para escucharle... ni hubo nunca una mano que lo recogiera”.

El “gran cuarto oscuro” de otro hombre se encontraba en su armario:

“Cuando era niño tenía una pesadilla recurrente —me ponía a rezar para no volver a tenerla. En mi sueño yo estaba parado frente a la puerta de mi armario, y de golpe era jalado y arrastrado por la ropa, los zapatos y todo lo que había dentro... y era arrastrado a un lugar oscuro y desconocido que lo consumía todo.

En otro sueño, puedo verme sentado solo en la esquina oscura de mi sótano. Pequeño y asustado, sentado en el suelo.

Ése es el niño que sigue sentado aquí adentro (señalando su pecho con el dedo)”.

Doliéndose por el padre

“Sigo esperando que algún día mi papá me ame como siempre he necesitado que lo haga”.

La relación perdida entre padre e hijo es una fuente inevitable de gran dolor para los hombres que luchan con su atracción al mismo sexo. Un joven me compartió un poderoso recuerdo que tuvo mientras estaba en el proceso de dolerse por su padre.

“Debe haber sido en la tarde, más o menos a la hora en que mamá nos llamaba a mí y a mis hermanos para cenar. Hacía calor, lo que explica por qué llevaba puesto sólo un short y una camiseta. Como estaba jugando en el patio del vecino, no contesté tan pronto como debí haberlo hecho. Tal vez su ansiedad aunada al hecho de que no respondiera inmediatamente hicieron enojar a mi papá.

Unos minutos después, como yo no aparecía para cenar, este hombre —mi padre — apareció en el otro extremo de la manzana. Traía puesta una camiseta blanca y en su mano sostenía una larga vara. Los ojos se le salían y unas horribles venas moradas le habían botado en las sienes. Su cara estaba roja de ira y lo único que percibí fue su deseo de castigarme. Me quedé congelado de miedo. Puedo recordar que me quedé paralizado —y que sólo empecé a correr cuando me golpeó con la larga vara en la espalda. Iba corriendo tan fuerte como mis cortas piernas me lo permitían, pero a cada paso sentía el golpe de la vara en mi espalda y en mi trasero. Estoy seguro de que estuve gritando muy fuerte mientras me perseguía hasta la casa.

Me apresuré a entrar en casa. Recuerdo haber sentido pánico. Estaba asustado y confundido, y me dolían los golpes de la vara. Sus gritos parecían interminables. Busqué refugio en mi madre, pero ella no estaba preparada para lo que iba a ocurrir.

Mi padre me agarró y me lanzó a mi asiento en la mesa de la cocina, se llenó la boca de comida y luego empezó a gritar. Gritó, y gritó, y gritó. Recuerdo que no lloré —ni siquiera me moví. De todos modos me dolían mucho los golpes que me había dado con la vara. Con la boca llena de comida, siguió diciendo cosas incomprensibles sobre lo malo que yo era, y finalmente tomó su plato y lo tiró sobre la mesa y le gritó a mi mamá: “¡Tira esta comida a la basura!”. Luego se fue. No sé a dónde fue ni lo que hizo. Tampoco me importaba.

Me acuerdo del silencio de muerte que invadió la habitación en cuanto se fue. Mi madre se quedó ahí parada, aparentemente tan sorprendida como yo. Tras un rato se levantó y lavó mis heridas y moretones y trató de consolarme. No recuerdo haber llorado. Pero recuerdo que en ese momento me apagué por completo.

De hecho, ahora que lo pienso, ese día empezaron mis sentimientos de minusvalía. Ese día me enseñó que yo podía ser odiado por alguien, que yo era una carga.

Mi padre odiaba que lo molestaran con cualquier cosa que él tuviera que hacer por o con nosotros. No hacía nada porque genuinamente nos quisiera, sino por la visible carga de la obligación. Yo incluso me cuestionaba por qué yo existía. Toda interacción con él me recordaba que yo no era sino una molestia en su tiempo y una especie de obstáculo. Él solía pasar toda la tarde bebiendo y sentado delante de la televisión.

Creo que ese día decidí no darle ningún tipo de satisfacción, especialmente alrededor de su preciosa televisión. ¡Maldita televisión!

Me sentí indeseado, asustado, y pensé que no debía existir. ‘Soy una carga, no valgo nada, no merezco ser amado’.

Así me sentía. Había despertado la ira de este hombre, y tal vez yo no debía existir... tal vez yo realmente era un gran problema, ya que mis necesidades causaban estas reacciones tan negativas. Tal vez, para empezar, yo era realmente defectuoso. Viéndolo en retrospectiva, ahora puedo ver claramente por qué me desapegué de él.

Cuánto deseaba que alguien me quisiera —ser la alegría de alguien, sentirme a salvo, sentir que yo valía, que fuera bienvenido a la vida.

Ahora que reflexiono sobre todo esto, recuerdo también haberme sentido como si nunca fuera seguro contarle estos sentimientos a alguien. También me parecía que mi mamá y mis hermanos no estaban más seguros con mi papá de lo que yo mismo estaba. Ni siquiera podíamos hablar sobre esto entre nosotros.

Creo que la fuente de mis problemas actuales se remonta hasta este sentirme como una carga —una carga despreciable, inútil, una verdadera pérdida de tiempo”.

A continuación, un hombre de 40 años habla sobre la fantasía de ser abrazado por un hombre fuerte. Con pocas indicaciones del terapeuta y gracias a sus asociaciones libres, el cliente avanza hasta recordar el rechazo temprano que había experimentado por su padre y sus hermanos, y habla de la profunda necesidad que todavía tiene de ser abrazado y protegido por otro hombre.

C: Me imagino siendo abrazado por un hombre fuerte yguapo.

T: Quédate con esa imagen.

C: Se siente bien, siento que me quieren; tengo una sensación de cariño al estar siendo tocado. Siento paz dentro de mí.

T: OK. Quédate con esa sensación de cariño.

C: Me siento satisfecho, en calma, seguro... “cautivado”... siento una transfusión de amor.

T: *(asiente)* Sí. Te estás sintiendo “cautivado”, abrazado...

C: Cuando este tipo me sostiene, me siento seguro como persona... siento que valgo... *(frunce el entrecejo pensativo)* Pero entonces vienen esos otros sentimientos. No me siento apreciado por mi papá... me siento rechazado... no soy parte del equipo que forman mis hermanos y mi papá... estamos “peleados”... siempre acabo siendo el solitario.

T: ¿Qué estás sintiendo cuando dices esto?

C: *(pensando)* Siento un peso en mi corazón, una profunda desilusión, desconexión... un trauma, una presión en el pecho... y la vergüenza —siento que no doy el ancho.

T: Desilusionado, avergonzado...

C: Soy un fracaso a los ojos de mi padre y de mis hermanos. Siento el dolor del rechazo, de la pérdida. Y también siento la traición — las cosas no deberían ser así, me estoy desgarrando por dentro.

T: Sí. No debería ser así.

C: *(asiente, larga pausa)* Esto me pasa todo el tiempo, como si estuviera perdiendo mi alma — como si estuviera perdiendo mi inocencia.

“Rehuyendo” de la masculinidad

Un hombre de mediana edad describía lo decepcionante que había sido regresar de un viaje que había realizado para ver a su padre. Tenía la esperanza de que lograría conectarse con él en un nivel más profundo, pero describe con sus propias palabras cómo tuvo que enfrentarse a la triste realidad de que su padre ciertamente tiene limitaciones emocionales que son insalvables:

“Todo esto sólo hace que me sienta muy triste. Intenté ponerle muchas cosas a su alcance, pero parecía que nada resonaba entre nosotros. Simplemente no responde. Quiere hacerlo bien, quiere lo mejor para mí —pero no da el siguiente paso que le llevaría a realmente preocuparse por mí y entrar en mi vida. Creo que siempre tuvo la oportunidad, pero sencillamente prefirió no involucrarse. Escogió no estar ahí.

Veo claramente que mi vida pudo haber sido más simple... porque el hecho de que él no estuviera disponible para mí me mantuvo mucho tiempo lejos de una gran parte de mí mismo.

Debido a todo aquello de lo que me he alejado, he “rehuido” de esa parte de mí que hubiera venido de mi padre, y ahora me descubro regresando a esa tierra de fantasía que me impide convertirme en un hombre adulto.

Todavía no me he reconciliado con su decisión, cuando escogió no ser parte de mi vida... Me atormenta, me tiene intranquilo. Soy un hombre de 40 años y creo que no debería estar perdiendo tanto tiempo entre fantasías —perdiendo el tiempo, evadiendo todo, sólo persiguiendo mi propia cola.

Sé que me arrebataron algo y que quedé privado de algo crítico para mí. Mi actitud solía ser, ‘¿Por qué me quejo? Estoy bien, ¡no es para tanto!’. Pero todavía estoy enojado y siento dolor. Han hecho que mi vida sea muy dura. Si no me hubiera alejado de él, sé que mi vida hubiera sido muy distinta”.

En la siguiente sesión, Will, un estudiante universitario de 20 años de edad, expresa el resentimiento que tenía contra su padre por no haber corregido sus comportamientos afeminados, como la preferencia que desde pequeño tenía por jugar con las niñas. En una llamada telefónica reciente, Will le dijo a su padre:

“Papá, tú tenías a tus amigos —tu propio padre, tus hermanos y tus actividades. Yo no tuve nada de eso. No tenías ningún interés en que yo fuera masculino. Si yo tuviera un hijo, sé que lo impulsaría a jugar con juguetes para niños —sé que lo invitaría a tener la vida típica de un niño. Pero tú solamente me dejaste tirado con mamá”.

Will le dijo a su padre que quería tener una relación más cercana con él. Cuando se despidieron, su padre le prometió a Will que intentaría entender su lucha con la atracción al mismo sexo. Will también empezó a añorar que su padre finalmente se involucrara en su vida.

Pasaron seis largas semanas antes de que finalmente Will recibiera una llamada de su padre:

“Perdona que me haya tardado tanto en volver a llamarte para hablar sobre lo que me dijiste de tus problemas. Sobre tu infancia, tuve que consultarlo con tu madre. Ella se percató de algunas señales cuando eras niño, pero yo nunca me di cuenta de que fueras afeminado. Simplemente no recordamos que fueras diferente. Nada llamó realmente nuestra atención”.

Tras esa llamada telefónica, Will me dijo lo siguiente: “Empecé a hacer mis propias deducciones. Tal vez yo simplemente estaba culpando a mi papá por mis problemas. Pero en realidad, la esperanza que había tenido tan sólo unas semanas antes otra vez se había convertido en una decepción. Me avergüenzo de él. Es tan confuso; no me puedo relacionar con él ni comprenderle.

Las palabras que vienen a mi mente para describir mis sentimientos por él son ‘desdén, enojo, repulsión, tristeza’. En pocas palabras, lo veo como alguien débil. ¿Por qué no le importa mi lucha?”.

Lamentándose por la herida del padre

En la siguiente transcripción, otro cliente, Jim, también se lamenta por la relación inadecuada que tuvo con su padre. Había decidido renunciar a la ilusión de que algún día, de alguna manera, finalmente recibiría la afirmación que añoraba de su padre.

Jim comienza la sesión expresando los sentimientos de gran ambivalencia que experimentó tras ser invitado por su padre a comer. Los sentimientos hacia su padre le llevan a sentir miedo, luego tristeza y, finalmente, dolor.

C: Mi padre llamó y quiere que nos veamos para comer. Odio estar todo el tiempo diciéndole que no. Me siento culpable, pero realmente no quiero ir.

T: Entonces, ¿cuál es la sensación?

C: Siento ambivalencia.

T: Debajo de esa ambivalencia hay un sentimiento. Quédate con eso.

C: Miedo. Debajo hay mucho miedo.

T: ¿Puedes sentir el miedo?

C: Sí.
T: ¿Cómo se siente?
C: Es como una cosa nerviosa.
T: ¿Dónde lo sientes?
C: Lo puedo sentir ahora mismo, mientras hablo de ello.
T: Sí, pero ¿dónde?
C: En todo mi cuerpo. Me está haciendo sentir incómodo por estar hablando de esto... está en mi pecho; como una especie de temblor dentro de mi cuerpo.
T: ¿Puedes quedarte con esa sensación en tu pecho?, ¿en qué parte de tu pecho la sientes?, ¿me puedes enseñar dónde?
C: (*toca el centro de su pecho*) Sí. Está aquí —justo en mi corazón.
T: Sí, ve a esa sensación y concéntrate en ella. Dime cómo se siente esa sensación en el centro de tu pecho.
C: (*larga pausa*) Es algo tremendamente triste.
T: ¿Puedes permanecer con eso “tremendamente triste”?
C: (*larga pausa*) Es una sensación sobrecogedora. Siempre que pienso en él...
T: (*interrumpiendo*) Ahora mismo sólo intenta quedarte con esa sobrecogedora sensación de tristeza. ¿Puedes permitirte sentir esa sobrecogedora sensación de tristeza?
C: (*silencioso*)
T: Quédate ahí, Jim. (*suavemente, con paciencia*) Háblame desde ese lugar si puedes.
C: (*guarda silencio*)
T: (*cuidadosamente*) Lo sientes en tu cuerpo, ¿no es así?, ¿dónde lo sientes?
C: Sí, lo siento en mis ojos y en mi corazón.
T: ¿Qué es eso que sientes en tus ojos?
C: Siento algo que está presionando mis ojos. Pero la tristeza está principalmente en mi corazón. En mi corazón y en mi alma. Porque aunque ahora es amable conmigo, simplemente no confío en él, porque basta con un buen golpe que me den para que otra vez me sienta devastado.
T: ¿Cómo se siente esa herida —ese quedar devastado?
C: Es una sensación horrible, como algo que me quema.
T: (*hace que el cliente regrese a lo que está experimentando en su cuerpo*) ¿Es eso lo que estás sintiendo ahora mismo?
C: Sí. Se siente como si no valiera nada, como si no tuviera a dónde ir. No tengo hacia dónde correr. No soy lo suficientemente bueno... inferioridad.
T: (*suavemente, reafirmandole*) Eso duele, ¿no es así?
C: Sí, me duele. Todo mi ser está destruido... ese sentimiento de minusvalía ha construido todo mi mundo.
T: Lo estás sintiendo ahora con mucha intensidad, ¿no es así? No te cuesta mucho conectarte con esa sensación que tienes ahora, ¿verdad?
C: No.
T: Jim, quédate con ese sentimiento. “No tener a dónde correr”, esa “inferioridad, todo mi ser destruido”... ¿Qué sientes en tu cuerpo cuando escuchas tus propias palabras?
C: Es como si entrara en el centro de mi ser, y como si todo ahí dentro fuera negro.
T: ¿Y qué estás sintiendo en ese centro de tu ser?, ¿qué sientes ahora mismo?
C: Que no valgo nada...
T: Que no vales nada.
C: Como hombre... el asunto masculino. Eso es lo que quedó tan destruido... la sensación de

mí mismo como hombre.

T: ¿Sientes que lo estás sintiendo plenamente, o todavía podemos ir un poco más profundo? Profundizar en la tristeza, penetrar todavía más en el dolor.

C: Sólo quiero escapar de él.

T: Sé que quieres escapar de él. Sólo quédate ahí un momento.

C: OK.

T: ¿Puedes regresar a esa sensación de “no valer nada” de la que hablaste? (*cuidadosamente*) Dirígete a esa sensación. ¿Puedes decirme cómo se siente “no valer nada” para ti en tu cuerpo, ahora mismo?

C: Humillación. Totalmente humillado. Falto de amor.

T: ¿Te sientes falto de amor ahora mismo?

C: Sí... de mi padre.

T: Una falta de amor de tu padre. OK. ¿Sientes ahora mismo esa falta de amor de tu padre?

C: (*da un fuerte suspiro*) Sí. La estoy sintiendo.

T: ¿Cómo se siente que no te ame?

C: Se siente como si me lo hubieran quitado todo... es una sensación de que no soy absolutamente nada.

T: ¿Cómo se siente tu cuerpo?

C: Muy cansado. Muy triste.

(*El cliente parece estar al borde de las lágrimas*).

T: (*en voz baja*) ¿Hay un deseo de llorar?, ¿de liberar estos sentimientos?

C: Sí lo hay.

T: ¿Te puedes permitir hacerlo?

C: Si pienso sobre lo que me ha dicho y cómo me ha llamado, me podría poner todavía más triste. Me solía llamar joto, maricón. Solía decirme estas cosas enfrente de mis hermanos. ¿Cómo puedes decirle eso a un niño, a tu propio hijo? Pero me enseñaron a *no* estar triste (*describe el doble dilema*), así que ahora me resulta difícil darle importancia a estos sentimientos.

(*El terapeuta identifica el doble dilema y rápidamente regresa al cliente a su tristeza*).

T: Te dijeron que no debías estar triste. Pero no necesitamos hacer eso ahora. ¿Qué pasaría si pudieras avanzar y liberar toda esa presión?

C: Es que no sé cómo llegar ahí. Siempre prefiero llorar solo.

T: Intenta no retroceder. Confía en la tristeza y trata de expresármela como puedas.

Déjame ser partícipe de lo que estés sintiendo dentro de ti ahora mismo.

C: Me siento como un perdedor... patético.

T: Te estás poniendo etiquetas. Eso es tenderte una trampa. Así es como te alejas de la tristeza; te dices a ti mismo “Soy un perdedor. Soy tan patético”. Te sales de la tristeza y pasas a evaluarte críticamente por tener esos sentimientos. No tienes que seguir haciendo eso ahora.

C: (*suspira*) Estos sentimientos me estremecen.

T: ¿Te parece si permanecemos en silencio y sentimos qué es ese sentimiento de “estar estremecido”?

C: Es como si dentro de mí hubiera una presa que deseara romperse.

T: Exactamente... como una presa dentro de ti.

C: Como una presa dentro de mi corazón.

T: Tu corazón... eso es. Necesitas respetar eso. Respetar lo que lamentas, tu dolor.

C: (*larga pausa, empieza a sollozar*)

T: Sí, está bien. Está bien.

C: (*sollozando*)

T: Estoy contigo, está bien. Sólo honra eso que sientes en tu corazón. Estamos logrando esto juntos.

C: Dios, es enorme. Me duele. Realmente me duele.

T: Es enorme. Es doloroso. Sientes ahora tu dolor.

C: Dios... es como estarse ahogando.

T: Ahogándote en el dolor. Definitivamente. OK...OK.

En sesiones posteriores, Jim empezó a encontrar una respuesta a su dolor a través de la aceptación realista de las limitaciones emocionales de su padre.

Explorando la tristeza, el enojo y la añoranza

Un hombre casado, Bob, ha estado oscilando entre la tristeza, la añoranza y el enojo mientras tratábamos los problemas con su padre. Esta sesión ejemplifica la exploración de los sentimientos de ambivalencia.

C: Cuando pienso sobre la relación con mi padre, sólo me duele.

T: ¿En qué parte de tu cuerpo sientes ese dolor?

C: (*pensándolo*) En mi corazón.

T: ¿Podrías permitirte sentir ese dolor en tu corazón —justo en el centro de tu pecho?

C: Sí. Es como si tuviera flechas en el corazón por todo lo que me hizo.

T: Quédate con eso y vamos a ver a dónde nos conduce ese dolor. Concéntrate en el sentimiento y veamos a dónde nos lleva.

C: OK. (*respira profundo*) Él me hizo sentir como si yo le avergonzara. Ésa era la sensación que yo siempre tenía; “Mi hijo me da vergüenza”. Siempre estaba avergonzado de mí. Cuando era niño siempre vivía con la paranoia de que iba a cometer algún error, o que iba a decir algo que no tenía que haber dicho. Pensaba, “¿Pero qué hice para que esté avergonzado de mí? Simplemente no lo entiendo”.

T: (*asiente*) OK. Vamos a quedarnos con eso. ¿Qué estás sintiendo por tu padre ahora mismo?

C: Sigo teniendo la sensación de haber sido herido...

T: ¿Está sólo en tu corazón, o se siente también en otras partes de tu cuerpo?

C: Cuando hablo de esto, mi cara se pone tensa, mis ojos también se tensan y me pongo nervioso.

T: “Nervioso” es tenerle miedo a los sentimientos.

C: Sí, este sentimiento me da miedo. Me da miedo pensar en todo esto.

T: Te da miedo empezar a *sentirlo*.

C: Sentirlo, sí. Incluso me da más miedo.

T: ¿Qué quieres hacer con tu padre?, ¿quieres sencillamente “decirle adiós con un beso” para siempre?, ¿o crees que en algún momento podrán crear una relación?, ¿quieres comunicarte con él?

C: (*cargado de sentimiento*) Quiero tener una relación con él.

T: Quieres hablarle sobre ti, sobre tus sentimientos, sobre tu dolor y sobre todo por lo que has estado pasando.

C: Sí. Pero cuando pienso en ello también empiezo a encogerme por el miedo. Me daría mucho miedo hablar de todo eso con él en estemomento.

T: ¿Crees que te entendería?

C: No sé cómo reaccionaría. Tengo miedo de que se avergüence de mí, incluso ahora, al día de hoy. Todavía persiste ese elemento de miedo. Si se avergonzara de mí otra vez creo que sería como si se reventara una presa y no pararía dellorar.

T: ¿Amas a tu padre?, ¿sientes que lo quieres?

C: Sí.

T: ¿Puedes sentirlo?

C: (*pensativo*) Sí, sí puedo.

T: ¿Cómo se siente? Háblame sobre esta sensación de amor que tienes por tu padre.

C: Es una mezcla de emociones. Veo que él está luchando con sus propios problemas, y sé que tal vez él *quiere* hacerlo bien, pero no sabe cómo. No lo sé. (*se encoje de hombros como si no hubiera remedio*)

T: ¿Puedes entrar en ti ahora y encontrar eso que estás sintiendo en este momento por tu padre?, ¿cómo se siente?

C: No me gusta hacerlo.

T: Pero lo puedes sentir, ¿no es así?

C: Sí, lo puedo sentir.

T: ¿Cómo lo sientes en tu cuerpo?

C: Es algo muy distante. Es como si quisiera acercarme y amarlo, pero al mismo tiempo, en otro nivel, realmente no quiero —realmente quiero mantenerme lejos de él. Supongo que quiero amarlo, pero me significa una lucha.

T: ¿Crees que en algún momento lograrás conseguir lo que quieres de tu padre?

C: Lo más cercano que he estado de conseguirlo fue cuando mi mamá murió hace unos años. Creo que esa es la única vez que lo he abrazado por más de dos segundos. Lo hice porque él estaba hecho un verdadero desastre. Creo que ésa es la mejor conexión que he tenido con él en toda mi vida. ¡Dos segundos! A fin de cuentas estaba vulnerable porque estaba llorando. Había bajado sus defensas. Suele ser un verdadero *idiota* —lo siento. Pero verle en ese estado fue algo reconfortante; finalmente estaba siendo real.

T: ¿Has logrado aceptar que tal vez nunca conseguirás lo que quieres de tu padre?

C: Justó ahí está mi tristeza.

T: Ahí es donde está tu dolor. Toleraste su negligencia todo este tiempo con la esperanza de que probablemente algún día cambiaría.

C: Cuando era niño lo que esperaba era que algún día él vería la verdad; que se diera cuenta de lo que me había hecho.

T: Todos los niños tienen que aferrarse a esa esperanza. Ahora la parte difícil es estar dispuesto a abandonar ese sueño si es necesario. Es una cosa muy difícil. Es de ahí de donde procede la verdadera tristeza.

C: Sí. Es duro. Hay algo en mi corazón que desea lograr esa relación, aunque haya sido increíblemente dolorosa. Parece como si mis esperanzas nunca pudieran ser saciadas, pero de todos modos ahí sigue mi corazón gritando con dolor, diciendo “¡Cómo desearía que mi padre me amara!”. Pero no sé qué es lo que tengo que hacer para lograrlo. Es difícil imaginarme viviendo sin su amor para siempre. Cuando me lo imagino, siento un dolor real, un dolor físico.

T: ¿Lo estás sintiendo ahora mismo...?

C: Sí, lo siento.

T: ¿Dónde lo sientes?

C: En mis ojos.

T: Claro.

C: ... y en mi corazón.

T: Sí, ésa es la dura realidad. Dices que nunca sentiste su amor. Lo que sí tenías, sin embargo, era tu esperanza. Ahora, piensas que debes abandonar tu esperanza, y eso es muy difícil... es desesperanza. Pero hay vida al otro lado. No te va a matar. Si abandonarás esa esperanza, si tuvieras que hacerlo, podrías liberarte y reconocer que en tu vida hay hombres que pueden darte ese amor —que pueden afirmarte y mantener una relación contigo.

C: Creo que, de hecho, he ido abandonando la esperanza que abrigaba sobre mi padre poco a poco, a lo largo de muchos años, sin darme cuenta de ello.

T: Ahora estás reconociendo realmente la pérdida de tu padre, y eso te hace sentir muy solo. Podrás conseguir esta conexión con otros hombres; también podrás generar tus propios recursos —pero en cuanto a él, en cuanto a conseguirlo de tu padre, ya estás bastante convencido de que simplemente no va a ocurrir.

C: (*tristemente*) Sí.

T: ¿Qué estás sintiendo ahora mismo en tu cuerpo?

C: Todavía estoy pensando “¿Qué es lo que estoy haciendo mal?, ¿qué puedo hacer para que mi padre me quiera? Tengo que hacer algo más. Hay algo mal en mí”.

(El cliente pasa a discutir algunas ideas, y el terapeuta se lo permite, esperando que esto le lleve de regreso a sus sentimientos) .

C: Me sucedió una cosa parecida con los demás niños en la escuela. Recuerdo algunas veces haber llorado tanto que tenía que irme al patio de atrás de la casa y quedarme contemplando las estrellas mientras abrazaba a mi perro y lloraba y lloraba, porque no podía compartir mi dolor con nadie. No había nadie que me comprendiera.

T: ¿Qué estás sintiendo ahora?

C: Ansiedad, piquetes en todo el cuerpo.

T: Quédate con eso.

C: Opresión en mi pecho...

T: (*dándole valor*) Quédate con eso.

C: Una tensión que me hunde, detrás de mis hombros, como un escudo... que se está congelando. Estoy pensando: “Aquí está, su amor... justo delante de mí, y podría tomarlo —*¡si tan sólo supiera cómo!*” OK; también siento algo de enojo.

T: ¿Dónde?

C: En mis hombros —tengo la energía suficiente para alejarlo de mí. (*pausa*) Estoy tenso y listo para hacerlo. Estoy enojado porque me humilló —me estrujó y me falló. Yo fui un recurso para su entretenimiento.

Durante las sesiones subsecuentes el cliente continuó explorando sus sentimientos ambivalentes y, finalmente, aceptó plenamente la triste realidad de que debía buscar en otro lugar la conexión y afirmación masculinas que tanto deseaba.

Reconectándose con el “yo” mientras se aborda el dolor

Tal vez el aspecto más arduo del trabajo del dolor sea enfrentar la pérdida del padre amoroso y darse cuenta de que la atracción por personas del mismo sexo se ha desarrollado como una defensa contra esta pérdida.

Con el paso del tiempo, el cliente logrará sentir plenamente el dolor de su pérdida mientras se mantiene emocionalmente conectado con su terapeuta. Enfrentará la realidad junto a un hombre que lo apoya y lo acompaña mientras se encuentra inmerso en el dolor. Gradualmente logrará reconectarse con aquellas partes de él mismo que anteriormente había repudiado a través de sus defensas.

Al abandonar las ilusiones y las distorsiones, los clientes se enfrentarán al hecho de que esta gran pérdida del apego explica una serie de deseos insatisfechos y sueños frustrados en sus vidas.

CAPÍTULO 21 DEFENSAS CONTRA EL DOLOR

“Esta ‘morfina del alma’ (sexo con hombres) puede matar a una persona si se la consume en dosis demasiado altas. Eso sí, elimina el dolor por un tiempo, pero luego vuelve a surgir y engaña a la mente con nuevas ilusiones.

Viví en medio de estas ilusiones durante 20 años —un tiempo que estuvo marcado por la vergüenza y que comenzó con esta ‘muerte voluntaria’ ”.

El trabajo del dolor se enfrentará inevitablemente a dos poderosas defensas —las ilusiones y las distorsiones. Ahora revisaremos a mayor detalle cada una de estas defensas y la manera en que el terapeuta puede ayudar al cliente a vencerlas.

Los falsos positivos y los falsos negativos

Las ilusiones son ideas falso-positivas basadas en el narcisismo. Un ejemplo de una ilusión típica es éste: “Estoy buscando a una mujer que sea hermosa, sensible a mis necesidades y que me entienda por completo. Sólo cuando encuentre a una mujer así pensaré que estoy listo para casarme”.

Las distorsiones, por otro lado, son ideas falso-negativas basadas en la vergüenza. Emergen desde el “yo” dañado y conducen a comportamientos autodestructivos, inadaptados y de autoderrota. Un

ejemplo de distorsión sería “Ninguna niña me querrá si *realmente* me conociera”.

Estas ilusiones y distorsiones son perpetuadas por el cliente en el presente para protegerse y evitar el enfrentamiento con las dolorosas pérdidas del pasado. Operan como una distracción para no aceptar la realidad de que su vida no está funcionando bien, y desvían la atención del reto que representa el cambio.

El trabajo del dolor inevitablemente despertará en el cliente el horror fundamental de descubrir que no es “nadie.” Una de las creencias nucleares más comunes que debemos poner al descubierto es ésta: “*No me aman porque no merezco ser amado*”. Cuando el cliente abandona sus ilusiones y sus distorsiones sentirá como si hubiera quedado suspendido, carente de todo sentido sobre quién es en realidad: “Pero si abandono mi falso “yo”, entonces ¿quién soy? Si me deshago de estas ilusiones, entonces creo que nunca podré ser lo suficientemente bueno”.

En efecto, ambos recursos pretenden proteger a la persona y desviar su atención del dolor psíquico. Ahora bien, en el contexto de la atracción al mismo sexo, las ilusiones y las distorsiones manifiestan la renuencia del cliente por hacer lo que sería mejor para él.

Incluso cuando un hombre esté sincera y profundamente comprometido con el cambio y haya decidido nunca regresar a la actividad homosexual, *tenderá todavía* — consciente o inconscientemente— a *optar por* aferrarse a sus antiguas ilusiones narcisistas y a sus distorsiones basadas en la vergüenza.

Formas de evitar el dolor

Desde luego, una de las defensas contra el dolor que ha sido culturalmente aceptada es declararse a uno mismo como gay. Este recurso generalmente implica una negación total de las pérdidas subyacentes y de las motivaciones reparativas. Mientras un hombre continúe aferrándose a la fantasía de que la atracción al mismo sexo y los comportamientos homosexuales resolverán sus crisis de soledad, su aislamiento y su profunda sensación de vacío, lo único que logrará será perpetuar las dolorosas pérdidas del pasado y estará predisponiéndose a repetirlas.

Entre las defensas que emergen contra el trabajo del dolor se encuentran la negación, el etiquetamiento, la protesta y la ansiedad. Para algunos clientes, la ansiedad generada por sus pérdidas actuales puede parecerles demasiado intensa e incluso insoportable. Estos hombres preferirán refugiarse en sus distorsiones vergonzosas en lugar de enfrentar las verdaderas pérdidas nucleares que sufrieron y seguir adelante con sus vidas. Aparentemente resulta más fácil anestesiarse con la ilusión de que “todo estará bien” en lugar de comprometerse con disciplina a examinar las pérdidas del apego.

Si nunca se examinan estas ilusiones y distorsiones que se remontan a traumas de la infancia, la sensación de vacío persistirá: “Soy muy sociable; proyecto una buena imagen. Pero cuando regreso a casa en la noche, siento esta soledad y aprehensión horribles”.

En la siguiente sección de este capítulo presentaremos algunas de las ilusiones (falsos positivos) que con mayor frecuencia son empleadas contra el trabajo del dolor.

La ilusión de la familia “suficientemente buena”

Los hijos adultos de un sistema familiar narcisista muchas veces llegan a terapia negando la gran disfuncionalidad de sus familias, y sólo pasado cierto tiempo logran admitir que la vida en sus familias no estaba del todo bien. “Yo tenía una gran familia. No tienen nada que ver con los problemas que yo tengo ahora”. Muchas veces tienen la ilusión de haber tenido una familia “suficientemente buena” e, incluso, pueden llegar a pensar que su familia era superior a otras familias. En contraste, los clientes provenientes de otros tipos de familias patológicas reconocen con mayor facilidad la disfunción subyacente por la que atravesaron.

Sea cual sea el nivel de consciencia que tengan sobre las dinámicas familiares al iniciar la terapia, a través del trabajo del dolor los clientes se enfrentarán de lleno y cara a cara con el impacto que tuvo en ellos el daño causado en su infancia. Los hijos de la familia narcisista eventualmente confrontarán su ilusión de haber tenido una familia “demasiado perfecta, demasiado respetable”, y se darán cuenta de que “*en realidad* estaba mal”. Sus familias les parecían normales e incluso ideales, al menos por la imagen que proyectaban, pero por alguna razón y de una manera confusa e intangible estos individuos admiten que sentían que “había algo extraño encasa”.

Los mensajes contradictorios que afirmaban que eran amados pero simultáneamente eran manipulados para cubrir las necesidades de uno o ambos padres resultaban tan difíciles de interpretar que, a fin de cuentas, lo más fácil era protegerse diciendo “En realidad todo estaba bien”.

O bien, si reconocían que algo no estaba bien, entonces pensaban, “Debe ser mi culpa. Yo fui el hijo que les causó problemas. Había algo mal en mí. Yo era demasiado (sensible, egoísta, malagradecido, dependiente, etc.)”.

La familia narcisista es descrita de la siguiente manera por Donaldson-Pressman y Pressman (1994):

“Papá tal vez era de los que trabajaban de 9:00 AM a 5:00 PM, mamá era ama de casa y preparaba galletas para alguna organización de beneficencia. Simplemente no había problemas... Los padres estaban en casa cuando los niños estaban en casa, cenaban juntos seis noches a la semana y ninguno bebía, ninguno se drogaba, ninguno fumaba, ninguno decía groserías ni tampoco ninguno golpeaba a nadie. Eran absolutamente normales” (pp. 22-23).

A los niños que crecieron en una familia como ésta nunca se les permitió seguir sus propios sentimientos ni desarrollar su propia percepción. Cuando crecieron, al hablar de sus recuerdos con algún hermano o hermana muchas veces accedieron a una visión más objetiva de la disfunción subyacente. El hecho de recordar las experiencias de la infancia a través de un hermano resulta particularmente útil si dicho hermano también está en terapia, pues podría aportar recuerdos adicionales y fomentar una mayor introspección.

Muchos clientes acabarán aceptando las limitaciones humanas de sus padres y de sus madres, y abandonarán el anhelo de que ahora sean mejor de lo que fueron. Para algunos hombres, sin embargo, la genuina cercanía con sus padres nunca surgirá. Como afirmaba uno de nuestros clientes:

“Mis padres procedieron dándome el mínimo de afirmación necesaria para mantenerme

emocionalmente dependiente de ellos. La terapia ha permitido que me sienta mejor por lo que soy y me ha liberado de la codependencia que fomentaron mis padres. Me ha permitido establecer límites e insistir en el respeto.

Es triste que ahora me sienta distante de mis padres. Pero no me arrepiento, pues la cercanía que antes teníamos tampoco era saludable, y requería que yo sacrificara mis verdaderas necesidades a su favor”.

La ilusión sobre todo lo que la actuación homosexual puede proveer

Nuestros clientes suelen hablarnos sobre una característica insensibilidad emocional que ha estado presente a lo largo de sus vidas. Afirman que sus conquistas sexuales con una serie de hombres ha sido lo único que les ha proporcionado una excitación lo suficientemente intensa (no importa cuán breve) como para “revivirlos”.

Cuando los clientes confrontan finalmente su miedo de aniquilación-abandono, pueden entonces interrumpir su búsqueda compulsiva de otros hombres. Han aprendido que si viven el dolor en el presente, en presencia de un hombre sintonizado y que los apoya, tendrán un profundo encuentro con el pasado que podría alterar el modo en que perciben las relaciones gay. A partir de esta experiencia surge en ellos una apertura cada vez mayor a recibir la aceptación y afirmación masculinas que siempre han añorado.

Al enfrentar las pérdidas de su vida y su creciente deseo de intimidad real, un hombre me confesaba lo siguiente:

“Me siento triste por el curso que tomaron las cosas en mi caso. Pero incluso ahora, cada vez que veo a un hombre con su hijito desearía ser ese niño. Es la misma puñalada —una tremenda añoranza, un gran deseo... tan profundo.

Estoy triste por todo el tiempo que he perdido en mi vida —estoy triste por lo que era. Yo era débil, me sentía asustado, era negativo y muy crítico conmigo mismo, envidiaba a los demás hombres y me sentía solo cuando los demás se divertían. Perdí muchísimas oportunidades. No viví como podría haberlo hecho. Cuando hablo de esto ahora, pienso ‘¡Qué trágica pérdida de tiempo!’.

Mantenia la gran ilusión de que podría resolverlo todo a través de otro hombre”.

Un hombre de 45 años de edad se lamentaba por todos los años que había pasado en la comunidad gay:

“La PMS me ha robado la vida y siempre me ha dejado sintiéndome vacío. Lo mismo que solía calmarme, distraerme y aliviar mi dolor, es lo que en realidad estaba perpetuando el dolor.

Viendo en retrospectiva, me doy cuenta de que enganché mi vagón a la estrella equivocada”.

Compensando las pérdidas

Mientras ponía atención a las sensaciones en su cuerpo, un cliente de 28 años logró distinguir entre la ilusión característica de su idealización homoerótica y la realidad propia de una profunda amistad masculina:

T: ¿Qué pasa dentro de ti cuando sientes la atracción homosexual?

C: Siento una oleada en mi pecho —un salto, una carga, como un choque eléctrico en la parte superior de mi pecho, disparándose hacia mis hombros y mis brazos.

T: ¿Puedes contrastar esas sensaciones con los momentos de verdadera amistad que has vivido con otros hombres —cuando te has sentido realmente genuino y afectuoso?

C: ¡Oh sí, claro!, se siente totalmente distinto. Durante esos momentos estoy muy claro. Todo mi cuerpo —no sólo mi pecho, sino todo mi cuerpo—se siente abierto, libre y más ligero. De hecho, me siento más alto. Mi vista se aclara. Cuando estoy viviendo una amistad así me siento muy calmado y muy real.

Otro cliente hablaba sobre cómo la terapia le había estado ayudando a eliminar su ilusión sobre lo que otro hombre podía ofrecerle:

“Estoy aprendiendo a identificar la esencia de esta cosa (PMS); solía creer que sólo se trataba de sexo. Pero en realidad se trata de muchísimo más. Cuando era joven, esta cosa se metió en mí y se quedó ahí, hasta que la convertí en el ‘papel en blanco’ sobre el que debía escribir la historia de mi vida. Ahora puedo ver todo el dolor que hay en mi vida; la PMS es sólo un síntoma de todo el daño que este dolor me ha causado”.

Otro hombre me hablaba sobre los encuentros gay que había tenido durante veinte años y cómo había estado escapando del vacío que sentía en su interior a través del sexo con otros hombres:

“Tal vez esto sea lo más difícil que haga —enfrentarme voluntariamente con mi propia angustia— pues instintivamente tiendo a evitar el dolor y recurrir a mis antiguos analgésicos. Pero esta morfina del alma puede matar a una persona si se la consume en dosis demasiado altas.

En realidad no resulta nada eficaz para eliminar el dolor. Eso sí, elimina el dolor por un tiempo, pero luego vuelve a surgir y engaña a la mente con nuevas ilusiones.

Viví en medio de estas ilusiones durante 20 años —un tiempo que estuvo marcado por la vergüenza y que comenzó con esta ‘muerte voluntaria’ ”.

Abandonando la ilusión de encontrar a “ese hombre especial”

El proceso del dolor implica el abandono por parte del cliente de la ilusión narcisista de que “en algún lugar, si lo pudiera encontrar” existe un hombre que satisfará todas sus necesidades emocionales; un hombre especial que posee la llave con la que finalmente podrá sentirse conectado consigo mismo. La persona debe deshacerse de la imagen fantasiosa de un hombre que día y noche será su mejor amigo, su compañero de infancia, su guía espiritual, un terapeuta y mentor al que podrá consultar a toda hora vía telefónica, un entrenador con el que podrá jugar físicamente y con el que podrá tener relaciones homosexuales aunque siga siendo totalmente masculino y actúe de manera heterosexual.

La persona gradualmente se dará cuenta de que debe abandonar esta ilusión si realmente desea experimentar la afirmación de las verdaderas amistades masculinas, caracterizadas por la mutualidad, la dignidad y la equidad.

En la siguiente transcripción observamos cómo Greg confronta su ira por el hecho de que su amigo Brad no esté satisfaciendo sus ilusiones narcisistas sobre lo que él esperaría que un hombre pudiera ofrecerle. En este proceso Greg identifica que está reactuando la relación insatisfactoria que tuvo con su padre, es decir, que se trata de una compulsión de repetición.

C: Estoy muy enojado con Brad porque él no se interesa por mí. ¡Estoy tan enojado con él! Estoy intentando no estarlo. Una parte de mí sabe que no es su culpa; no puedo esperar que él comprenda cuánto lo necesito —tengo unas expectativas muy altas. Quiero ser más importante en su vida pero no lo soy. Estoy obsesionado con él; si no se da cuenta cuando paso delante de su oficina me siento deprimido todo el día —y enojado con él. Sé que no tengo el derecho de estar así, pero es tan injusto... ¡representa tanto para mí! Haría lo que fuera por que me quisiera más.

T: (*asiente*) Brad es muy importante para ti.

C: Sí. Pero estoy tan cansado de obsesionarme con él, así que intento actuar desinteresado, ya sabes, como si no estuviera disponible —¡y él ni siquiera se da cuenta! Cuando le escucho hablando por el teléfono con sus amigos, organizando planes para el fin de semana, ¡parece estar tan animado! Me pongo mal de puros celos. Sólo tiene 18 años, ¡pero parece estar tan seguro de sí mismo!

T: Y tú no te sientes seguro de ti mismo.

C: Me enoja ser tan débil y estar tan necesitado. Me molesta llegar a este grado de desesperación. Porque lo que deseo de él no tiene nada que ver con la realidad. Podemos tener muy buenas conversaciones y a la mañana siguiente es obvio que no le importo. ¡Eso me enoja muchísimo! También me enoja que a pesar de lo importante que él es para mí yo no pueda dejarle conocerme realmente. Sé que no me estoy abriendo del todo con él. De hecho (*pasando a una verdad más profunda sobre sí mismo*) sé que en realidad no tiene que ver con él —sino conmigo.

T: (*asiente*)

C: Estoy tan asustado; no quiero perderlo. Estoy tan herido; lo amo tanto. ¡Sólo quiero que también me ame! ¡No quiero estar tan necesitado! Y tengo miedo de echarlo todo a perder si me ve tan necesitado.

T: ¿Puedes sentir el dolor de aceptar a Brad tal cual es —aceptando los límites de lo que está dispuesto a ofrecer?

C: Pero aun así no quiero deshacerme de la esperanza. Tengo miedo de regresar a donde estaba antes, viendo DVDs solo en casa todos los sábados. (*respira profundo*) Es doloroso aceptar que no podré tenerlo del modo que yo quisiera, de la manera en que lo necesito.

T: Quédate con eso. ¿Qué estás sintiendo?

C: Me siento abandonado.

(*Aquí el terapeuta no puede resistir la tentación de salir del trabajo corporal y sugerir una interpretación*).

T: Estás intentado convertirlo en alguien que él no es —o al menos, en alguien que él no quiere

ser parati.

C: Sigo teniendo la esperanza de que podré conseguirlo —todavía mejor, más profundamente— no lo sé, tenerlo más cerca. (*tristemente*) He intentado cambiarlo, pero eso no ha funcionado.

T: Es la muerte de la ilusión.

C: (*asiente en silencio*)

T: Dices que lo amas, pero lo estás tratando de modelar a tu gusto. Y todo lo que puedes hacer es invitarle a ser quien es en lugar de manipularlo.

C: Lo sé.

(*El terapeuta regresa al trabajo corporal*).

T: OK. Dirijámonos ahora a eso que sientes por Brad.

C: (*asiente*) OK...

T: Cuando piensas en él ahora, ¿cómo te sientes?

C: (*con los ojos cerrados, concentrándose*) Amor.

T: Amor. OK. Quédate con eso.

C: Ansioso...

T: ¿Cómo se siente “ansioso”? ¿dónde?

C: (*pensando un momento*) En mi estómago. Como un dolor.

T: Un dolor en tu estómago. OK. Quédate con eso.

C: Como una presión arriba en mi estómago, como si me mordieran. Como si me hubieran golpeado ahí. Como si todo estuviera en un nudo apretado.

T: ¿Dónde?

C: En el área de mi pecho, algo que me aprieta, que se cierra, que me ata y me constriñe.

T: Algo que te constriñe. ¿Cómo se siente estar constreñido?

C: Como si fuera un fracasado. Como si el hecho de que yo no le importe fuera mi culpa.

T: Permanece con eso en tu cuerpo.

C: No se siente bien. Me siento sin esperanzas. Desanimado. Sin fuerzas. Simplemente soy inadecuado. No hay nada que yo pueda hacer o decirle a Brad. Todo lo que intente será inútil. Me siento como si no fuera nada. (*El terapeuta procura que pase su atención de Brad nuevamente a su cuerpo*).

T: ¿Cómo se siente eso en tu cuerpo, ese “rechazo”?

C: ¿Rechazo? Pues, siento un gran peso. Él en realidad no me ama.

T: En tu cuerpo...

C: Apretado, comprimido, deprimido, desolado.

(*El terapeuta considera que el cliente ya se ha adentrado lo más que ha podido en sus sentimientos y decide pasar al segundo triángulo*).

T: Greg, intenta regresar a tus recuerdos corporales. ¿Te has sentido así de deprimido, rechazado y desolado antes?

C: (*asiente, pensativo*)

T: ¿Con alguien más?

C: Con papá. Estoy imaginándome en el cuarto de jugar en el sótano. Lo tenía todo arreglado...

T: ¿Cuántos años tenías?

C: Ummm... como unos 11. Había arreglado el lugar como yo quería. Tenía mis películas y mis pósters de películas en la pared. Era *mi* lugar. Me sentía muy orgulloso de él. Entonces ese día bajó las escaleras y se puso a despotricar contra mí diciéndome que estaba escondiéndome en el sótano, evadiendo a la familia, huyendo de lo que me correspondía hacer y que estaba evitándolo. Me dijo que yo era un egoísta y que nadie más me importaba, que era un perdedor y un solitario. Me sentí denigrado, hizo que todo lo que tenía en esa habitación perdiera valor. Me arrebató la felicidad.

T: Entonces sientes que hay una conexión entre Brad y tu papá. ¿Cómo es esto?

C: Es la misma herida... la misma sensación de haber sido rechazado, de que no le intereso a nadie. De ser anulado. De no ser nadie. De no valer nada. El mismo miedo, la misma desesperación.

T: Entonces tu padre tuvo el mismo efecto en ti...

(Llegado este punto el cliente empieza a enfrentarse cara a cara con su ilusión. Greg comenzó a darse cuenta de que estaba intentando resolver un conflicto del pasado (con su padre) ahora en el presente (a través de Brad, es decir, otro hombre que no estaba disponible). Pero antes de que el terapeuta lograra conectar plenamente el pasado (P) con el momento actual (A), Greg empezó a ponerse a la defensiva).

C: *(interrumpiendo abruptamente)* Ahora mismo siento como si quisiera defender a mi padre *(ligera risa)*. Sé que suena loco, pero lo que me gustaría decirte es "Te equivocas respecto a mi padre".

T: *(asintiendo seriamente)* Claro. OK. Detengámonos en eso. Dime por qué te he malentendido.

C: *(con un tono de enojo y súplica)* Quiero decir, "¡No metas a mi padre en esto!".

Hay una parte de mí que quiere gritar, "¡Tú no conoces a mi padre!, ¿cómo puedes estarme diciendo que lo que me pasa tiene que ver con él? Estoy jodido. Soy un maricón. Soy defectuoso. Esto no tiene nada que ver con él. ¡Mi papá tenía razón!, ¡es verdad! Soy un perdedor".

T: *(escucha y aguarda)*

C: *(triste y desesperadamente)* Quiero ponerme bien para que mi padre me ame, y así jamás volveré a estar solo. *(hablando ahora menos forzadamente)* También hago esto con otros hombres, excusándolos por alejarse de mí. "Debe ser mi culpa. Debe ser algo en mí".

T: Te sientes como si hubieras hecho algo mal y que por eso los estás perdiendo...

C: *(al borde de lágrimas de ira)* No quiero que esa experiencia controle mi vida. ¡Sé que mi padre era un tirano!, ¡un abusador!

(Ahora que las defensas del cliente han empezado a desmoronarse, el trabajo intensivo avanza con mayor rapidez. Lo más importante es que mientras hable puede sentir mejor y luego expresar todos los cambios que ha estado sintiendo en su cuerpo conforme empieza a identificar su significado).

C: Estoy sintiendo enojo.

T: ¿Dónde lo sientes, Greg?

C: En mi pecho.

T: ¿Sobre quién es este enojo?

C: Sobre todos los “Brads” en mi vida. *(pausa)* Y también sobre mipapá...

T: ¿Cuál es la sensación?

C: Siento una opresión y miedo.

T: *(asiente)* Vamos a permanecer unos instantes con eso.

(El cliente pasa varios minutos analizando los cambios en su cuerpo y la transición del enojo al miedo, mientras vive nuevamente los sentimientos del rechazo y la pérdida del apego, y luego describe las memorias corporales asociadas a estas experiencias. Pero luego ocurre un cambio).

C: Ahora estoy empezando a sentirme más expansivo... *(respira profundamente)* De hecho, puedo sentir la diferencia ahora mismo mientras hablo. *(se apoya en el respaldo de su silla)*

T: *(asiente)* ¿Cómo se siente?

C: Me siento abierto... aliviado... relajado. *(se detiene para volver a atender a su cuerpo)*

T: *(asiente para animarlo)* Sientes alivio.

C: Me siento mucho más libre —incluso respiro con más facilidad. Cuando me asusto, me pongo tenso. Sí...esto es mucho mejor. Quiero quedarme así — ¡permanecer abierto y expansivo!
(La sesión continúa hasta concluir).

El falso “yo” en la interacción con las mujeres

Quando un hombre ha crecido representando el papel del niño bueno para satisfacer a su madre, con frecuencia recurrirá ya siendo adulto a la imagen estereotípica del “buen tipo” para presentarse ante el mundo. El “buen tipo” se caracteriza por parecer a primera vista una persona obediente y pasiva, si bien en realidad dicha apariencia oculta una serie de profundas heridas reprimidas, particularmente el enojo y el gran resentimiento que siente por su madre por haberle empujado a adoptar ese falso rol. El papel del niño bueno no sólo satisfizo temporalmente su propia necesidad de sentirse especial, sino también la necesidad que su madre tenía de sentir lo mismo. No obstante, a un nivel todavía más profundo, el hombre que durante toda su vida ha permanecido atrapado en este “yo” estereotípico seguirá confundido en torno a cuáles son sus necesidades reales y su verdadera identidad.

Jordan, un arquitecto de 36 años de edad, ha estado tratando durante los últimos tres meses algunas cuestiones dolorosas. La siguiente transcripción de una de nuestras sesiones comienza de la siguiente manera:

C: *(desviando la mirada)* He estado sintiéndome muy enojado últimamente. No sé ni de qué estoy enojado ni con quién. Estoy enojado por no ser perfecto. Me enoja tener que responsabilizarme como cualquier otra persona. *(alzando la mirada y viendo al terapeuta)* ¿Por qué no arreglas esto para que yo no tenga que responsabilizarme como todos los demás? Estoy enojado porque tengo que abandonar mis... *(buscando una palabra)* mis pseudo-soluciones.

T: ¿Tus qué?

C: Mis pseudo-soluciones —o sea, mis atajos. El mundo no me recompensa por mis pseudo-soluciones.

T: ¿Como cuáles?

C: Como el que siempre manipule a los demás o que nunca esté realmente viviendo con

integridad. Si bien intento vivir de manera “integral” sólo lo puedo hacer durante un tiempo y no logro estar siempre viviendo de verdad.

T: Sí...

C: Me siento orgulloso de sentirme tan querido, de que me consideren tan buen tipo. Siempre tengo que ser “un tipazo”. (*sonríe sarcásticamente*) No puedo simplemente ser Jordan, tengo que ser “Jordan el adorable”. En realidad sólo quisiera ser otro hombre entre los demás hombres y no un “gran tipo” entre ellos. Pero en cuanto cometo el más mínimo error siento un enorme enojo contra mí y me hago pedazos. Me hago daño de la misma manera que mi padre lo hacía. Me doy cuenta ahora de que mi padre me castigaba por el simple hecho de ser yo mismo. Me llamaba egoísta; siempre me acusaba de estarle haciendo daño a él y al resto de la familia. Pero en realidad cuando me hago daño sólo estoy repitiendo lo que él mismo me hizo a mí. Estoy identificándome con el agresor y sé que no debería hacerlo.

T: Ese enojo que sientes contra ti mismo forma parte del proceso de abandonar tu falso “yo”.

C: Sí, claro, te es muy fácil decirlo. Y estoy resentido porque tú lo sabes.

T: Entonces, ¿estás enojado conmigo?

C: Preferiría estar enojado contigo en lugar de estar aquí exponiéndome.

T: (*asiente*)

C: Soy complaciente, lindo, cariñoso, amigable, encantador... pero en realidad no soy tan lindo. De verdad me enojo cuando la gente se me acerca para depositar en mí sus problemas y acabo accediendo. (*larga pausa*) Le temo al poder de una mujer cuando me avergüenza. Me da terror que se aprovechen de mí por mi vergüenza... por ejemplo, ahí está Vicky, la recepcionista. Cuando entro en la oficina me presento como el “tipo encantador y amigable”. Entonces se acerca a mí y se pone a contarme su vida mientras la escucho atentamente y le sonrío, aunque en realidad no me importa en lo absoluto lo que me diga. Simplemente me absorbe; no puedo pasar delante de las mujeres de la recepción con mi verdadero “yo” —como un tipo cualquiera. Es un hábito; no puedo dejar de usar este falso rol. Se puso a enseñarme las fotos de su viaje a Hawai durante unos diez minutos. Me da absolutamente igual. Me cansa, me deja exhausto y me pone de malas. ¿Por qué hago esto?

T: ¿Por qué estás jugando tú ese juego?

C: Tengo miedo de que me rechace. Si no cumplo con sus expectativas y no logro que ella sienta que me importan todos los detalles de su vida, entonces ella me avergonzará. Recuerdo cuando tenía unos 3 o 4 años de edad. Mi madre era igual de insegura que yo con mi padre. Ella necesitaba sentirse especial, y yo también necesitaba sentirme así. Nos consolábamos mutuamente. Ahora que lo recuerdo, la verdad es que yo odiaba que mi mamá me convirtiera en su protector y confidente.

T: Se trataba de un acuerdo tácito entre ustedes dos.

C: Sí, una especie de acuerdo mutuo que nos protegía de nuestra mutua vergüenza; la vergüenza que mi padre hacía que ambos sintiéramos. Estoy enojado con mi madre por haberme hecho eso —por haberme hecho tan especial— y también estoy enojado conmigo mismo por haberla hecho tan especial. (*larga pausa*) Yo sólo quería ser su hijo y no su amiga...

T: Sí. Pero ambos necesitaban sentir que eran especiales.

T: (*asiente*) Ahora mismo me siento muy triste porque mi madre y yo en realidad nunca nos conocimos honestamente —nunca nos vimos como quienes realmente éramos.

Si observamos el enojo y la frustración de Jordan, podremos percatarnos de lo difícil que es abandonar la identidad del buen tipo. Después de todo, dicha identidad le permitía mantener una relación especial con su madre y constituía una imagen que lo defendía de la vergüenza de no sentirse ni

conocido ni amado por lo que realmente era.

Distorsiones comunes (falsos negativos)

A continuación se mencionan algunas de las distorsiones más comunes a las que nos enfrentamos durante el trabajo del dolor. Toda distorsión tiene por objetivo proteger al cliente de la vergüenza y del dolor.

La distorsión de la incompetencia

“Es fácil que me avergüencen; por eso sólo puedo establecer relaciones basadas en la vergüenza”. “Nadie debería darse cuenta de que estoy enojado”.

“Nunca seré lo suficientemente hombre como para satisfacer a una mujer; sólo yo puedo culparme por eso”.

Debido a las repetidas experiencias del doble dilema durante su niñez, muchos clientes permanecen aferrados a la noción de que jamás ganarán. Por esta razón llegan a las conclusiones distorsionadas de la impotencia y la desesperanza. Si bien la noción de impotencia se vincula con la sensación de que jamás podrán impactar en sus relaciones, su noción de desesperanza afecta todas las esferas de su vida. Muchos hombres quedan atrapados en un estilo de vida marcado por la “impotencia y la desesperanza”.

La siguiente transcripción ejemplifica la impotencia a la que nos hemos referido:

C: Ayer en la noche mi madre realmente me molestó.

T: ¿Qué pasó?

C: Ella hace esta... esta cosa...

T: *(aguarda)*

C: OK. Lo que pasó fue que *(suena molesto)* volé a la ciudad donde vive mi madre. Como tenía que esperar algunas horas y hacía mucho tiempo que no la veía quedamos de vernos para cenar. Pero a la mitad de la cena sonó su celular —y ella me dejó ahí plantado, sentado a la mesa durante más de veinte minutos! Digo, ¡qué falta de respeto! Yo estaba furioso. Entonces, cuando regresó, le dije —muy educadamente— *(lento y seguro)* “Mamá, ¿por qué te tardaste tanto?”. Y ella me respondió, “¿Pero quién te crees que eres, mi cita o qué?”. *(el cliente se queda mirando al terapeuta con rostro inexpresivo)*

T: ¿Y tú qué le dijiste...?

C: ¡Me quedé sin palabras! *(haciendo una pausa, reflexionando)* No podía armar un escándalo por lo que había dicho —la hubiera hecho enojar y entonces hubiera estropeado nuestra cena.

La distorsión de la desesperanza

“No podré tener amigos heterosexuales. Nunca me aceptarían”. “Tener que ‘ser adulto’ es un dolor en el trasero”.

Al internalizar el mensaje de desesperanza, el cliente se sumerge en una sensación persistente, vaga y penetrante de no tener remedio. “¿Por qué molestarme siquiera en intentarlo?”.

La persona considerará que sus esfuerzos por expresar su enojo de manera apropiada o por

buscar ayuda y comprensión de otros carecen de sentido. Ha llegado al punto de creer que no hay salida. “¿Y para qué? Yame he sentido triste antes, y tratar de hacer algo al respecto es sólo una pérdida de tiempo”.

También escuchamos decir, “Cuando la gente me conoce, asumo que no les caeré bien”. Y “Nunca seré suficientemente hombre para que otros tipos me respeten”.

La desesperanza es un juicio basado en la vergüenza referente a uno mismo que ocurre cuando la persona se encuentra atrapada en los característicos afectos de la zona gris. Conforme el cliente se esfuerza por salir de esa situación, eventualmente contactará con su fondo de sufrimiento y desde este punto más bajo comenzará a trabajar con su dolor. Podemos observar un dolor genuino y profundo reflejado en las palabras de este joven quebrantado: “Mi dolor es tan profundo y tan grande que nadie puede comprenderlo; nadie puede relacionarse con él. El guión de mi vida consiste en que en realidad a nadie le importo”.

La distorsión del enojo dirigido hacia uno mismo

El enojo dirigido contra uno mismo con frecuencia constituye una recapitulación de la difícil situación en la que el doble dilema pone al individuo. El doble dilema se resume así: “Si siento y expreso plenamente mi dolor, haré que mis padres se molesten y perderé el apego de mis padres; me ignorarán, me castigarán, o simplemente sentiré su desaprobación. Por otro lado, si ignoro mi dolor y asumo la culpa (es decir, si dirijo el enojo contra mí mismo) por no haber logrado complacer a mis padres, entonces ellos me recompensarán con sus cuidados y algo que parece amor”. Por tanto el niño renuncia a su verdadera vida emocional a cambio de un sucedáneo de amor y atención al que sólo puede acceder bajo los términos impuestos por sus padres.

En definitiva, el niño dirigirá contra sí mismo el enojo que sentía por el abandono emocional de sus padres —“Debe haber algo mal en mí porque mis padres no están contentos conmigo”—, que en la vida adulta se traducirá en un patrón de constante autodesprecio.

Si el cliente llegara a expresar el enojo que siente por sus padres debido a la mala sintonización o negligencia de alguno de ellos, el terapeuta deberá mantenerse atento a toda ocasión en que el cliente desvíe el enojo contra sí mismo. Por ejemplo, este hombre de 32 años, Sam, estaba enojado consigo mismo por haberse dirigido impulsivamente a un bar gay donde encontró a un extraño al que llevó a casa y con quien tuvo relaciones.

C: (*gritando, inclinado hacia delante, con el rostro encendido*) Estoy enojado por haber hecho algo tan estúpido. ¡Después de seis meses de sobriedad, después de dos años de terapia, y con todo lo que ya sé!

T: Sí... estás pensando, “Con todo lo que ya sé, ¿por qué acabé actuando?”.

C: Porque siento que nunca voy a mejorar, como si esto fuera a estar siempre conmigo (*evidentemente triste*). Estoy atorado.

T: ¿Qué estás sintiendo ahora?

C: (*frustrado, desesperado*) ¡Me siento triste! (*con ojos llorosos*) No importa cuánto me esfuerce... siempre acabaré haciendo algo así.

Posteriormente Sam enfrentó la realidad de cuán injusta y difícil era la manera en que estaba

luchando por vencer su PMS. Si Sam se hubiera dado cuenta de esto tal vez hubiera optado por el trabajo productivo del dolor en lugar de bloquearlo con el enojo que estaba dirigiendo contra sí mismo: Sam se sentía atorado por el hecho de culparse a sí mismo una y otra vez por haber tenido una actuación homosexual.

Es comprensible que habiendo sido víctima del doble dilema durante su niñez, Sam ahora se culpaba por haber perdido el apego de sus padres. Había internalizado el mensaje parental de que sentirse herido o triste era algo inaceptable. Esta vergonzosa acusación podría haber adquirido alguna de las siguientes formas: “deja de hacer tanto drama”, “ya supéralo”, “lo que quieres es que te compadezcamos y llamar la atención”, “los niños no lloran”, “deja de conmiserarte”, “estás molestando a mamá/papá/a la familia”, y otras semejantes.

Como Sam había internalizado la voz de sus padres críticos, él ahora interpretaba sus propios sentimientos de dolor como meras manifestaciones de autoindulgencia. En esencia estaba diciéndose a sí mismo “Critícame es un modo de acabar con el dolor de sentirme incomprendido y poco amado”. Su enojo no está dirigido hacia los que le han herido, sino contra sí mismo a través de comportamientos de autoderrota y constantes autorreproches.

En muchos casos el cliente abandona el trabajo del dolor pues escucha la voz del padre crítico: “¿Qué estoy haciendo? ¡No debería llorar ni sentirme mal conmigo mismo! Sólo estoy siendo estúpido”.

Por otro lado, el cliente también podría criticarse a sí mismo por el hecho de no poder sentir el dolor. Así, por ejemplo, aunque pueda describir la dolorosa distancia que ha habido durante su vida entre él y su padre, tal vez sea incapaz de sentir el dolor por dicha pérdida del apego: “¿Por qué en el fondo no me importa si tuve o no el amor de mi padre?”

¿Qué me pasa? Estoy haciendo algo mal”. En algunas ocasiones proyectará su culpa en el terapeuta: “No puedo hacer lo que esperas de mí. No estoy avanzando en la terapia”.

Enojo convertido en culpa

“Cuando me enojé con mi madre le rompí el corazón”. — un cliente de 35 años de edad

La enseñanza más bien simplista de que el enojo siempre es “malo” deriva en una creencia muy arraigada y difícil de erradicar. Los siguientes dos ejemplos ilustran la confusión y dificultad que tienen los clientes para reconocer que tienen derecho a sentirse enojados.

Jeff, un arquitecto de 21 años, habla sobre el doble dilema que le impidió expresar el enojo que sentía hacia sus padres. Ellos se habían divorciado y durante su infancia su padre sólo lo visitaba en fines de semana alternos. “Le esperaba viendo a través de la ventana, pero muchas veces llegaba tarde o ni siquiera se aparecía. Entonces me enojaba, pero de todos modos seguí perdonándole”.

Cuando venció la defensa de “tener que perdonar a papá”, Jeff finalmente permitió que su enojo le llevara a experimentar un dolor genuino.

T: ¿Por qué seguías perdonándolo si estabas enojado con él?

C: Yo simplemente no quería decirle nada.

T: Sí, pero *sentías* el enojo —aunque no pudieras expresarlo.

Claro. Tenía miedo de que si me enojaba con él entonces jamás regresaría. Si

iba y me quejaba con mi madre entonces ella le gritaría y mi padre jamás volvería.

T: Entonces en realidad nunca le “perdonaste”, en realidad nunca expresaste tu enojo.

C: Sí... supongo que eso es verdad.

Al admitir esto, Jeff abrió un camino hacia la tristeza que se oponía directamente a su falso “yo” como hijo complaciente y cooperador que temía sentir la tristeza. Si bien Jeff sabía que su padre le estaba transmitiendo el mensaje de que no merecía ser amado, él se resistía a enojarse con él por esta herida que le había causado:

C: Básicamente toda mi vida me he sentido rechazado por mi padre. Es algo que siempre permanece en mis pensamientos. ¿Por qué nos dejó a mi madre y a mí? No pudo ser lo suficientemente hombre para cuidar de su familia y estar ahí cuando su hijo lo necesitaba. Pero cuando me permito sentir ese dolor entonces me enojo conmigo mismo y me siento molesto.

T: Entonces, te estás diciendo a ti mismo que no tienes derecho a sentirte molesto.

¿De dónde viene eso?

C: Supongo que anticipo que a la gente realmente no le importa mi enojo. Y de todas maneras (*aquí ocurre una giro repentino*) me siento culpable —ayer en la noche busqué a un hombre para tener sexo, y por eso no tengo derecho a sentirme enojado con mis padres porque, después de todo, mira lo que estoy haciendo con mi vida.

T: (*un poco confundido*) ¿Lo que estás diciendo es que no tienes derecho a sentir enojo por lo que hiciste ayer en la noche?

C: Siempre que yo me molestaba mi papá se enojaba. Y entonces ya no venía a visitarme. Y es por eso que yo tenía que actuar como si estuviera contento cuando estaba con él, para que él me siguiera visitando.

T: ¿Qué quieres decir con “él se enojaba”?

C: Se enojaba conmigo y entonces me sentía culpable.

T: Y ahora tienes que “pagar” por haber sido un hijo tan complaciente con tu depresión y permaneciendo escindido de tus sentimientos auténticos...

(*Parece como si el cliente se hubiera cerrado —disociado— y permanece callado. El terapeuta decide seguir presionándole*).

T: Pero ahora estás aquí. ¿Qué vas a hacer al respecto? ¿Quieres traer la voz de tu padre a esta habitación el día de hoy?

C: (*con voz plana*) No lo sé. No importa. Si me enojo o no realmente no importa. (*usando la defensa de la impotencia*)

T: ¿Qué quieres hacer al respecto? (*suavemente*) Ahí debe de haber algo de enojo.

C: Realmente no.

T: ¿No sientes nada de enojo?, ¿entonces qué sientes?

C: Cansancio.

T: OK. ¿Cansancio de qué?

C: Denada.

T: No creo que estés cansado de nada. Estás cansado por no permitirte vivir. También requiere esfuerzo encerrarte y alejarte de la vida. De las relaciones. De la vida.

C: ¿Qué “vida”?

T: Sí, ¿qué vida? ¿Quieres seguir viviendo tu vida así?

C: (*desafiante*) ¡Sí, eso quiero!

T: Así que ahora sí te estás enojando conmigo...

C: (*guarda silencio*)

T: Está bien sentirte enojado conmigo. *Siente el enojo*. Quédate con él.

C: (*llorando*) Esto es tan duro. (*larga pausa, sollozando*) No es como si él me hubiera abandonado totalmente. Me sería más fácil lidiar con esto si hubiera sido así...

T: Así que, en cierto modo, tenías esperanza en esa relación.

C: En realidad lo que más siento ahora es resentimiento. Se siente como algo injusto.

¿Por qué tuvo que pasar todo eso? Estoy enojado por tener que lidiar con todo esto y por estar metido en esta situación.

Tristeza por el otro

De la misma manera que el odio contra uno mismo constituye una defensa con la que se evita sentir el enojo apropiado contra otra persona —es decir, un enojo que realmente conduzca al dolor—, la tristeza (lástima) por el otro constituye una defensa con la que se evita sentir la tristeza por uno mismo.

Cuando Allan, de 22 años de edad, regresó de visitar a sus padres con la esperanza de “conectarse con papá”, me narró que las cosas no habían salido como él pensaba. Aquí observamos cómo la falta de respuesta de su padre hizo que Allan se enojara consigo mismo y que al mismo tiempo sintiera lástima por su padre. Al analizar esta situación, Allan se percató de que en realidad su tristeza trataba sobre él mismo:

C: Pensé que íbamos a tener la oportunidad de hablar durante el camino de regreso al aeropuerto. Intenté que él se abriera, que hablara de cosas reales. No logré mucho.

T: ¿Cómo te sentiste?

C: Siempre que le pido algo a mi padre y él no me lo da me siento enojado. Pero entonces siento como si estuviera deseando algo que él *no puede* darme —algo que él *no tiene por qué* darme.

T: ¿Cómo se sintió eso?

C: Estaba desilusionado. Sentí que me había equivocado —como si estuviera pidiendo demasiado de él. Como si fuera un idiota exigiendo mis propios derechos.

(El cliente está defendiéndose de esta pérdida culpándose a sí mismo. El terapeuta confronta esta defensa directamente).

T: Regresemos a lo que acabas de decir, “Cuando mi padre no me da lo que quiero, entonces me enojo”. Dirígete a tu cuerpo, ¿cómo te hace sentir esto?

C: Siento... náuseas... apretado... en realidad, algo pesado.

T: ¿Dónde?

C: En el estómago... y en el pecho.

T: ¿Dónde es más intenso, en el estómago o en el pecho?

C: (*se queda pensando, y asiente lentamente*) En el pecho.

T: Vamos a quedarnos ahí unos momentos. (*larga pausa*). ¿Hay algún cambio?

C: (*permanece atento a su cuerpo, y entonces habla*) Siento tristeza...

T: ¿Dónde?

C: En el pecho y en la garganta.

T: ¿Dónde es más fuerte?

C: En la garganta.

T: (*el terapeuta asiente lentamente*) ¿Qué estás sintiendo en tu garganta?

C: Que él me da asco.

T: (*se percata del inicio del enojo*) OK. Quédate con eso.

C: Es tristeza.

(*El terapeuta se sorprende por este repentino cambio de dirección, pero opta por seguirlo*).

T: OK. ¿A qué se debe esa tristeza?

C: Veo a alguien defectuoso, alguien inadecuado.

T: ¿Estás sintiéndote triste por él o por ti?

C: (*inmediatamente, lleno de sentimiento*) Estoy triste por mí. Triste porque él simplemente no puede darme lo que quiero. *Triste porque nunca lo voy a conseguir.*

A través del trabajo del dolor muchos clientes enfrentarán la realidad de la injusticia que hubo en sus vidas, su profunda carencia de apego y otras dificultades que encontrarán en su lucha para vencer la PMS.

CAPÍTULO 22

LA ACTUACIÓN HOMOSEXUAL COMO UNA OPORTUNIDAD PARA TRABAJAR EN EL DOLOR

“Reconozcan su miseria con dolor y con lágrimas. Que la alegría de ustedes se transforme en llanto, y el gozo, en tristeza”.

— Carta de Santiago, 4:9

En ocasiones el cliente comenzará la sesión indicándonos que ha tenido una actuación homosexual indeseada. Esta situación constituye una buena oportunidad para trabajar en el dolor. Se nos presenta una oportunidad semejante cuando el cliente indique que ha estado luchando con alguna fuerte tentación.

En dichos casos podemos proceder a través de la secuencia de los dos triángulos. Si se emplea la actuación homosexual como el conflicto identificado, el cliente nos reportará cierta excitación sexual —que suele manifestarse como una excitación en los genitales, una carga erótica, o bien una sensación de aventura e inquietud. Ahora bien, si le exhortamos a que profundice en dichos sentimientos —que busque “qué sentimientos hay detrás de esos sentimientos”— el cliente usualmente se remontará a alguna situación conflictiva propia de la zona gris como el aburrimiento, la inquietud, la insensibilidad, la soledad, la sensación de estar atrapado o la desconexión de alguna relación significativa.

Si se permite profundizar todavía más, el cliente alcanzará un nivel mucho más profundo de tristeza que suele describir como si se sintiera “vacío” o “hueco”, como si no fuera “nada”, o como si en su interior albergara “obscuridad” o una especie de “desesperación”. A nivel físico dichas sensaciones estarán acompañados de “dolor”, “molestia” o la sensación de haber sido “herido”.

Mientras el cliente penetra en sus sentimientos más profundos recibiendo el apoyo del terapeuta, con frecuencia observaremos que su desesperación aparentemente inexplicable irá más allá de su conflicto actual (la atracción indeseada al mismo sexo), y que en realidad corresponderá al contexto mucho más amplio de toda su identidad. Conforme el cliente vaya asociando su vida actual con su vida pasada gracias a la interconexión de las vías del dolor y de la tristeza, eventualmente se enfrentará a una gran desesperación subyacente: “Durante toda mi vida fui completamente abandonado”, “estoy roto y defectuoso, no merezco ser amado”, “me siento vacío por dentro”, “no soy nada, no soy nadie”.

Si se regresa una y otra vez a estos sentimientos más profundos, la mayoría de los clientes suelen percatarse de que su atracción al mismo sexo en realidad no es sino un impulso a través del cual pretenden compensar el trauma del apego.

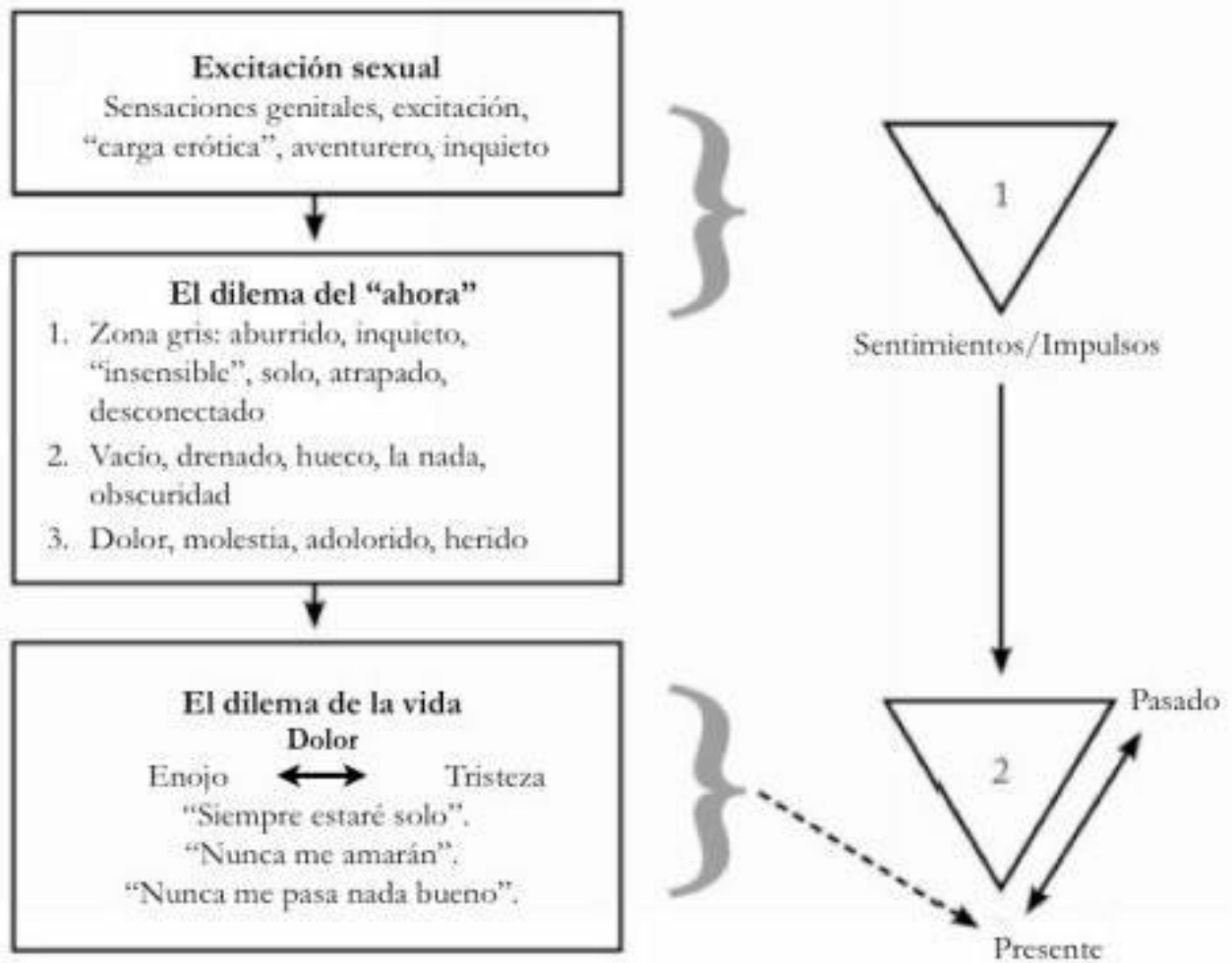


Figura 22.1. La actuación homosexual como una oportunidad para trabajar en el dolor

A continuación se ilustran algunos ejemplos en los que la actuación homosexual ha dado pie al trabajo del dolor.

Un intento por sanar la inferioridad de género

El siguiente cliente inicia la sesión relatando un episodio de actuación homosexual indeseada. A través del trabajo corporal va más allá del mero recuerdo de la excitación sexual y reflexiona sobre la difícil situación que ha dominado su vida:

C: He estado pensando estos últimos tres días en tener una escapada —ya sabes, al sauna.

T: OK... ¿te gustaría hacer un poco de trabajo del dolor al respecto?

C: (*con indiferencia*) Sí. OK.

T: ¿Te parece si nos dirigimos ahora a tu cuerpo?... Vamos a poner atención en lo que está pasando dentro de ti cuando piensas en ir alsauna.

C: Bueno... no es que realmente quiera ir ahí. Es sólo que no he podido quitármelo de la cabeza.

T: OK.

C: Es como si hubiera estado coqueteando con la idea.

T: ¿Y eso te causa conflicto?

C: Sí.

T: OK. ¿Te parece si vemos qué hay detrás del conflicto?

C: *(da un gran suspiro y asiente)* OK. Pues... me siento tenso.

T: *(asintiendo)* Uh-hum.

C: Sí. De hecho, tenso y apretado.

T: ¿Dónde?

C: Aquí. *(pasando la mano sobre su abdomen)* Y, pues sí, también me siento algo excitado por el simple hecho de pensar en ir. Hay uno justo aquí, en el Valle.

T: ¿Dónde sientes la excitación?

C: En el pecho. Como una excitación nerviosa... una excitación genital, en mi entrepierna, en mi pene.

T: Sí.

C: *(larga pausa)*

T: ¿Dónde se siente más fuerte esa excitación, en el pecho o en tus genitales?

C: Más como una excitación genital, supongo, por la posibilidad de ir a conseguirlo.

T: OK. Entonces la posibilidad de "ir a conseguirlo" aumentatu excitación.

C: *(decidido)* Sí.

T: OK, entonces quédate con eso... ¿qué sientes?

C: Pues... siento excitación. Excitación en mi pene. Me estoy poniendo duro. *(pausa, parece como si estuviera perdido en sus pensamientos)*

T: Sí, pero quédate aquí conmigo. ¿Qué está pasando?

C: *(larga pausa)* Me siento ahora menos excitado. *(hace una pausa y se queda pensando)* Estoy repasando todas las imágenes de lo que realmente podría ocurrir ahí, y ya no me siento tan excitado.

T: Sientes menos excitación...

C: La verdad es que me siento como un perdedor. *(suspira)* Realmente estoy buscando que me abracen y recibir afirmación. Odio mi cuerpo... lo siento pequeño, delgado e insuficiente. Realmente no me gusta cómo se siente y se ve mi cuerpo, y me siento solo.

T: *(asiente, espera)* OK. Vayamos a lo que sientes. ¿De qué trata todo esto?

C: Sé muy bien de qué se trata. Tengo miedo a crecer.

T: OK. Fijémonos ahora en tus sentimientos al respecto.

C: *(pensativo)* Tenso y comprimido. Una sensación de pavor.

T: Sí, sigue con eso...

C: *(pensativo)* Me siento pequeño... oscuro... negro por dentro.

T: ¿Dónde?

C: En el centro. Hay algo que está jalando hacia sí todas las esquinas de mi pecho.

T: Sí. Quédate con eso.

C: Siento un bulto grande y frío. *(respira profundo, luego empieza a hablar rápidamente)* Realmente me da miedo. No hay ninguna puerta por la cual pueda escapar, y sólo estoy aquí atrapado con esta presencia dura y fría dentro de mí. Quiero morirme. Es una sensación tan intensa y tan amenazadora que preferiría morir en lugar de tener que sentirla. *(suspira profundamente)*

T: *(asiente, espera)*

C: No creo tener ninguna oportunidad de escape. Es demasiado grande, y está tan presente en mí que abarca todo mi mundo. *(se detiene para pensar un momento antes de proseguir)* De

hecho, sólo estamos yo y eso, encerrados en una habitación, pero la habitación se va haciendo cada vez más pequeña conforme eso se va volviendo cada vez más grande y me empuja contra la pared.

T: Sí. ¿Y dónde está eso?

C: (*atendiendo a su cuerpo, pensando un momento*) Aquí. (*con la mano sobre el pecho*)

T: Sí...

C: (*larga pausa*) La cavidad de mi pecho duele como si alguien me hubiera golpeado sobre el esternón —se siente como si tuviera una roca negra justo debajo del esternón. Se siente fría, negra, hueca. (*casi susurrando*) ¡Realmente me duele!

C: Estoy acompañándote a través de esto... Claro que es muy doloroso...

T: (*larga pausa*) La verdad es que he llegado a mi infierno. (*suspira*) Esta cosa —esta cosa negra dentro de mí— se ha apoderado completamente de mi vida.

T: (*suavemente*) Estoy contigo. Estás haciendo lo más difícil que podrías estar haciendo.

C: (*entre lágrimas*) Estoy tan vacío... no hay nada aquí adentro. (*se toca el pecho*) Sí. (*decidido*) He llegado al meollo del asunto. Por dentro estoy completamente vacío.

Ocultándose en la obscuridad

A continuación leemos sobre un cliente que había comenzado a ir a terapia recientemente. Inicia la sesión hablando sobre una caída —había ido a una librería gay y se sentía disgustado por su encuentro con un desconocido en el baño.

Cuando se le solicitó que recordara el estado mental en el que se encontraba antes de decidirse a actuar, él afirmó, “Estaba muy deprimido esa mañana. No podía aguantarme ni a mí mismo —ni siquiera pude levantarme para ir a trabajar. Llegué tarde”.

Con el trabajo corporal comenzó a recordar otros eventos que habían ocurrido en la mañana, y dijo, “Siento un vacío, una desesperación”. Sólo quiero sentirme amado. Ni siquiera yo mismo me amo, ni tampoco quiero estar conmigo mismo”.

Refiriéndose al dolor que le causaba ese vacío en el centro de su pecho, el terapeuta le preguntó al cliente si podía recordar algún evento del pasado donde hubiera sentido algo parecido. Sin dudar lo contestó, “Cuando me escondía debajo de mi cama en la obscuridad”.

T: ¿Cuántos años tenías?

C: Cuatro, tal vez cinco.

T: ¿Qué estaba sintiendo ese niño?

C: No se sentía conectado con nadie. Sólo se sentía aislado, completamente solo.

T: Quédate con ese niño...

C: No lo aman, no lo quieren. (*El cliente se torna rígido e inexpresivo*).

T: Parece como si te estuvieras alejando. ¿Podrías regresar a ese niño?

C: (*suspira, y luego habla quedo y con tristeza*) Se siente débil y abandonado.

T: ¿Puedes tocar el dolor de ese niño?

(*El cliente se queda callado*).

T: ¿Si pudieras, qué le dirías a ese niño ahora?

C: (*permanece en silencio*).

T: (*señalando su defensa*) Me pregunto si tu miedo y tu vergüenza no están impidiéndote contactar con ese niño que se está ocultando.

C: (*pensativo, asintiendo suavemente*)

T: ¿Hay algo que quisieras decirle a ese niño?

C: (*con los ojos llorosos, luego tomando aire*) Le diría “¡Alguien te ama, eres un buen niño —eres un niño *maravilloso*, eres guapo y amable, y siempre has sido bondadoso!” (*desesperado*) Pero nadie nunca le dijo eso, nadie.

T: Te sentías solo y abandonado.

C: Sigo siendo exactamente como ese niño —a veces me siento muy solo. No hay ningún tipo allá afuera —nunca lo ha habido. Lo único que queda es una constante búsqueda que nunca acaba. Es una adicción —lo sé— pero si finalmente me deshago de ella entonces siento que me quedaré solo, en medio del dolor y la desesperación.

T: (*larga pausa*) ¿Qué sientes ahora en tu cuerpo?

C: Como si me estuviera hundiendo, una sensación de estar cayendo. Siento amargura contra mi padre y contra mi madre. “¿Qué les pasa?” (*ahora gritando*), “¿Por qué demonios me tuvieron?” (*sollozando*) “Me he pasado la vida tratando de conseguirlo de ustedes y jamás lo logré. Toda mi vida pensé que si hacía las cosas bien, en el momento correcto, entonces me amarían”.

T: (*asiente, espera*)

C: Seguí intentándolo conseguir de mi padre hasta que él murió... buscaba tan sólo una palabra para saber que él me amaba.

T: (*asintiendo, hablando con suavidad*) Tan sólo una palabra...

C: (*entre lágrimas*) Mi familia dijo que lo dejara en paz, que lo estaba molestando, pero aun así seguí intentándolo. Mi hermano me dijo que dejara de fastidiarlo porque estaba demasiado viejo y enfermo como para encargarse de mí. Pero si no puedo obtenerlo de mi propio padre (*ahora gritando*), ¿de quién más?, ¿de quién más en el mundo?(*sollozando*)

El aburrimiento de estar conmigo mismo

En nuestro tercer ejemplo, un hombre de 26 años empieza la sesión contando que regresó a un sauna gay.

T: OK, entonces fuiste ayer por la noche a un sauna gay. ¿Qué estabas sintiendo y te empujó a hacerlo?

C: Bueno... era jueves por la noche. Estaba aburrido, supongo. Sólo estaba aburrido de mí mismo.

T: Estar aburrido significa que no te has dado la libertad de expresarte.

C: (*asiente*) Eso tiene sentido, creo. Me he estado sintiendo como atorado. Tenso...

T: ¿Te parece si hacemos un poco de trabajo corporal al respecto?

C: (*se encoge de hombros*) OK.

T: Vayamos a ese aburrimiento. Ahora mismo sólo intenta regresar a esa sensación de aburrimiento. ¿Cómo te sentiste cuando tomaste la decisión de ir ahí?

C: Para mí ir al sauna muchas veces significa, “OK, ya aguantaste todo el día en la oficina, ¿por qué no te das un respiro y te diviertes un rato?”.

T: Ésa es una razón y no lo que sentías. Vamos a concentrarnos en tu cuerpo. Háblame de lo que sientes dentro de ti cuando tienes ganas de ir al sauna. Estás sentado en tu departamento, y...

C: (*pensándolo unos momentos*) Mmmm... Pues... (*asiente*) Sí. Primero... siento algo de soledad.

T: Entonces estás consciente de esa sensación de soledad.

C: Sí. Es como dejar de interactuar con todos y entonces tampoco estoy muy interesado en mí mismo.

T: Entonces quédate con eso —“Tampoco estoy muy interesado en mí mismo”.

C: Tengo la sensación de estar separado.

T: ¿Qué estás sintiendo en tu cuerpo?

C: Es algo muy pasivo.

T: OK. ¿Cómo se siente en tu cuerpo?

C: Como algo muy plano...

T: Háblame de eso tan plano, cuán “plano” se siente en tu cuerpo. Es importante.

C: Pues... “plano” equivale a decir que no siento nada. Nada significa que estoy aburrido. Y estar aburrido significa “vamos a hacer algo ahora”. (*parece apático*)

T: (*suavemente*) No quieres ir ahí ahora, ¿verdad?

C: Supongo que no. (*pausa*) No hay nada ahí. Sólo la sensación de estar vacío, de no sentir nada.

T: Creo que es importante que pongas atención ahí, en esa sensación de no sentir nada y en ese vacío. Porque ahora estamos más allá del mero aburrimiento y nos hemos dado cuenta de que tienes una especie de sensación plana. Pero esto depende de ti; ¿quieres hacerlo?

C: (*con pocas ganas*) Sí, supongo que sí, pero en realidad ahí no hay nada de lo que podamos hablar. Es algo muy ordinario y predecible, y... (*larga pausa*)

T: (*aguarda*)

C: En realidad me está matando. Lo que estoysintiendo es angustiioso.

T: (*concentrándose en esa fuerte palabra*) Ahora mismo, ¿cómo se siente lo “angustioso”?

¿Puedes, ahora mismo, sentir en tu cuerpo lo “angustioso”?

C: Físicamente lo siento justo arriba de mi esternón. Cuando digo la palabra *angustioso* siento esa palabra justo aquí, arriba de mi esternón.

T: (*con suavidad*) Entonces es eso.

C: Una enorme explosión arriba y debajo de él.

T: ¿Estás sintiendo esa explosión ahoramismo?

C: Sí. Empuja hacia arriba y hacia abajo, y es algo angustiioso.

T: “Angustioso”...

(*El terapeuta refuerza esta potente sensación empleando las propias palabras del cliente*).

T: Tienes una sensación de agonía, y la estás sintiendo ahora mismo en el centro de tu pecho; y esta sensación está empujando hacia arriba y hacia abajo y va en ambas direcciones y se está abriendo paso dentro de ti, ¿no es así?

C: (*asintiendo, frunciendo el ceño*) Sí. Es una sensación desagradable.

T: El dolor es tan desagradable que no quieres dirigirte hacia allá, y preferirías mantenerte plano —permanecer aburrido— y mejor distraerte yendo al sauna. Pero justo ahora lo que realmente importa es que sientas que estoy ahora mismo aquí contigo mientras tienes esta sensación de “agonía”, esa “explosión en tu esternón”. Ahí está el dolor. Yote sigo. Dirígeme.

C: (*asiente*) OK. Estoy sintiendo ese dolor en el esternón.

T: (*en voz baja*) Concéntrate en el cuerpo, porque la sensación está en el cuerpo.

Siéntela por completo y ponle palabras. Déjame permanecer contigo para saber cómo te sientes cuando estás ahí.

C: ¿Pero por qué tengo este dolor?

T: Ahora mismo tú y yo vamos a evitar la pregunta del por qué; ahí llegaremos más tarde, ¿OK? Pero antes tú y yo tenemos que llegar a ese dolor y verlo.

C: Algunas veces siento que estaré siempre atrapado en este dolor que llevo dentro. He tenido este sentimiento antes... es algo negativo y siempre lo será. Yo... (*respira profundamente*) Esto no es divertido.

T: Así es. Pero suena como si ahora estuvieras ahí. Dentro de ese sentimiento.

C: Pero preferiría no mirarlo. Estoy viendo a otro lado.

T: (*suavemente*) Pero *lo estamos* viendo. Tú y yo, juntos, lo estamos viendo ahora mismo.

C: Es sólo que... (*larga pausa, su voz empieza a temblar*) Me está corroyendo aquí adentro. Se apodera de mí y se vuelve más grande cuando pienso en él...

T: Está bien; cuanto más profundizas en tu sentimiento éste se vuelve más grande.

¿Puedes decirme cómo lo estás sintiendo... eso "más grande" en tu cuerpo?

C: Se ha expandido por mi estómago y en mi pecho.

T: Bien. ¿Cómo se siente —esa cosa expandiéndose dentro de ti?

C: Presión.

T: ¿Podría ser éste el sentimiento del que has estado huyendo... pero al que ahora te estás adentrando?

C: (*con los ojos cerrados, se detiene y luego dice en voz baja*) Se está apoderando de mi torso.

T: Así es. Eso es, está apoderándose de ti, se está expandiendo. Cuanto más lo miras, más grande se vuelve, expandiéndose y apoderándose de tu torso.

C: Es una presencia expansiva y dolorosa que cada vez se hace más grande. Parece como si estuviera encima de mi estómago, empujándolo hacia abajo. (*larga pausa*) Ahora, parece como si estuviera en mi garganta.

T: Sí. Ahí es donde estás sintiendo esa presión pesada y expansiva, una presencia física que corre desde arriba de tu estómago hasta el fondo de tu garganta. ¿Cómo se siente cargar con ella en tu interior?

C: Me está inundando, consumiéndome como un cáncer, y no me deja ningún espacio libre.

(*Tras permanecer algunos minutos presenciando juntos este profundo sentimiento, el terapeuta piensa que el cliente ya no podrá avanzar más en la sesión, así que decide pasar al segundo triángulo*).

T: Jack, ¿recuerdas haber sentido antes esta misma presencia pesada y angustiada en tu cuerpo?

C: Muchas veces, pero no de una manera tan específica.

T: (*con voz suave*) Quédate con eso...

C: (*reflexiona pensativo*) Pues... sí... cuando mi madre me dejaba solo con mi padre.

Cuando nos quedábamos los dos solos.

T: ¿Y?

C: Entonces había una horrorosa sensación de vacío en la casa. Él se ponía a beber y yo me mantenía lejos de él. Ella no podría defenderme. (*larga pausa*) Creo que ella estaba tan asustada como yo.

T: (*asiente*)

C: Algunas veces él empezaba a buscarme y sin ninguna razón empezaba a perseguirme.

T: ¿Recuerdas algo en particular?

C: Oh... (*dudando*) me abofeteaba.

T: ¿Podrías describir eso?

C: ¿Un incidente como tal?

T: (*asiente*)

C: Pues... bueno, una vez me había quedado con un libro de la biblioteca y se me había pasado el plazo de entrega. Yo tendría como unos 11 años. Entonces él me arrojó al suelo de la cocina. Me dejó ahí llorando y luego se largó.

T: ¿Puedes sentir ahora mismo lo que ese niño estaba sintiendo, en el suelo de la cocina?

C: (*pensativo*) Estaba triste. Sí —es la misma sensación de estar solo y abandonado...

(El cliente pasa varios minutos recordando emotivamente las sensaciones de soledad y de no valer nada. Acercándose el final de la sesión ocurre la fase de transformación del significado).

T: Jack, comenzamos hoy cuando me contaste sobre tu actuación homosexual.

¿Qué te llevas de esta sesión?, ¿qué aprendiste de todo esto?

C: (*pausado y meditabundo*) Me doy cuenta de que me encuentro inmerso en una gran tristeza. Mucha más tristeza de la que me hubiera imaginado.

T: ¿Crees que eso se relaciona, de alguna manera, con tus salidas al sauna?

C: (*pensativo*) Sí. En mi caso creo que se trata de una vía de escape.

T: ¿De qué?

C: (*pensándolo*) Es el modo en que puedo salir corriendo y esconderme del vacío.

T: (*asiente*) Para escaparte...

C: (*suspira profundamente*) Sí. De hecho, creo que eso es lo que siempre he hecho.

Avances logrados a través del trabajo del dolor

“Aunque me da tristeza que la realidad sea la verdad, ahora hago las paces con mi tristeza y le digo que la realidad es la verdad”.

— un cliente de 30 años de edad

Quando le pregunté a un hombre qué era lo que había aprendido a través del trabajo de dolor, él me explicaba lo siguiente:

“Gracias al trabajo del dolor he descubierto que el dolor es real. No es que duela de un modo abstracto, vago o etéreo, sino que lo siento como algo físico en mi cuerpo, aunque nunca antes me había dado cuenta ni tampoco había experimentado algo parecido. Lo siento en mis entrañas, ¿sabes?”

Yo tenía muchas capas de miedo y de vergüenza que había ido cubriendo con mi tristeza. Y aunque he sentido este dolor durante casi toda mi vida, yo sólo he estado negándolo y reprimiéndolo, o he estado drogándome con tal de no sentirlo. Si bien ahora me doy cuenta de que verdaderamente siento el dolor —el dolor a nivel físico—, nunca lo habría percibido si antes no hubiera pasado por el trabajo del dolor y hubiera sentido realmente los recuerdos de este dolor que estaban almacenados en mi cuerpo”.

Otro hombre hablaba sobre el poder que para él tenía la vivencia de la tristeza en terapia mientras se mantenía conectado con su terapeuta:

“Por mucho tiempo había estado sacrificando partes de mí mismo con tal de mantener a todos contentos, pero ahora he aprendido que eso no sólo no era necesario, sino que también me estaba haciendo daño.

Aquí he sido capaz de expresar mi dolor sin sentirme avergonzado. Eso ha ayudado a que me sienta más auténtico. El hecho de haber podido sentir todos estos sentimientos y haber podido compartir la experiencia con otro hombre ha sido para mí una experiencia completamente nueva.

Nadie se está riendo de mí o diciéndome ‘no está bien que llores’ o ‘compórtate como un hombre’.

Haber penetrado en este dolor me ha ayudado a entender la historia de mi vida, lo que realmente me ocurrió, y a darle sentido a mi pasado. También he ido aprendiendo gradualmente a observar lo que ocurre dentro de mí —y a confiar cuando mi cuerpo me dice lo que realmente está pasando”.

Cuando el cliente logra vencer su dolor una y otra vez, apreciaremos también cómo la base sobre la que se cimentaba su actuación homosexual poco a poco irá erosionándose hasta desvanecerse:

“Ahora puedo ver a otro hombre a los ojos —incluso si se trata de un hombre atractivo— y relacionarme abierta y honestamente con él, sin tener que ver a otro lado. Cuando logro hacerlo entonces ya no me la paso pensando en pornografía ni en otros hombres.

El trabajo del dolor me ayudó a entrar en contacto con mis sentimientos — especialmente con aquéllos que parecían tan negativos que no quería sentirlos. Cuando estoy conectado con mis verdaderos sentimientos me siento fuerte, masculino y vivo. En esos momentos ya no tengo la necesidad de estar mirando a otros hombres —y puedo seguir adelante con mi vida”.

CAPÍTULO 23

LA RESOLUCIÓN DEL DOLOR UNA VIDA LIBRE DE ILUSIONES Y DISTORSIONES

“El camino para ser real es pasar por la tristeza”.

un cliente de 24 años de edad

“Hoy realmente puedo decir, ‘Caminaré en la presencia del Señor, en la tierra de los vivientes’”.

un hombre de 35 años, al concluir su terapia, citando el Salmo 116:9

Este libro ha tratado sobre la devastación provocada por el dolor y la vergüenza. En efecto, la mayoría de los hombres con los que tratamos tienen intensos recuerdos de incomprensión y de soledad, así como la sensación de que nunca fueron profundamente comprendidos por lo que realmente eran.

Las heridas de algunos son todavía más profundas —cuando fueron menospreciados o abusados por miembros de su propia familia y por compañeros. Para estas personas, como afirma Martha Stark (1994a):

“Dolerse genuinamente significa ser capaces de permanecer con todo el horror, la ira, el dolor, la desesperación, las heridas, y la sensación de haber sido traicionados y heridos; significa aceptar nuestra radical impotencia para enfrentar todo esto; y también significa decidimos avanzar lo mejor posible con lo que tengamos —tal vez resulte más triste, pero también más sabio” (p. 25).

Viendo a la gente claramente

Cuando los clientes han vivido el proceso del dolor, adquieren una visión más clara de las personas que han influido en sus vidas. El proceso del dolor no sólo resulta revelador y permite al cliente comprender a los miembros significativos de su familia, sino que también le ayuda a aceptarlos a través de una resignación madura —“Me hubiera gustado que mi padre fuera diferente, pero simplemente así fue”— donde el cliente tendrá que aceptar que no necesita que las demás personas en su vida sean mejor o peor de lo que realmente son.

Otro aspecto importante en el proceso del dolor implica que el individuo abandone su presunto derecho a que las personas de su vida actual compensen las heridas que le causaron en el pasado. Ninguna persona en nuestra vida actual merece recibir nuestro odio por las relaciones del pasado y, de igual manera, nadie merece ser idealizado como “la solución” que compensará nuestras pérdidas de apego del pasado.

El dolor se solucionará completamente sólo cuando la persona sea capaz de abandonar las ilusiones y distorsiones con las que ha cubierto el dolor de la pérdida. Una vez que la persona concluya

el proceso de dolerse podrá entonces vivir de una manera mucho más genuina, transparente y realista.

Claro está, al hablar de la “resolución del dolor” no estamos afirmando que realmente podamos “deshacernos” de toda cuestión dolorosa. Más bien, la resolución del dolor implica una adaptación práctica y gradual por parte del cliente a fases de mayor aceptación, así como a una sucesión progresiva de ajustes.

La pérdida debe asimilarse gradualmente, al modo de una integración progresiva de sus consecuencias.

¿Quién soy?

Tras asimilar la pérdida, el cliente deberá considerar profundamente en quién quiere convertirse.

Al verse libre del poder oculto del dolor y de las defensas que éste provoca —sus ilusiones y distorsiones—, la persona espontáneamente expresará cierta curiosidad por su identidad emergente. Pensará: “¿Quién es esta persona en la que me estoy convirtiendo ahora que estoy eliminando mi falso “yo”?”. Conforme las ilusiones y las distorsiones vayan siendo desenmascaradas, el individuo empezará a reconocer a un hombre nuevo —uno al que no tiene necesidad de engrandecer ni idealizar y que, por otro lado, tampoco tiene por qué despreciar a los demás hombres.

Conforme vaya siendo cada vez más autosuficiente, este hombre gradualmente desarrollará una mayor capacidad para recibir el amor masculino en su única forma auténtica —a través de la mutualidad, en el contexto de una amistad no erótica. De esta manera podrá abandonar la actuación homosexual compulsiva con la que intentaba satisfacer sexualmente sus necesidades emocionales y de identificación masculina. Además, descubrirá una forma absolutamente distinta de plenitud emocional — las relaciones sanas con mujeres, en las que no se sentirá absorbido por ellas ni tampoco forzado a abandonar su identidad masculina.

Desarrollando la capacidad para sostener relaciones auténticas

El trabajo del dolor constituye un proceso profundamente humanizador que exige el abandono de las poderosas defensas narcisistas, aparentemente “esenciales para poder sobrevivir”, y que permite a la persona ir creciendo en humildad y transparencia.

La terapia provee un ambiente seguro que permite al hombre explorar, reexperimentar y asimilar los traumas del pasado. Conforme experimenta el dolor y deja atrás sus pérdidas de apego, el cliente irá liberándose de los antiguos patrones de autosabotaje que solía emplear.

El individuo fluctuará durante el proceso en la tensión que existe entre los afectos inhibitorios propios de la vergüenza y su necesidad de experimentar y expresar los afectos vitales de tristeza y enojo.

La resolución de la tristeza y del enojo abren de golpe una vía que conduce a un mayor crecimiento personal, a la transformación de la identidad y a nuevos modos de relacionarse. Lo anterior también permitirá al individuo experimentar una sensación de cohesión interna e integridad

personal. Un hombre de 23 años de edad describía esta transformación diciendo: “Ahora sí me siento como algo tangible”.

Poco a poco crecerá e irá venciendo el aislamiento emocional y la soledad crónica que por tanto tiempo le han tenido confinado, hasta generar una sólida reserva emocional con la cual podrá establecer relaciones humanas verdaderas.

Su profundo vacío interno habrá comenzado a llenarse. Como resultado del cultivo de esta nueva capacidad para relacionarse íntimamente, vinculándose de una manera más profunda y genuina, el poder ilusorio que la PMS tenía sobre la persona también disminuirá.

Enfrentando la herida del padre

Para la mayoría de los hombres en terapia, un componente estratégico e indispensable de su proceso terapéutico será precisamente dolerse por la ausencia de un padre significativo en sus vidas.

En la siguiente cita de su diario, un hombre joven admite de manera realista lo que perdió y explica cómo pudo sobreponerse a la pérdida:

“Papá no logró darme algo esencial. Nunca pudo marcarme o sellarme con algo que otros hombres sí tienen; me faltó ese signo de validación. Soy diferente, y sé que me falta algo. No me dio algo que los demás hombres han recibido, y por eso siento que he perdido algo.

Aunque sea bueno en los deportes, logre realizar las tareas que se me asignan, vaya a trabajar, asista a terapia y pueda relacionarme con otros hombres, nunca podré conseguir eso que perdí. Digo esto sin enojo y sin desesperación. Puedo vivir sin eso que me faltó, y sé que hacerlo no va a destruirme ni tampoco me empujará a tener actuaciones homosexuales. Me incomoda pero no me controla. Sin embargo, siempre sabré que ahí sigue y cómo llegó ahí.

Antes no aceptaba que ‘lo que me faltaba’ fuera el origen de mis impulsos homosexuales. El hecho de no aceptar esa carencia creó en mí la falsa esperanza de que algún día un hombre me daría justo lo que me faltaba.

Otros hombres pueden darme algo que hace soportable vivir con esta carencia; lo sé. Ahora busco un tipo distinto de abrazos”.

Poder resolver la herida paterna es uno de los prerrequisitos más importantes para que el cliente pueda acceder a su verdadero “yo” dotado de género. Habrá enfrentado su dolorosa incapacidad para sentirse como un tipo normal —uno que se sienta a gusto entre otros hombres, que se sienta atraído por las mujeres y que sea capaz de seguir la inclinación natural humana al matrimonio y a la formación de una familia. Habrá experimentado — sentido plenamente— cuán doloroso es percatarse de que su vida podía haber sido diferente. Se habrá dado cuenta del tiempo que ha vivido en ese “agujero en el centro de mi corazón” —ese profundo vacío emocional que sus fantasías gay jamás llenarán.

“Durante todos esos años”, afirmaba un hombre de 45 años de edad, “me aparté de mi

destino como hombre, como padre, como esposo. Ahora entiendo por qué todas estas distracciones no podían satisfacerme. Las buscaba porque apoyaban mi negación... y me distraían del dolor”.

Regresando al verdadero “yo” dotado de género

“Idealizar a otros hombres no me ayuda; debo hacer lo que pueda con lo que tengo. La PMS tiene ahora mucho menos poder sobre mí. Ahora cuando veo a un hombre guapo tal vez me quede mirándolo, pero ya no empiezo a pensar ‘absórbeme’ ni quiero ‘bebérmelo’ para intentar sacar de él todo lo que tenga”.

Conforme se acerca la conclusión de la terapia habrá un tiempo para llorar por el pasado —para dolerse por todos esos años perdidos y que estos hombres no vivieron plenamente. Un cliente de mediana edad describía cómo cayó en cuenta de esto durante una sesión de terapia:

“Mi vida ahora tiene sentido. Ahora veo claramente qué es lo que tengo que hacer. Por miedo renuncié a una infancia normal, a mi masculinidad... a ser esposo y padre. Me aparté de la vida que me correspondía vivir. Perdí tanto años esperando, sin crecer, “matando el tiempo”.

Mucho de esto se debió al miedo. Siento en el centro de mi pecho el peso de la verdad: he desperdiciado 40 años de mi vida sin entrar en acción, teniéndole miedo a los hombres —y a las mujeres—, con miedo de vivir”.

Abandonando la vergüenza

“Permití que la herida de la vergüenza me apartara de los demás”.

Rechazar la vergüenza autoinfligida constituye un paso fundamental para que el cliente pueda alcanzar la plenitud. Ahora que ha experimentado plenamente la vergüenza, contando con el apoyo y la comprensión del terapeuta, el cliente podrá finalmente abandonar la vergüenza. Deshaciéndose de ella dará inicio a una vida nueva, caracterizada por aspiraciones más maduras y esperanzas más realistas:

“He aprendido que el poder de la imagen masculina no radica tanto en lo que otro hombre sea, sino en lo que yo mismo no soy. Puedo optar entre distraerme con lo que él es o enfrentarme a la terrible realidad de lo que yo mismo no soy.

Por primera vez en mi vida no estoy huyendo de mí mismo. Estoy experimentando cómo se siente vivir sin la vergüenza. ¡Es asombroso caminar sin sentir vergüenza!”.

Cuando un hombre se encuentra en el proceso de abandonar la PMS, con frecuencia deseará expresar sus dudas, su confusión y las inseguridades que le generan sus nuevos sentimientos. Ahora estará mucho más abierto a aceptar lo desconocido, y cada vez se sentirá más cómodo frente a las mismas incertidumbres que antes le hubieran paralizado. Antes vivía “anclado a la vulnerabilidad”, como lo explicaba claramente un hombre en una ocasión; sin embargo, fue precisamente esta forma de vivir la que a fin de cuentas le había debilitado.

Otro cliente, a punto de concluir su terapia lo resumía de la siguiente manera:

“La terapia me ha ayudado a aceptarme más, a tener más paz y a sentirme aceptado por los demás hombres, mucho más de lo que me hubiera podido imaginar desde mi pubertad. Si hay algo que me enoja es cuando los activistas gay afirman que rechazar una ‘identidad gay’ es rechazar mi verdadera identidad. ¡Mi experiencia personal me dice todo lo contrario!

Cuando me siento masculino por dentro no tengo la necesidad emocional de atraer a los hombres ‘allá afuera’, externos a mí. Esto ocurre porque ahora me siento como uno entre ellos. Pero si no resuelvo mi vergüenza, entonces mi masculinidad queda ‘opacada’ y mi corazón permanece gravitando en torno a los símbolos de masculinidad que giran alrededor mío. Me siento entonces desconectado no sólo de mí mismo sino también de los demás — particularmente de los hombres y de Dios. También ahora puedo apreciar la belleza del sexo opuesto mucho más que antes.

¿Fueron todos estos cambios un mero accidente que nada tuvo que ver con mi terapia? No lo creo. ¿Fue la terapia ‘peligrosa’, como algunos críticos afirman a través de su ideología? Si aceptarme más y sentir que pertenezco entre los hombres que me rodean es ‘peligroso’, entonces ¡quiero más!”.

Por tanto, observamos cómo al otro lado del proceso terapéutico aguarda el descubrimiento de una nueva y auténtica identidad que surge al vivir desde la postura asertiva. El nuevo descubrimiento de la aserción estará acompañado de más humildad, transparencia, claridad y convicción.

Doliéndose por haber perdido la oportunidad de tener amistades masculinas

“La PMS es un ‘amigo’ que ha estado aquí por mucho tiempo, demasiado... Pero en realidad nunca fue mi amigo”.

Es frecuente que los hombres a los que atendemos se lamenten por haber rechazado a muchas figuras masculinas que durante años se han acercado a ellos y estaban deseosas de poder ayudarles — hombres con los que tal vez podrían haberse conectado pero a quienes ignoraron y evitaron. Sienten un gran remordimiento por haber rechazado a estos hombres que los afirmaban y que intentaban estar disponibles para ellos. Algunos recordarán espontáneamente a ciertos profesores, entrenadores, tíos o compañeros que mostraban claros signos de interés. Pero ahora, en retrospectiva, caen en cuenta de que evitaron el reto que estas invitaciones representaban. Un hombre me decía lo siguiente: “Me acuerdo de todos los hombres que estaban ahí disponibles para mí... Pero no me daba cuenta, ni ponía atención ni aprovechaba lo que estaban ofreciéndome. Me alejé de ellos y los ignoré. Estaba demasiado preocupado de mí mismo”.

Nuestros clientes lamentan sobre todo haber optado por vivir protegiéndose en lugar de haber buscado a alguien que pudiera ayudarles. Nos hablan sobre aquellos retos que rechazaron, los sentimientos que no expresaron y las amistades que jamás construyeron. Un hombre lo explicaba así:

“Recuerdo una vez que uno de los niños populares de la escuela me invitó a aprender a jugar baseball. Él tendría unos 13 años, y yo para ese entonces era un poco más

chico. Él quería cobijarme bajo sus alas pues se daba cuenta de cómo me molestaban. Pero yo actué como si no me importara, así que después de un tiempo él simplemente se rindió y me dejó”.

Dolido, concluyó diciendo: *“Me gustaría poder regresar en el tiempo y volver a vivir esos años ahora —haría todo muy distinto”.*

El crecimiento de la compasión y de la capacidad para conectarse

Como un hombre explicaba, *“Ayer por la noche tuve una gran conversación conmigo mismo sobre cómo entregarme a los demás. Siento empatía por los demás porque ahora soy capaz de sentir más. Quiero que mi camino personal me conduzca a tener relaciones más profundas”.*

Conforme resuelven su dolor, muchos hombres se lamentarán no sólo por todas las personas con las que no trabaron amistad, sino también por todos aquéllos a los que ignoraron e incluso abusaron y explotaron. Un hombre de 25 años de edad lloraba amargamente al recordar un evento que hacía mucho había olvidado, cuando propició un juego sexual con un niño vulnerable de 8 años cuando él tenía unos 10 años.

Otro hombre de 35 años se percató de golpe de que su padre no sólo lo había ignorado a él, sino también a su hermano menor. Su propia pérdida le había cegado a tal grado que nunca cayó en cuenta del gran sufrimiento por el que también atravesaba su hermano. Tras darse cuenta de esto se sintió llamado a buscar a su hermano y ayudarle.

Progresivamente aumentará la sensibilidad que estos hombres tengan para atender a los sentimientos de los demás. *“Ahora tiendo a pensar”, explicaba un hombre, “ ¡Caray!, tal vez hice daño a alguien’. Aunque me podría parecer justificado, de todos modos pienso en sus sentimientos. Antes, casi todo se centraba exclusivamente en mí”.*

Un hombre casado describía los cambios que habían ocurrido en su vida familiar:

“Ahora pienso en todo el tiempo que perdí —simplemente perdido— soñando y fantaseando sobre tipos misteriosos y desconocidos. Pienso en todos los años que pasé frente a páginas porno viendo a hombres desnudos. Pude haber dedicado todos esos años a mi esposa y a mis hijos. Durante todo ese tiempo no estuve realmente presente en casa, verdaderamente escuchando a mis hijos.

Me acuerdo de una ocasión en que llegué a casa tras un día muy estresante en el trabajo, y lo único que quería era relajarme visitando mis páginas porno. Mi hija estaba ahí, haciendo su tarea en internet. Le dije que dejara la computadora, que tenía que hacer ‘trabajo importante’. ¿Qué tan enfermo puede ser eso?

Me he vuelto mucho más atento con mi mujer en lugar de tener la mitad de mi cabeza metida en una imagen pornográfica. Ahora cuando ella me habla puedo dirigir toda mi atención a lo que está diciéndome. Como consecuencia sé que ella también se siente más conectada conmigo.

Y, ¿adivina qué? Ahora mis hijos se están abriendo conmigo, hablándome de cosas por las que yo no tenía ni idea que estaban interesados.

Un hombre joven describía cómo se sentía ahora más libre de la envidia:

“Es maravilloso cuando puedo vivir sin la sensación de vergüenza siempre de fondo... cuando no me siento ‘inferior’ a los demás tipos. Puedo ir al gimnasio y concentrarme realmente en mi rutina. Si veo a un hombre atractivo, entonces digo, ‘¿Y qué?’.

El otro día estaba viendo a un hombre joven ejercitándose; antes sólo me habría fijado en su cuerpo, pero esta vez en cambio pensé, ‘¡Oh!, ese ejercicio que está haciendo me vendría bien para mi problema de espalda’ ”.

Conforme las defensas narcisistas se debilitan, éstas son reemplazadas no sólo por una mayor humildad, sino también por la gratitud. El individuo deja entonces de lado el dolor, la envidia y las preocupaciones que absorbían su “yo” y hacían que ellos ignoraran y abusaran de los demás.

Observamos entonces un cambio radical de la feroz defensa de mis derechos a la gratitud, de la abnegación personal a la asertividad, del narcisismo a la humildad, y del aislamiento emocional al auténtico apego.

Estos hombres obtendrán una visión más clara de la vida y un sentido cada vez más fuerte de integridad y cohesión interna. Con estos cambios también desarrollarán una mayor madurez en torno a sus aspiraciones y sus esperanzas serán más realistas —sobre todo respecto a lo que pueden esperar de las relaciones con otros hombres, caracterizadas por una hermandad fundada en la igualdad y la mutualidad.

Liderazgo

La resolución terapéutica hace que la persona comprenda que *ser hombre* implica servir a los demás a través de una posición de liderazgo. Muchas veces he escuchado a mis clientes diciendo algo como esto al concluir la terapia: “¡Y yo que pensaba que no tenía nada que ofrecer!”. El proceso del dolor da lugar a un nuevo y sorprendente deseo por ayudar a los demás.

Algunos hombres se sentían llamados a formar parte de algún servicio comunitario o algún ministerio eclesiástico dedicado a ayudar a otros hombres a dejar el estilo de vida gay. Un hombre que había sido mi cliente me escribió lo siguiente:

“Hablando de otros eventos que han cambiado mi vida, ahora tengo la necesidad de hablar con otras personas y compartir lo que he aprendido con otros que estén viviendo la misma lucha. Simplemente siento que estoy llamado a ayudarles.

No hay manera de justificar la actividad homosexual como si fuera parte del plan divino en mi vida. Como miembro de Su Creación y de Su Reino, fui creado para vivir como heterosexual, y no puedo entenderlo de otra manera. Fui hecho por Él, a su imagen, diseñado para ser uno con una mujer. Anatómicamente, hombres y mujeres están diseñados para poder acoplarse, y uno es el complemento del otro en términos de disposición,

temperamento y personalidad.

Incluso si sacáramos a Dios de la ecuación y me viera exclusivamente como una criatura biológica, de todas maneras me toparía con el hecho de que anatómicamente sólo ‘embono’ con una mujer, porque la procreación ocurre de esa manera. El modo en que se da el sexo homosexual no es natural —sino claramente dañino.

Si no comparto lo que he aprendido no me siento merecedor de los dones que he recibido. Antes solía revelar mis heridas sólo para obtener la atención de los demás. Ahora quiero compartir mis heridas por el bien de los demás; quiero compartir mi dolor para que sea una manera de ministrar el dolor de otros hombres. Sólo siento que esto es parte de lo que Dios quiere de mí.

Más que cualquier otra cosa deseo ayudar a otros hombres”.

La fase final de la transformación del significado: la resolución

Observamos ahora cómo el trabajo del dolor propicia el pleno desarrollo de las facultades mentales de la observación y la reflexión, mismas que afianzan la resolución y la convicción sobre quién es uno mismo. El hombre que completa este proceso es libre de seguir avanzando al modo de un agente activo y creativo que está perfeccionando su vida.

Otro beneficio observable es una disminución en la tendencia a ser críticos con los demás. Esta nueva actitud está acompañada de una mayor capacidad para aceptar la propia vida tal cual es y a los demás tal cual son, sin tener que distorsionar la realidad. Si bien dicha actitud constructiva emergerá en distintos momentos durante el trabajo terapéutico, ésta no acabará por expresarse de manera duradera hasta concluir la terapia. Toda herida y enojo hacia los padres se transformará en aceptación verdadera y benevolente: “Ellos fueron lo que fueron”, “sé que me amaban a su modo”, “me doy cuenta de que tampoco pudieron ‘conseguirlo’ de sus propios padres”. Por tanto, comenzarán a aceptar a las personas con madurez, tal cual son, y descubrirán una manera nueva y más madura de vincularse y amar a otras personas significativas —incluso a aquéllas que los hirieron.

También es verdad que en ocasiones estos hombres todavía seguirán sintiéndose acosados por sus tendencias improductivas, autoderrotistas e inadaptadas para enfrentar el mundo. Por momentos se enfrentarán a bloqueos emocionales que los inhibirán. También seguirán sintiéndose atraídos por otros hombres de manera intermitente, especialmente cuando estén atravesando por momentos estresantes. No obstante, también serán capaces de abandonar esta serie de patrones de pensamiento y comportamientos obsoletos. También podrán oponerse a las ilusiones y a las distorsiones en torno a cómo deberían ser los demás. Estos hombres habrán aprendido a obtener el mayor provecho posible de todo aquello que sea bueno, verdadero y posible.

Habrán de desechar todos aquellos patrones y respuestas emocionales que limitaban sus vidas. Pero ahora, en cambio, podrán involucrarse de lleno con la vida y comprometerse plenamente con el proceso de “ser lo que quieroser”.

Su autocrítica se tornará apropiada —ya no se reprocharán con culpa ni vergüenza, sino que

podrán diferenciar entre las críticas constructivas y las distorsiones basadas en la vergüenza. Contarán por tanto con un nuevo sentido de determinación personal y creerán en las posibilidades del futuro. Como lo explicaba un hombre, “En el pasado me evaluaba muy duramente y asumía lo peor de mí mismo. Pero ahora veo claramente qué es lo que quiero y qué es lo que necesito —mi voz tiene más fuerza— y soy capaz de comunicarme con mayor profundidad”. Otro hombre lo explicaba así:

“Si bien es cierto que con frecuencia me sentía mucho más ‘vivo’ cuando estaba metido en mis actividades y búsquedas homosexuales, también es verdad que después me sentía vacío y drenado. Debo admitir que en realidad nunca amé a ninguna de las personas con las que tuve relaciones. Estaba interesado en lo que pudieran darme y cómo podía aprovecharme de ellos.

En mi caso la vida gay no era para nada feliz. Para mí, la atracción homosexual representaba mis necesidades, mi envidia y mis sentimientos de inadecuación. Finalmente he encontrado la felicidad en mi matrimonio, y estoy desarrollando el potencial propio del hombre heterosexual que yo estaba destinado a ser”.

Un joven de 16 años me decía cómo “conectarse” nuevamente consigo mismo le había permitido conectarse con el resto del mundo: “Estoy empezando a sentirme en contacto con algo sólido, profundo y real. Cuando entro en contacto conmigo mismo, mi PMS desaparece”.

Dentro y fuera de mi obscuridad

Otro hombre reflejaba a través de su diario la experiencia que muchos otros hombres comparten de haber encontrado su camino gracias al proceso del cambio. Como este hombre afirmaba, su obscuridad, su “muerte”, se transformó en algo radicalmente distinto: se convirtió en una puerta abierta hacia la vida.

“Esa obscuridad que me parecía tan dolorosa y dominante en realidad era una farsa. Soy más grande que ella. Lo descubrí cuando me permití llegar hasta ese lugar de profunda obscuridad que sentía en medio de mi pecho. Era como un orbe frío, duro y alargado —como una roca, que se extendía de lado a lado en la cavidad de mi pecho.

Cuando llegué a ese lugar oscuro y frío no me quedé mirándolo de lejos, sino que permití que me rodeara. Me adentré en él. Hirió mi estómago y me hizo sentir mucho miedo porque no podía ver nada más allá de él. ‘Ha llegado el momento —éste es mi infierno, y he sido su prisionero durante toda la vida’. Había llegado al final y no quedaba nada más por ver. Quería morir por completo, pues sólo muriendo podría escapar.

Pero mientras permanecía en este vacío me di cuenta de que en realidad no había nada dentro del espacio al que tanto temía. Era yo, ‘yo mismo’, el que lo mantenía vivo —y no él; yo era quien iluminaba aquel lugar oscuro.

Mis dolores de cabeza, que durante tantos años me habían molestando, poco a poco fueron desapareciendo. Me sobrevino una sensación de paz.

Una parte de mí, la que había iniciado el camino, jera más grande que ese lugar

oscuro! Sentí confianza y caí en cuenta de que podría sobrevivir en esa oscuridad.

Había algo que me proveía mucha afirmación cuando me dirigía — y permanecía en — esta oscuridad, y me daba cuenta de que en realidad era mucho menos fría, negra y dominante de lo que había temido.

Extraje oro de estas experiencias; ahora me amo. Siento que importo, y la prueba de esto es que me he dado cuenta de que la oscuridad es inferior a mí, que soy más grande que ella. Soy yo quien tiene las oportunidades, las posibilidades y las fuerzas. La oscuridad me engañó y me hizo pensar que ella era quien tenía poder.

No, en efecto —yo soy quien tiene el poder”.

Para el hombre que busca una nueva identidad, ésta surgirá cuando se vea libre del poder que sobre él ejerzan el temor al dolor y las defensas provocadas por éste. Nos estamos refiriendo al verdadero “yo” dotado de género y a su capacidad para intimar sanamente con otros hombres, así como a una convicción implícita pero segura: “Soy suficientemente hombre”. Y con esta creciente capacidad para intimar genuinamente con otros hombres, sobrevendrá una disminución cada vez más radical y profunda del poder ilusorio de la PMS.

APÉNDICE

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING THERAPY (EMDR)

Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares

La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) se encuentra entre las cuatro principales modalidades de terapia reparativa, y ha demostrado ser efectiva para tratar traumas del pasado relacionados con la vergüenza de género. También se ha observado que disminuye la PMS indeseada y mejora el potencial heterosexual (Goldwasser, 2004, 2005a).

Este apéndice constituye una breve introducción a la práctica del EMDR y no pretende preparar al terapeuta para su aplicación. De así deseárselo, se requiere de un entrenamiento adicional a través del Instituto del EMDR en Pacific Grove, California. (Puede buscarse material adicional al respecto en la página www.emdr.org).

Breve historia del EMDR

Diversos estudios sobre la fisiología del sueño en los años 50 descubrieron que el REM (rapid eye movement/movimiento ocular rápido o MOR) constituyen la forma natural en que el cerebro disminuye las trazas de recuerdos molestos que se formaron durante el transcurso del día. El REM facilita la consolidación de la memoria al vincular la información adaptativa con información nueva. Los

movimientos rápidos que los ojos efectúan de un lado a otro causan la estimulación bilateral del cerebro, lo que aparentemente logra que el cuerpo descanse del estrés que ha sufrido durante el día al ser eliminado del sistema nervioso.

Francine Shapiro fue la primera en publicar estudios sobre la efectividad del EMDR. Durante sus estudios previos sobre el trastorno de estrés postraumático (Post Traumatic Stress Disorder/PTSD) se percató de que cuando el estado REM era interrumpido a causa del trauma, también se imposibilitaba el procesamiento posterior de otros traumas importantes. Desde ese momento Shapiro y muchos otros han documentado la efectividad que el EMDR tiene para disminuir traumas menores también. Debido a la gran cantidad de literatura y estudios que han surgido a partir del primer estudio de Shapiro, la Asociación Americana de Psiquiatría ha aprobado el EMDR como una forma de terapia, y actualmente ha llegado a convertirse en una de las terapias de mayor renombre por su eficacia en el tratamiento de la sintomatología causada por el trauma (Shapiro, 2002).

¿Cómo funciona?

El EMDR se basa en la neurofisiología de la experiencia traumática. Se trata de un abordaje psicoterapéutico que parte de un modelo del procesamiento de la información. De acuerdo a dicho modelo, las redes de la memoria son concebidas como aquello que subyace a la patología de la salud mental, mientras que el trauma se explica como un grupo de vías que han quedado aisladas del resto de las vías neuronales. Dichas redes constituyen el fundamento que explica el modo de percibir de la persona, así como sus actitudes y sus comportamientos.

Los estudios muestran que el trauma queda anclado al cuerpo a través de una secuencia: en un primer momento los estímulos externos son internalizados en el hemisferio derecho (emotivo) y posteriormente son procesados a través del hemisferio izquierdo (racional). Ahora bien, si los estímulos son extremadamente dolorosos, éstos permanecerán cognitivamente desintegrados (sin ser procesados racionalmente) en el hemisferio derecho y, consecuentemente, quedarán “encerrados” o “atrapados” en el cuerpo. El EMDR pretende facilitar un proceso asociativo que permita la creación de conexiones neurológicas relevantes. La meta del tratamiento será integrar las memorias que no han sido procesadas y llevarlas a término hasta darles una solución apropiada. Dicho procesamiento saca al material disfuncional de su estado de congelamiento para que ocurra una resolución adaptativa (apropiada/positiva).

Sin embargo, el reprocesamiento implica más que la mera desensibilización (disminución de las molestias); incluye también una nueva comprensión del trauma y la transformación de su significado. El EMDR no se limita a ser un “estado de cambio”, sino que apunta a generar “rasgos de cambio” que producen alteraciones permanentes en las respuestas físicas y emocionales del cliente.

Los clientes que logran completar de manera satisfactoria el protocolo del EMDR reportarán que el conflicto ya no tiene la misma carga emotiva que antes. Una vez procesados, los recuerdos asociados a la baja autoestima, el miedo y la desconfianza ya no quedarán almacenados en el cerebro de la misma manera. Por tanto, el resultado final de esta terapia será un cambio cognitivo/somático que se reflejará en la génesis de una serie de nuevos pensamientos y nuevas perspectivas.

El trauma como objetivo

El “objetivo” del EMDR es un evento fisiológicamente almacenado que se originó a partir de un trauma y que actualmente permanece aislado del resto de la red neuronal. Las percepciones actuales que lleguen a vincularse con dicha red serán marcadas y alimentadas por estas memorias que quedaron almacenadas de manera disfuncional.

En el contexto de la terapia reparativa, el principal objetivo tratado a través del EMDR serán los traumas vergonzosos basados en el género. Dichos traumas no necesariamente habrán sido inducidos por violencia explícita, sino que también pudieron haberse suscitado a través de respuestas aparentemente inocuas por parte de los padres, así como la falta de respuesta propia de la negligencia emocional. Tanto el EMDR como la terapia reparativa reconocen esta distinción en cuanto a la naturaleza del trauma.

El protocolo del EMDR (adaptado para la terapia reparativa)

A continuación presentamos el protocolo del EMDR adaptado al contexto de la terapia reparativa.

La fase de preparación del cliente

Preparar al cliente incluye darle material a leer sobre el EMDR, así como instruirle sobre las diversas formas en que los traumas pasados en torno al género y la vergüenza constituyen la base del impulso reparativo propio de la atracción mismo sexo.

Si el cliente da señales de ansiedad, malestar o incomodidad, no debe intentarse proseguir con el protocolo.

Cuándo usar el EMDR

Si bien algunas investigaciones han demostrado que el EMDR ha sido efectivo para tratar metas presentes y futuras (Goldwasser, 2004, 2005a, 2005b), ya en el contexto de la terapia reparativa hemos observado que el EMDR resulta efectivo para tratar objetivos del pasado relacionados con traumas del género-vergüenza, así como incidentes pasados de excitación sexual indeseada, mas no hemos tenido éxito en el abordaje de incidentes presentes o futuros (trauma anticipatorio). Sin embargo, la frecuencia con que se presente la vergüenza anticipatoria irá disminuyendo conforme se trabaje con los momentos vergonzosos del pasado.

La decisión de usar el EMDR cuando se haya identificado un conflicto particular dependerá tanto del terapeuta como del cliente. Dicho conflicto podría tratarse de una experiencia estresante del pasado que pareciera estar contribuyendo a la sintomatología actual. Estos traumas suelen involucrar al padre, a la madre, a un hermano mayor o a los compañeros del mismo sexo. El abuso sexual a temprana edad por adultos del mismo sexo también es una fuente de trauma de género-vergüenza.

El cliente debe comprender por qué está escogiéndose este objetivo en particular y el lugar que ocupa en su plan de tratamiento. Los objetivos deberán establecerse en conjunto para que tengan sentido entre otros objetivos que el cliente haya establecido para su tratamiento. Algunos objetivos más

pequeños podrían servir para iniciar el trabajo antes de pasar a objetivos más grandes. Sin embargo, también se sugiere que los traumas más antiguos sean procesados antes que los demás.

Como parte de la preparación, el terapeuta debe aclararle al cliente que, “yo no hablaré mucho, sino que dejaré que tu cerebro haga su trabajo”.

También se recomienda que el cliente comprenda el protocolo del EMDR. En este sentido la metáfora del tren podría resultar útil: “Imagínate un tren avanzando sobre las vías que se va deteniendo en distintas estaciones. Cada set de EMDR que hagamos equivale a una parada a lo largo de la vía del tren. Cada vez que el tren se detenga en una estación, lo negativo bajará del tren y lo positivo subirá al tren”. La metáfora del tren permite que el cliente observe el proceso desde cierta distancia y pueda percibirlo desde una perspectiva segura.

Se le pide entonces al cliente que recuerde alguna memoria fundamental que represente el aspecto más poderoso de una experiencia del pasado (o anticipatoria) que se relacione con la situación molesta. Posteriormente se le pide que se concentre en el aspecto del recuerdo que cause mayor molestia y que califique el grado de ansiedad de acuerdo a la escala SUDS (Subjective Units of Disturbance/unidades subjetivas de ansiedad) del 1 al 10, siendo 1 el grado mínimo de ansiedad y 10 el grado máximo de ansiedad.

Ejemplo

Memoria objetivo

T: “¿En qué memoria pasada te gustaría trabajar el día de hoy?”.

C: “Yo fui el último en ser escogido en el equipo en un campamento de verano”.

Imagen

T: “¿Qué imagen representa la peor parte del incidente?”.

C: “Todos ya habían sido escogidos en el equipo y me quedé ahí solo”.

Cognición negativa

T: “¿Con qué palabras expresarías ahora la creencia negativa sobre ti mismo por esa imagen/incidente?”.

C: “Yo no soy uno de ellos”.

Cognición positiva

T: “Cuando piensas en esa imagen/incidente, ¿qué te gustaría creer sobre ti mismo en este momento?”.

C: “Puedo ser uno de ellos”.

VOC (Validity of Cognition/ Validez de la cognición)

T: “Cuando piensas en esa imagen/incidente, ¿qué tan ciertas te parecen o se sienten esas

palabras (se repite la cognición positiva), en una escala del 1 al 7, donde 1 se siente completamente falso y 7 completamente verdadero?”.

C: “¿Solamente sintiéndolo? Como un 3”.

Emociones

T: “Cuando piensas en esa imagen/incidente y esas palabras (se repite la cognición negativa), que emoción(es) sientes ahora?”.

C: “Asustado, herido, enojado, humillado/avergonzado, abandonado”.

SUDS (Subject Unit of Distress/ unidades subjetivas de ansiedad)

T: “En una escala del 0 al 10, donde 0 es neutral o ninguna molestia y 10 es el grado máximo de molestia que te puedas imaginar, ¿qué tanto te molesta ese incidente ahora mismo?”.

C: “Como un 5”.

8. Localización de la sensación corporal

T: “¿Dónde lo sientes en tu cuerpo?”.

C: “En mi pecho y en mis piernas”.

El componente esencial del EMDR es la estimulación bilateral (movimiento ocular, tonos acústicos, vía táctil). El movimiento ocular (MO) suele ser la forma más utilizada de estimulación bilateral. Antes de empezar el MO, el cliente debe mantener en su mente tres elementos: (1) la imagen, (2) la cognición negativa, y (3) la emoción sentida en el cuerpo (SUDS). El hecho de preguntarle al cliente “dónde” o “qué” está sintiendo en el cuerpo parece ser de ayuda. “¿Dónde está el centro de esa sensación? Concéntrate en ese punto de la imagen” (luego se comienza el set).

El MO se realiza a través de una serie de sets que consisten en aproximadamente 30 pases (ida y vuelta representan un pase). Después de una serie, el terapeuta debe decir algo así como “Toma aire, suéltalo, y ahora dime qué surge en tu mente”, o “¿Qué aparece ahora?”, o “¿A dónde te conduce?”.

Si bien durante la fase de desensibilización la atención esté principalmente dirigida al objetivo identificado (vergüenza de género o un trauma por abuso sexual), el cliente podría ir avanzando a través de pensamientos y sentimientos que a primera vista nada tienen que ver con dicho objetivo. Estas asociaciones (canales) también deberán ser explorados. Tras revisar estos canales habrá que regresar al objetivo original. No hay que regresar a la imagen en sí misma, sino al incidente original. No deberá repetirse una cognición negativa. Cuando se alcance un SUDS de 0 se procede a repetirlo una vez más. Debe procurarse alcanzar dos SUDS seguidos con valor de entre 0 y 1. Luego habrá de repetirse hasta alcanzar un VOC de entre 6 y 7.

Por tanto, las tres metas serán: (1) SUDS = 0, (2) VOC = 7, y (3) un escaneo corporal limpio.

Transformación del significado

Esta fase final del EMDR pretende reforzar a nivel consciente la comprensión adquirida y eliminar toda negación o minimización del progreso alcanzado. Para facilitar esto el terapeuta podría

preguntar; “¿Qué cosas nuevas has pensado, comprendido o de qué te has dado cuenta sobre ti mismo?”, “¿qué es lo mejor que has aprendido el día de hoy?”, “¿qué te llevas contigo?”. Esta fase pretende integrar y reforzar la comprensión sobre los objetivos de tratamiento más importantes que el cliente se haya propuesto.



El lugar que ocupa el EMDR en la terapia reparativa

Debe permitirse a todo cliente explorar los factores sociales que contribuyeron a forjar su atracción al mismo sexo. Si bien en algunos clientes las influencias biológicas pueden propiciar la sensación de tener un déficit de género, el trauma de la vergüenza relacional constituye un componente esencial en la etiología de la PMS. El EMDR ocupa un lugar peculiar dentro del marco clínico más amplio, pues sirve para identificar ciertas trazas de traumas pasados y así poder “liberarlos” (Shapiro, 2002), liberando a su vez al individuo con PMS para que viva en el estado asertivo del “yo”.

El EMDR también resulta efectivo cuando se abordan los factores estresantes que ocurrieron durante el trauma temprano en el apego. Como tal, el EMDR concuerda con el modo en que comprendemos la PMS, a saber, como un déficit temprano del apego. Cualquier trauma que contenga el mensaje “No podrás triunfar como hombre”, ya sea implícita o explícitamente, de acuerdo a nuestra perspectiva contribuirá a la génesis de la orientación homosexual. Por tanto, empleamos el EMDR para abordar los momentos vergonzosos del pasado asociados con la aserción de género del “yo”.

Transferencia y contra-transferencia

Desde una postura atenta pero guardando cierta distancia, el terapeuta “se quita de en medio” (Shapiro, 2002) del proceso de reconexión de circuitos del trauma que está llevándose a cabo en el cliente. Esta aparente desconexión del terapeuta confundirá y estresará a algunos clientes. La postura

impersonal y desapegada del terapeuta durante la aplicación del protocolo podría generar problemas de transferencia que pondrían en riesgo la alianza de trabajo. Esto será particularmente cierto en el caso de aquellos clientes que dependan mucho de la cercanía del terapeuta. El cliente podría incluso sentir que el terapeuta está empleando el EMDR porque en realidad no está interesado en él.

Muchos terapeutas también se sentirán incómodos al momento de asumir el rol de técnicos sin pasión, en lugar de permanecer involucrados a nivel personal como instrumentos terapéuticos para el cambio. El EMDR parecería convertir al terapeuta en un mero técnico que administra instrumentos que favorecen el cambio. En una ocasión, un terapeuta al que yo entrenaba me preguntó, “Pero, ¿y yo qué?”. La respuesta es que ese “yo” se encuentra incluido en el contexto más amplio de la terapia reparativa en el que el protocolo del EMDR queda enmarcado.

El terapeuta deberá evaluar la frecuencia de las sesiones de EMDR a comparación de otras modalidades de tratamiento. Si se realizan demasiadas sesiones de EMDR, el cliente podría llegar a sentirse desconectado del terapeuta, e incluso pensará que ha perdido el interés en él o que ya no está comprometido con su proceso. Terapeuta y cliente en conjunto determinarán la modalidad a usar en cada sesión subsecuente. De esta manera reforzarán y mantendrán la alianza de trabajo.

Resistencia al EMDR

A pesar de los dramáticos resultados que suelen obtenerse, los clientes con frecuencia se resistirán e incluso se rehusarán explícitamente a seguir el protocolo del EMDR. Como se sienten fuera de control durante el proceso, algunos preferirán intelectualizar los factores que les estresan. Una estrategia útil para vencer este tipo de resistencia será emplear el EMDR para abordar la resistencia al propio EMDR: “Usemos lo que sientes en contra del EMDR como tu objetivo”. Este comienzo frecuentemente conduce a un trabajo mucho más profundo.

En ocasiones, especialmente durante la fase de instalación del EMDR, el cliente podría pasar por una fase de abreacción (una descarga emotiva ligada a recuerdos dolorosos), que generará en él altos niveles de molestia emocional. De ser posible, en momentos como éste se deberá proseguir siguiendo el protocolo. El terapeuta deberá tener presente que incluso las abreacciones tienen un inicio, un punto intermedio y un final. Si el cliente parece demasiado estresado como para continuar, el recurso del “lugar seguro” podría ayudar.

Reprocesar implica dar un nuevo significado

El EMDR no se reduce a un mero proceso de desensibilización, sino que, y de manera todavía más importante, sirve para que tenga lugar un reprocesamiento de las experiencias. El EMDR no apunta a que el cliente se vuelva absolutamente insensible al objetivo particular que haya elegido; más bien, el EMDR no elimina el recuerdo, sino que permitirá al cliente percibirlo de una manera completamente distinta. El EMDR propicia que un grupo de redes neurológicas vinculadas a un objetivo particular vuelvan a enlazarse y se reconecten con otras áreas del cerebro. Así, el individuo no sólo se percatará de que el objetivo particular ya no tiene tanta importancia (desensibilización), sino que también lo percibirá de una manera distinta (reprocesamiento).

El EMDR parte de una asunción filosófica que comparte con la terapia reparativa, a saber, que la identidad personal es un constructo cognitivo que se forma a partir de un cúmulo de experiencias

vividas en el cuerpo. El modo en que el cuerpo responda a un objeto en el mundo determinará el sentido que el “yo” guarde en relación a dicho objeto. Al cambiar la respuesta somática frente a un objeto, no sólo cobrará dicho objeto un nuevo significado, sino que el propio “yo” también adquirirá un nuevo significado sobre sí mismo en relación al objeto. Tras reprocesar el trauma, el cliente podría cuestionar su auto-etiquetamiento como gay, pues dicho recurso ya no podrá explicar de manera satisfactoria la respuesta corporal que ahora tiene frente a los mismos objetos.

El EMDR y el trabajo corporal

La terapia reparativa también busca neutralizar el trauma de género-vergüenza almacenado en el cuerpo, para que el cliente sea menos propenso a la atracción al mismo sexo. El razonamiento de ambos tratamientos es el mismo, si bien su aplicación es distinta. Metafóricamente hablando, podría decirse que si bien el EMDR y el trabajo corporal hablan un mismo lenguaje, el EMDR lo hace de manera taquigráfica, y constituye un tratamiento más bien neuro-transformador.

Durante el doble giro que se realiza tras el trabajo corporal, el terapeuta funge como una especie de conducto que conecta los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo del cliente. A través del EMDR, ambos hemisferios se integrarán directamente mientras el terapeuta se mantiene fuera del camino. Recurriendo nuevamente a una comparación metafórica, el trabajo corporal equivaldría al proceso de integración diurno (expresando verbalmente el evento estresante ante un amigo atento), mientras que el EMDR equivaldría al proceso integrativo del REM durante el sueño nocturno.

Si bien el EMDR muchas veces produce resultados mucho más rápidos, como ocurre con otros métodos breves, los resultados no pueden evaluarse a través de una única dimensión. El doble giro del trabajo corporal ofrece al cliente una amplia experiencia de intercambio interpersonal, misma que fortalece su capacidad para confiar y le prepara para la intimidad en el futuro.

Tras la terapia muchos clientes reprocesarán el trauma desde una perspectiva superior, ya sea espiritual o religiosa, y experimentarán una expansión de su “yo” que rebasa el mero hecho de librarse del trauma.

Planeación de objetivos a futuro

A través de la repetición constante de la instrucción “Regresa al trauma... toma aire, suéltalo, ahora dime qué surge en tu mente...”, el cliente aprenderá a tomar el control. Podrá así dirigirse al trauma y luego distanciarse de él, recordando estas incómodas memorias a voluntad y colocándose a una distancia protectora.

Habrà que evitar la tentación de disminuir la ansiedad del cliente al tratar conflictos actuales que tengan una gran carga emotiva, ya que éstos son los más resistentes al cambio. Cuando se aborden los intensos conflictos del presente, el trabajo corporal representará la modalidad terapéutica más efectiva.

NOTAS

Introducción

¹ Algunos escritores que defienden el carácter ético de la terapia de reorientación incluyen a:

Rosik, C. H. (2003). El artículo de Rosik describe las principales motivaciones para buscar el cambio, actualiza el estado actual del conocimiento en torno a la efectividad de los esfuerzos por cambiar, y provee una serie de guías éticas para los terapeutas. También examina la epistemología moral con la finalidad de auxiliar a terapeutas familiares y de pareja para que comprendan las perspectivas encontradas en torno a los tratamientos de reorientación.

Throckmorton, W. (2002). Throckmorton describe el rol de las variables religiosas en el proceso del cambio, y hace notar que en efecto ocurre “cierto cambio”, considerado como algo beneficioso por los clientes, entre muchos de los clientes que buscan la reorientación.

Yarhouse, M. A., & Throckmorton, W. (2002). Los tres principales argumentos citados en la literatura a favor de la prohibición de las terapias de reorientación sexual son que la PMS ya no es considerada una enfermedad mental, que los clientes que buscan cambiar están motivados por una homofobia internalizada, y que la orientación sexual no puede ser modificada. Los autores presentan tres argumentos a favor de la aplicación de la terapia reparativa: respeto a la autonomía y autodeterminación de las personas, respeto a los diferentes sistemas de valores referentes al estatus moral del comportamiento homosexual, y la existencia de evidencia científica que indica que algunos de los esfuerzos por cambiar la orientación sexual han sido exitosos.

Yarhouse, M. A., & Burkett, L. A. (2002). Yarhouse recomienda a los psicólogos que muestren respeto por la religión como un aspecto de la diversidad, subrayando que las religiones conservadoras son una expresión legítima de la diversidad, aunque muchas veces sea pasada por alto. Discute cuestiones éticas que surgen cuando las creencias religiosas del cliente se contraponen a su atracción al mismo sexo. Además, identifica diversas maneras en que los teóricos de afirmación gay y los tradicionalistas religiosos podrían apreciar de una mejor manera sendas perspectivas.

Yarhouse, M. A. (1998). Yarhouse se remite al Principio Ético “D” de la Asociación Psicológica Americana, el “Respeto de los derechos y la dignidad”, presentándolo como un principio ético relevante para aquellos psicólogos que trabajen con clientes con atracción al mismo sexo que desean cambiar. Defiende su derecho ético para recibir tratamiento —enfaticando la responsabilidad profesional del terapeuta de apoyar el derecho del cliente a la dignidad, a la autonomía y a la agencia. Y, finalmente, Rekers, G. (1995).

² Existe mucha evidencia en la literatura previa (antes de que la PMS fuera eliminada del Manual Diagnóstico) de que la reorientación sexual ocurre en algunos clientes. En cuanto a los estudios publicados más recientes en torno a la evidencia del cambio de la orientación sexual, consultar:

Spitzer, R. L. (2003, octubre). El estudio de Spitzer puso a prueba la hipótesis de que algunos individuos con orientación sexual predominantemente homosexual podían, a través de alguna forma de

terapia reparativa, volverse predominantemente heterosexuales. Los participantes fueron doscientos individuos auto-seleccionados (143 hombres, 57 mujeres) que reportaron al menos un cambio mínimo de su orientación homosexual a la orientación heterosexual que duró al menos cinco años. La mayoría de los participantes reportaron un cambio desde una orientación predominante o exclusivamente homosexual antes de la terapia a una orientación predominante o exclusivamente heterosexual. Los reportes que manifestaban un cambio absoluto no fueron comunes. Las mujeres que participaron en el estudio reportaron de manera significativa un mayor cambio que el que reportaron los hombres que participaron en el estudio. Spitzer concluyó que los reportes personales de los participantes eran altamente creíbles y que, por tanto, el cambio de orientación sexual tras alguna forma de terapia reparativa ocurría en algunos hombres gay y en algunas lesbianas.

Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000b). Este estudio presenta los resultados de una encuesta realizada entre más de ochocientas personas insatisfechas con su orientación homosexual a quienes se les preguntó sobre lo que creían respecto a la terapia de conversión y la posibilidad de cambiar la orientación sexual. Se emplearon en la encuesta setenta preguntas cerradas y cinco preguntas abiertas. De los participantes, 726 reportaron que habían recibido terapia de conversión a través de algún terapeuta profesional o consejero pastoral. De los participantes, 779 (89.7%) se consideraban a sí mismos “más homosexuales que heterosexuales”, “casi exclusivamente homosexuales”, o “exclusivamente homosexuales” en su orientación antes de recibir la terapia de conversión o de haber intentado cambiar por sí mismos. Como grupo, los participantes reportaron disminuciones importantes y estadísticamente significativas en la frecuencia de sus pensamientos y fantasías homosexuales, algo que atribuían a la terapia de conversión o a su autoayuda. También reportaron mejoras significativas en su bienestar psicológico, interpersonal y espiritual.

También consultar Byrd, A. D., & Nicolosi, J. (2002). Este artículo sintetiza una serie de estudios en torno al tratamiento de individuos identificados como homosexuales empleando la técnica del metanálisis. Se identificó un gran número de estudios (146) donde se evaluaba la eficacia del tratamiento, la mayoría de ellos publicados antes de 1975, catorce de los cuales cumplían con los criterios requeridos y arrojaban estadísticas que podían ser empleadas para el metanálisis. El análisis indicó que el cliente promedio que recibía tratamiento tenían mejores resultados que el 79% de los que se encontraban en tratamientos alternativos, o si se les comparaba con el puntaje pre-tratamiento en varias de las medidas de los resultados. Este análisis de catorce estudios sugiere que el tratamiento de la PMS puede ser efectivo.

Consultar también Jones, S., & Yarhouse, M. (2007). Puede accederse a un resumen de este estudio en <http://narth.com/docs/rekersrev.html>; Byrd, A. D., Nicolosi, J., & Potts, R. W. (2008).

Capítulo 1: Una visión general

¹ Existe una serie de estudios recientes, incluyendo Nicolosi, J., & Byrd, A. D. (2002). Ahí se indican las limitaciones de la teoría que Bem presentada en 1996. Proponemos un modelo alternativo para explicar la PMS masculina, es decir, la reparación del trauma durante la infancia temprana del niño.

Debe hacerse notar que Bem no identifica el narcisismo que caracterizaría la relación en la que el hombre busca una imagen de sí mismo que refleje el género a través de un compañero.

Proponemos en cambio que sólo a través del falso “yo” o de una admiración y anhelo desapegados el niño podría ser susceptible a una respuesta erótica (reparativa) a la masculinidad.

² Los factores ambientales durante la infancia son detallados todavía más en Nicolosi, J., & Nicolosi, L. A. (2000).

³ En cuanto a la postura defensiva frente a las relaciones, los hombres que se identifican a sí mismos como gay rara vez son capaces de invertir todos sus sentimientos, incluyendo sus deseos sexuales, en una relación exclusiva con una persona, con fidelidad y para toda la vida. Un prominente estudioso de la cultura, Andrew Sullivan —él mismo un activista gay— afirmaba haber descubierto para su sorpresa, tras muchos años inmerso en la vida gay, que debía cultivar dos tipos distintos de relaciones: por un lado, sus amantes, y por otro su amigos leales y atentos. También indicaba que ambos grupos no se solapaban. ¿Por qué? Al mantenerse desconectados de un aspecto de sus sentimientos auténticos, los hombres identificados como gay dependen del erotismo a través de pseudo-apegos a la masculinidad como reguladores temporales del afecto —especialmente como un regulador de su depresión y de su vergüenza. Esto resulta en un estilo de vida en el que las relaciones sexuales están escindidas del apego emotivo auténtico y duradero.

Capítulo 2: La dinámica familiar

¹ La vida del actor Montgomery Clift representa un fascinante estudio de la familia narcisista (una versión extrema de ésta). Clift era un apuesto actor del cine clásico, considerado como una de las estrellas más grandes de la gran pantalla de la época dorada del cine. Tuvo una vida atormentada, y murió prematuramente después de muchos años de beber, drogarse, y una larga sucesión de relaciones con hombres (así como algunas mujeres). Al poseer una presencia tremendamente atractiva en la pantalla, proyectaba una vulnerabilidad y sensibilidad que hechizaban y que representaba quién era él tanto en la pantalla como fuera de ella.

En *Montgomery Clift: A Biography* (Montgomery Clift: una biografía), la autora Patricia Bosworth (1978) describe al padre de Monty, Bill, como alguien pasivo, bondadoso, y muy dependiente de su carismática mujer, Sunny. Aunque Bill era un hombre exitoso en el mundo de los negocios, nunca iba en contra de su decidida mujer cuando se encontraba en casa. “Mi padre podía hacer lo que fuera con tal de satisfacer a mamá”, afirmaba la hermana de Monty, Ethel (p. 23). “Ella hacía que todos —incluido su marido— se sintieran como si nadie con dos dedos de frente pudiera estar en desacuerdo con ella y seguir siendo una persona consecuente” (p. 31).

En efecto, Sunny era reconocida como una mujer muy atractiva e inteligente. Era “energética, a veces venenosa, y siempre salía airosa de cualquier situación” (p. 284).

La propia Sunny había sido adoptada siendo una niña por una familia que al parecer abusó de ella. Nunca fue capaz de localizar a sus padres biológicos, pero se le había dicho que por su linaje ella era una “purasangre”. Se obsesionó rastreando su genealogía, y puso toda su energía en ello. Su primera meta en la vida era, como subraya la biógrafa Bosworth, criar a sus hijos como “los purasangres que realmente eran”, para que nunca conocieran la falta de identidad e inseguridad que ella había sufrido en su vida. Tuvo dos hijos (Monty y Brooks) y una hija (Ethel). Al parecer, Sunny no hacía distinción entre

sus diferencias de género —“Monty y los demás fueron criados como trillizos, con idénticos cortes de pelo... ropa, clases y responsabilidades, independientemente de su edad o sexo”.

Brooks, el hijo más resistente y revoltoso, se rebelaba —peleando y respondiendo a su madre cuando se le indicaba que debía vestir igual que su hermano menor y que su hermana. “Quería ser yo mismo”, explicaría después. Brooks (quien al crecer fue heterosexual), se casó y divorció muchas veces. Pero “Monty parecía el más dócil, el más obediente de los tres hijos. Siempre hacía justo lo que se le ordenaba”. Bosworth subraya que “sus impulsos de independencia fueron rechazados una y otra vez” (p. 31) por su madre”.

A pesar del gran dolor que esta relación le trajo, Monty, como recordaría más tarde su hermano Brooks, “tenía una relación secreta”, un trato especial mutuo con su madre, con el que Brooks y su hermana “nunca se entrometieron” (p. 50). En contraste, Monty y su padre “rara vez se comunicaban” y en la mañana, mientras los dos leían el periódico sentados a la mesa del desayuno, “rara vez cruzaban palabra” (p. 55).

Aislado de compañeros masculinos, el sensible y gentil Monty también desarrolló una intensa cercanía con su hermana Ethel. “A lo largo de toda su vida, Monty contó con su hermana para recibir consuelo y consejo... las inseguridades de ambos los hicieron inseparables. A la edad de siete años compartían ya todo secreto, toda fantasía” (p. 26).

En la familia Clift, aparentemente no había lugar para que nadie sino Sunny ventilara libremente su enojo o expresara sus opiniones. El padre difería los desacuerdos familiares para que los tratara su mujer y no defendía a sus hijos. “Mamá siempre tenía la razón. Ella les decía que toda su vida estaba dedicada y sacrificada para sus hijos, así que lo mínimo que podían hacer era comportarse y mantenerla contenta”. “Los tres hijos experimentaron una tremenda ansiedad que no lograban comprender” mientras Sunny intentaba cada vez con mayor ahínco “amoldar a cada uno en su rol asignado, negando sus necesidades individuales” (p. 38).

A la edad de 12, Monty (quien era atormentado por sus compañeros varones) encontró el amor de su vida —la actuación. Su hermano Brooks decía que actuar era una perfecta liberación para Monty, porque cuando actuaba el papel de alguien más, por fin estaba libre de su viejo rol, el que su madre había creado para él. Brooks diría que “Ahora él [Monty] ya no tenía que vivir conforme a la imagen que Sunny había imaginado para él” (p. 44).

Los amigos más cercanos en su vida (siendo la más notable Elizabeth Taylor) eran, como su madre, mujeres magnéticas, determinadas, con quién se involucraba en relaciones intensas (platónicas). Como afirma su biógrafa, “Conforme pasó el tiempo, Monty comenzó a acostarse con hombres y mujeres indiscriminadamente, en un esfuerzo por descubrir cuál era su preferencia sexual, pero de todos modos su conflicto seguía siendo obvio” (p. 67).

El resto de la vida de Montgomery Clift fue deteriorándose progresivamente por el alcoholismo y la depresión. Las relaciones hostiles y dependientes que creaba con mujeres le causaban una intranquilidad recurrente (p. 369). En una ocasión tuvo un accidente que casi le cuesta la vida mientras conducía a casa borracho tras una fiesta, y que desfiguró su rostro permanente. La muerte de este brillante y magnético actor —con un final trágico, solo, a la edad de 45 años en una habitación de hotel— se adjudicó a las complicaciones derivadas de una depresión que había prevalecido toda su

vida, así como al uso de drogas y a su alcoholismo.

² En un episodio del 12 de marzo de 2006 de la CBS TV *60 Minutes*, la entrevistadora Leslie Stahl presentó a dos gemelos mellizos de nueve años de edad —uno con intereses típicamente masculinos, y el otro con intereses femeninos. Le preguntó a los niños si estaban “orgullosos” por lo que “eran” y, ante la evidente aprobación de Stahl, ambos niños asintieron entusiasmados. Luego ella le preguntó al niño más femenino si deseaba ser un niño o una niña. Él respondió, “una niña”. Lo que no se explica es cómo un niño podía estar “orgulloso” de estar descontento con su propio cuerpo y que deseara ser una niña.

Capítulo 3: La PMS como un síntoma basado en la vergüenza

¹ Es importante subrayar que nuestra secuencia de desarrollo es opuesta a la secuencia de afirmación gay propuesta por Isay, quien afirma que el niño de alguna manera nace homosexual, y que la pobre relación entre el padre y el hijo que tan frecuentemente observamos entre los hombres con PMS no es la causa de su PMS, de acuerdo con Isay, sino que es el resultado del disgusto del padre por la inconformidad de género biológicamente cimentada (i.e., la falta de masculinidad comparado con otros niños).

Nuestro modelo del desarrollo reconoce que podría haber una predisposición biológica a la falta de masculinidad entre algunos niños, pero esta predisposición no parece ser tan importante como la incapacidad del niño para obtener una identificación de género segura. En nuestro modelo, el reto que representa la vinculación entre los hombres implica a un padre no significativo que no busca a su hijo con la relevancia y consistencia necesarias para atraer al niño temperamentalmente vulnerable hacia su propia esfera masculina. (También proponemos que en un primer momento una dificultad en el apego con la madre podría haber dejado al niño mal preparado antes de enfrentarse al reto que representa la vinculación con el padre).

Capítulo 5: La PMS como un impulso reparativo

¹ La “identidad gay” es un constructo social reciente. Hace cerca de cien años, en Inglaterra, algunos hombres afeminados de la alta sociedad que se sentían atraídos por individuos de su mismo sexo empezaron a definirse a sí mismos como un grupo separado de personas.

En los Estados Unidos, el concepto de “identidad gay” se popularizó a finales de los años 40 e inicios de la década de los 50. Hasta ese entonces no se tenía una concepción de una clase separada de “gente gay”; se entendía que todas las personas habían sido diseñadas para la heterosexualidad, aunque algunos se involucraban con el comportamiento homosexual. Por ejemplo, en la antigua Grecia, los hombres que tenían comportamientos homosexuales no se consideraban a sí mismos una clase diferente de hombres respecto al resto de los hombres.

Capítulo 9: El trabajo corporal reparativo

¹ Muchos de nuestros clientes refieren haber sido privados de contacto físico por sus padres, y también describen que sus deseos homosexuales en gran parte están motivados por la necesidad de ser

abrazados, tocados y de ser físicamente consolados por un hombre más fuerte. Irónicamente, me he percatado de que admitir esta necesidad le resulta mucho más difícil a los clientes que admitir sus comportamientos homosexuales indeseados. Esto parece deberse a la abrumadora vergüenza que sentían durante su infancia por su deseo de recibir afecto de sus padres a través del contacto físico.

Recientemente, algunos han argumentado a favor de los beneficios terapéuticos de los “abrazos”. (El consejero Richard Cohen, por ejemplo, es uno de los representantes de esta vertiente). Dicho abordaje consiste en que el terapeuta, un amigo o un familiar varón abrace de manera pasiva al cliente. Esto suele llevarse a cabo a través de un protocolo para evitar la erotización o, al menos, los malentendidos.

En contraste, nosotros comprendemos la necesidad de ser abrazado como algo regresivo que refuerza la sensación de dependencia y debilidad. El hecho de abrazar podría reforzar la ilusión del cliente de que puede volver a ser un niño. Lo que parece más transformador de esta técnica es que el cliente puede sentir y expresar su necesidad por ser abrazado, y que puede sentirse comprendido de manera respetuosa por otro hombre significativo para él (i.e., a través del doble giro), donde el cliente puede admitir sus profundos deseos de ser abrazado; será comprendido y aceptado por el terapeuta, y experimentará la aceptación de dicha necesidad por parte del terapeuta.

Creemos que si bien los “abrazos” terapéuticos pueden resultar gratificantes por un tiempo, éstos no conllevan una transformación duradera. En cambio, cuando “efectuamos el doble giro” en torno a la oportunidad perdida del contacto físico del padre, el cliente encontrará en su interior la fuerza necesaria para soportar esta privación de su pasado.

Capítulo 16: Consejería para los adolescentes

¹ Kourany (1987); Erwin (1993); y Prenzlauer, Drescher & Wincel (1992). Consultar también Remafedi (1987); Remafedi, Resnick, Blum & Harris (1992); Schneider, Farberow & Kruks (1989); Rich, Fowler, Young & Blankush (1986).

² Para consultar una crítica al libro *Biological Exuberance. A study of Diversity* (Exuberancia biológica. Un estudio de la diversidad), que emplea los comportamientos homosexuales entre animales como un modelo para la normalidad de la PMS humana, consultar James Phelan (1999, agosto). ¿Es la PMS normal en algunos animales? *NARTH Bulletin*, 19.

³ Consultar también Bailey, J. M. (1999), donde se encontraron niveles substancialmente más altos de desórdenes de la salud mental entre personas con orientación homosexual.

Capítulo 17: Las amistades masculinas

¹ Friedman (1988) encontró una correlación significativa entre la dificultad para establecer relaciones con compañeros del mismo sexo durante la infancia y la posterior orientación homosexual. Reportó que las relaciones de vinculación hombre-hombre solían estar “frecuente y dolorosamente distorsionadas durante la fase juvenil de la infancia entre los hombres homosexuales”, y planteó la hipótesis de que dicho fenómeno “tuviera una importancia etiológica central” en el desarrollo de la PMS

(p. 240).

Capítulo 19: El papel del trabajo del dolor en la terapia reparativa

¹ En esta conceptualización estoy adoptando la síntesis que Johnson (1987) hiciera de la “aniquilación” de Kohut y la concepción que Masterson tiene del abandono.

REFERENCIAS

Adler, A. (1969). *The science of living*, New York: Doubleday.

Alpert, M. C. (1992). Accelerated empathic therapy: A new short-term dynamic psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 7(3), 133-56.

Alpert, M. (2001). Accelerated empathic therapy. In *Short-term therapy for long-term change*. New York: W. W. Norton.

Amato, P.R. (1993). Children's adjustment to divorce: Theories, hypotheses, and empirical support. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 23-38.

PMsterdam, B., & Levitt, M. (1980). Consciousness of “yo” and painful “yo”-consciousness. *Psychoanalytic Study of the Child*, 35, 67-83.

Bailey, J. M. (1999). Homosexuality and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 56, 883- 84.

Basch, M. F. (1976). The concept of affect: A reexamination. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 759-77.

Bates, J., Bentler, P., & Thompson, S. (1973). Measurement of deviant gender development in boys. *Child Development*, 44, 591-98.

Bates, J., Bentler, P., & Thompson, S. (1979). Gender-deviant boys compared with normal and clinical control boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 243-59.

Bates, J., Skilbeck, W., Smith, K., & Bentler, P. (1974). Gender-role abnormalities in boys: An analysis of the clinical ratings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 1-16.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-64.

Bern, D. J. (1996). Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*, 103, 320-35.

Bieber, I., et al. (1962). *Homosexuality. A study of male homosexuals*. New York: Basic Books.

- Bieber, I., & Bieber, T.B. (1979). Male homosexuality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 409- 21.
- Blackwell, J. (2004). *The noonday demon. Recognizing and conquering the deadly sin of sloth*. New York: Crossroads.
- Bloch, D. (1984). *So the witch won't eat me. Fantasy and the fear of infanticide*. New York: Grove Press.
- Bly, R. (1990). *Iron John: A book about men*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bosworth, P. (1978). *Montgomery Clift: A biography*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: Aetiology and psychopathology in light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-10.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bradley, S. (1980). Female transsexualism: A child and adolescent perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, 1, 12-18.
- Bradley, S. J. (2003). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Browning, F. (1993). *The culture of desire*. New York: Vantage Press.
- Buber, M. (1958). *I and Thou* (2nd ed.). (Ronald Smith, Trans.). New York: Charles Scribner. Bühler, K. (1990). *Theory of language: The representational function of language*. Philadelphia: John Benjamins.
- Butler, A. C. (2000). Trends in same-gender sexual partnering, 1988-1989. *Journal of Sex Research*, 37, 333-43.
- Buxton, M. S. (2004). Ethical treatment for people who present with unwanted homoerotic attraction. In *NARTH Annual Conference Reports 2004*. Encino, CA: NARTH
www.narth.com/docs/confreports04.html.
- Byrd, A. D., & Nicolosi, J. (2002, June). A meta-analytic review of treatment of homosexuality. *Psychological Reports*, 90, 1139-52.
- Byrd, A. D., Nicolosi, J., & Potts, R. W. (2008). Clients' perceptions of how reorientation therapy and "yo"-help can promote changes in sexual orientation. *Psychological Reports*, 102, 3-28.
- Chance, P. (2003). *Learning and behavior* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1984). *Creativity and perversion*. New York: W. W. Norton.
- Coates, S. (1990). Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18, 414-18.
- Coates, S., & Person, E. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 702-9.
- Coates, S., & Wolfe, S. M. (1995). Gender identity disorder in boys: The interface of constitution and early experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 6-38.
- Coates, S., & Zucker, K. (1988). Gender identity disorder in childhood. In *Clinical assessment of children. A biopsychosocial approach*. (C. J. Kestenbaum & D. T. WilliPMS, Eds.). New York: New York University Press.

- Cohen, R. (2000). *Coming out straight: Understanding and healing homosexuality*. Winchester, VA: Oakhill Press.
- Coughlin Della Selva, P. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy. Theory and technique*. New York: Wiley.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Aronson.
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psycho-neurotic disorders. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10(3, 4), 121-55.
- De la Huerta, C. (1999). *Coming out spiritually: The next step*. New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Dickinson, E. (1960). To learn the transport by the pain: Poem 167. In *Complete poems of Emily Dickinson*. New York: Little, Brown.
- Donaldson-Pressman, S., & Pressman, R. M. (1994). *The narcissistic family: Diagnosis and treatment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Drescher, J. (1988). *Psychoanalytic therapy for the gay man*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Erwin, K. (1993). Interpreting the evidence: Competing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a "social fact." *International Journal of Health Services*, 23, 437-53.
- Fast, I. (1984). *Gender identity, a differentiation model: Advances in psychoanalysis theory, research, and practice* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fenichel, O. (1945). Acting. *Psychoanalytic Quarterly*, 15, 144-60.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 875-80.
- Fisher, S., & Greenberg, R. (1995). *Freud scientifically reappraised. Testing the theories and therapy*. New York: Wiley.
- Fitzgibbons, R. (2001). Gender identity disorder in children. *Lay Witness* (Steubenville, OH). Available online at <www.narth.com/docs/fitz.html>.
- Fitzgibbons, R. (2005, December 5-6). The psychology behind homosexual tendencies <zenit.org>.
- Fleming, S., & Robinson, P. (2001). Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning. In *Handbook of bereavement research*. (M. Stroebe et al., Eds.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Fosha, D. (2005). Emotion, true "yo", true other, core state: Toward a clinical theory of affective change process. *Psychoanalytic Review*, 92(4), 513-51.

- Fraiberg, S. H. (1959). *The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood*. New York: Scribner.
- Freud, S. (1895). Project for a scientific psychology. *Standard Edition*, 1, 281-397.
- Freud, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. *Standard Edition*, 12, 213-26.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working through. *Standard Edition*, 12, 145-56. Freud, S. (1917, 1953). Mourning and melancholia. In *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 4) (Joan Riviere, Trans.). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1918). Lines of advance psycho-analytic therapy. *Standard Edition*, 17 (1917-1919). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *Standard Edition*, 18.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis. *Standard Edition*, 22, 80. Friedman, R. C. (1988). *Male homosexuality: A contemporary psychoanalytic perspective*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Goldwasser, N. (2004, November 12-14). A multi-modal trauma-based treatment paradigm for the treatment of ego-dystonic homosexuality. *NARTH Annual Conference Reports*. Encino, CA: NARTH <www.narth.com/docs/confreports04.html>.
- Goldwasser, N. (2005a, November 12). Using EMDR to actualize heterosexual potential. Paper presented at NARTH Annual Conference, Washington, DC.
- Goldwasser, N. (2005b). Utilizing EMDR to heal undesired sexual attractions and to help actualize sexual potential. Paper presented at EMDR International Association Annual Conference, Seattle, WA.
- Green, R. (1976). 110 feminine and masculine boys: Behavioral contrasts and demographic similarities. *Archives of Sexual Behavior*, 5(5), 43.
- Green, R. (1985). Gender identity in childhood and later sexual orientation: Followup of 78 males. *American Journal of Psychiatry*, 142, 339-41.
- Green, R. (1993). *The sissyboy syndrome*. New York: HarperCollins.
- Green, R., & Money, J. (1966). Stage-acting, role-taking, and effeminate impersonation during boyhood. *Archives of General Psychiatry*, 15, 535-38.
- Greenson, R. (1968). Disidentifying from mother: Its special importance for the boy. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 56, 293-302.
- Hadley, J. (1992). The instincts revisited. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 398-418.
- Hatterer, L. (1970). *Changing homosexuality in the male. Treatment for men troubled by homosexuality*. New York: McGraw-Hill.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W.R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., & Tsuang, M. T. (1999): Sexual orientation and suicidality: A co-twin control study in adult men. *Archive of General Psychiatry*, 56, 867-74.
- Horner, A. (1984). *Object relations and the developing ego in therapy*. New York: Jason Aronson.
- Horner, A. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: W. W. Norton. Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: W. W. Norton. Isay, R. (1987). Fathers and their homosexually inclined sons in adulthood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 42, 275-94. New Haven, CT: Yale University Press.
- Izard, C. E., Porges, S. W., Simons, R. F., Haynes, O. M., Hyde, C., Parisi, M., & Cohen, B. (1991). Infant cardiac activity: Developmental changes and relations with attachment. *Developmental Psychology*, 27(3), 432-39.
- Jay, K., & Young, A. (1979). *The gay report: Lesbians and gay men speak out about sexual experiences and lifestyles*. New York: Summit Books.
- Johnson, S. (1987). *Humanizing the narcissistic style*. New York: Norton.
- Jones, P. (2000, January). Androgyny: The pagan sexual ideal. *Journal of Evangelical Theological Society*, pp.443-69.
- Jones, S., & Yarhouse, M. (2007). *Ex-gays? A longitudinal study of religiously mediated change in sexual orientation*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. Boulder, CO: Westview Press.
- Kleeman, J. A. (1966). Genital "yo"-discovery during a boy's second year. *Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 358-92.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the "yo"*. New York: International University Press.
- Kourany, R. F. C. (1987). Suicide among homosexual adolescents. *Journal of Homosexuality*, 13, 111-17.
- Lamb, M E. (1987). Predictive implications of individual differences in attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 817-24.
- Lamb, M. E. (1997). *The role of the father in child development* (3rd ed.). New York: John Wiley.
- Lasch, C. (1991). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: W. W. Norton.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the U. S.* Chicago: University of Chicago Press.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster. Lewis, C. S. (1960). *The four loves*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Lewis, H. B. (1980). "Narcissistic personality" or "shame-prone superego mode." *Comprehensive Psychotherapy*, 1, 59-80.
- Lowry, C., & Zucker, K. (1991, June). Is there an association between separation anxiety disorder and gender identity disorder in boys? Poster presented at the meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Zandvoort, The Netherlands.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In *Growing points of attachment theory and research* (I. Bretherton and E.

Waters, Eds.) (pp. 66-104). Monographs for the Society for Research in Child Development No. 50. Chicago: University of Chicago Press.

Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Philadelphia: Lippincott.

Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth.

May, J. (n.d.). EMDR: A power tool in the treatment of attachment disorders. The Family Attachment and Counseling Center <www.familyattachment.com/pages/emdr.html>.

McCullough, L. (1994). The next step in short-term dynamic psychotherapy: A clarification of objectives and techniques in an anxiety-regulating model. *Psychotherapy*, 31(4), 642-54.

McCullough, L. (2001). Desensitization of affect phobias in short dynamic psychotherapy. In *Short-term therapy for long-term change* (M. Solomon et al., Eds.). New York: Norton.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.

McWhirter, D., & Mattison, A. (1984) *The male couple: How relationships develop*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Medinger, A. (2000). *Growth into manhood: Resuming the journey*. Colorado Springs: Waterbrook. Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.

Moberly, E. (1983). *Homosexuality: A new Christian ethic*. Greenwood, SC: Attic Press.

Morrison, Andrew P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Nathanson, D. L. (1987). A timetable for shame. In *The many faces of shame* (D. L. Nathanson, Ed.). New York: Guilford Press.

Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the "yo"*. New York: Norton.

Nava, M. (1992). Abuelo—My grandfather, Raymond Acuna. *A member of the family: Gay men write about their families* (John Preston, Ed.). New York: Dutton.

Neborsky, R. (2001). Perinatal trauma and resistance to emotional closeness. Presentation at a conference, "Core Factors for Effective Short Term Dynamic Psychotherapy," Milan, Italy.

Neborsky, R. (2004). Recognizing and working with an Oedipal focus in I.S.T.D.P., Part II, Working through sexual feelings. *ADHOC Bulletin of Short Term Dynamic Psychotherapy- Practice and Theory*, 8(2), 48-59.

Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Nicolosi, J. (1993). *Healing homosexuality: Case stories of reparative therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Nicolosi, J. (1993). *Treatment of the non-gay homosexual man*. *The Journal of Pastoral Counseling*, 28, 76-82.

Nicolosi, J. (1999). The gay deception. In *Homosexuality and American public life* (C. Wolfe, Ed.). Dallas: Spence.

Nicolosi, J. (2001). The removal of homosexuality from the psychiatric manual. *The Catholic Social Science Review*, 6, 71, 77.

Nicolosi, J. (2003). Finally, recognition of a long-neglected population. *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 445-47.

- Nicolosi, J., & Byrd, A. D. (2002). A critique of Bern's "Exotic Becomes Erotic" theory of sexual orientation development. *Psychological Reports, 90*, 931-46.
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000a). Beliefs and practices of therapists who practice sexual reorientation psychotherapy. *Psychological Reports, 86*, 689-702.
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000b). Retrospective "yo"-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports, 86*, 1071-88.
- Nicolosi, J., & Nicolosi, L. A. (2002). *A parent's guide to preventing homosexuality*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- O'Donohue, W. T., & Caselles, C. (2005). Homophobia's conceptual, definitional and values issues. In *Destructive trends in mental health* (R. Wright & N. A. Cummings, Eds.). New York: Routledge.
- Orlinsky, D. E., & Ronnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Paulk, J., & Paulk, A. (1999). *Love won out*. Wheaton, Ill.: Tyndale House.
- Peiser, K., & Sandry, M. (2000). *The universal 12-step program: How to overcome an addiction and win!* Avon, MA: AdPMS Media Corp.
- Perloff, R. (2004). Free to choose. In *NARTH Annual Conference Reports*. Encino, CA: NARTH <www.narth.com/docs/confreports04.html>.
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Petrarch. *The canzoniere, or rerum vulgarium fragmenta* (M. Musa, Trans.). Indianapolis: Indiana University Press, 1999.
- Phelan, J. (1999, August). Is homosexuality normal for some animals? *NARTH Bulletin*, p.19.
- Prenzlaue, S., Drescher, J., & Winchel, R. (1992). Suicide among homosexual youth (letter to the editor). *American Journal of Psychiatry, 149*, 1416.
- Preston, J. (Ed.). (1992). *A Member of the family. Gay men write about their families*. New York: Dutton.
- NARTH. (1997, December). Psychiatrist "reassures" parents about lesbian experimentation. *NARTH Bulletin*, p. 12. [Cited in *Elite Schools Face the Gay Issue. New York Times*, June 13, 1997, B7-B8].
- Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In *Redefining families. Implications for children's development* (A. E. Gottfried & A. W. Gottfried, Eds.). New York: Plenum.
- Rekers, G. (1995). Homosexuality: Development risks, parental values and controversies. In *Handbook of child and adolescent sexual problems* (G. Rekers, Ed.). New York: Lexington Books.
- Remafedi, G. (1987). Adolescent homosexuality: Psychosocial and medical implications. *Pediatrics, 79*, 331-37.
- Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R., & Harris, L. (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics, 89*, 714-21.

Rich, C. L., Fowler, R. C., Young, D., & Blankush, M. (1986). San Diego suicide study: Comparison of gay to straight males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 448-57.

Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy of counseling and psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.

Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rosik, C. H. (2003). Motivational, ethical, and epistemological foundations in the treatment of unwanted homoerotic attraction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 13-28.

Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W. W. Norton.

Rubin, T. (1975). *Compassion and "yo"-hate*. New York: David McKay.

Saghir, M., & Robins, E. (1973). *Male and female homosexuality: A comprehensive investigation*. Baltimore, MD: Willipms and Wilkins.

Sandfort, T., Graaf, R., Bijl, R., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.

Satinover, J. (1995, April). Reflections from Jeffrey Satinover. *NARTH Bulletin*, p. 3
<www.narth.com/docs/satinovr.html>.

Schiffer, F. (1998). *Of two minds. The revolutionary science of dual-brain psychology*. New York: Free Press.

Schneider, S. G., Farberow, N. L., & Kruks, G. (1989). Suicidal behavior in adolescent and adult gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 381-94.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (2nd ed.)*. New York: Guilford.

Schore, A. (1991). Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14, 187- 205.

Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the "yo": The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Schore, A. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-86.

Schore, A. (2002, March 9). Regulation of the right brain. Continuing Education Seminars presentation. Los Angeles: University of California at Los Angeles.

Schore, A. (2003). *Affect regulation and the repair of the "yo"*. New York: W. W. Norton.

Schore, A. (2007, February 2-3). The science and art of psychotherapy. Presentation at Skirball Center, Los Angeles.

Segal, L. (2007, August 19). Nureyev: Dancing around the lies. *Los Angeles Times*, 12.

Seligman, M. E. P. (1992). *Helplessness. On depression, development, and death*. New York: Freeman.

Shapiro, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach. Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shapiro, F. (2005). *Eye Movement Desensitization Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford.

Shapiro, F., & Forrest, M. (1997). *EMDR. The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basic Books.

Siegel, D. (2002, March 9). Interpersonal neurobiology of the developing mind. Continuing Education Seminar presentation. Los Angeles: University of California at Los Angeles.

Siegel, D. (2007). *The mindful brain*. New York: W.W.Norton. Siegel, E. (1971). *The H persuasion*. New York: Definition Press.

psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 144-61.

Smith, D., & Orlinsky, D. (2004).
Religious and spiritual experience among

Socarides, C., & Freedman, A. (2002). *Objects of desire. The sexual deviations*. New York: International University Press.

Solomon, M., Neborsky, R., McCullough, L., Alpert, M., Shapiro, F., & Malan, D. (2001). *Short-term therapy for long-term change*. New York: W. W. Norton.

Spitzer, R. L. (2000, February 29). Videotaped interview by The Reichenberg Fellowship. New York City.

Spitzer, R. L. (2003, October). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 403-17.

Stark, M. (1994a). *Working with resistance*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Stark, M. (1994b). *A primer on working with resistance*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Stern, D. (2002, March 9). Why do people change in psychotherapy? Continuing Education Seminar presentation. Los Angeles: University of California at Los Angeles.

Stoller, R. (1985). *Presentations of gender*. New Haven, CT: Yale University Press.

Stringham, E. (2004). Advocating for reparative therapy and traditional moral perspectives on homosexuality (pp. 102-11). In *NARTH Annual Conference Reports*. Los Angeles: NARTH www.narth.com/docs/confreports04.html.

Tabin, C. J., & Tabin, J. (1988). Bulimia and anorexia: Understanding their gender specificity and their complexity of symptoms. In *Bulimia: Psychoanalytic theory and treatment*. (H. Schwartz, Ed.). New York: International University Press.

Tabin, J. (1985). *On the way to the "yo". Ego and early oedipal development*. New York: Columbia University Press.

Thompson, M. (1995). *Gay soul: Interviews and photographs*. New York: Harper.

- Throckmorton, W. (2002). Initial empirical and clinical findings concerning the change process for ex-gays. *Professional Psychology, Research and Practice*, 33(3), 242-48.
- Tomkins, S. (1981). The quest for primary motives: Biography and autobiography of an idea. *Personality and Social Psychology*, 44, 306-29.
- Tomkins, S. (1982). Affect theory. In *Emotion in the human face* (2nd ed.) (pp. 353-95). New York: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. (1991). *Affect/imagery/consciousness*, Vol.3. *The negative affects. Anger and fear*. New York: Springer.
- Tuber, S., & Coates, S. (1989). Indices of psychopathology in the Rorschachs of boys with severe gender identity disorder: A comparison with normal control subjects. *Journal of Personality Assessment*, 53, 100-112.
- van den Aardweg, G. (1985) *Homosexuality and hope. A psychologist talks about treatment and change*. Ann Arbor, MI: Servant Books.
- van den Aardweg, G. (1986). *On the origins and treatment of homosexuality. A psycho-analytic interpretation*. Westport, CT: Praeger.
- van den Aardweg, G. (1997). *The battle for normality*. San Francisco, CA: Ignatius Press.
- Watzlawick, P. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Whitebook, J. (1995). *Perversion and utopia: A study in psychoanalysis and cultural theory*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International University Press.
- Wolfe, G. (2003). *Malcolm Muggeridge. A biography*. Wilmington, DE: ISI Books.
- Wolverton Mountain Enterprises. (2005). The lesson of the pike <www.wolvertonmountain.com/articles/pike.htm>.
- Worden, W. J. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. (2nd ed.). New York: Springer.
- Wright, R. H., & Cummings, N. A. (2005). *Destructive trends in mental health. The well-intentioned path to harm*. New York: Routledge.
- Yarhouse, M. A. (1998). When clients seek treatment for same-sex attraction: Ethical issues in the "right to choose debate." *Psychotherapy*, 35(2), 248-59.
- Yarhouse, M. A., & Burkett, L. A. (2002). An inclusive response to LGB and conservative religious persons: The case for same-sex attraction and behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 235-41.
- Yarhouse, M. A., & Throckmorton, W. (2002). Ethical issues in attempts to ban reorientation therapies. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39(1), 66-75.
- Zucker, K., & Bradley, S. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Zucker, K., & Green, R. (1992). Psychosexual disorders in childhood and adolescents.