

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

Joel S. Bergman

Pescando barracudas

**Pragmática de la terapia
sistémica breve**



Joel S. Bergman

Pescando barracudas

Pragmática de la terapia
sistémica breve

Prólogo de Mara Selvini Palazzoli



PAIDÓS

Barcelona
Buenos Aires
México

Título original: *Fishing for Barracuda*, de Joel S. Bergman
Publicado originalmente en inglés por W. W. Norton and Co., Nueva York

1.ª edición, 1987

1.ª edición en esta presentación, noviembre de 2018

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© W. W. Norton and Co., 1985

© de la traducción, Ofelia Castillo, 1987

© de todas las ediciones en castellano,

Espasa Libros, S. L. U., 1987

Avda. Diagonal, 662-664

08034 Barcelona, España

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

www.paidos.com

www.planetadelibros.com

ISBN 978-84-493-3509-9

Depósito legal: B. 22.649-2018

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico.

Impreso en España – *Printed in Spain*

INDICE

Prólogo, de <i>Mara Selvini Palazzoli</i>	7
Agradecimientos	9
Prefacio	11
<i>Capítulo 1.</i> Selección de las familias resistentes	15
<i>Capítulo 2.</i> Captar familias	41
<i>Capítulo 3.</i> Formulación de hipótesis clínicas	61
<i>Capítulo 4.</i> Uso y abuso de los equipos	83
<i>Capítulo 5.</i> Víctimas, asesinos y francotiradores	96
<i>Capítulo 6.</i> Algunos rituales y metáforas favoritos.	109
<i>Capítulo 7.</i> Mantenerse a flote en aguas peligrosas.	140
<i>Capítulo 8.</i> Sobrevivir como terapeuta.	157
Referencias bibliográficas	181

CAPITULO 1

SELECCION DE LAS FAMILIAS RESISTENTES

Los problemas que enfrenta un terapeuta que va a empezar a tratar a una familia "resistente" son similares a muchos de los planteados por el tratamiento de una familia "cooperativa". No obstante, cuando una familia difícil quiere ser tratada es necesario considerar ciertas cuestiones y factores adicionales. Este capítulo analiza algunos de estos factores adicionales y muestra la manera de: reconocer a las familias resistentes; obtener información importante durante la conversación telefónica inicial; reconocer las derivaciones amistosas y las hostiles; evaluar la resistencia; decidir qué miembros de la familia serán invitados a la primera sesión y ocuparse de las maniobras previas a la primera sesión.

CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS RESISTENTES

Defino a una familia difícil o resistente como *aquella que ha demostrado poseer una impresionante capacidad para derrotar psicoterapeutas*. Esa capacidad puede atribuirse a una familia que ha derrotado a algún psicoterapeuta o instituto psicoterapéutico de reconocido prestigio o que, a lo largo de cinco o más años, ha derrotado a un considerable número de psicoterapeutas.

Una vez que me entero, a través de la conversación telefónica inicial, de esta impresionante historia de fracaso terapéutico, empiezo inmediatamente a pensar a mi "manera resistente" y a considerar a la familia de un modo diferente que a una menos resistente. (Podría agregar que las familias resistentes están lejos de serlo a lo largo de todo el curso de la terapia. A menudo, una vez que ha sido vencida la resistencia inicial, y la familia, "pescada" [véase el capítulo 2], se puede continuar tratando a sus miembros como si fuesen cooperativos, hasta que el terapeuta encuentra una nueva resistencia. Básicamente yo hago terapia familiar estructural con la mayoría

de las familias hasta que encuentro resistencia; en ese momento abordo la resistencia de un modo sistémico breve).

Otra de mis maneras de evaluar la resistencia de la familia surge de una descripción de los síntomas. *Por lo general, mientras más grave y crónico es el síntoma, más resistente al cambio será la familia.* Esta hipótesis se basa en mis experiencias clínicas con familias resistentes, que me llevaron a elaborar los siguientes supuestos de trabajo:

- 1) Todos los síntomas de los hijos estabilizan a los matrimonios inestables; y si un síntoma "leve" no puede estabilizar a una pareja, se necesitará un síntoma "grave".
- 2) Mientras mayor sea la magnitud del conflicto matrimonial, mayor será la magnitud del síntoma.
- 3) Mientras más encubierto o escondido esté el conflicto matrimonial, más se necesitará un síntoma para estabilizar el conflicto de la pareja a fin de que permanezca oculto o encubierto.

Mi supuesto de que todos los síntomas estabilizan a las parejas inestables proviene de mi experiencia clínica de trabajo con hijos sintomáticos. En *todos* los casos que he tratado durante los últimos diez años, la eliminación del síntoma de un niño ha estado acompañada de una intensificación y de un agravamiento de un conflicto matrimonial. Además, una vez que el conflicto matrimonial es puesto en descubierto, reconocido y encarado por la pareja en terapia, rara vez el niño sintomático continúa siéndolo. Cuando la pareja no reconoce el problema o no está dispuesta a encararlo en el tratamiento, el síntoma del niño se mantiene periódica o permanentemente.

Una vez eliminado el síntoma del niño, yo *nunca* comienzo la terapia de pareja con los padres si no me lo solicitan directamente. Trabajar con la pareja antes de que ambos estén preparados da con frecuencia por resultado que el niño los "rescate" produciendo síntomas de nuevo. Entonces la pareja sólo utilizará la terapia para hablar de su hijo sintomático. Por lo tanto, el terapeuta debe esperar hasta que el síntoma del niño desaparezca y, *después*, la pareja solicite una terapia. A veces la solicitud no se produce porque los padres estabilizan su sistema con alguna otra cosa, como otro psicoterapeuta, otro hijo u otro síntoma en el mismo hijo, un amante, el alcohol, el trabajo, etc. En ocasiones, la pareja resuelve el problema por sus propios medios. A través de los años, sin embargo, la relación de vaivén que he observado entre el síntoma de un niño

y un conflicto matrimonial me ha convencido de que todos los síntomas de los niños estabilizan a los matrimonios.

La experiencia me ha enseñado también que mientras más severo y crónico es el síntoma, más resistente al cambio será la familia. Cuando los miembros de una familia con un problema crónico acuden a mí y despliegan una impresionante historia de fracasos de tratamiento, me están diciendo algo. Yo doy por sentado que algunos de los terapeutas derrotados por la familia son profesionalmente muy competentes; por lo tanto, una historia crónica me indica que la familia está buscando más bien la homeostasis que el cambio y que será resistente.

Un síntoma grave me dice también que el sistema resistirá al cambio, dado que requiere un síntoma tan "grande" para estabilizarse. Supongo que es probable que en todos los sistemas familiares se produzcan primero los síntomas "pequeños", y que si un síntoma pequeño no es suficiente para estabilizar un sistema, se desarrollará uno grande. Cada vez que consigo eliminar el síntoma en una familia recojo evidencias que confirman esta suposición. Cuando se elimina un síntoma grave y crónico, el cambio que se produce en los sistemas, sobre todo en la pareja matrimonial, es más drástico que cuando el síntoma es pequeño. Por ejemplo, en los casos de psicosis o anorexia, la eliminación del síntoma puede resultar en divorcio, abandono, depresión grave o enfermedad y a veces hasta en una muerte, como en los casos de suicidio. Por el contrario, la eliminación de un síntoma pequeño, como por ejemplo la enuresis nocturna, mala conducta en la escuela o problemas de disciplina, produce con frecuencia reacciones matrimoniales menos drásticas.

El último de mis supuestos es que *mientras más encubierto o escondido está el conflicto matrimonial, más se necesitará de un síntoma para estabilizar el conflicto, de modo que pueda permanecer oculto o encubierto*. He descubierto que, en general, mientras más peleas hay en la pareja o más evidente es su conflicto, más fácil resulta ayudar al sistema familiar a cambiar. Cuando un matrimonio me dice que nunca han peleado o que nunca tuvieron diferencias en 25 años de vida conyugal, yo me siento muy ansioso porque sospecho que por debajo se desarrolla una guerra encubierta que llevará al surgimiento de síntomas muy resistentes en los hijos, al crimen, al suicidio o a una enfermedad grave de la pareja. Mientras más abiertas sean las peleas y más evidente el conflicto, más oportunidades tendré, como terapeuta, de facilitar el cambio.

Por lo tanto, al tratar a una familia resistente uno de cuyos

miembros es anoréxico, bulímico, esquizofrénico, maníaco-depresivo o bien un obsesivo-compulsivo hospitalizado, mis hipótesis de trabajo son diferentes que al enfrentarme con una familia en la cual el problema es una enuresis nocturna o un trastorno de conducta leve. Supongo entonces que en el primer grupo existe un conflicto matrimonial intenso y a menudo encubierto y que la resistencia al tratamiento será considerable, debido al miedo de la familia (real o imaginario) de que si el tratamiento tiene éxito, alguno de sus miembros (por lo general uno de los padres) se irá (a través del divorcio, una enfermedad grave o la muerte). En el caso de la enuresis nocturna, por el contrario, doy por sentada la existencia de un conflicto matrimonial menos intenso y/o más explícito, por lo cual el sistema familiar se siente menos amenazado ante la eliminación de un síntoma.

Otro índice que utilizo con frecuencia para determinar el grado de resistencia de un sistema es el número de psicoterapeutas vinculados habitualmente a la familia. Suelo referirme jocosamente a estos terapeutas como a los doctores Homeostato. Mi experiencia me indica que mientras mayor es el número de doctores Homeostato implicados en el caso, más resistente al cambio será la familia. No sólo las familias usan a los doctores Homeostato para intentar estabilizar un sistema familiar sino que a veces estos mismos homeostatos cumplen funciones casi iatrogénicas. Por lo tanto, éste es uno de los primeros factores que hay que considerar y eliminar a fin de poder empezar a ocuparse del sistema familiar nuclear.

Recuerdo un caso que traté hace algunos años en el proyecto de Terapia Breve del Instituto Ackerman de Terapia de la Familia. El paciente era un hombre de 30 años, que desde hacía nueve entraba y salía de los hospitales con un diagnóstico de trastorno maníaco-depresivo. Había sido hospitalizado por primera vez a los 19 años y tratado en el hospital por un joven médico residente que hacía psiquiatría biológica. Diez años después supimos que este psiquiatra biológico se había convertido en el psiquiatra de la familia y que no sólo recetaba medicación al paciente sino que también indicaba medicación antidepresiva y tratamiento de electroshock para el padre, y Valium para la madre. Cada vez que la madre se sentía ansiosa por su hijo o su marido, llamaba al doctor Homeostato para que introdujera algún cambio en la medicación de sus hombres.

Apenas iniciado el tratamiento de esta familia, se hizo evidente que este médico era una persona muy íntima y un miembro importante de la familia. Era como si fuese un hijo más, como si él y el verdadero hijo estuvieran haciendo

residencias paralelas: el primero en psiquiatría biológica y el segundo en psicosis maníaco-depresiva.

Cuando comenzamos el tratamiento yo no le di a este doctor Homeostato la importancia que le daría hoy. Cada vez que el tratamiento empezaba a alterar el sistema familiar, alguien —por lo general la madre— llamaba al doctor Homeostato para que cambiase alguna medicación. Casi todos los cambios terapéuticos que se producían provocaban un cambio opuesto, psiquiátrico o de orientación biológica; en consecuencia, poco se avanzó en el tratamiento. Considerando el problema retrospectivamente, pienso que si yo tuviera que tratar a esta familia hoy, sabiendo cuán importante era para ellos el doctor Homeostato y la medicación biológica, no iniciaría ese tratamiento sin incluir al doctor Homeostato por lo menos en las primeras sesiones. De ese modo yo podría averiguar de qué modo su situación en la familia estabilizaba el sistema y evitaba que cambiase en la dirección que yo llamaría terapéutica.¹

* * *

Recuerdo además una conversación telefónica que tuve una vez con una mujer que me llamó para solicitarme una consulta con su familia. Tanto ella como su marido y sus dos hijos (estos últimos eran los pacientes identificados) hacía muchos años que estaban en terapia individual. Alegó que, aun cuando la familia también estaba en ese momento en terapia familiar, ella no estaba conforme con el desarrollo del tratamiento y quería tener otra opinión.

Mi opinión fue que ella no estaba dándoles una oportunidad a los terapeutas. Le dije que después de que ella les llamara francamente la atención a sus terapeutas y terminara todos los tratamientos, si *aún* estaba insatisfecha, yo tendría mucho gusto en hacer una consulta con su familia. Para mí fue evidente, aunque sólo hablé por teléfono, que esta mujer no quería hacer una consulta sino que estaba buscando otro doctor Homeostato para estabilizar un sistema, probablemente debido a que alguno de los terapeutas que se ocupaban

1. Unos cuatro años después de que di por terminado el tratamiento con la familia, el paciente fue hospitalizado nuevamente y la familia solicitó terapia de familia en el hospital. Sucedió que el terapeuta de familia de este hospital era uno de los estudiantes que estaba siguiendo un curso que yo dictaba en el Instituto Ackerman, titulado "Cómo tratar a las familias resistentes". Cuando la familia le dijo a mi alumno que habían estado en tratamiento en Ackerman, él me preguntó si yo conocía a la familia. Para hacer todo más irónico, el estudiante quiso llevar a la familia a la clase en el Instituto para obtener mayor provecho del curso. Nosotros pensamos que una vez más la familia estaba buscando más bien homeostasis que cambio, y que la única manera en que la familia sería tratada en el hospital por este estudiante sería bajo mi supervisión. Cuando se lo dijeron a la familia decidieron que no estaban especialmente interesados en hacer terapia de familia. Yo lo interpreté como un signo de que la familia prefería mantener la homeostasis con un estudiante que arriesgarse a cambiar con el maestro de ese estudiante.

del caso habían empezado a cambiar el sistema familiar. Ahora bien, aunque ayudar a las familias a cambiar es algo que ciertamente me interesa, no tengo la menor intención de permitir que una barracuda me muerda los dedos de los pies.

Haré ahora una breve referencia a otro determinante de la resistencia y lo expondré con mayores detalles más adelante en este mismo capítulo. Se trata del proceso de derivación o del contexto dentro del cual se deriva a una familia para ser tratada. A veces, por ejemplo, se descubre que la resistencia al cambio se debe más al contexto de la derivación que a la familia. La derivación podría estar “arreglada” para el fracaso; esto puede ocurrir cuando se recibe una derivación “hostil”. En tal situación, para poder iniciar el tratamiento es necesario evaluar —y reducir o eliminar— las fuentes potenciales de resistencia que pueda haber en el contexto de la derivación.

También es posible detectar otras fuentes de resistencia durante la conversación telefónica inicial con la familia. Dado que el tratamiento empieza con una llamada telefónica, la forma en que se recoge información y se maneja la resistencia constituye una parte fundamental del tratamiento.

LA LLAMADA TELEFONICA INICIAL

Ya sea que la familia me llame directamente, que me llame el terapeuta que la deriva o que yo reciba un formulario de admisión de otro terapeuta que ha entrado en contacto telefónico con ella, la entrevista telefónica inicial que hago es casi siempre la misma. Aunque tomo en consideración la información clínica recogida por otros profesionales, no lo estudio a fondo, porque prefiero mi propia parcialidad a la de los otros. Con frecuencia he descubierto que aun la información sobre la historia clínica de la familia obtenida por otros profesionales es inexacta o no fue proporcionada por la familia; por lo tanto, acostumbro tomar sólo tentativamente lo recogido por otros terapeutas.

Mi primer contacto con la familia es una llamada telefónica a la persona que llamó inicialmente. Durante esta conversación una de las primeras cosas que hago es esbozar un genograma que incluya a todos los miembros de la familia nuclear con sus edades, estado civil y lugar de residencia. También identifico a los “otros significativos” que viven en la casa, y no pierdo de vista a los abuelos u

otros miembros importantes de la tercera generación que vivan, por ejemplo, en el mismo edificio o muy cerca. Estas últimas personas son importantes porque uno de los temas más recurrentes en las familias resistentes con un síntoma grave es la existencia de ciertos asuntos no resueltos con sus padres, lo cual impide al paciente identificado (PI) de la tercera generación crecer emocionalmente y abandonar la casa familiar.

Después de recoger la información para este somero genograma, obtengo una historia de la sintomatología. En mi opinión, mientras más crónico parece ser el síntoma, más difícil será la terapia familiar y más resistente al cambio el sistema familiar. También consigo una breve historia de los tratamientos. Como ya he mencionado, una impresionante historia de tratamientos fallidos indica que la familia puede ser más experta y experimentada en permanecer igual y resistirse a los tratamientos que yo en cambiar las pautas familiares.

Después empiezo a pensar si veré a esta familia solo, con un colaborador o con un equipo de terapeutas de familia observando a través de un espejo que sólo permite ver desde afuera. Si se trata de una familia cuya historia parece abrumadora, por lo general prefiero invitar a otro terapeuta a participar en el tratamiento. Después de la sesión inicial con este colega estoy en condiciones de decidir si también será necesario invitar a un equipo. Mi experiencia con familias difíciles me ha enseñado que mientras más resistente, difícil y astuta es la familia, más necesito tener a mano a otros terapeutas. El número de terapeutas que se necesitan para tratar a estas familias depende de las características de la familia y de la experiencia del terapeuta (o los terapeutas) que ésta ha tenido. Es importante que la fuerza terapéutica *hacia* el cambio iguale o supere a la fuerza de la familia *contra* el cambio.

En cierta ocasión presenté en un congreso al que asistían psicoanalistas (Bergman, 1981a) un videotape acerca de la terapia de una familia uno de cuyos miembros era un agorafóbico crónico. Yo trabajaba con un equipo y señalé que nosotros, los terapeutas, habíamos transmitido a la familia un poderoso mensaje mixto: el terapeuta decía "cambien", mientras el equipo recalcaba los peligros del cambio. Este mensaje terapéutico mixto era necesario para equipararse al mensaje familiar mixto: "ayúdenos a cambiar, pero no nos cambien". El caso real está descrito en otro trabajo (Bergman y Walker, 1983).

Traté entonces de explicarle al auditorio cómo el mensaje terapéutico tenía que igualar al mensaje familiar, tanto en su potencia como en el hecho de ser mixto. Uno de los asistentes sugirió que tal vez la mejor manera de contrarrestar el mensaje familiar mixto sería tener una familia terapéutica similar

(el equipo), que transmitiera un mensaje terapéutico igualmente o más poderoso que el familiar. En otras palabras, la idea era que la familia terapéutica podría igualar a la familia real en experiencia y número de miembros, a fin de desarrollar mensajes terapéuticos dirigidos hacia el cambio que fuesen más poderosos que los mensajes de la familia clínica dirigidos contra el cambio.

Creo que con el paso del tiempo y la acumulación de experiencia los terapeutas se tornan más capaces de evaluar cuánta fuerza terapéutica se necesita. Al trabajar con estas familias es una ventaja evidente disponer de la mayor cantidad posible de combinaciones terapéuticas. También es conveniente que los terapeutas experimentados sepan cuándo se necesita más fuerza terapéutica. Muchas veces los terapeutas menos experimentados se encuentran en apuros al darse cuenta, casi siempre demasiado tarde, de que el sistema familiar es más poderoso que el sistema terapéutico. Es muy difícil para el terapeuta interrumpir el tratamiento de una familia en la cuarta sesión, al darse cuenta de que la familia es más poderosa que él. Cuando se producen estas interrupciones la experiencia puede ser desalentadora para la familia (Bergman y Walker, 1983).

¿Cómo se puede capacitar a un terapeuta inexperto para evaluar cuánta fuerza terapéutica es necesaria para tratar a ciertas familias? No lo sé con certeza. Muchos terapeutas lo aprenden retrospectivamente, cuando se han sentido "exhaustos" la cantidad de veces suficientes como para apreciar las limitaciones de su eficacia como terapeuta aislado. Quizás los nuevos terapeutas puedan inferir cuánta capacidad tiene el sistema familiar para resistir al cambio (y por lo tanto cuánta potencia es necesaria para producirlo) al tornarse más conscientes y respetuosos de la historia familiar de tratamientos fallidos, de la cronicidad y de la gravedad del síntoma. Si los terapeutas menos experimentados empiezan a sentirse ansiosos acerca de alguno de estos factores, deben pedir ayuda y procurarse una supervisión o bien otros terapeutas con los cuales trabajar en equipo.

Durante la entrevista telefónica inicial es importante descubrir cuáles son los miembros de la familia que están en ese momento bajo tratamiento individual, con quién y desde hace cuánto tiempo. Hace algunos años, si yo me enteraba de que varios de los miembros de la familia estaban en tratamiento individual, prefería no ver a la familia hasta tanto no se hubiesen completado los tratamientos individuales. Pensaba entonces que había demasiados homeostatos implicados, que estabilizaban el sistema y dificultaban el cambio. Mi opinión sobre este tema ha cambiado en los últimos

años. Actualmente se invita a las familias a iniciar el tratamiento aun cuando algunos de los miembros sigan en terapia individual. Con frecuencia, a medida que la terapia de familia progresa y se hace más importante, podemos "librarnos" de los terapeutas individuales.

En este punto la pregunta crucial es si la terapia individual afecta al sistema y al síntoma que se presentan ante el terapeuta de familia, y esta pregunta sólo puede ser respondida si éste ve a la familia. Si un terapeuta decide, rígida y categóricamente, no ver a la familia hasta que todos los terapeutas individuales hayan salido de la escena, no podrá llegar a saber si estos terapeutas individuales están en vía de cambiar el sistema familiar.

Quisiera ofrecer algunos ejemplos de cómo la terapia individual facilitará a veces y a veces obstaculizará la terapia familiar. Si, por ejemplo, un terapeuta de familia se entera de que los problemas de una pareja se agudizaron cuando uno de los cónyuges inició un tratamiento individual, es evidente que la terapia individual ha desequilibrado la relación conyugal. En este caso el terapeuta conyugal podría recomendar que el cónyuge pospusiese el trabajo individual hasta tanto terminara el tratamiento conyugal; *o bien* podría alentar al cónyuge que no está bajo tratamiento individual a comenzar, no porque la terapia sea necesaria sino porque mantendría cierto equilibrio en la relación. (Yo hago algo similar cuando uno de los cónyuges tiene una aventura amorosa y no quiere separarse ni de la amante ni de la esposa [o el amante y el esposo], mientras que el otro cónyuge no sabe qué hacer. Le sugiero entonces al cónyuge desconcertado que podría tener también su propia aventura, porque pienso que ello podría equilibrar parcialmente la relación de la pareja. Esta sugerencia es hecha como una intervención).

La terapia individual puede facilitar la relación de una pareja si el terapeuta encara y valoriza con uno de los cónyuges temas que el otro no puede o no está dispuesto a tratar. O bien si un cónyuge se siente solo, y el otro no le presta atención o no le dedica suficiente tiempo y el primero es incapaz de discutirlo con su pareja, entonces la terapia individual puede proporcionar la atención, el tiempo y la discusión necesarios. Tengo la impresión de que es mejor para la familia que este cónyuge forme un triángulo con el terapeuta que con un hijo.

Por lo tanto, el hecho de que un miembro de la familia esté bajo tratamiento individual no es automáticamente una contraindicación para la terapia familiar. Es responsabilidad del terapeuta

determinar la importancia de la terapia individual para el individuo y para la familia antes de hacer generalizaciones innecesarias.

EVALUACION DEL CONTEXTO DE LA DERIVACION

Otra información que debe ser obtenida durante la conversación telefónica inicial gira alrededor del contexto de la derivación. Es fundamental destacar la importancia de comprender este contexto. Muchas veces no se puede iniciar la terapia porque el clínico queda inmovilizado por cuestiones que surgen de la derivación. Considérese, por ejemplo, la siguiente situación:

Cierta vez una terapeuta quiso derivarme una familia porque se sentía estancada tras haberla tratado durante un año. La esposa trató de suicidarse después que su marido, psicólogo, la dejó por otra mujer; en cuanto al resto de la familia y a la terapeuta que intentó la derivación, todos estaban preocupados por las amenazas de suicidio de la mujer. Los miembros de la familia y la terapeuta querían que iniciara un tratamiento, pero la mujer se negaba. La terapeuta no sabía qué hacer, de modo que estaba tratando de pasarme el caso *para que yo pudiera ayudar a la familia a conseguir que la esposa aceptara someterse a terapia, con lo cual se evitaría su suicidio.*

Si yo hubiera accedido a ver a esta mujer o a su familia, me habría confabulado con la familia y con la terapeuta, agravando la confabulación ya existente y dejando a la mujer aun más fuera de ella. Por otra parte, yo habría aceptado tácitamente la responsabilidad de evitar que la mujer se matase (véase en el capítulo 7 la sección sobre prevención del suicidio). En mi opinión, tanto la familia como la terapeuta estaban tratando de zafarse de la responsabilidad de un suicidio.

Manejé la situación recordándole a la terapeuta que la familia —y no ella— tenía la responsabilidad de lograr que la mujer iniciase un tratamiento. Si se negaba, la responsabilidad era de la propia interesada y de su familia. También le dije que ella, como terapeuta de la familia, sabía mucho más que yo acerca del grupo familiar. Por lo tanto, debía seguir siendo su terapeuta. Si seguía estancada *después* que la familia consiguiera que la mujer iniciase su tratamiento, yo estaría dispuesto a hacer una consulta con ella observando a través del espejo, como consultor o como integrante de un equipo.

Este ejemplo muestra con cuánta facilidad una derivación puede convertirse en una confabulación si el terapeuta no entiende el contexto de la derivación o no reflexiona sobre él. Una vez comprendido el contexto es más fácil encarar con eficacia la dinámica de la familia, como también la dinámica de la relación entre el terapeuta de origen y el que recibe el caso.

Otro ejemplo atañe a mi experiencia con derivaciones hechas por colegas. Cuando yo era un terapeuta joven e ingenuo no examinaba cuidadosamente las derivaciones que provenían de los colegas. Después de varios tropiezos empecé a darme cuenta de que la dinámica entre el colega derivador y yo desempeñaba un importante papel en los tipos de familia que me enviaban y en el posterior desarrollo del tratamiento. Poco a poco empecé a advertir que las derivaciones de los colegas podían agruparse en categorías tales como "amistosa", "hostil", "de buena fe" y "tramposa". Para mí, una derivación amistosa proviene de un colega que básicamente me aprecia o respeta mi trabajo, y que hace la derivación porque está realmente estancado o por alguna otra razón legítima, como por ejemplo que el paciente desee iniciar una terapia de familia o de pareja. En estos casos no examino tanto el contexto de la derivación porque el colega derivador ya ha realizado una buena parte del análisis. Por lo general el terapeuta amistoso me llama y me explica la situación; entonces yo acepto o no la derivación.

El contexto de la derivación hostil o tramposa requiere un examen mucho más cuidadoso. Si el terapeuta no me aprecia o no respeta mi trabajo o es muy competitivo hacia mí (o yo hacia él), entonces dirijo mi atención a la dinámica de la derivación. En tales casos casi invariablemente entro en contacto con el terapeuta antes de hablar con la familia, la pareja o la persona, y trato de averiguar lo que está aconteciendo.

Durante la conversación telefónica con el colega trato de entender la dinámica de la familia y la dinámica de la derivación, como también de formarme una idea de las razones de la derivación. A veces las razones son legítimas, como por ejemplo: el terapeuta que propone la derivación está abrumado; necesita un colaborador o un equipo; o bien es conveniente hacer un abordaje estratégico fuerte. Otras veces las razones de la derivación son absolutamente extravagantes: el terapeuta quiere que yo me ocupe de un miembro no angustiado del sistema; o que le brinde apoyo a alguien; o que evite un suicidio. Es interesante cómo pensadores sistémicos reconocidos, maduros y de primer nivel pueden llegar a derivarme a un niño de seis años para que yo inicie una terapia infantil. Cuando recibo este tipo de derivaciones, consulto con la fuente cómo sería posible incluir en vez de excluir a la persona derivada y declino gentilmente la derivación, por razones sistémicas.

A veces recibo una derivación ambigua, que también merece un examen cuidadoso; por lo general la trato estratégicamente. Por ejemplo: un paciente llama para hacer una cita y cuando yo le

pregunto quién le dio mi nombre, o bien menciona a un terapeuta de quien yo jamás he oído hablar o bien dice que “olvidó” el nombre de la persona que lo derivó. En este caso, el terapeuta de origen no sólo se ha negado a entrar en contacto conmigo sino que yo ni siquiera sé su nombre. Cuando se produce una situación como ésta le digo a la persona que llama por teléfono que no conozco al terapeuta que pretende hacer la derivación y le pido que averigüe su nombre y le diga que me llame. En estos casos rara vez recibo un segundo llamado, sea del terapeuta o del candidato a paciente. Todavía no sé con certeza por qué no recibo un segundo llamado; pero sé que algo pasa y que el problema individual o familiar no es tan grave. Si una persona necesita ayuda, averigua el nombre del terapeuta que lo está derivando u obtiene algún otro dato. Las personas que se niegan a identificar el origen de la derivación están jugando un juego en el cual yo no tengo interés en participar.

Otra cuestión importante a considerar al hablar con el miembro (o los miembros) de la familia durante la conversación telefónica inicial, es si llaman porque desean ayuda o porque otra persona desea que se los ayude. Por lo general durante esa conversación telefónica yo trato de obtener una comprensión no verbal (que en lo sucesivo llamaré analógica) del nivel de ansiedad y de resistencia que hay en el sistema en cuestión. Obtengo esta comprensión fundamentalmente a través del tono de voz de mi interlocutor y de la descripción o del síntoma. Cuando mi tercer oído me dice que hay muy poca ansiedad, indago algo más acerca de por qué me llaman y de lo que la familia quiere. En estas situaciones suelo enterarme de que no es la familia la que está ansiosa sino el terapeuta de origen. A veces el tratamiento importa más al terapeuta que a la familia.

Lo que hago en estos casos es decirle a la familia que le pidan al terapeuta que me llame. Si me llama, verifico mi hipótesis rastreando sus respuestas analógicas. Si el derivador está más ansioso que la familia derivada, le explico que accederé a tratar a la familia después, siempre que el nivel de ansiedad de ésta sea mayor. Habitualmente esta explicación es suficiente —y a veces de gran ayuda— para el terapeuta que deriva.

Existe además una variación de lo que expuse anteriormente: ella se produce cuando un miembro ansioso de una familia me llama y me pide que inicie una terapia con los miembros de la familia menos abiertamente ansiosos. En estos casos le sugiero al miembro ansioso que les pida a los menos ansiosos que me llamen. Si me llaman y me doy cuenta de que en el sistema familiar hay mucha ansiedad, combino una entrevista con toda la familia.

En esta misma línea, si un miembro ansioso me llama para solicitar una sesión de familia, sólo le doy una cita si concurrirá con toda la familia. Si los otros miembros no están dispuestos a asistir a la primera sesión y el ansioso sigue llamando, le doy una entrevista individual y trato de cambiar el sistema ocupándome del que asiste.

Lo que *no* hago es marcar una cita de *terapia de familia* con el miembro ansioso, basándome sólo en mi conversación con él. Lo que a menudo sucede en estos casos es que la familia (o parte de ella) no aparece para iniciar el tratamiento; o si lo hacen, es una sesión “desperdiciada”, una pérdida de tiempo para el terapeuta y para la familia. Se puede economizar energía terapéutica y tiempo ocupándose de estas cuestiones durante la llamada telefónica inicial.

He aquí otro ejemplo de la importancia de examinar cuidadosamente el contexto de la derivación. Esta fue mi experiencia con un analista que me llamó para hacer una derivación:

El analista estaba tratando a una pareja que había iniciado el tratamiento a causa de su hijo, psicótico crónico. Pero el hijo se negaba a ser tratado y nunca acudió a las sesiones; en consecuencia, el analista no lo había visto nunca.

El terapeuta accedió a tratar a la familia sin el hijo, pensando que podría ayudar haciendo terapia de pareja. Pero durante las sesiones la pareja sólo hablaba de su hijo. La ansiedad del sistema iba en aumento y los padres tenían miedo de que su hijo pudiera llegar a convertirse en otro Hinckley.

Entonces me pidió que yo me hiciese cargo de la terapia de familia mientras él continuaba con la “terapia de pareja”. Mi primera respuesta fue preguntarle a este analista si era demócrata o republicano. La carcajada que soltó me indicó que no sólo apreciaba mi sentido del humor sino que también comprendería mi propio dilema.

Este terapeuta cometió dos errores: aceptar tratar a la familia sin ver al hijo y ofrecer terapia de pareja cuando no se la habían pedido. Era evidente que no había advertido la confabulación entre los padres y el hijo que le había permitido a este último estar ausente de las sesiones. El terapeuta trataba de estabilizar un sistema en función de las condiciones impuestas por la familia y no por él. Torpemente, contribuyó a que el sistema permaneciera intacto aceptando las condiciones de la pareja, o sea haciendo terapia sin el hijo. En cuanto a éste, empeoraba, en parte para independizarse y separarse de la familia; y el terapeuta trataba a la familia en un lugar mientras la acción se desarrollaba en otro.

Le expliqué todo esto al terapeuta y él concordó con mi evaluación de la situación. Agregué que podría derivarme la familia una vez que hubiese terminado con la “terapia de pareja”; y que si yo recibía el caso no iniciaría el tratamiento a menos que el hijo participase. También le dije que finalmente el hijo empeoraría cada vez más, hasta que hubiera suficiente ansiedad en el sistema como para que la pareja no pudiese dejar de incluirlo en el tratamiento.

EVALUACION DE LA RESISTENCIA

Hay muchas maneras de detectar la resistencia durante la conversación telefónica inicial. A veces esta resistencia se manifiesta de una manera sutil; otras, no tanto.

Una de mis expresiones de resistencia favorita es una llamada inicial desde un teléfono público. No sólo me gustan la dramaticidad, el misterio y la intriga de semejante llamado sino que aprecio también la tentativa de mi interlocutor de limitar la conversación a tres minutos. Esta persona *nunca* tiene una ficha más para prolongar la charla. Lo que hago en tales casos es explicarle que probablemente nuestra conversación se prolongará más de tres minutos y que le agradecería que me llamase desde una casa. Por algún motivo que ignoro, rara vez recibo la segunda llamada. Desde luego, es posible que el que llama sea pobre y no pueda llamar desde su domicilio; pero yo estoy seguro de que siempre es posible utilizar el teléfono de un pariente, un amigo o un vecino. *Las personas con problemas que quieren iniciar un tratamiento no llaman desde una cabina telefónica; ¡a menos que sean paranoides y crean que su teléfono está intervenido!*

Hay también otra expresión de resistencia que aprecio: cuando el que llama trata de ponerme en aprietos interrogándome sobre mis títulos y mis antecedentes. Siempre respondo a estas preguntas amablemente y por lo general eso basta. Las personas tienen derecho a saber algo acerca del futuro terapeuta. Por otra parte, debido al sistema de derivación dentro del cual trabajo, las personas que necesitan ayuda saben más de mí que yo de ellas. La mayoría de las derivaciones que recibo en la práctica privada proceden de colegas del Instituto Ackerman o de colegas que hacen psicoterapia individual y me derivan pacientes para hacer trabajo sistémico.

Cierto día mi interlocutora no sólo me acorralaba con preguntas sobre mi experiencia profesional sino que me preguntó también mi edad, temiendo que yo fuera demasiado joven para ocuparme del caso. No pude contenerme, le dije que efectivamente ella tenía razón, y se la mandé a un colega, de 75 años. Dos semanas después la mujer volvió a llamarme para solicitar una consulta y se quejó de que mi colega era demasiado viejo.

La resistencia a la psicoterapia puede ser evaluada por la calidad de la entrevista telefónica inicial, como también por algunas de las preguntas que el futuro paciente formula. A veces esta información se expresa en una forma sutil y no verbal; otras veces la resistencia es evidente. En alguna medida, la forma en que el terapeuta encara esta resistencia durante la primera conversación telefónica determina el resultado de la terapia.

Una de las cosas que tengo en cuenta mientras recojo información durante la conversación telefónica es si la familia o el paciente están "maduros" para el tratamiento. Evalúo el grado de ansiedad y de desdicha del que llama y también si la ansiedad es mayor que la resistencia al cambio. Cuando hay más ansiedad que resistencia, le doy una cita. En caso contrario, no hago una cita sino que doy una explicación estratégica en el sentido de que a mi juicio la persona no está aún preparada para la terapia o que se deben cumplir otras condiciones antes de iniciarla. En otras palabras, dejo un tiempo más la fruta en el árbol de los sistemas de la familia, porque sé que a su debido tiempo la fruta madurará y la familia estará mejor dispuesta para la terapia. Hay muchas cuestiones vinculadas al terapeuta —y que nada tienen que ver con la familia— que lo impulsan a trabajar con fruta aún verde. Por ejemplo, los terapeutas que se inician en la práctica privada tienen mayor propensión a trabajar con fruta verde porque sus necesidades son diferentes de las de un terapeuta más experimentado. Por ejemplo: los principiantes pueden tener fantasías de rescate acerca de sus pacientes o tratar de salvar a una pareja porque están todavía vueltos hacia las relaciones de sus propios padres. Por otra parte, les aterroriza perder su primera o su única pareja (Bergman, 1984).

Cuando empecé mi formación en el Instituto Ackerman, demoré varias semanas en recibir a mi primera pareja; después pasé el resto del año aterrorizado por perder esos casos. Después de todo, si "perdía" mis parejas era por mi culpa; además, y eso era más importante aun, si las perdía ¿cómo podría hacer mi práctica?

En otras palabras: debido a que yo debía "retener" a las parejas porque las necesitaba para *mi* entrenamiento, perdí buena parte de la ventaja necesaria para hacer psicoterapia, dado que mi necesidad de la pareja era mayor que su necesidad de mí. En estos casos la pareja se da cuenta de la situación y el terapeuta tiene escaso poder para inducir el cambio.

Una pareja a la cual yo había tratado durante mi primer año de práctica volvió a verme unos cinco años después. Al terminar la sesión la esposa dijo: "Usted ha cambiado mucho. Me resultaba más simpático cuando lo vimos hace cinco años". Sospecho que la observación de esta señora no hacía alusión a un cambio en mi personalidad sino en mi manera de hacer terapia. En mi opinión, cuando ella se encontró con un verdadero terapeuta haciendo terapia, habría querido volver cinco años atrás, al atemorizado doctor Homeostato, más preocupado por gustar y por no perder sus familias que por inducir al cambio.

Quizá los terapeutas menos experimentados tengan que pasar por algunas de estas experiencias para darse finalmente cuenta de

que están trabajando con fruta verde. Una de las cosas que yo puedo hacer tranquilamente, como terapeuta experimentado que soy, es dar por terminado el tratamiento; y eso, aun en la práctica privada, donde la primera consecuencia es una disminución de los ingresos.

El terapeuta con experiencia sabe en qué momento un sistema está listo para el cambio y cuándo hay un atolladero del cual sólo la pareja puede salir. En este punto, debe tomar una decisión: seguir viendo a la pareja todas las semanas hasta que salgan del atolladero o despedirlos y decirles que vuelvan cuando estén dispuestos a cambiar. Los terapeutas que no están presionados por la necesidad de pacientes o de dinero pueden permitirse estas cosas.

Los terapeutas que son capaces de reconocer la fruta madura y sólo trabajan con ella tienen mayores probabilidades de éxito, porque su control sobre la decisión de ver o no a una pareja maximiza su poder terapéutico. Además, es probable que vivan más, como terapeutas y como personas (véase el capítulo 8, "Sobrevivir como terapeuta").

¿Y qué se puede decir de las cuestiones éticas implicadas en la decisión de un terapeuta de no ver a una familia? Para mí, no hay problema alguno porque no se plantea ninguna cuestión ética. Yo nunca decido rechazar a una familia. En la mayoría de los casos son las familias las que deciden rechazarme a mí y/o las condiciones que pongo antes de iniciar el tratamiento.

Nunca rechazaré o me negaré a ver a una familia que satisfaga mis condiciones para la primera consulta. Por ejemplo, si una familia con un miembro psicótico crónico me llama para iniciar un tratamiento, siempre estoy dispuesto a hacer una cita, si la familia acepta acudir a ella junto con los abuelos vivos *por ambas partes*. Si se cumple esta condición, veo a la familia. Si no, les digo que tendré mucho gusto en verlos cuando se cumpla esa condición. Si la familia dice que en ningún caso los abuelos acudirán, les digo que no puedo verlos hasta que lo hagan. Las familias que se niegan a aceptar las condiciones del terapeuta para iniciar un tratamiento pueden buscar atención (u homeostasis) en otra parte; y de hecho lo hacen.

Jamás se niega tratamiento a una familia, aunque a veces las condiciones impuestas por el terapeuta sean rechazadas por ella. Mi opinión es que los terapeutas de familia experimentados establecen sus condiciones de un modo que optimiza el cambio. Si la familia rechaza las condiciones, es asunto suyo; y desde luego, esas familias terminarán por encontrar un tratamiento que se adapte más a sus propias condiciones que a las de un terapeuta experimentado.

A veces los terapeutas que trabajan en establecimientos asis-

tenciales tienen que enfrentar una cuestión diferente debido a que su empleador (el hospital o la clínica) ha aceptado trabajar con familias que no están listas para recibir tratamiento. Un hospital privado, que obtiene ganancias, puede seleccionar familias que no están ansiosas pero que pagan una cuota de seguro de salud bastante elevada. O bien puede suceder que un hospital o una clínica que necesitan disponer de un censo o de una estadística seleccionen a familias que no están preparadas; de este modo, el hospital o la clínica recibirán la misma cantidad de dinero del presupuesto municipal que el año anterior. Los hospitales pueden inquietarse bastante cuando un terapeuta decide interrumpir el tratamiento de una familia, si esa interrupción reduce los ingresos del hospital.

Esta es una vieja cuestión que aún turba mi idealismo adolescente, es decir, los sistemas de atención de la salud pública están atrasados porque sus incentivos están dirigidos hacia la "enfermedad". Si, por ejemplo, los hospitales y las clínicas recibieran una compensación adicional por tratamientos breves y eficaces, quizá se haría allí una terapia diferente. Lamentablemente, lo usual es que no se les pague por la eficiencia sino por la cantidad de horas-paciente de "atención" que se brinda. Mientras no se reviertan tales incentivos los terapeutas que trabajan en estos establecimientos tendrán que enfrentarse con familias que no están preparadas para cambiar.

En este punto tal vez sea conveniente hacer referencia al estudio en el cual se hospitalizó a la mitad de los esquizofrénicos, mientras que los demás fueron tratados como pacientes ambulatorios por un equipo de intervención drástica (Pittman, Flomenhaft, DeYoung, Kaplan y Langsley, 1966). Los datos hallados indicaron que los no hospitalizados tenían un índice de recurrencia el 50% menor calculado según el número de días pasados en un hospital después de la nueva internación. Inmediatamente después de la publicación de este informe, Pittman fue despedido. No está bien trabajar para un hospital y obtener semejantes resultados. Los hospitales no pueden trabajar tranquilamente con este tipo de datos; por lo tanto, necesitaron cuestionar los datos, el tratamiento hospitalario o los autores. En este caso se cuestionó a los autores del estudio, pero afortunadamente no se negaron los datos.

Para los que trabajan en sistemas hospitalarios no es novedad que por lo general se anteponen las necesidades del hospital al trabajo clínico. Los resultados finales conllevan con frecuencia enorme frustración, poco poder terapéutico, escaso progreso clínico y, a largo plazo, desaliento de los terapeutas.

Aunque me conduelo de los terapeutas de los organismos

públicos, que tienen que tratar a todas las familias, ellos tienen más oportunidades de lo que parece. En estas instituciones hay casi siempre más gente que "solicita" tratamiento que terapeutas para tratarla; y de entre esta población con frecuencia los terapeutas pueden elegir. En tales casos, la selección de familias y pacientes individuales puede basarse, en parte, en las cuestiones de resistencia que expuse en este capítulo. Ello puede dar por resultado que se trabaje sobre todo con las familias más resistentes y difíciles, pero que pueden ser también las más ansiosas y por lo tanto las mejores preparadas para el cambio.

Cierta vez recibí un llamado de una colega que me aprecia: quería derivarme una familia por diversas razones. La familia no quería ser tratada por una mujer ni por un psicólogo y asistente social; querían un "doctor". La derivación se debía también a que mi colega sabía que a mí me gusta tratar a familias resistentes.

Cuando me enteré de todas las condiciones que la familia exigía del terapeuta me di cuenta de que antes de comenzar el tratamiento habría algunas escaramuzas. (Me refiero a las maniobras de la familia por un lado y del terapeuta por el otro para obtener el control de la terapia. Muchas veces estas maniobras son necesarias antes de que una familia *comience* realmente su tratamiento.)

Poco tiempo después recibí, a través de mi mensajería, un llamado de uno de los miembros de la familia, una joven que estaba terminando su residencia en psiquiatría. Había dejado cinco teléfonos y varios códigos de radiollamada; explicó que estaba muy ocupada y que sería difícil localizarla. Dejé mensajes en tres de los números. Una semana después (el tiempo de demora en llamar me indica el nivel de ansiedad de la familia) nos pusimos finalmente en contacto y tuvo lugar la conversación telefónica inicial.

La joven residente empieza diciendo que quiere una terapia para sus padres y su hermano, esquizofrénico paranoide desde hace diez años. El hermano vive con los padres, que son personas de edad, y ella quiere el tratamiento porque le gustaría ver a su hermano recuperado antes de que los padres mueran. (En efecto, la mujer no tiene intención de ocuparse de su hermano después de la desaparición de los padres, lo cual no es una buena señal en el sentido del cambio.) A continuación la joven comete torpemente un error fatal: me dice que quiere estar segura de que, si la terapia comienza, sus padres no se enterarán de que ella está en terapia individual desde hace dos años.

Le explico que, en mi opinión, no hay en la familia suficiente ansiedad como para que se produzca un cambio. Sugiero que les diga a sus padres que está haciendo terapia, de modo que la ansiedad del sistema familiar aumente, lo cual es necesario para que sea posible un tratamiento exitoso. Dos semanas después la joven me llama y me dice que ya les ha informado a sus padres acerca de su terapia y me pide una consulta con toda la familia. Yo respondo que consiga que otro miembro de la familia me lo pida.

Una semana después recibo un llamado de la madre, que quiere saber cuáles son mis honorarios. Se lo digo y ella desaparece por unos días, para averiguar cuánto cubre el seguro de salud. (Averiguar honorarios es una expresión más del bajo nivel de ansiedad de la familia.)

Por último llega toda la familia para la consulta; inmediatamente el padre objeta la grabación en videotape, aunque yo se lo había advertido a la hija y le había pedido que se asegurara de que todos aceptarían. Como no estoy dispuesto a tratar a esa familia sin grabar, debido a que se trata de una familia difícil, les digo que no puedo iniciar la sesión. Entonces la familia se trenza en una feroz discusión acerca de si la sesión empezará o no; el padre sigue negándose a permitir el video y los demás tratan de convencerlo de que firme la autorización. Yo ya les había informado a la familia que la sesión no podría empezar sin que todos firmasen el formulario. El altercado familiar termina cuando la hija, enfurecida con el padre, sale histéricamente de la habitación. Entonces la familia paga dos horas de consulta y se va.

Al día siguiente llama la madre y me dice que mis honorarios son demasiado elevados, dado que la sesión no se había realizado. Le explico que les había reservado un turno y que lo que ellos están pagando es mi tiempo. Una semana después llama la hija para disculparse por el altercado familiar y por su arranque.

Unas dos semanas después me llama el hermano y me pregunta si yo no podría considerar la posibilidad de hacer la sesión sin grabar. (Yo estaba convencido de que sería difícil hacer cambiar a esta familia, y ya que yo no trabajaría ni con un colaborador ni en equipo, necesitaba por lo menos el videotape para mostrárselo a un colega en caso de que, como era probable, me estancara.) *Las familias que realmente quieren ser ayudadas no se molestan por la grabación en video, puesto que sólo se la usa para fines profesionales y de consulta.*

Supongo que la familia volverá a llamarme cuando esté preparada para cambiar.

Durante todo un año de los ocho en que trabajé con un equipo estratégico tratando sólo familias "resistentes", practicamos la "pérdida" de familias. Cuando había dudas acerca de si se debería o no ver a una familia, con frecuencia no la veíamos sino que le dábamos un mensaje estratégico. Mientras más practicábamos esta modalidad de no ver a ciertas familias, más poder o influencia terapéutica teníamos. En muchos casos una familia se mostraba más dispuesta a iniciar el tratamiento después de que yo había rehusado verla. Creo que el temor de un terapeuta a perder familias le hace perder poder terapéutico y evita que el sistema cambie. Cuando un terapeuta teme perder una familia y tiene, por lo tanto, escasa influencia terapéutica, realimenta torpemente un cuidado superficial en vez de hacer tratamiento. Sólo cuando la familia necesita al terapeuta más que éste a la familia, el cambio se da en condiciones óptimas.

Acudió a nosotros una pareja para intentar cambiar a su hijo de 30 años de edad, psicótico crónico que había pasado los últimos once años entrando y saliendo de hospitales. El muchacho vagaba por la casa vestido con harapos y prefería dormir en el garaje a hacerlo en su cuarto. Rechazamos la solicitud de la familia para hacer un tratamiento y después la consulta y le mandamos el siguiente mensaje:

Es evidente para nuestro equipo, según la información recabada en la consulta, que Matthew (el hijo psicótico) es básicamente un abuelo de 80 años aprisionado en un cuerpo de 30. Matthew no sólo funciona emocionalmente como el padre que sus padres tanto extrañan sino que también actúa como un jubilado de clase media, y lo parece. Sus ingresos provienen del seguro social y sus hijos (sus padres) le dan dinero; migra como un pinzón de las nieves jubilado, que se dirige hacia el Sur después de las fiestas de fin de año y regresa a Nueva York para Pascua. Sus necesidades de comida, abrigo y vivienda son limitadas y su excentricidad e incipiente senilidad son adecuadas a su edad.

El padre y la madre se sienten intranquilos y frustrados cuando tratan de lograr que Matthew actúe como un muchacho de 30 años, sin darse cuenta de que ambos necesitan a este amado padre de 80 años de edad. Es evidente que el padre y la madre deben aprender a estimar, amar y respetar a Matthew como a su padre, en lugar de tratar de modificar su comportamiento.

Pensamos, en consecuencia, que el padre y la madre deberían cesar sus intentos de hacer cambiar a Matthew y, por el contrario, honrar y respetar a su amado padre de 80 años y disfrutar de su compañía. Cuando el padre y la madre traten como todos los años en la época de vacaciones, de hacer cambiar a Matthew, recomendamos a la familia que llame al doctor Bergman, quien tendrá el placer de ayudar al padre y a la madre a llorar a su hijo de 30 años, como también de ayudarlos a aprender a disfrutar más de la compañía de un anciano de 80.

*Atentamente,
El equipo de Terapia Breve*

Esta es la carta que le entregamos a la familia y le enviamos a Matthew (ya que él no asistió a la sesión). No hubo necesidad de ver a esta familia porque había poca ansiedad en el sistema. Por lo tanto, renunciamos a verla y les dejamos en cambio un mensaje estratégico.

Sospecho que la carta aumentó la tensión en la familia y quizás impulsó a Matthew a cambiar. Si Matthew no cambió y el sistema volvió a agitarse, estoy seguro de que los padres se dieron cuenta de que nosotros no los veríamos hasta que hubiera más presión en el sistema o hasta que ellos estuviesen realmente hartos de su bebé de 30 años y “verdaderamente” dispuestos a ayudar a este chico a crecer.

Sería útil e instructivo que los hospitales y clínicas dieran a todos sus terapeutas una especie de año sabático de residencia durante

el cual les estuviera permitido perder familias. Sólo entonces podrán empezar a apreciar el poder que ellos y la terapia pueden llegar a tener cuando se decide, estratégicamente, perder familias.

Qué miembros de la familia son invitados a la primera sesión

Una de las experiencias más perturbadoras que he tenido a lo largo de mi formación como terapeuta de familia es la cuestión de a cuáles miembros de la familia invitar a la primera sesión. Recordaba a Carl Whitaker diciendo que se necesitaban tres generaciones; a Jay Haley proponiendo invitar a todos los que viven en la casa; y a Murray Bowen sugiriendo llevar a la persona más fuerte o motivada de la familia. Lo que entendí, después de varios años de trabajo clínico, es que los tres tienen razón. Hay cuestiones complicadas implícitas en la selección de familias y en "invitar" a las familias resistentes a iniciar un tratamiento.

Una vez que se ha obtenido la información clínica por medio de la llamada telefónica inicial y se han completado las maniobras previas al tratamiento para tomar posiciones, el paso siguiente consiste en decidir a qué miembros de la familia resistente se invitará a la primera sesión. En este punto se toman decisiones importantes. A quién se invita, la reacción de la familia ante la invitación, como así también la reacción del terapeuta ante la familia son cuestiones que determinarán, en parte, si el tratamiento ha de empezar y cuál será el resultado que se obtenga.

Cuando hay síntomas graves tales como psicosis, anorexia, depresión suicida o cronicidad de un síntoma, yo no entrevisto a la familia a menos que todas las personas que viven en la casa estén dispuestas a asistir a la primera sesión. Evidentemente, en esta cuestión el terapeuta debe tomar una decisión; tal vez algunos estén dispuestos a trabajar con menos que "un mazo de naipes completos" (es decir, todas las personas que viven en una casa). Pero cuando en una familia hay un síntoma grave o crónico, prescindir de alguno (o algunos) de los habitantes de la casa le resta al terapeuta poder, flexibilidad e información para ayudar a la familia a cambiar.

Cuando el terapeuta resuelve trabajar sin algunos familiares, invariablemente la eficacia terapéutica disminuye porque sólo se le permite al terapeuta ver a la parte del sistema familiar que la familia decide mostrar. Por ejemplo: cuando uno o varios de los hijos que viven en la casa "se niegan" a asistir a la primera sesión, es porque están confabulados con los padres o los abuelos y se les indica que no asistan. Cuando el terapeuta accede a ver sólo a una parte de la

familia se convierte en cómplice de la confabulación familiar. En estos casos los terapeutas no juegan con todo el mazo de cartas. *Las familias que desean iniciar el tratamiento se las arreglan para llevar a todos los familiares a la primera sesión.* Y las que no pueden o no desean hacerlo necesitan tiempo para madurar; todavía no están preparadas para el tratamiento.

Trabajar sólo con algunos de los familiares reduce no sólo la flexibilidad terapéutica sino también la eficiencia clínica necesaria para hacer cambiar a las familias difíciles. Mientras más familiares hay en una sala, más información se recoge acerca del funcionamiento del sistema familiar. Además, cuando todos están presentes es posible hacer numerosas intervenciones, rituales e interpretaciones.

En resumen: al trabajar con una familia resistente que presenta síntomas graves o crónicos, la probabilidad de efectuar un cambio sin ver a todos los familiares —al menos en la entrevista inicial— es mínima. Entrevistar sólo a algunos da por resultado una confabulación entre el terapeuta y la familia, lo que a su vez hace que el terapeuta *estabilice* a la familia en vez de modificarla. Es necesario recordar que la negativa de un terapeuta a realizar la primera sesión sin la presencia de todos siempre le deja a la familia la posibilidad de ver a un terapeuta que aceptará sus condiciones. Muchas veces la familia sale en busca del terapeuta que se adaptará a ella. Lo que importa es que el terapeuta serio, a quien le interesa *cam-biar* la situación y no estabilizarla, no tiene por qué —ni ética ni clínicamente— adaptarse al plan de la familia.

La situación se complica cuando el paciente identificado tiene entre 20 y 40 años de edad y todavía vive en la casa paterna. Quizás haya otros hermanos que ya vivan en sus propias casas. Cuando los hermanos no sintomáticos viven relativamente cerca —a una distancia que no les impida viajar para una sesión— es conveniente que asistan a la primera sesión. Cuando hay muchos hermanos, todos desparramados por el país, suelo insistir en que la primera sesión incluya a los padres, al paciente identificado y por lo menos a uno de los hermanos “no sintomáticos”. Mientras más hermanos no sintomáticos puedan asistir, más información y mayor dominio terapéutico habrá en la sesión.

Hay muchos motivos para insistir en la inclusión de por lo menos un hermano no sintomático. Con frecuencia nos damos con una situación en la cual el síntoma crónico es exhibido por el último pájaro del nido; y nos enteramos que los padres han estado luchando heroicamente durante los últimos 15 años para “ayudar” a este “último pájaro” a crecer y abandonar el nido. Esta prolongada his-

toria familiar incluye también un relato pormenorizado de las victorias de la familia sobre numerosos profesionales de la salud. Cuando uno entrevista a este trío, las explicaciones, declaraciones, lágrimas y respuestas que intercambian se asemejan a una antigua pieza de teatro representada más de 500 veces. Este triángulo parece "congelado", estereotipado e inflexible. Las posibilidades de introducirse en esta familia para descubrir informaciones importantes son mínimas. De algún modo la inclusión de otro hermano modifica este sistema congelado, pone al descubierto la representación y da más posibilidades al terapeuta de penetrar en la familia, obtener información y cambiar el sistema con intervenciones que *incluyan* al hermano no sintomático. (Uno prácticamente "ve" aumentar el nivel de ansiedad cuando se sugiere la inclusión del hermano no sintomático. Este aumento de la ansiedad confirma la suposición de que este hermano es necesario para que pueda producirse un cambio en la familia congelada.)

Así como el triángulo final (madre, padre, PI [paciente identificado]) fue congelándose cada vez más a medida que los hijos mayores abandonaban la casa paterna, se va haciendo cada vez más tratable gracias a la inclusión de otros hermanos en la sesión inicial del tratamiento. Mientras mayor sea el número de hermanos adicionales, más fluido será este triángulo final y congelado y, por lo tanto, más oportunidades se presentarán para inducir el cambio terapéutico. Así, al trabajar con un sistema crónico en el cual hay dos o más hermanos, la inclusión de uno no sintomático es requisito previo para la primera sesión del tratamiento.

La relación fraterna es especialmente importante cuando hay sólo dos hermanos: uno, el PI; y el otro, una persona que vive lejos de los padres, está casada, tiene hijos y lleva una existencia satisfactoria. Es como si hubiera un chivo emisario y un niño bueno. Y a menudo existe una complementación metafórica entre los "síntomas" de los dos hijos, como por ejemplo cuando uno es un psicótico reconocido y el otro tiene título de psiquiatra, psicólogo o asistente social.

Con estas familias el tratamiento comienza por lo general con el triángulo congelado, con la esperanza de que finalmente el otro hermano se incorporará al tratamiento, por lo menos para una consulta. Cuando entra en escena este hermano no sintomático, el sistema parece modificarse inmediatamente. Entonces es usual dar alguna indicación que incluya al hermano no sintomático. Una de las principales ventajas de tener al hermano en la sesión es que el terapeuta puede ponerlo al mismo nivel que el PI. Por lo general

la indicación que se hace a la familia muestra cómo ambos hijos, cada uno a su modo, están protegiendo a los padres.

La experiencia indica también que el hermano casi nunca asiste a la primera sesión. La familia busca toda clase de pretextos para excluir a esta persona. Sin embargo, una vez que ha empezado el tratamiento y el terapeuta ha logrado reunir a la familia, las probabilidades de lograr que la familia incorpore al hermano no sintomático aumentan considerablemente. Yo podría agregar que no tener nunca oportunidad de ver a este hermano, o a la familia con él, minimiza las oportunidades de hacer más flexible este sistema y, por lo tanto, de inducir el cambio.

LAS MANIOBRAS PREVIAS A LA PRIMERA SESION

Una vez que ha tenido lugar la conversación telefónica inicial y se han establecido las condiciones en las cuales los miembros de la familia acudirán a la primera sesión, las maniobras previas al tratamiento están lejos de haber terminado. Algunas familias son muy emprendedoras y disponen de numerosos medios para impedir el acceso a la primera sesión.

Una familia muy caótica, compuesta por una madre maníaco-depresiva, su hijo de 10 años (que acababa de ser expulsado de un internado por "imposible") y los padres de la madre, fueron entrevistados por un colega mío, experimentado y de elevada calificación profesional. La familia lo derrotó en 40 minutos y él me derivó el caso porque sabía que a mí me gustan este tipo de desaffos.

Se hizo una cita con esta familia; pero tres horas antes de la primera sesión recibí un llamado telefónico de la madre. Me dijo que tanto ella como sus padres estaban dispuestos a asistir a la primera sesión pero que el chico se negaba a ir. Quería saber qué debía hacer. Le dije que lo agarrara y lo llevara a la sesión. Ella respondió que el "niño" pesaba 100 kg y que por lo tanto no podría levantarlo. Le aconsejé alquilar una ambulancia y dos enfermeros fornidos y llevar el niño a la sesión. Entonces ella me preguntó si ese procedimiento era habitual en el Instituto en casos como el suyo, y yo respondí: "sí". Después la señora quiso averiguar si su seguro de salud cubría los gastos y yo contesté que lo ignoraba. Esta familia llegó a tiempo y viajaron en subterráneo.

En este caso, lo que yo hice fue desbloquear a la familia. Me adherí firmemente a la "lógica" de la razón que invocaban para no asistir, y la llevé hasta sus últimas consecuencias, hasta lograr que mi lógica fuese más poderosa que la del bloqueo inicial. A un nivel,

esta familia quería iniciar la terapia; pero al mismo tiempo, le temían al cambio. Una vez neutralizada la resistencia, pudieron asistir.

Otra maniobra de resistencia previa con la que me he enfrentado a menudo gira alrededor de la fecha y la hora de la primera sesión. Se le ofrece a la familia una hora, y no pueden. Otro día, es imposible. Es absolutamente sorprendente cómo una familia puede vivir en una casa caótica y en un ambiente insoportable, pedir una entrevista con un terapeuta y después sentirse imposibilitada de asistir por causa de un compromiso previo trivial: una sesión de gimnasia, una partida de naipes, etc. Después que la familia rechaza dos fechas posibles se les dice que recién podrán tener un nuevo turno dos o tres meses después. Entonces la mayoría acepta la primera fecha.

Otra variante de la resistencia se produce cuando la familia hace la cita y no asiste a ella. Eso sí, llaman por teléfono, casi siempre menos de una hora antes de la entrevista, y dan alguna excusa. Cuando la familia pide otro turno se los doy para un mes después. Si cancelan esta segunda entrevista, fijo la próxima para dos meses más tarde.

Una de las familias que estábamos tratando y que había cancelado varios turnos, nos acusó de castigarlos con intervalos cada vez más largos entre las consultas debido a sus frecuentes cancelaciones. Les dijimos que no se trataba en absoluto de eso, sino que eran nuestros propios compromisos los que determinaban los intervalos de tiempo entre sesiones. Normalmente las familias que cancelan con frecuencia pretenden determinar los intervalos entre sesiones, ya que saben muy bien cómo evaluar la dosis de cambio que el sistema familiar puede tolerar. Esto impide toda lucha potencial por el poder entre el terapeuta y la familia. Los terapeutas deben ser respetuosos del hecho de que sea la familia la que determine los intervalos entre cada sesión (si cancelan con frecuencia) y deben reconocer también que es por ese medio que envían al terapeuta un mensaje acerca de la urgencia (o la lentitud) con que el tratamiento debe avanzar.

RESUMEN

En este capítulo se han mencionado algunas de las cuestiones involucradas en el reconocimiento y la selección de familias resistentes para brindarles tratamiento. Hay un número infinito de maneras en que estas familias se resisten al tratamiento, así como

un infinito número de maneras en que el terapeuta puede enfrentar esta resistencia. Es importante que el terapeuta distinga entre lo que es resistencia y lo que no lo es; y que actúe en consecuencia. Recién cuando se han establecido y considerado estas diferencias puede comenzar un tratamiento eficaz de una familia resistente.