

DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
a
UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL
DE LOBO.
LA SUPERVISIÓN DE UN CASO

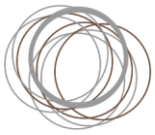
Carlos Lamas Peris, psicoterapeuta familiar y supervisor y Mar Vergés Grau, psicoterapeuta familiar y alumna supervisora del Centro de Terapia Relacional y Familiar de Tarragona. Adela Berrozpe Blasco, psicoterapeuta familiar, responsable del programa de Atención Integral a las Familias de Pacientes con trastorno Mental Grave; Cristina Rosal Carbonell, psicóloga del Hospital de Día; María Mercedes García Rodríguez, trabajadora social del Hospital de Día; Laia Martin Iñigo y Laura Gumà Uriel, psicólogas clínicas. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

RESUMEN

Una de las tareas principales de la psicoterapia es la redefinición del sufrimiento mental y de las formas de combatirlo para dotarlo de un significado humano. El artículo plantea la utilidad de los diversos tipos de redefinición que se deben adecuar a la disponibilidad de los familiares, a las intervenciones profesionales anteriores y en curso, así como a la gravedad de los síntomas. El escrito también trata de una de las tareas de la supervisión, que es proteger y animar a los profesionales que, compartiendo el sufrimiento, ayudan a construir un camino de alivio y esperanza para sus clientes. Ambas cuestiones, la cronificación del paciente y el agotamiento profesional, van de la mano. Alejarlas de usted es el objetivo de este texto.

ABSTRACT

One of the main tasks of psychotherapy is to redefine mental suffering and the ways to combat it, giving it human meaning. The article discusses the purpose of various types of redefining which must adapt to the availability of family, ongoing and previous interventions, as well as the severity of symptoms. One of the tasks of



supervision is to protect and encourage professionals, who by sharing the suffering will help build a path of healing and hope for their clients.

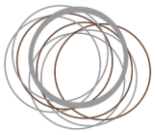
Both issues, the chronic state of the patient and the professional's exhaustion go together.

Take away with you is the aim of "Unicorn..."

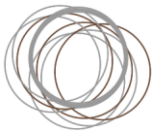
En el grupo de supervisión participaron activamente: Rut Villaescusa Portella, Judith Quilis Blasi, Mónica Martínez Raves, Roser Caba Calbet y Pilar Casacuberta Martí Josep Sanchis Llorens y Grushenka Comas Ferrer. Todos ellos profesionales trabajando en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Alguien, hace mucho tiempo, decidió que compartir una duda con otro al que consideraba más sabio era una buena idea. Hoy en día sigue siendo una buena idea que, en nuestra profesión, se llama supervisión. La sabiduría del otro proviene de su experiencia y de su punto de vista externo. La experiencia proviene del conocimiento de la intervención en ese campo y del entorno del técnico supervisado. Y a esta cualidad, debemos añadirle una mirada fresca desde la distancia. El supervisor es un sabio que no debe ser un turista ni un colega. Para completar la descripción del espacio, nos falta el grupo supervisado (en el caso que presentaremos se trata de un equipo de trabajo de una institución pública) que debe poseer ciertas cualidades. Las imprescindibles son el respeto mutuo, la autocrítica y la capacidad de escuchar alternativas. La responsabilidad, en la supervisión, se halla dividida: el supervisor debe dar buenos consejos, el supervisado debe decidir si los pone en práctica o no. El supervisado mantiene íntegramente la responsabilidad sobre la conducción del caso y tan solo está obligado a reflexionar. Quizás el error más frecuente es creer que los consejos del supervisor son la Verdad y después utilizarlos como munición en los conflictos interpersonales dentro del equipo y con otros elementos de la red.

El caso que vamos a compartir con ustedes se enmarca en una relación mensual entre el grupo de profesionales y el supervisor, durante los últimos ocho años. O sea,



que nos conocemos bien y nos apreciamos mutuamente. El supervisor, Carlos Lamas, siente que sus consejos son expresados al máximo, ya que el seguimiento de los casos muestra aspectos sorprendentemente positivos que jamás hubiera imaginado.



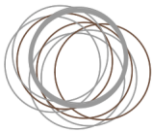
La tarea del supervisor* supone una alta gratificación: conocer desde una posición privilegiada el quehacer de profesionales expertos y con ganas de mejorar. La responsabilidad del supervisor es la de emitir consejos, inducir experiencias en los técnicos, facilitar aprendizajes, reconocer aspectos positivos y proteger al supervisado. El quehacer del supervisor está exento de la tensión que conlleva conducir un proceso terapéutico. La supervisión puede ser descrita como un estímulo intelectual en un contexto amable que exige una alta concentración.

La modalidad de supervisión que utilizamos es la indirecta, a través de la narración del caso. Antes del encuentro, él o los profesionales que intervienen, mandan un escrito a todos los participantes de la sesión, con el objetivo de permitir la construcción de diversas hipótesis previas y así agilizar el intercambio de ideas en la sesión de supervisión. Escribir el resumen es un primer paso utilísimo para el técnico ya que lo obliga a ordenar un material disperso.

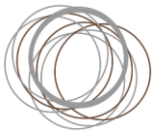
A la sesión de supervisión pueden ser invitados profesionales que intervienen en el caso perteneciente a otros equipos de la misma institución o de la red profesional.

La supervisión no acaba con la sesión ya que se pueden añadir reflexiones posteriores de los participantes, que se comunican por escrito. El trabajo que van a leer a continuación se produjo, principalmente, en la conversación grupal, pero el tema de la reorganización traumática de la personalidad y la convocatoria con el hermano, son fruto de reflexiones posteriores, que se realizaron vía email.

Se completa la supervisión con una sesión de seguimiento, en donde el supervisado expone los efectos de los consejos aprovechados y las razones por las que no consideró oportuno utilizar ciertas indicaciones. Algunos casos retornan al espacio de supervisión para una segunda reflexión.



* Según el texto clásico de Wynne et al., es más correcto utilizar el término consultor, pero la palabra supervisor tiene una larga tradición en nuestros parajes, así que hemos optado por ese vocablo.



LA PRESENTACIÓN DEL CASO

El caso fue presentado para ser supervisado y discutido en grupo, el día 19 de octubre de 2012.

Las principales razones para traer el caso a supervisión fueron:

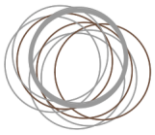
- 1) La dificultad en mantener una relación estable con los servicios de salud mental. Tanto el paciente identificado como el hermano y los padres acudían de forma muy irregular a las visitas. A lo anterior se añade los ingresos no programados.
- 2) La gravedad de la psicopatología del sujeto, que obligaba a diseñar una intervención en red, en la que se pretendía que la terapia familiar ayudara a conseguir una sólida alianza terapéutica entre familia, paciente y servicios.

A continuación se exponen las tres narraciones de los profesionales que intervienen: Terapeuta Individual, Trabajadora Social del Hospital de Día y Terapeuta Familiar.

La Terapeuta Individual del Hospital de Día nos informa

“Paciente identificado: 31 años, nacido en Sevilla. Estudios: BUP y grado medio de formación profesional. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide a los 15 años. En aquel momento estaba en régimen de internado en un colegio, aunque antes ya presentó sintomatología psicótica. Inicia, en 1996, con alucinaciones visuales (visión de formas geométricas), más tarde alucinaciones auditivas (de sus padres y hermanos llamándolo) e ideación delirante paranoide. Ha realizado tratamiento ambulatorio y privado en la comunidad andaluza con antipsicóticos y seguimiento por psiquiatra, psicólogo y psicoanalista. Estuvo de 2003 a 2007 sin medicación.

En 2006, junto a su hermano mayor, se trasladó a Badalona, en donde realizó trabajos varios que debió abandonar por ideación autorreferencial. Actualmente, cobra una pensión no contributiva por incapacidad.

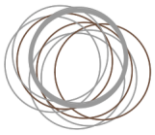


La ideación delirante consiste en la creencia de formar parte de un programa de TV, tipo gran hermano, que se emite en un país extranjero, con cámaras que le graban, micrófonos por todas partes, espejo de doble visión, en que están complotadas muchas personas. Por ejemplo, las vecinas del piso de arriba dan golpecitos en el suelo cada vez que cambia el canal de TV para indicarle que hay una chica que desea mantener una relación con él. Todo lo anterior, está enlazado minuciosamente construyendo un discurso coherente con la estructurada ideación delirante autorreferencial, acompañado de alteraciones sensoperceptivas auditivas y visuales, así como falsos reconocimientos.

En 2007, inicia visitas en Centro de Salud Mental de Adultos, derivado por el médico de cabecera por presentar clínica psicótica en aumento desde hace año y medio en forma de delirio estructurado, muy interpretativo, acompañado de intensa angustia. Le cuesta mucho vincularse al Centro de Salud Mental de Adultos pero acepta tomar antipsicóticos a dosis bajas. En 2010, requirió dos ingresos psiquiátricos por descompensación. Al Alta, el paciente comenta que han desaparecido las voces (risas y ruidos) y la autorreferencialidad, pero persiste la idea de que lo vigilan con cámaras. Explica que él ha trabajado con cámaras y videos y sabe de qué va el tema, aunque duda de que sea verdad, pero exige un cambio farmacológico.

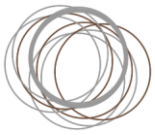
El 5 de marzo de 2012, ingresa en el Hospital de Día, vinculándose a todas las actividades, incluyendo grupos terapéuticos. En un principio, destaca su elevado nivel de desorganización, elevada ansiedad, higiene descuidada, ideación delirante estructurada, sintomatología obsesiva que interfiere con la puntualidad, ideas sobrevaloradas hipocondriacas que son más obsesivas que psicóticas (que se reconducen verbalmente) y gran preocupación por los efectos secundarios de medicación. Se trabaja sobre las ideas obsesivas que dificultan el funcionamiento diario y se realiza exposición con prevención de respuesta, reforzando su asistencia a los talleres y evitando que regrese a casa a realizar comprobaciones. La sintomatología obsesiva remite con la pauta farmacológica. Al poder apoyarse en una estructura externa -por ejemplo, los horarios- va organizándose.

Su primera petición es el cambio farmacológico ya que no quiere seguir tomando el antipsicótico por los efectos secundarios. Parece que deja de tomar la medicación y reaparece con fuerza la ideación delirante y la desorganización.



Realizo psicoeducación de la enfermedad y de la necesidad de tratamiento.

Tengo una entrevista con el hermano con el que convive y con la madre. Ambos, durante la entrevista, ofrecen puntos de vista muy peculiares, extraños y mágicos. Después de varias visitas familiares, decidimos derivarlos al Servicio de Atención a Familias, PIAE.”



La Trabajadora Social del Hospital de Día nos informa

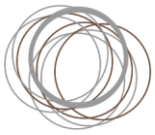
“En la primera visita el paciente identificado se presenta con una única demanda: encontrar trabajo. Como es la primera visita le comento que haremos únicamente una exploración y lo acepta. Me explica su recorrido formativo y labora:.

- 1) Actualmente vive con su hermano mayor. Comenta que la convivencia, en estos momentos, es buena pero que no siempre ha sido así. Los padres viven lejos y los visitan periódicamente.*
- 2) Estudió Bachillerato en diferentes internados. Después realizó especializaciones diversas centradas en los temas que le interesan.*
- 3) Respecto al trabajo refiere: "he trabajado de todo". Comenta que las experiencias laborales han sido estresantes, transmitiendo la sensación de haber realizado un gran esfuerzo para mantenerlas.*

La impresión de esta primera visita es que, a pesar de empezar con una expectativa muy definida, acepta esperar. Bastante acelerado en el discurso, pero expresándose con claridad, excepto en algún aspecto como el tipo de pensión que cobra y el grado de disminución reconocido.

A la segunda visita cito y acude el hermano y el paciente identificado. De la segunda visita destacaría:

- 1) El paciente se muestra muy ansioso. Refiere que ha pasado muy mala noche pensando en la entrevista.*
- 2) El hermano plantea que quiere irse a vivir a Milán y que debe dejar al paciente “colocado”. Ha pensado en enviarlo a un centro en la montaña, similar al lugar de crianza ya que cree que el paciente estará menos estresado en un ambiente “armonizante”.*
- 3) Comentan que no siempre los hermanos han vividos juntos en Barcelona. La mitad de estos últimos seis años han vivido separados y el paciente identificado vivía solo.*



4) *Hablan poco de la relación con los padres, simplemente que viven fuera y que vienen a visitarlos cada bastantes meses.*

De esta visita destacaría que hay una buena dinámica fraternal. Continuamente, uno y otro confirman la información que da el otro hermano, no se contradicen y hay miradas cómplices. En general, el hermano mayor conoce bien los temas del paciente, como el grado de disminución, que tipo de prestación cobra, trabajos realizados, como le fue en diversas situaciones, ... Tengo la sensación de que ambos hermanos comparten un vocabulario y unas creencias “extrañas”. El hermano mayor habla mucho de la necesidad de armonía y de las energías de la Tierra.

En una segunda visita familiar, el hermano mayor no acude, parece ser que debido a una confusión con la cita. Realizo una entrevista individual donde puedo aclarar ciertos temas que me han preocupado, especialmente que el paciente identificado se fuera a “vivir a la montaña”. La idea no era tan “extraña” ya que era una comunidad terapéutica en el campo.

En las otras visitas trabajo, para que priorice su tratamiento en Hospital de Día y no siempre esté pensando en un futuro empleo “

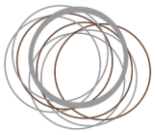
La Terapeuta Familiar nos informa

“He realizado una única entrevista con padre, madre, hermano mayor y paciente identificado. Es la primera vez que la familia se sienta en un contexto parecido.

Sabemos, por la psicóloga del Hospital de Día, que esta sesión gustó mucho a los padres, pero no al paciente.

Los dos hermanos, que se llevan tan solo un año de diferencia, residen en Barcelona desde hace tiempo. Eso quiere decir que el hermano mayor se hace responsable del menor, conviven juntos y es el primogénito quien lo acompaña a los servicios de salud mental. Los padres residen en Sevilla.

En la entrevista, los padres se presentaron narrando sus orígenes.



El padre, hijo de una madre soltera que fue repudiada por su propia familia de origen por ese embarazo, crece como un niño tímido. En la adolescencia presenta dos caras, uno de niño bueno con la madre y otro de rebelde en el entorno escolar. Él mismo se define como el “ojito derecho” de su madre, de la que recibió mucho afecto y atención. Van apareciendo otros elementos más narcisistas, como creer ser el nieto preferido de sus abuelos, cuando el contacto que refiere fue muy esporádico (no fue a sus funerales, por ejemplo). El padre sólo regresó en una ocasión al pueblo donde nació, y nunca más volvió.

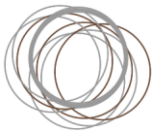
Más adelante, el padre explica su vida profesional que empezó estudiando Empresariales mientras trabajaba por las noches. Desde los 18 años trabajó en una aseguradora en la que fue ascendiendo. Actualmente ocupa el puesto de jefe de comunicación, “Soy la imagen de la empresa” afirma. Expresa que, por su trabajo, es una persona muy metódica, que está acostumbrado a pensar en términos de hacerlo todo bien, minimizando la probabilidad de error. Considera que ha sido una equivocación trasladar este funcionamiento a la cotidianidad y a las relaciones personales. Finalmente, se define como una persona muy equilibrada y dada a la reflexión. Se encuentra, en estos momentos, en proceso de prejubilación, Expresa su preocupación por encontrar una nueva actividad, pero todavía en una posición expectante.

[Cuando el padre explica que ha impartido numerosas conferencias por España, sobre todo en esta época de crisis económica, el paciente identificado refiere que tiene que subir al taller y pide marchar de la sesión. Al cabo de unos minutos, su hermano lo va a buscar y regresan a la sesión juntos].

En todo momento, el padre expresa su orgullo por la trayectoria vital y los logros conseguidos que llenaron de satisfacción a sus abuelos, a su madre, a su esposa y a sus hijos.

Seguidamente, la madre explica sus orígenes, marcados por ser la primogénita de un grupo numeroso de hermanos. Describe a su padre como un veleta, por su aspecto más despreocupado y vividor, pero añade que era un gran emprendedor.

Su propia madre es definida como una mujer muy trabajadora, como una “hormigueta”. Con la ayuda del marido, ella narra su trayectoria vital, aunque minimiza el sufrimiento que se intuye en el relato. A su padre lo retrata llevando una



doble vida, una con su familia, con la que solía estar poco tiempo, y otra gastando el dinero en grandes proyectos, aspirando a un alto estatus social y relacionándose con otras mujeres. Todos esos proyectos acababan en humo.

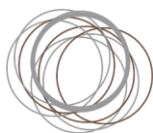
Añade que su propia madre procedía de una familia mucho más humilde, dedicada a la agricultura, aunque gozando de una posición económica desahogada respecto al resto del pequeño pueblo. Fue una mujer frustrada porque hubiera querido estudiar y sus padres se lo negaron. En ese momento, conoció a su futuro marido y decidieron casarse. Aunque ella misma comenta que no cree que fuera por amor. "Mi padre quería una mujer que no hubiera estado con otro hombre, y mi madre alguien de buena posición". Y así describe el matrimonio de sus padres: "Él despreocupado y veleta malgastando el dinero que su mujer con mucho esfuerzo ganaba". La madre de la madre exclusivamente vivió para el trabajo.

La madre de nuestro paciente realizó sus estudios interna en un colegio desde la infancia hasta el final de la adolescencia (siendo el único de los hijos en ir a un internado durante tantos años). Nos da la impresión de que esta familia, durante varias generaciones, ha vivido con la fantasía de tener mucho dinero, dando mucho valor al pertenecer a una clase social superior. Y así se describe la madre de nuestro paciente, yendo a un colegio de niñas bien, pero avergonzada por vivir en un barrio humilde. Mientras habla de su familia, percibimos que minimiza el sufrimiento, intentado contar sólo algunas partes, posiblemente por vergüenza ante el valor que parece darle a las apariencias.

El primogénito, hermano de nuestro paciente, se muestra empático con la madre, en una postura cercana y afectiva, señalando el dolor que se esconde tras la narración de la madre. Ella reacciona negando tal sufrimiento.

La madre nos sigue explicando su trayectoria académica para relatarnos que al finalizar sus estudios universitarios, con 22 años, se fue a Francia para realizar un master. Volvió y trabajó en 2 o 3 puestos por pocos meses, pero nunca llegó a ejercer su profesión. De la relación con sus hermanos, no destaca prácticamente nada.

Aquí la terapeuta señala con cariño el sufrimiento de esta niña que se crió prácticamente sola, sin el amor de los padres ni de los hermanos. La madre reconoce esta situación, y refiere que ahora que lo ve le da pena, pero siempre manteniendo un



discurso plano. Sigue dando la sensación estar contando su vida como si fuera una película superficial, sin matices afectivos ni emocionales

La visita transcurre en un tono muy distendido. Contrasta el ambiente relajado con la dureza del relato que exponen y las dificultades por las que han atravesado”.

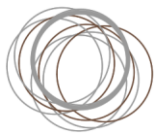
SUPERVISIÓN Y FORMACIÓN

Esta sesión de supervisión se realizó en el marco de un curso de formación sobre “Familias y Trastorno Mental Grave”. El caso se utilizó para ejemplificar las nociones básicas del artículo: “Once tipos de personalidad” de Matteo Selvini, leído antes de la sesión por todos los participantes.

En mi experiencia como supervisor es frecuente esta mezcla de supervisión y formación. Las razones pueden ser organizativas (por ejemplo, las instituciones no contemplan espacios de supervisión pero sí de formación) o de los propios profesionales que desean consejos sobre casos, pero también generalizaciones teóricas o conocer una técnica específica. Por otro lado, puede ser el propio supervisor quien proponga ampliaciones a través de bibliografía o poniéndose él mismo como modelo (por ejemplo, realizando una simulada).

Debido a esta mezcla de supervisión y formación el supervisor utiliza técnicas más didácticas que experienciales: habla de pie y conduce más enérgicamente al grupo. Las técnicas de supervisión son más indirectas con el objetivo de estimular la participación de los supervisados, por ejemplo, simuladas, esculturas y tormenta de ideas.

La finalidad de la supervisión es que los profesionales salgan con una nueva visión del caso y con un plan alternativo de intervención. Esa nueva perspectiva sobre el caso se consigue gracias a las redefiniciones que se van construyendo. En este artículo presentaremos varios tipos de redefiniciones: la sistémica clásica directa (con sus variantes de soluciones, procesual y estructural), la sistémica clásica contraparádójica o provocativa y la basada en los rasgos de personalidad del paciente

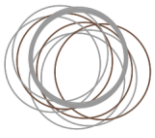


identificado. La redefinición es, también, una poderosa técnica de intervención que el profesional puede utilizar en el proceso terapéutico.

Siguiendo las enseñanzas de Matteo Selvini, comenzamos hablando de la redefinición sistémica clásica: el paciente es la víctima del conflicto conyugal de los padres (hay elementos que hablan de que es el hijo más preocupado por esa dinámica) y sufriendo la disminución de habilidades parentales (el padre lo reconoce espontáneamente: *“trasladé ciertas cualidades del entorno laboral al ámbito familiar y me equivoqué”*) y después surge información, durante la sesión de supervisión, de una madre con fuertes rechazos y pasiones hacia sus hijos. La redefinición sistémica clásica se completa con una lectura transgeneracional (el encaje de las experiencias en la familia de origen y su influencia en la constitución de la familia nuclear, así como el impacto actual de las dinámicas de la familia de origen en la pareja y en la parentalidad) que permite comprender, de forma amable, las razones de los estilos parentales y de la inclusión de los hijos en los conflictos de pareja. El terapeuta, al destacar las razones transgeneracionales, pretende minimizar el aspecto cuestionador de los padres de este tipo de redefiniciones.

Todos esos elementos, que articulan la redefinición sistémica clásica, tienen el riesgo de victimizar y envalentonar a un hijo, como en el caso que nos ocupa, que ya estaba rabioso con los padres. Si el cuestionamiento del hijo se produce, se socava la alianza terapéutica con la familia y se dificulta la comprensión de los progenitores, que tendrán buenas razones para negarse a compartir la redefinición proporcionada por el profesional, ya que se ha convertido en un arma en manos del hijo (*“Sois vosotros los culpables de mi trastorno mental al ser unos malos padres inmersos en una lucha conyugal y unos individuos indiferenciados de vuestras familias de origen”*). Esta frase suena a arsenal de destrucción masiva). En estas circunstancias, es comprensible que los padres continúen en un estadio prepsicológico, definido por la falta de autocrítica en el ejercicio de su parentalidad, a la vez que reivindican la hipótesis del consumo de drogas como causa única de la psicosis del hijo.

La precipitación en la utilización de una redefinición relacional clásica es un error frecuente que conlleva el abandono de los padres de la terapia familiar y, por tanto, su exclusión en la tarea de la recuperación de su hijo.



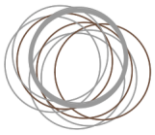
REDEFINICIÓN SISTÉMICA CLÁSICA

Matteo Selvini subraya que la redefinición sistémica clásica está indicada con un paciente que se autoacusa de las dificultades, a la vez que exculpa a los familiares de toda responsabilidad. Si, sumado a lo anterior, los padres desean una reflexión histórica y actual que les permita ayudar de forma más eficaz a su hijo, estaría indicado utilizar este tipo de redefinición.

En este supuesto, utilizamos una redefinición que coloca al terapeuta en una posición explícita y entusiasta a favor del cambio. El ejemplo más claro de esta forma de trabajar lo encontramos en las enseñanzas de Salvador Minuchin. Si las reacciones de la familia nos dijeran que les es difícil asumir una interpretación de la realidad de este tipo, debemos construir una redefinición provocativa, a través de la cual el terapeuta muestra su respeto hacia las razones profundas del no cambio y remarca el precio de la lealtad al pasado. El texto más brillante que trata este tema es “Paradoja y Contraparadoja”, del equipo de Milán liderado por Mara Selvini-Palazzoli.

Luigi Cancrini en “Gramática y Sintaxis de la psicoterapia”, realiza una síntesis genial de ambas posiciones del profesional describiendo la sintaxis terapéutica. L. Cancrini propone una construcción común para todos los casos y modelos psicoterapéuticos, que se esquematiza en “Todo fue bien hasta que... “. Una vez el hecho ocurrió, la reacción sintomática del sujeto fue y sigue siendo útil para la propia economía individual y para el mantenimiento de las relaciones familiares. El terapeuta opta por la posición directa de cambio o toma la vía provocativa, al mostrar su respeto por las razones profundas individuales y relacionales, para después resaltar el sacrificio personal de todos los miembros de la familia.

En la práctica, las ideas de Luigi Cancrini se materializan en la técnica del coro griego (en otros textos, devolución escindida) que incorpora contemporáneamente las redefiniciones directas y provocativas. El texto clásico, pero vigente, “El proceso del cambio” de Peggy Papp, expone con maestría esta técnica. En casos complicados, utilizaremos preventivamente el coro griego, que facilita al terapeuta una eficaz vía de escape frente al estancamiento del proceso terapéutico debido a las dificultades que se puede encontrar la familia para cumplir su deseo de cambio.



Redefinición Directa basada en el modelo de Soluciones

La redefinición sistémica clásica más sencilla es la que se basa en el modelo de ***Soluciones*** (Bill O'Hanlon). Para aplicarla debemos fijarnos muy atentamente en las secuencias relacionales que son excepciones al problema, así como en los deseos y fantasías de los clientes de probar estrategias novedosas.

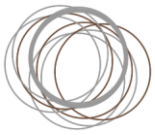
Por ejemplo, en este caso, una excepción a uno de los problemas, la exclusión y fragmentación de la familia, es la propia experiencia de una sesión psicoterapéutica conjunta en la que padres e hijos se sientan a hablar, durante más de una hora, con el objetivo de lograr una mejor organización que sirva de apoyo al miembro más frágil (aunque es evidente que se vuelve, en la misma sesión, a presentar el manejo de la distancia interpersonal como protección, al ausentarse el paciente de la sala)

Otra excepción que encontramos es que el hermano mayor desea dejar el sacrificio de su propio crecimiento personal, para empezar un proyecto individual y liberarse de la responsabilidad del cuidado del paciente identificado (aunque también es cierto que el primogénito, aceptando la delegación parental, es el que va a buscar al paciente para que se reincorpore a la sesión)

Otra excepción más: el paciente identificado acepta la necesidad de un tratamiento, cuando en el pasado era muy reacio a confiar en los profesionales (pero sigue, en la sesión, utilizando el retraimiento y la huida para manejar su malestar).

Una última excepción: los padres salen entusiasmados de la entrevista familiar. Quizás han sentido que su papel, en la recuperación de su hijo, no pasa por su culpabilización en sesión y la posterior acusación del paciente hacia ellos (aunque bien es cierto que dijeron que se volvían rápidamente a Sevilla)

Aunque la redefinición basada en ***Soluciones*** no nos permita ir muy lejos, no por ello debemos despreciar los acontecimientos extraordinarios que son excepciones al problema. Debemos estar muy atentos a mejoras sintomáticas, a nuevos encuentros relacionales, a mayor responsabilidad y eficacia en la gestión de los roles y a fructíferas colaboraciones de la familia con los agentes de salud. Alguna excepción se presentará en todos los casos. La función del terapeuta, según este modelo, debe ser la del buscador infatigable de excepciones, la del concienzudo profesional que delante de una excepción la trata como una joya, a la vez que la alaba y la muestra con satisfacción a todos (individuos, familia y red profesional), para que la solución



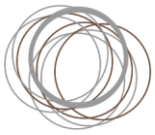
crezca en la medida de sus posibilidades.

La redefinición basada en *Soluciones* es una propuesta ingenua y básica pero que, curiosamente, exige lo mejor del profesional ya que encontrar excepciones en un contexto problemático, como encontrar setas en bosque seco, es una tarea ardua. Los clientes vienen a explicar problemas, el metacontexto es el Centro de Salud Mental y el Hospital de Día, donde todos sabemos que acuden los insanos y el profesional es experto –y lo debe ser- en psicopatología mental, todas son potentes razones que empujan a hablar de dificultades, de carencias y de déficits. Así que para la próxima sesión debemos estar preparados, para cuando sea pertinente, realizar las siguientes preguntas: al finalizar la entrevista conjunta ¿pudieron ir a comer juntos?, ¿el paciente mostró la ciudad a los padres?, ¿los padres pudieron volver a Sevilla más tranquilos? o ¿el paciente se quedó menos angustiado?, buscando infatigablemente hechos que rompan la tradición de exclusión e incompetencia del paciente identificado, así como de culpabilización de los progenitores.

Redefinición Directa Procesual

Jay Haley, inspirándose en el trabajo de Milton Erickson, nos presenta la siguiente redefinición sistémica clásica: la *Procesual*, que propone que el síntoma del paciente es la expresión de que la familia no solucionó correctamente una crisis de desarrollo (que es universal para todas las familias) quedándose atrapada en una etapa anterior del ciclo vital familiar. En este caso, sería un abandono precoz de la crianza del hijo sintomático. Los padres creyeron que el hijo era lo suficiente autónomo como para aprender de la vida, pero resultó que era demasiado tierno y, en vez de aprender, se traumatizó. La razón última de este juicio erróneo es que los padres son todavía más hijos que padres. O sea, que la fase de desvinculación de sus propias familias de origen fue tan solo aparente, lo que dificultó la consolidación de la relación conyugal y, posteriormente, el ejercicio de la parentalidad se tuvo que realizar en una estructura relacional precaria.

La función del terapeuta es conseguir poner en marcha el proceso detenido, facilitando una “regresión” familiar: la vuelta a casa del hijo para que los padres puedan completar la crianza (A. Canevaro). Todo ello se puede aderezar por cuestiones procesuales actuales: la jubilación del padre y la actual cercanía entre



padres aportan una mayor madurez y tranquilidad, así como un aumento en la disponibilidad de los padres, que significan una oportunidad para relacionarse con el hijo de forma novedosa y así, a su vez, poder avanzar en su propia diferenciación de las familias de origen. Debemos destacar con luz propia la aceptación del paciente de su propia fragilidad y necesidad de ayuda (a pesar de alguna coz que seguro les soltará a ellos y a nosotros) que facilita el reencuentro con los progenitores.

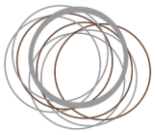
La redefinición procesual coloca al terapeuta en la posición de acompañar al crecimiento de todos los miembros de la familia. Esta función del terapeuta, caminar cerca, es más sencilla que la que pasaremos a explicar a continuación: la de reestructurar.

Redefinición Directa Estructural

Volviendo al magisterio de Salvador Minuchin nos encontramos con la redefinición sistémica clásica ***Estructural***, que nos completa las redefiniciones directas.

En el caso que comentamos, la problemática de pareja no facilitó la desvinculación de sus propias familias de origen. Aunque la frase es circular, o sea, podemos decir de igual forma: la desvinculación precaria de la propia familia de origen dificultó gravemente la consolidación de la pareja. La familia inició la crianza de los hijos con un padre volcado en su trabajo y una madre sintiéndose sola en su papel de progenitor. El primer hijo se salvó al proponerle (y él aceptar) el papel de vicepadre, pero el segundo fracasó en su desarrollo (no sabemos más sobre las razones de la diferencia evolutiva de los hermanos). La familia debe reconstruir los hechos para reparar la falta de parentalidad, así como la excesiva involucración de los hijos en la dinámica de pareja, que impactó sobre los hijos y, en especial, sobre el hijo problemático.

El terapeuta, según este modelo, debe reestructurar a la familia para que los padres asuman una mayor responsabilidad para conseguir reparar el daño causado, evitando retraumatizar al hijo, con el objetivo final de construir una estructura familiar que permita al paciente asumir la gestión de su propia vida (en la medida de sus posibilidades). La reestructuración debe ser completada con una responsabilización de los hijos en el proceso terapéutico y, especialmente, reclamarle al paciente que abandone la posición de víctima y asuma progresivamente el papel de protagonista.



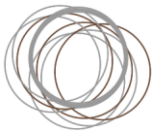
Redefinición Provocativa

En la redefinición sistémica clásica ***Provocativa***, en los textos del equipo de Milán, se la denomina contraparádójica, el terapeuta se coloca en una posición de comprensión y de respeto hacia las razones profundas, pero al subrayar el precio que se debe pagar, cuestiona esas creencias básicas con el objetivo de facilitar un cambio en la familia. Es una intervención difícil técnicamente y muy potente, que sólo debe utilizarse en el marco de una relación de colaboración. Jamás una redefinición provocativa puede sonar irónica o peor aún, agresiva. Si es así, el profesional debe preguntarse si esas emociones negativas percibidas por la familia, el equipo o él mismo son fruto de su desencanto frente a la “resistencia” de los pacientes o a la “homeostasis” del sistema familiar.

Debemos tener en cuenta que una redefinición de este tipo exige muchísima información para que las personas a la que va dirigida la vivan como construida para ellas personalmente. La redefinición es verbalizada a la familia al completo, pero los mensajes son individualizados para cada miembro. Por eso, en el ejemplo que sigue, debemos inventar o poner ciertos interrogantes para completar la redefinición contraparádójica.

El mensaje dirigido al padre: *“Usted es un hombre trabajador que encontró en el ámbito laboral la forma de dar un sentido a la vida de su madre. Su éxito profesional excluía cualquier crítica hacia su propia crianza y su propio desempeño vital. Usted fue el sostén vital de su madre, que vivió a través de su hijo los éxitos que faltaron en su propia vida (y si no faltaron, el hijo los completó). El precio que usted pagó fue una persecución de la fama y del éxito que lo llevó a olvidarse de su propia pareja y a delegar la crianza de sus hijos. La familia, como usted mismo reconoce, fue tratada como una extensión de su trabajo. ¿Será usted capaz de abandonar su vieja lealtad, su necesidad de brillar más que el sol para centrarse en el cuidado de la pareja y del hijo, a la vez que disfruta de ese nuevo papel? Si no acepta este reto, su imposible tarea le llevará a acabar como Ícaro y, todavía peor, perderá la oportunidad de ayudar a un hijo que le admira secretamente”.*

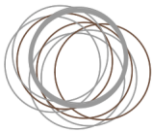
El mensaje dirigido a la madre: *“Usted siempre fue fiel a su propia familia de origen. Incluso hoy, es incapaz de una crítica, sino que todo son*



alabanzas hacia la crianza que recibió. Es cierto que ahora empieza a aparecer cierta amargura, ya que sus muchos cuidados y esfuerzos se ven escasamente recompensados, pero todavía defiende a sus padres acusando a su hermana de ingrata y aprovechada. En la pareja, usted también se sacrificó para que su marido pudiera cumplir su papel, fue solícita con él, no viendo o permitiéndole ciertas actuaciones (falta información para completar el párrafo). Se sacrificó como persona, como mujer e, incluso, una parte de su maternidad, lo que le obligó a buscar en los hijos un apoyo que en ningún otro lugar encontraba. ¿Será capaz de abandonar el papel de eterna segundona para aceptar su protagonismo como madre de este chico? Si no asume este reto, quien más perderá será su hijo, y usted continuará siendo injusta consigo misma”.

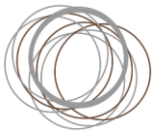
El mensaje dirigido al primogénito: “Tu papel fue y es un apoyo para la madre, intentando paliar el vacío por la ausencia del padre. Fuiste un soporte mucho más firme cuando tu hermano empezó con sus graves problemas psicológicos, volcándote en ayudarlo y así socorrer a ambos padres. Al hacerte cargo de tu hermano, sacrificaste una parte importante de tu adolescencia y de tu vida posterior. Comprendemos las profundas y nobles razones que te obligaron a ejercer el papel de vicepadre, que expresan fidelidad pero también desconfianza hacia las capacidades de tus progenitores. Y también creemos que intentas enseñarles que la disponibilidad y la cercanía es lo que necesita tu hermano y que, esa forma de cuidar también tú lo echaste de menos. El deseo de residir en Milán, de abandonar tu función familiar, te enfrenta a tu propio desarrollo como persona. Pero surge la duda: ¿Quizás es más seguro hacer de vicepadre que ir a Milán aceptando el desafío de tu crecimiento personal y, por tanto, confiando en que los padres asumirán la gestión de su hijo menor? El precio de no aceptar este reto es tu estancamiento personal”.

El mensaje dirigido al paciente identificado: “Fuiste un chico que se preocupó por tu madre y por tu padre. Sabías de su infelicidad e intentabas encontrar una solución. Con tu dulzura pretendías curar la soledad de la madre y con tus actuaciones reclamabas que el padre volviera a casa a ocupar su lugar. Tu sacrificio de bien poco sirvió. Si ahora los padres están mejor entre ellos no es por tu tarea de mediador, sino porque las personas se reconcilian con el paso del tiempo. Te sentiste abandonado por tus padres en el internado y también actualmente. Sientes rabia cuando hablan de drogas y no



hablan de ti como hijo. Sientes incluso más rabia cuando se presentan como unidos cuando tú sabes de sus profundas diferencias. Comprendemos las razones que esgrimes para erigirte en un testimonio histórico y reclamar justicia. El precio a pagar por mantener tal actitud grandiosa es no poder aceptar la ayuda de tus padres ni la de nadie, y así evitar iniciar el trabajo de reconocer tus propias limitaciones y de explotar tus cualidades”.

La función del terapeuta en las redefiniciones provocativas o contraparádójicas es la de desvelar y respetar las razones profundas que empujan a los humanos a hacer daño, por acción u omisión, a sus seres queridos. La redefinición debe ser completada por el precio a pagar (por el sujeto y sus familiares, incluso por la sociedad) por mantenerse fieles a las razones profundas. Este tipo de redefiniciones son la muestra más alta de empatía por parte del psicoterapeuta y suelen ser recibidas con aceptación y reconocimiento por los clientes.



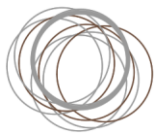
UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO, hijo de PANTERA NEGRA y de FLAMENCO MECÁNICO, hermano de LOBO

Si las circunstancias nos obligan a descartar la redefinición sistémica clásica, según Matteo Selvini, nos quedan dos posibilidades para construir una redefinición: los rasgos de personalidad, del eje I al eje II del DSM.IV, y la reorganización traumática de la personalidad. Faltaría añadir otra, que tan solo se utiliza en el peor de los casos, el diagnóstico psicopatológico para combatir conceptualizaciones del paciente basadas en la moral: “se lo ha buscado”, “disfruta”, “es insensible”, “se lo merece”.

Los rasgos de personalidad

Para dibujar con más precisión y colorido a los personajes descritos hasta ahora utilizamos un juego en la supervisión que empleamos habitualmente en las sesiones de terapia familiar. El juego consiste en que cada uno de los miembros de la familia atribuya un animal, real o imaginario, a cada individuo, para después consensuar una elección final. En este caso, estaríamos en una sesión con cuatro miembros, en donde cada persona propondría un nombre o escogería un peluche, para el padre y después la familia debería consensuar el nombre final entre los cuatro candidatos. Así haríamos después con la madre y con los hijos. Este juego nos permite valorar las estrategias para llegar a acuerdos de la familia, lo que nos revela parte de la estructura familiar, además de evaluar la participación de cada uno de los miembros y de sus capacidades para simbolizar y para razonar su elección.

El juego de los peluches tiene el objetivo de comprender a las personas adentrándonos en la crianza de los humanos, en los perfiles psicológicos de los padres y en las decisiones de los hijos que copian o hacen lo contrario que ven en sus progenitores. A nivel de los profesionales, la finalidad consiste en aumentar nuestra cercanía para responder con calidez y ausencia de crítica moral a las preguntas de:



¿cómo fue la crianza del futuro paciente?, ¿por qué los progenitores ejercieron su parentalidad de esa forma en particular?

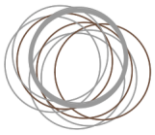
Si este juego lo realizamos en sesión terapéutica, el objetivo es que los padres no se sientan cuestionados, sino comprendidos por un terapeuta curioso que se interesa por cómo se perciben los diferentes miembros de la familia. La reacción esperada es la participación igualitaria, en un juego de nombres que intenta identificar aspectos de personalidad de los diferentes miembros de la familia. Esta reacción es muy diferente a la que hemos descrito con la redefinición sistémica clásica (aumento de la agresividad del paciente identificado contra unos padres culpabilizados en sesión)

Esta técnica es más sencilla si contamos con una serie finita de animales de peluche que las familias pueden elegir. En el caso de que tengamos que recurrir a la imaginación, deberemos estar preparados para ayudarles mucho más.*

Debemos iniciar el juego de los peluches con un objetivo claro: la búsqueda de las causas de los rasgos (o estructura o trastorno) de la personalidad del paciente identificado. Esta investigación nos legitima a ojos de los padres para bucear en la crianza del futuro paciente, en los estilos parentales de los progenitores (también de las razones de esos estilos), en las circunstancias vitales y en la influencia de personajes secundarios. Les debemos pedir permiso y participación, ya que el propio sujeto desconoce mucha de la información que arrojará nueva luz sobre su historia, por ejemplo, el estado de ánimo de la madre durante sus primeros meses de vida.

En el caso que estamos compartiendo, el juego se traslada a la sesión de supervisión, en donde son los profesionales los que proponen un animal, ya sea por sus propias percepciones o porque eligen poniéndose en el lugar de los diferentes miembros de la familia.

*En los despachos del Centre de Teràpia Relacional i Familiar de Tarragona hay diversos peluches a la vista. Llegaron como regalos, como recuerdos de viajes o como testimonios de otras épocas. Muchos clientes nos preguntan si realizamos psicoterapias infantiles y se asombran al saber que quizás un día nos serán de mucha utilidad en su propio proceso. Algunos de nuestros pacientes recuerdan con mucho cariño la participación de los peluches en su psicoterapia.

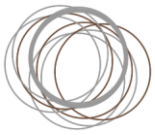


El conductor de la sessió debe mostrarse curioso por las razones que motivan la elecci3n del animal. Por ejemplo: para la elecci3n del nombre para la madre se parti3 de margarita, flamenco y gallina, para concluir en *FLAMENCO MECÁNICO* que describía la disociaci3n entre la narraci3n de su vida y las emociones de sufrimiento, ejemplificada en la frase: "... nos explic3 una serie de catástrofes que había sufrido como si nos explicara la receta de la paella". La imagen que transmitía el nombre de *FLAMENCO MECÁNICO* subraya la fragilidad y la cursilería que muestra en la sesi3n, aderezadas con un aire robotizado. Partimos de la gallina, pero todos coincidimos en que necesitábamos un animal más elegante y con más gracia.

Para el padre, iniciamos el juego de los animales con lince y pavo real para llegar a la conclusi3n de *PANTERA NEGRA*. El motivo de la elecci3n de este animal fue el rasgo de personalidad narcisista, que se puso de manifiesto en su actuaci3n en la entrevista, dirigiéndola con aplomo, destacando sus propios logros y su precisi3n narrativa, "con cero margen de error", además de su perspicacia y capacidad de seducci3n.

Para el primogénito comenzamos con perro apaleado, lobo, caniche (simpático y listo, desde el punto de vista de la madre) y dingo (salvaje e independiente, según el padre) para acordar que *LOBO* sería un buen nombre. Uno de los profesionales razona su elecci3n: "El primogénito cree que puede acarrear cualquier carga, proponiendo una imagen de autonomía y competencia hacia los padres. Aunque yo creo que está bastante perdido y confuso. No es tan capaz como pueden pensar los padres. La madurez precoz al asumir funciones parentales de cuidado del hermano menor causa esta distorsi3n. Los padres empujaron a ambos hijos, por razones diferentes, a una emancipaci3n prematura".

Para el paciente identificado partimos de unicornio, potro asustado y pato (el padre lo identifica como ser despistado), hámster (tierno y frágil, desde la visi3n de la madre) para acordar *UNICORNIO ASUSTADO*. Uno de los profesionales defiende su elecci3n con estas palabras: "transmite rareza, belleza y fantasía". Otro profesional comenta: "calidez y cercanía son las cualidades que destacaría, a la vez que fragilidad". Por ejemplo, cuando el paciente siente el aumento de tensi3n en la sala, durante la sesi3n de terapia familiar, no lo soporta, se asusta y huye. En otras situaciones, muchas veces se va y no al piso de arriba como pasó en ese encuentro, sino a un mundo imaginario para sentirse seguro".



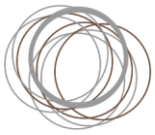
La sessió con peluches se puede completar con varias esculturas con muñecos, en las que se representan la actualidad de la familia y los diversos momentos importantes del ciclo vital familiar, haciendo especial énfasis en los elementos capitales de la crianza: posiciones de los hijos respecto a sus progenitores, apoyos y obstáculos de los progenitores para ejercer la parentalidad y la inclusión de los niños en las dinámicas de los adultos que los obligan a jugar papeles de cónyuge, madre, chivo expiatorio o confidente. Se puede finalizar con esculturas que representen el ideal familiar o el objetivo del proceso terapéutico. Todas esas esculturas tiene el objetivo de explicarnos los rasgos de personalidad de los individuos.

Como punto de partida, escojamos el rasgo de personalidad del paciente destacado por la madre: la ternura. Deberíamos encontrar una función interpersonal a esa ternura. Por ejemplo, el paciente en su infancia convirtiéndose en un hijo mimoso intentó consolar a una madre que, sintiéndose sola, añoraba al marido y a su propia madre.

También podemos tomar el rasgo que puso el padre encima de la mesa: el despiste, y aplicar el mismo razonamiento. Debió ser difícil para ese chico hacerse un mapa del territorio familiar, además de cuando intentaba un acercamiento salía magullado. Si intentaba orientarse a través de la madre, ésta miraba hacia otro lado. Si intentaba acercarse al padre, éste estaba inmerso en su profesión. Su propio hermano tenía ya mucho trabajo sacando adelante su propia vida. Parece que el chico creció a ciegas y, en vez de dar golpes con su bastón, se encerró en su propia imaginación, volviéndose más opaco a ojos de los familiares.

Lo que pretendemos es que el despiste y la ternura pasen de ser un rasgo constitucional a ser un rasgo reactivo a la situación y, por tanto, un mecanismo adaptativo, pues resulta útil al propio personaje y, a la vez, protege las relaciones del conjunto de la familia.

No todo es mamá, papá y hermano, también hay abuelos, tíos, primos, maestros, vecinos y otros personajes que influyeron en la crianza del paciente identificado, por su presencia o su ausencia, por su benevolencia o por su violencia, por sus buenas o malas relaciones con los otros. El niño copia, se acomoda, hace lo contrario, trata a los demás y se trata a sí mismo como fue tratado (L.S.Benjamin). Fundamentalmente están los padres y abuelos, pero

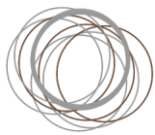


cuando estos son débiles o ineficaces, la influencia de hadas madrinas, que darán pie a la resiliencia, o brujos malignos, que ocasionarán traumatismos difíciles de reparar, son importantes.

En este caso, la pregunta que debemos responder es: ¿Cómo se cría un hijo para que se convierta en un *UNICORNIO ASUSTADO*? El motor del terapeuta es la curiosidad, huyendo de culpar a los progenitores, pretendiendo que la autocrítica surja posteriormente como inicio de una maniobra de reparación (ya sea en el espacio terapéutico, ya sea en la vida cotidiana).

El aspecto lúdico del juego de los peluches es capital. El ambiente debe ser distendido (y muchas veces es jocoso) sin caer en las descalificaciones, favoreciendo las críticas ácidas pero siempre cariñosas. El papel del profesional es, como siempre, introducir y recordar el respeto mutuo, el disfrutar y hacer disfrutar de la imaginación, de la creatividad y finura de las elecciones. En el caso que nos ocupa, el ambiente en la sala fue de risas y reflexión, y terminamos todos felicitándonos por los logros conseguidos.

Nota a pie de página: A menudo, los terapeutas familiares nos encontramos discutiendo con nuestros clientes sobre los orígenes del carácter -la idea del carácter como constitucional es muy popular-. Sin descalificar la existencia del temperamento, debemos hacer una labor pedagógica para afirmar la importancia capital de la interacción con las figuras de crianza en la constitución de la personalidad.



La reorganización postraumática de la personalidad

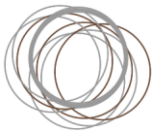
Siguiendo el artículo ya citado de Matteo Selvini, llegamos de la última de las redefiniciones: la reorganización traumática de la personalidad*. La utilizamos para que el paciente identificado se responsabilice de sus propios mecanismos de supervivencia, de su necesidad de ser tratado y de promover su colaboración en la psicoterapia, a la vez que frena la rabia del paciente hacia sus familiares.

El concepto de trauma psíquico y sus consecuencias puede ser una redefinición aceptable para todos los miembros de la familia y conseguir así su inclusión en el proceso terapéutico facilitando el que superen su estadio prepsicológico. El objetivo es que los padres empaticen y reconozcan el sufrimiento psíquico del hijo, *UNICORNIO ASUSTADO* -que se presenta bajo la reorganización traumática de la personalidad– *DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO*. Deben empatizar pero sin olvidarse de protegerse a sí mismos y a los otros de las actuaciones del paciente identificado.

Sin minimizar la importancia de los síntomas postraumáticos (hiperactivación, disociación y congelamiento) estamos atentos a la reorganización de la personalidad que convierte a la protección de las relaciones y a la defensa del sufrimiento individual en la parte más visible, para sí mismo y para los otros, del sujeto, con la consecuente interferencia en las relaciones cotidianas del paciente.

Debemos aclarar que la importancia de las consecuencias del trauma tienen que ver con el episodio en sí mismo (violación, amenaza, ser testigo de un asesinato, aislamiento afectivo y social) Aquí, utilizaremos como elemento traumático, que después de debutar los síntomas psicóticos fue internado más que por el hecho en sí, por la falta de apoyo para elaborar el suceso. En este caso, los padres estaban enfadados y ausentes, el propio chico negó el trauma y no encontró elementos externos que permitieran la elaboración del sufrimiento. (J. Herman y P. Pérez Sales)

*Trauma psíquico tiene dos acepciones: psicoanalítica clásica, la no satisfacción de necesidades básicas del hijo por parte de los padres (y otros adultos) y la del DSM-IV, intenso miedo ante la amenaza vital para uno mismo o para los seres queridos. En este texto tomamos en consideración el segundo significado de trauma psíquico.



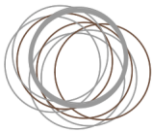
Los padres pueden reparar el trauma o, al menos, ayudar a la reparación del mismo al proponerse como corresponsables del mismo, ya que no estuvieron atentos al sufrimiento de su hijo adolescente. En las maniobras de reparación es más importante dar un significado humano a las actuaciones de los padres que pedir perdón. Por ejemplo: “No me di cuenta de tu malestar, sólo vi tu delirio, tus mordiscos al aire, tu encerrarte en ti mismo y me asusté. Corrí al médico y procuré apartarme de ti. Ahora, sabiendo de tu confusión, creo que hubiera debido escucharte y poner palabras a tu malestar y al mío”

Podemos utilizar la historia de este caso para practicar con la idea del trauma y completar la anterior redefinición de los rasgos psicológicos. Debemos explorar y encontrar situaciones que puedan ser aceptadas por todos los miembros de la familia. A veces, esta tarea es sencilla –ya que la situación fue traumática para todos, por ejemplo, la muerte de un niño- pero en otras situaciones la tarea se convierte en difícil pues los traumas son olvidados, minimizados e incluso negados por los otros miembros de la familia.

En este caso, tenemos un suceso candidato a situación traumática: a los 15 años, los padres matricularon al chico en un colegio en régimen de internado. Recordemos que en la historia de la madre también hay un largo período de internado escolar. La madre fue incluso internada más joven. Ella valora la experiencia como positiva, ya que para sus padres supuso una inversión económica significativa en tiempos de estrecheces económicas. Además, la madre lo vivió como un honor individual, que ninguno de sus hermanos compartió. Por tanto, el ingreso del chico en el colegio es presentado como un privilegio por los progenitores, pero las circunstancias del internamiento de la madre y de su hijo fueron radicalmente diferentes, sugiriendo significados diametralmente opuestos.

UNICORNIO ASUSTADO se encontró castigado, alejado y olvidado (aparentemente) por sus padres que, enfadados por su bajo rendimiento escolar, por sus escapadas con amigos poco recomendables y por sus extrañas afirmaciones sobre lo que oía, lo dejaron en una escuela y no lo fueron a ver, ni le permitieron volver a casa por vacaciones.

Es razonable suponer que el castigo fue traumático porque la posibilidad de compartir el dolor con sus familiares no existió. Ellos, enfadados, lo sancionaron con su ausencia, enviándolo al exilio y con este



mensaje: “No eres digno de vivir con nosotros”.

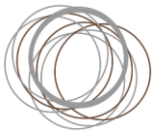
UNICORNIO ASUSTADO tuvo que construirse una red de soporte y protección en el propio internado. Parece que UNICORNIO ASUSTADO encontró una forma de supervivencia cubriéndose con una PIEL DE LOBO. No sabemos cuántas humillaciones recibió, ni cuánto tiempo le costó encontrar la solución, ya que UNICORNIO ASUSTADO no quiere hablar para no revivir el dolor al recordar lo poco que su memoria retiene -ambos son signos de traumatismo psíquico-

Aparentando ser un lobo, UNICORNIO ASUSTADO disimula su fragilidad, pero no consigue la imagen de un excelente y temible lobo (como sí lo es su hermano) y su caracterización queda muy lejos de la hermosa y cruel PANTERA NEGRA (el padre). Es un lobo torpe y desmadejado, que tiene más tendencia a herirse a sí mismo que a los demás. Lo habitual es que UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO muestre los dientes para después refugiarse en su cueva. Sólo a veces se adivina la belleza del unicornio que sigue siendo.

Aunque, no nos olvidemos, puede morder. Sus agresiones producen el mismo dolor que las dentelladas de un lobo real. Bien haremos todos, profesionales y familiares –también el propio UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO- en protegernos, protegerlo, protegerse de su rabia, de sus dientes.

La reorganización postraumática de la personalidad supuso una detención en la maduración psicológica ya que la piel de lobo dominó, invadió, a *UNICORNIO ASUSTADO*. Esa reorganización es una forma de protección de las relaciones interpersonales y de defensa del sufrimiento individual. En este caso, el paciente se disfrazó de lobo huraño, una forma de reorganización basada en la negación del sufrimiento individual, borrando los episodios traumáticos, a la vez que se alejaba de los demás, efectuando un cierre en sí mismo y un alejamiento de los padres que hubieran debido cuidarlo.

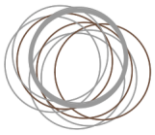
En el internado, escogió la piel de lobo porque otros chicos hicieron lo mismo. Sus condiscípulos formaban una manada de lobos que se defendían del exterior, manteniéndose unidos. Todas las manadas tiene códigos de identidad, uno de ellos era el consumo de drogas.



Las drogas cumplen múltiples funciones: definen a la manada respecto al exterior y sirven para definir las relaciones internas al trapichear, compartir, robar,... Además, las drogas tienen efectos individuales: anestésicos, euforizantes,...

El cambio del hijo a *UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO* es observado y denunciado por la madre: “Lo colocamos interno por su bien, para que se corrigiera, y nos lo devolvieron tarado por el consumo de drogas”. La madre tiene razón en la modificación de personalidad ya que envió un ser asustado y le devolvieron un lobo -más o menos feroz- pero yerra en las causas. Y ese error es frecuente en la madre: percibirse a sí misma desarrollando un papel secundario, siendo una frágil influencia para sus seres queridos y, en particular, en la de su hijo. La mamá, *FLAMENCO MECÁNICO*, atribuye al consumo de drogas la crisis psicótica de *UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO*, que es diagnosticado de esquizofrenia paranoide a los 15 años. La asignación a causas externas “salva” a la madre de responsabilidad, la “libra” de culpa, pero paga el precio de asumir el papel de mamá ineficaz. Como en muchos procesos terapéuticos, esta mujer debe ser confirmada, ayudada y responsabilizada en sus funciones maternas, que son capitales para la vida del hijo. Este es un paso primordial que debe ser abordado con premura y decisión. La tarea del profesional es apostar por la recuperación de las funciones maternas. Sólo en el caso de que este paso se demostrara imposible, deberemos hacer un trabajo de duelo con el paciente para llorar por la madre que no fue y no será.

El papel del padre debe ser doble: En primer lugar, facilitar la recuperación de la madre (realizando una autocrítica como compañero parental de la madre y reparando el fallo) para después explotar espacios conjuntos con el paciente para confirmarlo como hijo. El orden es importante: el padre debe ser generoso y ceder el protagonismo a su esposa, reconociendo su propia responsabilidad histórica en las dificultades de la madre, al ejercer parcialmente sus funciones parentales y proponiendo un cambio radical hacia un comportamiento colaborativo con la madre. El profesional debe, enérgicamente, defender la inicial posición secundaria del padre, para después proponerle espacios de protagonismo con el hijo.



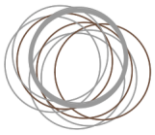
El recurso a la redefinición traumática permite nombrar a los padres como co-terapeutas del hijo con la función específica de ayudarlo a elaborar los episodios traumáticos. Sus funciones son cuidar al paciente, activando sus propias cualidades parentales, servir de ejemplo al hijo para que aprenda a beneficiarse de la psicoterapia, reconociendo en sesión sus propios errores y, finalmente, reparar de forma responsable sus equivocaciones. Paralelamente, el hijo adulto debe aprovechar la regresión individual y la activación del cuidado parental para planificar una exitosa salida de casa (A. Canevaro).

La reorganización traumática de la personalidad es un concepto individual que debe completarse con la reorganización relacional (familiar, principalmente, pero también debemos tener en cuenta los sistemas amplios), basada en la gestión de los síntomas. Este fenómeno es ejemplarmente descrito por el Equipo de Milán, en el último estadio de su aplicación de la metáfora de los juegos a la psicopatología, en el que los miembros de la familia encuentran una nueva forma de relacionarse para sobrevivir a la eclosión sintomática, a la vez que consiguen ciertos beneficios secundarios, que nada tiene que ver con el deseo o placer de los familiares. Nadie quiere ver a un hermano o a un hijo delirando.

Ponemos un ejemplo de estos beneficios secundarios a la reorganización relacional: el hermano de nuestro ejemplo, al hacerse cargo del cuidado del paciente consigue

- 1) expiar su propia culpabilidad por no haber sabido cuidarlo
- 2) reivindicarse a ojos de los padres al aceptar esa tarea.
- 3) evitar enfrentarse a su propia autonomía personal

La posición del hermano será influida por la estrategia del paciente, de la madre y del padre, a la vez que, su propia estrategia impacta sobre el resto de la familia, siguiendo una lógica circular.



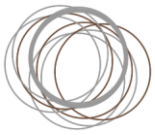
PUNTO Y APARTE

Durante la sesión de supervisión me olvidé de la demanda, que no en vano es el primer elemento en la lista de ítems diagnósticos de M. Selvini en “Once tipos de personalidad”. Al olvidarme de la demanda, me olvidé del hermano: el LOBO. Una sesión mensual con los padres intercalada con una sesión individual con el paciente identificado* parece suficiente para el terapeuta familiar, pero deberíamos pensar en la conveniencia de unas sesiones, individual y conjunta, con el protagonismo del hermano.

Volvamos a la demanda: en la actualidad, la crisis proviene del deseo de cambio del hermano que quiere trasladarse a Milán. El apoyo de *UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO* saltará por los aires al irse el hermano. La consecuencia es que los padres deberán mover ficha. El peligro es que la institución se adelante al hacerse cargo del paciente y así sustituya al hermano y favorezca la delegación de los padres.

Volvamos al hermano y a la entrevista individual que debemos realizar. En ella trataremos de este tema: ¿hasta qué punto es cierto, necesario, justo, probable y algunos adjetivos más su interés por irse? O, al contrario, ¿se trata de un movimiento estratégico para demostrar la falta de autonomía del hermano y así, conseguir un reconocimiento de los padres por su sacrificio personal? Si se confirma el plan de trasladarse a Milán, se debe preparar la despedida. Una sesión de hermanos –sin los padres- y una sesión conjunta entre *UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO*, *PANTERA NEGRA*, *FLAMENCO MECÁNICO* y *LOBO*, para lograr el traspaso de poderes del papel de cuidador desde el primogénito a los padres, restituyéndoles la responsabilidad del cuidado y de la reactivación de la crianza congelada de *UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO*.

*La sesión individual tiene una función de “repasso”, de un apoyo extra para al miembro con más dificultades del sistema familiar que suele ser el paciente identificado. El “repasso” consiste en ayudarlo a descifrar las múltiples secuencias de la entrevista familiar y, más importante aún, a darle significado a sus propias reacciones. Por ejemplo: “Observé que te fuiste de la sala cuando tu padre empezó a explicar sus conferencias por media España”. Si el paciente no es capaz de hablar o niega la importancia del hecho, lo ayudaremos con una sugerencia: “A mí me parece que te fastidia que tu

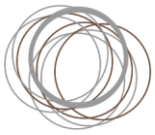


padre se vanaglorie de sus resultados, ya que te hace sentir inferior, como si fueras un fracasado, ¿puede ser?” o “Creo que el interés de tu madre, me atrevería a decir la adoración, por las declaraciones de tu padre te hace sentir que eres invisible para ella, ¿te gustaría que tu madre te dirigiera esa mirada de adoración?”.

La sesión individual pretende consolidar la alianza terapéutica con el paciente, que puede verse infantilizado por las sesiones conjuntas y puede percibir al profesional como aliado de los padres, recuérdese que *UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO*, el paciente, hizo una valoración negativa de la entrevista familiar, según nos informó la psicóloga del Hospital de Día.

La sesión individual también es útil para planificar la siguiente entrevista conjunta. Por ejemplo: “¿De qué te gustaría que habláramos en la próxima visita con los padres?”. Si el paciente niega la importancia o se muestra confuso intentaremos ayudarlo: “Quizás sería interesante hablarles de cómo te vas a sentir con la marcha de tu hermano, de qué vas a hacer solo en Barcelona, de cómo sobrevives y te relacionas en el Hospital de Día. Quizás sería bueno explicarles todo esto para solicitar su ayuda pero, también, para que te muestres más capaz y autónomo frente a ellos”.

En este caso, que podemos generalizar a cuando el paciente se victimiza en la sesión conjunta con los padres, la entrevista individual sirve para responsabilizarlo y hacer un pacto contra la regresión individual que se expresa a través de la victimización y la “pataleta” que la acompaña. El objetivo es que el paciente entienda que participa activamente en los círculos viciosos disfuncionales y que es responsable (en algunos aspectos más que los progenitores, en otros menos) en desactivarlos y generar pautas relacionales sanas y creativas



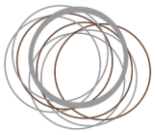
CONCLUSIONES:

No es la arruga lo que es bello sino el remiendo

A menudo, los psicoterapeutas debemos oír de los amigos el asombro, mezcla de pena y admiración, que les produce nuestra labor cotidiana. Con sinceridad nos preguntan: ¿cómo puedes soportar escuchar tantas desgracias?, ¿cómo puedes encajar que personas a las que intentas ayudar te rechacen, te insulten o se encierren en el mutismo?, ¿cómo puedes dormir sabiendo que alguno de tus pacientes se suicidará?

Incluso, algunos de nuestros pacientes y sus familiares, al despedirse, estrechándonos afectuosamente las manos y mirándonos a los ojos nos dicen: “Debe ser muy duro su trabajo. Muchas gracias por atendernos”. Cuando era joven, le sacaba hierro a la situación, resaltando lo mucho que aprendía, el placer de asistir a los cambios y los buenos momentos de complicidad entre familia y profesional, así como el honor de haber sido merecedor de su confianza. Ahora, respondo: “Gracias por cuidarme”.

Es bien cierto que aunque lo escondamos pudorosamente, el trabajo con pacientes mentales graves es traumático para el profesional. Los técnicos conocemos bien ¡y desde hace mucho tiempo!, que las consecuencias pueden llegar al agotamiento profesional. El *burn out* es una defensa para combatir el sufrimiento psíquico de la profesión, que consiste en interponer una gran distancia interpersonal entre los pacientes y el técnico, lo que significa rehuir involucrarse en una relación terapéutica, al ser insoportable la empatía. Esta posición distante y fría se justifica con un pesimismo técnico: “es casi imposible la curación, lo mejor es aceptar que nuestros pacientes son unos crónicos y siempre dependerán de las instituciones”. Esta forma de ejercer la profesión se asemeja, en el mejor de los casos, más a una obra de caridad que a un planteamiento técnico. La guinda que corona el pastel es la psicofarmacología: una ciencia y una herramienta formidable, que mal usada se convierte en el amo y señor de la intervención. No es extraño que la conclusión de todo lo anterior sean técnicos quemados que se aburren profundamente ejerciendo su profesión, cuya tarea, aparentemente, se reduce a prescribir extrañas mezclas psicofarmacológicas que recuerdan vagamente a la alquimia.

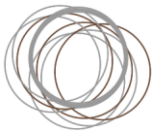


Está bien documentado que el precio a pagar por ejercer esta profesión no sólo se limita al ámbito técnico sino que se amplía al personal: tenemos el honor de presentar una alta tasa de suicidios, divorcios y consumo de sustancias. Otra guinda, fruto de la mala praxis profesional, es la involucración sexual con los pacientes.

A pesar de este sombrío panorama, nos sentimos orgullosos de nuestro quehacer y recomendamos esta profesión como algo muy humano, que permite conocer a los otros y, a través de ellos, a nosotros mismos. Pasaremos a explicar el enfoque psicoterapéutico y sus beneficios para los clientes, pero también como un elemento capital para contrarrestar al agotamiento profesional de los técnicos.

La psicoterapia es una mezcla de ciencia, arte y artesanía que permite tratar la experiencia humana “anormal”, a través de:

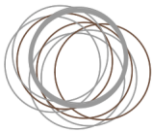
- 1) Estimula la curiosidad intelectual del profesional al situar, en el centro de la intervención, el reto de colocarnos (benévolamente) en la piel de los otros. La benevolencia es fruto de la creencia de que los humanos actúan de la mejor manera posible, según su propio mapa del mundo. Evidentemente, no es necesario que nosotros estemos de acuerdo con las elecciones de nuestros clientes, pero sí debemos comprenderlas señalando las razones humanas y dignas que sustentan sus comportamientos (actuaciones que, a veces, son inhumanas e indignas). Las preguntas a responder son: ¿por qué un joven se encierra en sí mismo, en su imaginación, y desconfía, a la vez que anhela el contacto con otros seres humanos?, ¿por qué una madre amorosa impone un trato errático a su hijo más querido?, ¿por qué un padre se proyecta en la vida de su hijo y lo sabotea con insistencia?, ¿por qué los profesionales a los que se acude a buscar ayuda se viven como enemigos cuestionadores y torpes? Pero también la curiosidad debe dirigirse a la propia actuación del profesional: ¿qué hacemos los técnicos, que, a pesar de nuestras buenas intenciones, acabamos favoreciendo todo el lío anterior?, ¿cómo puede ser que instituciones que tratan la salud mental propongan ambientes insalubres para pacientes y profesionales, caracterizados por la falta de tiempo, de medios, de reconocimiento y de calidez?



- 2) Proporciona técnicas de intervención, ya que, no tan sólo se trata de comprender las razones profundas que mueven a los humanos, sino que debemos cambiar a los pacientes y a sus familias con un método eficaz, contrastado científicamente. Siempre teniendo en cuenta que no existen llaves maestras, sino que el método psicoterapéutico nos obliga a ser humildes para negociar, adaptar y refinar cada técnica con los clientes. Ellos son los verdaderos sabios, no la estadística.

- 3) Conceptualiza a los pacientes, clientes y usuarios, como supervivientes, no como víctimas o verdugos. La ventaja de tratar con supervivientes es que nos fuerza a reconocer sus recursos para crecer y mantenerse con vida en ambientes difíciles, a la vez que nos obliga a protegernos de esos mismos recursos, que pueden ser puestos en acción en situaciones que nosotros juzgamos como benévolas, como por ejemplo, la propia sesión de psicoterapia. Los supervivientes son formidables en esos dos sentidos, son admirables pero peligrosos (para sí mismos y para los demás). El optimismo terapéutico que enmarca el concepto del cliente como superviviente no es sinónimo de ingenuidad, ya que resaltamos su peligrosidad y el deber que contraemos con ellos de protegerlos y de proteger a los otros, incluido al propio profesional. En cambio, pensar en víctimas mueve nuestra compasión pero nos deja expuestos a reacciones que nos sorprenden con el paso cambiado. Pensar en víctimas significa la aparición de verdugos, cuyo tratamiento nos acerca a los exorcistas, personajes que la Ciencia del siglo XIX derrotó y que no hace falta invocar.

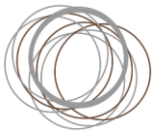
Los profanos que ingenuamente se acercan a nuestra profesión y se encuentran con diversos modelos basados en tradiciones y teorías diversas con conclusiones diferentes, incluso contrapuestas, en determinados momentos, (todo ello aderezado con luchas de poder tan queridas por la raza humana) En defensa de los psicoterapeutas, recordaremos que si una lesión de rodilla provoca diagnósticos y tratamientos diferentes, incluso opuestos, razón de más para conceder el beneficio de la duda a quienes tienen que enfrentarse al sufrimiento psíquico, bastante más difícil de desentrañar y aliviar que una lesión articular. Y de las luchas de poder todos conocemos su ubicuidad.



Dentro de los diferentes modelos psicoterapéuticos, el modelo sistémico es sumamente protector para el profesional, ya que toma como objeto de estudio la relación del paciente y de su familia con el profesional, en un contexto determinado, enmarcado en una institución y en una red profesional. Tal unidad de análisis, tomando las palabras de J.L.Linares, permite favorecer el orgullo del profesional a la vez que lo templea con la modestia ecológica. L. Cancrini (comunicación personal, aunque no privada, ya que se refiere a este tema con cierta frecuencia en sus seminarios) siempre defiende una formación inicial en el modelo sistémico para completarla con el modelo psicoanalítico cuando se llega a la cuarentena.

- 4) La psicoterapia sistémica potencia trabajar con familias al completo, lo que amplía los recursos a disposición del técnico al precio de solucionar difíciles retos técnicos, el más evidente es la conducción de una entrevista conjunta. La frase tópica con la que presentamos nuestra forma de trabajar a nuestros clientes es: “La familia nos ayuda y la familia nos hace sufrir” y todos asienten gravemente al oír tal afirmación. A mis alumnos les digo: “si me encuentran con un bala en el cráneo, la policía –que sabe mucho- irá a buscar a mi esposa. Si me diagnostican un cáncer terminal -yo que sé mucho- iré a buscar a mi esposa”. Esas son las razones obvias para trabajar con familias. Además, cuando el técnico no sabe cómo continuar el proceso terapéutico, el modelo sistémico le proporciona una solución: ampliar la convocatoria, con el objetivo de oír opiniones diferentes. Tal ayuda no viene mal, ya que trabajando con pacientes graves, la mente del profesional se encuentra más tiempo sumida en el desconcierto que en una diáfana claridad.

El otro aspecto común a la formación psicoterapéutica es colocar la vida personal del profesional en el foco de atención. Los técnicos debemos responder a las preguntas ¿por qué elegimos esta profesión?, ¿cuánto de cura propia hay en el desarrollo de nuestra profesión?, ¿cuánto de compensación por una vida personal anodina?... El modelo sistémico no propone un análisis didáctico, sino una reflexión sobre la familia de origen y sobre los acontecimientos de la vida actual de los profesionales que influyen en la intervención clínica. De la misma forma que el modelo sistémico apuesta por intervenciones breves, también lo hace en el apartado de formación: formaciones intensas seguidas de espacios de supervisiones.

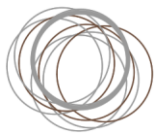


La psicoterapia no tan sólo propone la formación como elemento protector sino que le añade la supervisión. Encontramos supervisiones que responden a razones distintas, como deseos de control de las instituciones o a mayor gloria de ciertos personajes. Una supervisión basada en la demanda de los propios profesionales (previamente formados) que saben del beneficio de una revisión periódica de sus casos es una mina de sabiduría que redundará en beneficio de los pacientes, de la dinámica de equipo y del mantenimiento de redes profesionales.

La supervisión tiene muchas modalidades, la que hemos tratado en este artículo es la indirecta y en grupo. Al ser en grupo, la ventaja más obvia es la universalización: todos los profesionales, en algún momento, nos encontramos en dificultades en los procesos psicoterapéuticos. En la supervisión en grupo, la mente del profesional atiende a la conversación sobre el caso presentado y a los comentarios, a la vez que se le aparecen similitudes con sus propios casos. La oscilación de la atención del técnico desde el aquí y ahora de la supervisión hacia sus clientes es un signo de que la supervisión está siendo útil.

Para que una supervisión se pueda hacer en equipo, las relaciones profesionales deben basarse en el respeto y en la ayuda mutua. También debe estar presente la curiosidad, ya que los equipos están formados por técnicos con diferentes formaciones de base y diversa experiencia. Este punto parece una perogrullada, pero hay equipos en que mostrarse débil está seriamente penalizado. Y la supervisión es un espacio en donde el técnico reconoce su impotencia frente a un caso en particular. Hay equipos que se lanzan a la yugular. He asistido a supervisiones en donde las lágrimas aparecieron. Hay riesgos en la supervisión: grupos en conflicto que aprovechan el espacio como munición para alimentar sus guerras particulares, grupos inmersos en una lucha de poder que para asegurarse el beneplácito del jefe convierten el espacio de supervisión en una pasarela de alabanzas triviales, jefes que desean controlar a sus empleados a través de la supervisión.

Por otro lado, los equipos deben construir un lenguaje común para conseguir un diálogo enriquecedor. La supervisión es un espacio que ayuda a construir ese lenguaje al aportar una metodología de intervención y al crear un espacio de seguridad. Todos los participantes (supervisor, equipo e invitados) deben estar alertas para gestionar la seguridad del espacio en común. Es una tarea similar a cuidar un parque público, a hacer política en el viejo y auténtico sentido de la palabra. Todos deben comprometerse en el respeto y cuidado mutuo y a no utilizar lo que se dice en



supervisión para beneficio propio en otros contextos.

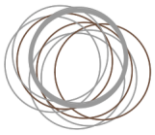
Para cumplir su función, el supervisor debe poseer una amplia experiencia en el campo clínico, en la docencia, en el manejo de grupos y en los aspectos técnicos de la supervisión. Pero más allá de calificaciones profesionales, el supervisor debe cumplir dos objetivos básicos:

- 1) *Nutrir*, que tiene como objetivos: favorecer el crecimiento profesional y personal, rescatar la responsabilidad ética y profesional, reconocer las mejoras conseguidas en los casos, ayudar a huir del victimismo, favorecer el desarrollo del orgullo profesional y, sobre todo, asombrarse genuinamente por la originalidad de las intervenciones de los técnicos.

- 2) *Proteger*, que significa: cuidar en lo personal y profesional a los participantes de la sesión de supervisión, luchar contra la omnipotencia, repartir responsabilidades en la red profesional y reconocer los límites del ecosistema (entorno sociocultural de las familias y entorno organizativo del profesional).

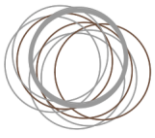
Para iniciar la despedida recordando el inicio, debemos utilizar el espacio de supervisión para consolidar las redes profesionales, invitando a profesionales externos a que participan en el caso. También se alienta al grupo supervisado a compartir los éxitos, las dudas, los consejos y el material aportado por el supervisor con la red profesional.

Jamás me han gustado las alabanzas sin matices sobre el trabajo en red, ya que muchos de los contactos con redes profesionales son, en primer, en segundo y en tercer lugar, desesperantes. Las luchas de poder entre instituciones, las “funciones” de los equipos que son tratadas como territorialidades inviolables, las discusiones sobre modelos de intervención y las necesidades individuales de seguridad de los profesionales son razones para la desesperación. Todo ello se traduce en hablar y no escuchar, en frustración e, incluso, insomnio de los técnicos. Dicho lo anterior, he de reconocer que he asistido a alguna reunión de red muy útil e incluso determinante e imprescindible. Este aspecto de la profesión exige paciencia y tesón, a la vez que prudencia y sabiduría.



Ahondando en el párrafo anterior, la relación con la familia extensa se parece a la que tenemos como profesionales con la red de intervención. El técnico confía demasiado en la frase: "Todos trabajamos en beneficio del paciente" –sólo faltaría que nuestro ejercicio desembocara en el maleficio del cliente- y sale escaldado porque apenas vislumbra muchas de las jugadas que se cruzan a diversos niveles – personales, de equipo, institucionales-. El profesional se siente insignificante y confuso al intuir que es utilizado como moneda de cambio en diversas transacciones. Aunque la red, como la familia extensa, también ofrece remansos de paz y sabiduría, líderes sagaces y ofertas de colaboración inimaginables en un inicio. Se debe viajar por las redes con prudencia, aderezada con unas gotas de maquiavelismo* para sentirse protegido y, así, poder añadir a esa exploración, la esperanza y las ganas de aprender.

*El maquiavelismo se puede reducir a un cierto pragmatismo: "Tengo unos objetivos con mi usuario y debo influir, manipular, utilizar la red para conseguirlos".



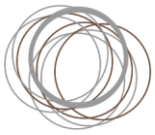
La familia nuclear se asemeja al equipo. En un inicio, es un lugar de grandes pasiones e inversiones intelectuales, para acabar conformando unas relaciones caracterizadas por el crecimiento pausado y el apoyo. Como la familia de procreación, el equipo precisa de un cuidado constante. Al faltar éste, surgen traiciones, desilusiones, cansancio y agotamiento profesional.

Así, nos deberíamos recordar que trabajamos en equipo porque es fuente de riqueza intelectual, de creatividad en la intervención y de soporte emocional, pero a veces pagamos el precio de los malentendidos y de la escasa disponibilidad.

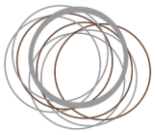
Como profesionales, trabajamos en red porque los casos deben ser abordados desde muchos ángulos. Esa convicción, fruto de nuestras limitaciones individuales como técnicos, debe acompañarse de un respeto profundo por las posiciones de los otros profesionales. El riesgo a evitar es la construcción de campos de batalla en donde pululan las victorias pírricas, los héroes anónimos y los cobardes que huyen, pero lo que más abunda son los perdedores (pacientes identificados, menores, aunque también educadores, trabajadoras familiares, servicios de base, los más débiles engordan este capítulo). En estos casos, la red se presenta como un isomorfo (un espejo) de las relaciones disfuncionales de la familia, alimentándose mutuamente. El resultado final, fruto de la escisión y de la polarización progresiva, convierte a todos los participantes en caricaturas de sí mismos.

Cedo la palabra a Joana Alegret, psiquiatra mucho más optimista que la media de profesionales con el funcionamiento de las redes profesionales y que habla desde su larga experiencia en servicios públicos de salud mental:

“A veces, cuando el profesional se encuentra sin equipo o el equipo es un “como si”, alguien de la red puede cumplir sus funciones. Talmente como una abuela o un tío ocupan lugares en los que mamá o papá no podían ejercer o sólo lo hacían a medias. Este “equipo virtual” no precisa de reuniones plenarias y permite una economía de recursos en aquellas situaciones donde la mala suerte ha hecho estragos”.



Para finalizar una imagen: los pescadores remendando sus redes. En un puerto del Mediterráneo, a la luz del atardecer, se puede disfrutar de esa bella imagen. Los remiendos serán puestos a prueba a la mañana siguiente y, con toda seguridad, la red se romperá y el pez será capturado. El trabajo sobre las relaciones humanas no debe temer las rupturas sino que debe saber que las redes profesionales y personales se vuelven más sólidas por la reparación paciente de muchas manos expertas. El objetivo de nuestra profesión es capturar a las personas sufrientes y conseguir así que los peces no sean tan sólo pescados, sino que se conviertan en nudos de la red, para así convertirse, a su vez, en fuente de consuelo y esperanza.



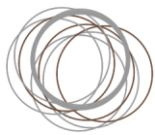
Revisión del caso 12.12.2013

Tenemos el seguimiento de la terapeuta familiar, ya que el paciente concluyó positivamente su estancia en el Hospital de Día. Actualmente, está realizando un curso en Prelaboral, servicio en donde se realiza el aprendizaje de un oficio con una tutoría constante y cercana. Durante este último año, ha acudido puntualmente al Centro de Salud Mental a visitas mensuales en las que se revisa la sintomatología y la psicofarmacología.

De la supervisión como intervención preventiva

Las situaciones profesionales que llegan a supervisión indirecta son de tres tipos:

- 1) Casos bloqueados en los que, después de una larga intervención, el técnico busca aliento y consejo para salir del atolladero. Son los clásicos casos de supervisión.
- 2) Casos en un momento inicial que han generado desconcierto y confusión al profesional. En esta situación, la supervisión es preventiva, al ayudar a diseñar un plan general de intervención, al utilizar las emociones del técnico como guías diagnósticas y al sugerir pasos concretos que introducen prioridades en la actuación técnica.
- 3) Y, por último, otros casos que no debieran llegar a supervisión ya que son fruto de la soledad del profesional (que desea compartir un caso exitoso, por ejemplo) o de líos institucionales o del equipo (casos sin esperanza en donde el profesional ha dimitido y piensa seguir haciéndolo). Este triste grupo indica que la supervisión no es el espacio adecuado de formación en ese momento y debe ser redefinido como perjudicial para los profesionales y la institución,



ofreciendo alternativas como supervisión de equipo, institucional, espacios formativos reglados, encuentros de red,...

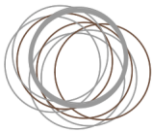
Seguimiento

La terapeuta familiar empezó el seguimiento señalando la utilidad de la supervisión en los casos en un momento inicial –recordemos que tan sólo había realizado una entrevista conjunta- Asimismo, la presencia de otros profesionales, en el espacio de supervisión, que conocían al paciente y sus familiares, permitió engarzar el espacio psicoterapéutico con los asistenciales y plantearse un objetivo pragmático inmediato: la vinculación consistente y segura del paciente y su familia a la red de intervención. Anteriormente y, por largo tiempo, esa relación sólo se logró en forma precaria y por las crisis sintomáticas que precisaban de ingresos. Era prioritario, por tanto, crear una sólida alianza terapéutica.

La terapeuta familiar recuerda con placer el juego de los animales, que le sirvió para resaltar el aspecto humano de cada uno de los personajes, dejando atrás etiquetas diagnósticas que resultaban paralizantes para la profesional, que tan sólo percibía psicopatología en todos los miembros de la familia. Para la supervisada, recuperar aspectos personales funcionales completó el cuadro, ya que por su formación le es más fácil pensar en términos relacionales que en estrategias individuales.

La supervisión sirvió como lluvia de ideas para construir hipótesis que ayudaron a la elaboración de la historia familiar.

En la sesión inicial de terapia familiar, la presencia de todos los miembros en la realización de la historia ayudó a rellenar huecos en la narración y a airear secretos que, anteriormente, habían propiciado una narrativa inconexa que dificultaba la comprensión del otro. Ese trabajo conjunto se realizó respetando las individualidades de cada miembro de la familia.



El hermano

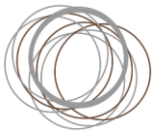
La supervisión tampoco huye de aconsejar planes precisos de intervención, no con la pretensión de que se cumplan a rajatabla, sino con el objetivo de que la opinión del supervisor sea clara, insistiendo en que la responsabilidad última es del profesional. El supervisor no da órdenes, tan sólo aconseja. Esa claridad ayudó mucho en la convocatoria del hermano, promoviendo una intervención que facilitó su salida de forma que fuera gratificante para ambos, hermano y paciente identificado, y en ayudar a traspasar la responsabilidad del cuidado a los padres.

Muy interesante y terapéutica fue la maniobra de reparación del hermano que reconoció al paciente identificado haberlo utilizado como “chico de los recados”, además de buscar, a través del cuidado del hermano, un reconocimiento de los padres y su promesa de actuar, de ahora en adelante, como leal hermano, quedando a disposición de los terapeutas a través de teleconferencia o similar ya que reside en Milán, feliz con su trabajo y con su novia. Durante este último año, tan solo pudo asistir a una entrevista conjunta.

Los padres

La implicación de los padres se tambaleó, en un primer momento, por una crisis de pareja que les llevó a una separación temporal. La terapeuta intervino en esa área para ayudarles a salir de sus planteamientos egocéntricos, para que superaran sus rasgos narcisistas e histriónicos respectivos, con el objetivo de que reconocieran y apreciaran al otro miembro de la pareja.

Una vez estabilizada la pareja, se dio paso a una intervención centrada en la parentalidad. Los progenitores presentaban apegos diferentes que requirieron intervenciones personalizadas.



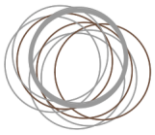
El padre

Al padre, prevalentemente evitativo, hubo que guiarlo para que se acercara a su hijo y a que expresara emociones. Para sorpresa de la profesional, apareció un “padrazo” que aprendió a relacionarse con su hijo de forma cariñosa y sincera.

El padre es la persona encargada de mantener el contacto telefónico con la terapeuta e incluso le trae algún detalle de su tierra. Se muestra muy agradecido con el trato recibido.

La madre

A la madre hubo que contenerla ya que por su apego ansioso-ambivalente tendía al desborde emocional y a una impulsividad extrema. La mujer afirmaba: “Tal como pienso las cosas las digo”. Sus ideas y emociones fueron redefinidas como “tesoros internos” que debían ser administrados a cuentagotas a los otros miembros de la familia y, muy especialmente, al paciente identificado. A lo anterior, se sumaron diversas simuladas en sesión para que la madre tuviera más control en el trasvase de información. Las amigas de la madre fueron un gran aliado que ayudaron a modular la impulsividad y la expresión emocional, en situaciones sociales más sencillas de manejar para la madre. La terapeuta realizó un cauto y discreto reconocimiento, para legitimar que la expresión de amor y cuidado hacia el hijo pasaba más por la preparación de una buena comida que por un rato de charla o por darle un beso. La madre no abandonó sus características “mecánicas”, aunque las matizó. Más que el terapeuta, fue el marido el encargado de realizar el marketing de su esposa reconociéndole sus dotes de cuidadora frente a los hijos.



El paciente

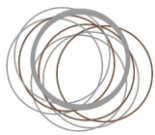
Por último: la situación actual del paciente identificado. Sigue viviendo solo, aunque el piso está un poco desorganizado y sucio. Los padres deben echarle una mano cuando vienen. Continúa sin novia, pero manteniendo las relaciones sociales que siempre tuvo. En este año, ha compartido tres veces unas cortas vacaciones con los padres.

Respecto a su plan de tratamiento, está inscrito en un curso de Prelaboral de carpintería en el que se siente muy bien, manteniendo una relación confiada con el tutor.

Es autocrítico con sus delirios: “He podido unir muchas reflexiones de profesionales y de amigos y creo realmente que eran paranoias”. Lo dice con lucidez y calma.

En todas las convocatorias conjuntas de la psicoterapia familiar, el paciente identificado ha participado de forma activa, interviniendo pocas veces, pero con gran lucidez. Fueron sesiones mensuales muy intensas, de una duración de más de noventa minutos, ya que los padres deben desplazarse mil kilómetros. El paciente no volvió a ausentarse de la sala, como hizo el primer día. En la actualidad, familia y equipo profesional decidieron dar por concluido el espacio terapéutico para pasar a sesiones trimestrales de seguimiento.

El paciente, UNICORNIO ASUSTADO DISFRAZADO CON PIEL DE LOBO, seguirá sus revisiones periódicas en el Centro de Salud Mental y su futuro pasa por insertarse en el mundo laboral.



BIBLIOGRAFÍA

Alegret, J. Comunicación personal

Cancrini, L. "La construcción terapéutica: estudio de una sintaxis de la intervención." en "La psicoterapia: gramática y sintaxis" Ed. Paidós. Pp. 130-190. Barcelona, 1991.

Canevaro, A. "Terapia Individual Sistémica". Ed. Morata. Barcelona, 2012

Cirillo, S. "Malos padres". Ed. Gedisa. Barcelona, 2012

Crittenden, P. M. "Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego" Ed. Promolibro. Valencia, 2.002.

Fishman, H.Ch. y Rosman, B.L. (coordinadores) "La familia como fuga" de H.Ch Fishman en "El cambio familiar: Desarrollo de modelos" Ed. Gedisa. Buenos Aires, 1.988.

Haley, J. "Terapia no convencional". Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1980.

Herman, J. "Trauma y recuperación". Espasa libros, S.L.U., 2004.

Imber-Black, E. "Familias y sistemas amplios". Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2.000

Linares, J.L. "Identidad y narrativa". Ed. Paidós. Barcelona, 1.996.

Marrone, M. "La teoría del apego. Un enfoque actual". Ed Psimática. Madrid 2001.

Minuchin, S. "La recuperación de la familia" Ed. Paidós. Barcelona, 1.994.

Papp, P. "El proceso del cambio". Ed. Paidós. pp. 31-81. Barcelona, 1994.

O'Hanlon, B. "Desarrollar posibilidades. Ed. Paidós, Barcelona, 2001.

Selvini, M. (compilador) "Crónica de una investigación". Ed. Paidós, Barcelona, 1990.

Selvini, M. "Once tipos de personalidad" Revista Redes, diciembre 2010.

Selvini, M. "Once tipos de personalidad: Cuatro años después". Revista Redes, diciembre 2010.

Pérez Salas, P. "Trauma, culpa y duelo". Ed Desclée de Brouwer, Bilbao, 2006

Wynne, L.C.; McDaniel, S.H.; Weber, T.T. "Systems consultation" A New Perspective for Family Therapy, The Guilford Press, New York, 1986

Artículo publicado en REDES nº 30, abril de 2014