

La Terapia Familiar Sistémica en el Trastorno Mental Grave: Una Experiencia en el Hospital de Sant Pau de Barcelona

Systemic Family Therapy in Severe Mental Disorder: An Experience at Hospital de Sant Pau, Barcelona

Karin Schlanger

Brief Therapy Center/MRI de Palo Alto - USA

Ana Pérez

Hospital de San Pau de Barcelona - España

Teresa Moratalla

Hospital de San Pau de Barcelona - España

Javier Cáceres

El Turó Salut Mental. Associació - España

Paula Macris

Hospital de San Pau de Barcelona - España

Resumen. La unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau en Barcelona aborda el trastorno mental grave desde una óptica sistémica. Desde ese punto de vista el trastorno cumple una función dentro de la familia. Cuando el terapeuta adopta este punto de vista, todos los miembros de la familia tienen una misión que cumplir y el peso de la etiqueta deja de ser llevado por el ‘paciente identificado’. Se requiere un cambio en todos los miembros de la familia para producir una modificación en el síntoma que trae a la familia al servicio. En el caso que describimos ha habido además una colaboración con terapeutas del Grupo Palo Alto, de Palo Alto, California.

Palabras clave: terapia familiar sistémica, terapia breve, resolución de problemas, teoría de la comunicación, grupo de Palo Alto, hablar el lenguaje del cliente, parentalidad, conyugalidad.

Abstract. The Family Therapy Unit at the San Pau Hospital in Barcelona works with severe mental health cases from a systemic frame of reference, which focuses on the function of the symptom within the family. When the therapist adopts this point of view, all family members are required to make a change in their behaviour. This allows the identified patient to get rid of the diagnostic label. Each family member needs to make changes so that the symptom becomes unnecessary. In the present described case, there was also collaboration with a therapist from Grupo Palo Alto, in Palo Alto, California.

Keywords: Systemic family therapy, brief therapy, problem solving, communications theory, grupo Palo Alto, client’s language, parent’s relationship, couples relationship.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al correo electrónico: kschlanger@igc.org

Agradecimientos: La primera autora quiere agradecer al equipo del Hospital de Sant Pau – Teresa y Ana – la cordialidad, calidez y apertura con la cual fue recibida allí en su reciente estancia. Con deseos ya de regresar en la primavera para otra estada. Este artículo es el resultado de una cooperación muy efectiva.

Introducción

Este artículo pretende acercar al lector al tipo de terapia que se está llevando a cabo en la unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau en Barcelona. Los orígenes de la Terapia Familiar Sistémica se remontan a la mitad del siglo pasado y están directamente relacionados con el trastorno mental grave. Don Jackson ¿que se había formado con Sullivan, psicoanalista de orientación relacional? con el artículo *La homeostática familiar* (1957) presentó una nueva forma de abordar los problemas humanos, ampliando el foco a una unidad mayor que la individual. Anteriormente, el grupo de Bateson publicó *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (1956) como fruto de sus estudios de la comunicación ambigua en las familias con algún miembro con esquizofrenia y se acuñó el término de doble vínculo. Este artículo marcaba el punto de partida de la concepción sistémica de la esquizofrenia en el contexto de la familia. Una década después se publicó el libro *Teoría de la comunicación humana* (Watzlawick, 1967), que supuso la primera teoría terapéutica de orientación sistémica. En este libro se expuso la pragmática de la comunicación, es decir, cómo se da la comunicación y cómo ésta define la relación entre las personas.

Epistemológicamente, los referentes de los autores son la cibernética, el constructivismo y la teoría de la comunicación humana. Además, al hablar de la terapia breve del Grupo Palo Alto se reivindica también la influencia de Milton Erickson y su peculiar uso del lenguaje. Las bases teóricas recogen la influencia de Gregory Bateson, un gran teórico que se interesó por los niveles lógicos de Russell, la introducción de la antropología en la psiquiatría, la concepción circular de la interacción individuo/sociedad, y el estudio de la comunicación ambigua, entre otras muchas disciplinas.

La práctica terapéutica se inspira en pioneros que empezaron a trabajar de una manera totalmente heterodoxa como Don Jackson. Cuando éste se asocia con algunos de los miembros del Grupo Bateson como Jay Haley, John Weakland y William Fry, nace el Mental Research Institute (MRI) en 1959.

Es a través de los viajes de Weakland y Haley a Phoenix que la influencia de Milton Erickson se hace ver. Su trabajo se basaba en el concepto de *utilización*:

Erickson mantenía que el terapeuta debería, al igual que un buen jardinero, emplear todo lo que el cliente le presentara, incluso lo que parecía yerbajos, como parte de la terapia. (...) Según esto, Erickson pensaba que la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente. (O'Hanlon, 1990, p.26).

El concepto de 'utilización', como explica el párrafo anterior en traducción de Mark Beyerbach, se refiere a la utilidad de la escucha del terapeuta a aquello que trae el cliente a la terapia. Dado que el terapeuta breve implementa el constructivismo como parte de lo que ocurre en la terapia, no hay juicio de valor en lo que al cliente le parece importante y por lo tanto trae al relato de la terapia. De ahí que hasta los 'yerbajos' sean importantes en la implementación del cambio.

Inspirando, así, diferentes disciplinas terapéuticas -MRI/terapia breve, TBCS, Terapias estratégicas de Haley y Madanes, PNL... Y, al mismo tiempo, marcando un camino a seguir en el que la importancia del lenguaje del terapeuta es fundamental, así como escuchar y luego usar el lenguaje del paciente como forma de establecer una alianza terapéutica. Todo ello ha supuesto un largo recorrido de más de 50 años hasta llegar a nuestros días, tiempos en el que la terapia familiar sistémica se ha extendido por todo el mundo y en el que podemos encontrar multitud de interpretaciones y variantes que han añadido una gran riqueza a nuestra disciplina.

Una de estas interesantes variantes se está desarrollando en la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, que dirigen Juan Luis Linares y Carmen Campo. Tras más de veinte años de recorrido y de trabajo en el campo de la docencia,

La escuela de Barcelona hace hincapié en la investigación de los trastornos mentales graves, en la convicción de que la exploración de sus bases relacionales es la manera de asegurar su deconstrucción como mecanismo clasificatorio de la conducta desviada. (...) La parentalidad y la conyugalidad son las dos grandes coordenadas relacionales que encuadran y definen la experiencia de amor y desamor decisiva para la configuración de la personalidad individual (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 261).

Al mismo tiempo, este año se ha dado la oportunidad de tener a Karin Schlanger, del Grupo Palo Alto (Fisch, Weakland, y Segal, 1982; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974; Brox, 2010), compartiendo durante medio año su estilo terapéutico de terapia breve – resolución de problemas, por los despachos del Hospital de Sant Pau.

El presente artículo es fruto de la interacción entre estos dos modelos de intervención, en un momento determinado de una terapia. Con él se pretende exponer las características de un modo concreto de hacer, además de remarcar la vigencia y la validez de la terapia familiar sistémica para tratar casos de trastorno mental grave que pueden resultar intimidantes (Fisch y Schlanger, 2002).

El equipo y la familia

El equipo está compuesto por dos psicólogos en formación en la escuela de terapia familiar, junto con dos tutoras-supervisoras. Cuando éstas presentaron el caso en la hoja de demanda inicial, la familia no había explicitado un claro motivo de consulta. Resultaba poco claro cuál sería su motivación, que en todo caso parecía poco consistente. Probablemente vendrían más por la insistencia de la psiquiatra derivante que por el interés propio de hacer terapia. Tanto en la experiencia de la unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, como en la de la terapia breve del Grupo Palo Alto, esta presentación es bastante común cuando uno de los miembros de la familia presenta un diagnóstico ‘grave’. Estas familias, en general, han rodado mucho por el campo de la psicología, la psiquiatría y otras profesiones de la salud mental. En general llegan con pocas esperanzas de poder implementar un cambio porque, desde su perspectiva, un cambio podría significar el resurgimiento de los síntomas graves que trae el miembro de la familia ya diagnosticado e identificado como paciente. Son familias que suelen preferir la situación tal como está ahora, aunque les cause sufrimiento, que una situación desconocida en el futuro, aunque ella pueda conllevar una calidad de vida mejor para todos sus miembros.

En el caso presente, se trata de una familia de cinco miembros: padres jubilados con tres hijos mayores. Los padres actualmente conviven con el menor de los hermanos (Benjamín, paciente identificado de 28 años), el hermano mediano (Juan José) vive de manera independiente desde hace unos 8 años y se presenta como un hombre que ha tenido, y periódicamente sigue teniendo, problemas con el exceso de ingesta de alcohol. El hermano mayor (Jordi), que también se autodefine como alcohólico, está casado, tiene dos hijos propios y vive en otra ciudad. Sin embargo participa muy activamente de la vida de su familia de origen, como se explicará más adelante.

El hermano pequeño llega a la consulta con un diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis y otro de patología dual. El hecho es que a efectos de funcionamiento el comportamiento y las relaciones que se dan en esta familia corresponden a una familia con una alta emotividad expresada. Benjamín ha tenido una difícil historia: encopresis hasta los 16 años, fracaso escolar, absentismo, consumo de cannabis desde los 14 años, un accidente de moto a los 18 con lesión en el lóbulo pre-frontal (ahora lleva una placa metálica para proteger esa zona de la cabeza). Actualmente le han concedido una pensión por incapacidad del 65%. La convivencia en casa es muy difícil y son continuas las peleas (sobretudo con su madre). En la primera sesión se revelan algunos de estos datos y conforman el motivo de la derivación a nuestra unidad.

La terapia

Primera sesión.

Para la primera sesión se convoca a todo el grupo familiar que convive en el mismo domicilio, como es práctica común en Terapia Familiar Sistémica, aunque no quedaba claro si los tres hijos seguían conviviendo con los padres o solamente el menor. Acuden los padres, Benjamín y Jordi. Juan José se excusa porque no puede faltar al trabajo. Se aclara así que sólo el hermano menor sigue viviendo con los padres. El objetivo de esta sesión es conseguir una definición clara de la demanda, en términos descriptivos de conducta. Cuando se pregunta a la familia qué les gustaría obtener de la terapia dicen:

Los padres: que Benjamín deje de fumar [cannabis].

Jordi: que deje de aprovecharse de la bondad de mis padres, que no los haga sufrir.

Benjamín: que me dejasen en paz, diciéndome siempre lo que debo de hacer; que mi madre me quiera por lo que soy y no por lo que debería ser, y que mi padre deje de tratarme siempre como a un enfermo.

Desde esta presentación surgen dos diferentes modalidades de interacción entre los padres y Benjamín: la madre en torno a la exigencia y el padre en torno a la sobreprotección. Esta “sobreprotección” surge del hecho de que el padre ve con mayor claridad las limitaciones de su hijo menor, pero, además, la relación entre ellos es bastante conflictiva. En sus muchos años de vida conyugal han discutido bastante y ahora Benjamín les presenta la excusa perfecta para seguir este deporte en sus últimos años.

La impresión tras esta sesión es que en esta familia se vive un clima emocional muy reactivo, con frecuentes peleas entre la madre y el hijo sintomático, azuzadas por la intervención esporádica del hermano mayor que muestra una hostilidad manifiesta hacia el “paciente identificado”. El padre ejerce la función de protector y encubridor de las conductas rebeldes de Benjamín. Como es de esperarse cuando el terapeuta toma una posición de observación sistémica, parece claro que cada uno de los miembros de esta familia se ha instalado en sus diferentes roles dentro de la interacción familiar, lo que hace que ésta siga funcionando como lo ha hecho hasta entonces. Parece difícil producir cambios en la interacción de los padres con el hijo, mientras que quizá uno de los elementos más fácilmente modificables sería la actitud del hermano mayor. Por ello la primera estrategia terapéutica se centra en trabajar directamente con el subsistema que conforman los tres hermanos.

Una diferencia inicial entre la terapia familiar más tradicional y la terapia breve del Grupo Palo Alto radica en que, en lugar de que el terapeuta busque dónde intervenir, esta elección se le da a la familia. Se presenta más bien en forma de pregunta: “Si pudieran cambiar algo, aunque fuera pequeño, ¿por dónde empezarían?” De esta perspectiva centrada en lo que la familia manifiesta más que en lo que el terapeuta cree, surgen nuevas posibilidades de intervención que requerirán una clarificación por parte de la familia, focalizando algo que, si cambia, hará la mayor diferencia para todos sus miembros. La terapia familiar sistémica es una aproximación muy útil en el tratamiento de los trastornos mentales graves porque el terapeuta puede ver cómo los diferentes miembros de la familia han adaptado sus ‘actuaciones’ dentro del sistema para funcionar casi como una orquesta, en la cual cada persona toca su instrumento magistralmente para que la pieza que se está ejecutando (el diagnóstico de patología dual y consumo de cannabis en este caso) pueda seguir interpretándose.

Segunda sesión

El protocolo que se usa en el Hospital de Sant Pau pretende extraer la mayor información en el menor tiempo posible (Linares, 2000), por ello se destina la segunda sesión a la historia de las familias de origen de los

progenitores -analizando el eje de la parentalidad- y la tercera sesión se centra en cómo se formó la familia actual -historia de pareja, estudiando así el eje de la conyugalidad. Tras estas tres sesiones se espera tener una visión general de qué es lo que quieren, y de los recursos que tienen en la familia extensa y en la familia nuclear: se amplía primero el foco para empatizar y buscar recursos familiares, historias, mitologías familiares que les den fuerza para solventar la situación actual. Luego se desplaza y se centra el foco en temas varios, teniendo en cuenta el contexto que da sentido a las interacciones en esa familia.

Gracias a estas tres sesiones se presenta una oportunidad única para generar un vínculo terapéutico con la familia, recogiendo sistemáticamente los datos fundamentales que serán útiles para acabar entendiendo la danza que los ha conducido a la situación actual. Y, sobretodo, para ofrecer una terapia totalmente personalizada: desde la base constructivista no se concibe un trabajo como algo preestablecido que se suministra por igual a las diferentes familias; no es una terapia de prescripciones que se aplique por igual a todas las familias. Quizá ésta sea la diferencia más grande entre el modelo de terapia sistémica del Hospital de Sant Pau y un clásico modelo cognitivo-conductual.

Otro aspecto fundamental en esta acomodación inicial es contar con los propios recursos del terapeuta, como la edad, el género o la procedencia. Además la existencia del equipo amplifica considerablemente estos recursos:

La existencia del equipo brinda un magnífico soporte a la acomodación cuando se trabaja en supervisión directa, puesto que en él existen, y se pueden hacer visibles en cualquier momento para confirmarlo, miembros de las más variadas características profesionales y personales. No es exagerado afirmar que, trabajando en determinados contextos de formación, la acomodación más sólida, aquella que sustenta la terapia, es una acomodación de equipo. (Linares, 1996, p. 122).

Esta afirmación explica cómo se pudo presentar en la quinta sesión a un nuevo miembro del equipo, Karin Schlanger, sin que peligrase la acomodación.

Al ser un protocolo flexible en este caso se toma la decisión de recoger los datos básicos de la familia de origen y de la actual en sólo una sesión. Se había establecido como estrategia el trabajar con los hermanos en la tercera sesión.

La segunda sesión se realiza únicamente con los padres y salen a la luz sus difíciles orígenes, trabajadores inmigrantes que se trasladaron a Cataluña en busca de una mejor calidad de vida; la madre ama de casa y el padre encargado en un taller mecánico. Los tres hermanos se llevan unos 8 años entre ellos, y nunca pudieron establecer una relación de camaradería, sobretodo Jordi con los “pequeños”. La relación entre Juan José (el mediano) y Benjamín (el menor) es algo más cercana, tanto así que en este momento el menor vive en casa del mediano, como expresión por parte de Juan José de: “te entiendo y quiero ayudar”.

El paciente identificado tiene una larga historia que lo ha definido dentro del marco de la familia y también en la sociedad, como el más incapaz (según su padre) y el más “cabeza loca” (según la madre). Ha superado una encopresis que le duró hasta los 16 años, con la vergüenza que eso le generaba en el colegio, el consiguiente absentismo escolar y retraimiento social. Durante esos años de infancia y adolescencia estuvo realizando un tratamiento psicoterapéutico para resolver el problema de la encopresis aunque ellos dicen que no les ayudó. A todo ello hay que añadir además la larga historia de adicción al cannabis con un alto consumo diario, así como el accidente de moto a los 18 años en el que se fracturó el hueso frontal del cráneo con la implantación de una placa metálica; como consecuencia tiene problemas para contener los impulsos y focalizar la atención, y también pérdidas de memoria. Un mes antes de iniciar la terapia ha comenzado a percibir una pensión por tener un 65% de discapacidad. Sin embargo se le observa con un buen manejo de la situación, se expresa correctamente y cuando interviene muestra acertadamente su perspectiva acerca del problema familiar. Se expresa con corrección, tiene buen sentido del humor y tiene buenas habilidades sociales. Ha estado desempeñando diferentes trabajos temporales, la mayoría relacionados con el mundo de la hostelería.

Tercera y cuarta sesiones

La tercera sesión se realiza solamente con los hijos y es bastante explosiva, pues pone de manifiesto el juego familiar. Si ya la primera sesión revelaba el grado de confrontación al que podían llegar los dos hermanos (Benjamín y Jordi), mediados por las alianzas de los padres (el padre con Benjamín y la madre con Jordi), en esta tercera sesión se ven las profundas discusiones que afloran entre Jordi y sus otros dos hermanos.

Durante la sesión se trabaja con los tres hermanos con la intención de reforzar la fratría, usando dos metáforas/cuentos que simbolizan los objetivos terapéuticos. El primer cuento propuesto es el de los tres cerditos, en el que el hermano mayor es más el responsable y se hace cargo de poner orden entre los tres. Como eso no ha parecido funcionarles demasiado, se les propone que su historia sea más parecida a la de los tres mosqueteros, con el lema “todos para uno y uno para todos”. La intención es que Jordi abandone la alianza con la madre y deje de interponerse entre la madre y Benjamín, es decir, que deje de ser el “brazo armado de la dictadura” como él mismo se define. Rompiendo este círculo vicioso la situación en casa podría tornarse un poco más estable.

Con todo esto en mente, y con la intención de cambiar la homeostasis familiar de manera positiva, en la tercera sesión se les propone, aclarándoles que será complicado pero que puede ser de gran valor que lo intenten, la siguiente tarea: que se vean al menos tres veces y compartan momentos “agradables” de hermanos. También se les prescribe el secreto de lo que se dice en las sesiones frente a los padres.

Cuando llegan a la cuarta sesión, nuevamente los hermanos solos, dicen que no han podido hacer la tarea y que ninguno ha podido guardar el secreto. Los terapeutas declaran que es normal, que no se esperaba que se convirtiesen en los tres mosqueteros de una sesión a otra, que necesitarían de más “entrenamiento”. Esta es una forma útil de que sientan que hay esperanzas de cambio aún si no han ocurrido hasta el momento.

La explicación dada por Jordi es que Benjamín es el culpable, “el cabeza loca” y reitera su pedido de que los terapeutas logren cambiarlo. Por el contrario, los terapeutas le ofrecen la tarea de rebajar la tensión entre los hermanos y que éstos puedan así ayudar a Benjamín a “salir del nido” (algo que él mismo había dicho en una de las sesiones). Tener a todos los hermanos en la sesión, cuando tienen puntos de vista tan alejados, incrementa la dificultad para hablar “el lenguaje” de cada uno. En esta sesión Jordi vuelve a poner de relieve su postura: que Benjamín es malo y que sólo él tiene que cambiar. Es una sesión parecida a la tercera, en la que se les pide que se apoyen como hermanos. Se vuelve a prescribir que queden como los tres mosqueteros pero que no esperen pasárselo bien, que aprovechen para tener un momento entre ellos para aclarar todo aquello que les generaba rabia y que también podría ser usado para hablar de todos esos secretos familiares que desconocían; como, por ejemplo, el tema de la encopresis, que salió en la tercera sesión. Según Benjamín, éste era un tema tabú, hasta el punto de que Jordi declara que él hasta ese día desconocía que hubiese sido un problema tan grave. Se les vuelve a pedir que no comenten nada a sus padres pero esta vez poniendo el acento en que era una medida protectora: “bastante han sufrido ellos y se han sacrificado como para preocuparlos con más problemas”. Se intenta de esta manera comenzar a poner un poco más de distancia entre lo que ocurre en la casa de los padres con Benjamín y la sensación de Jordi de que es su deber proteger a la madre con sus intervenciones. Claramente hasta ahora esta aproximación no ha funcionado para el bienestar familiar y tampoco para Benjamín.

Quinta sesión

En esta sesión, y durante las tres siguientes, llega la colaboración con Karin Schlanger, y el equipo decide experimentar en cuanto al trabajo terapéutico incorporando una estrategia más enfocada en la terapia breve de resolución de problemas del Grupo Palo Alto. Para ello se realizan algunos encuentros de equipo con el fin de preparar las nuevas intervenciones y también se transmite a la familia la incorporación de la nueva terapeuta dentro del equipo, por un tiempo limitado.

Desde la terapia breve tradicional (que, por supuesto, es de pensamiento sistémico) lo que se pretende es resolver la queja que presentan los clientes. Para llegar a esta conclusión Karin había escuchado parte de la tercera sesión desde detrás del espejo y, en su opinión, el hermano mayor se veía “atrapado” en la telaraña familiar, casi podría decirse, contra su voluntad. Una descripción posible es que, cuando la madre se pelea con Benjamín, lo que ocurre es que, o bien ella le habla al mayor “para contarle y descargarse” o bien, cuando él llama para preguntarle a la madre cómo se encuentra, ella le cuenta. Al enterarse del último giro que ha tomado la situación en la casa, él, como “encargado de poner orden en la familia”, se ve *obligado* a sermonear a su hermano menor, quien, debido a la frecuencia y naturaleza de los sermones, los ignora. Desde el punto de vista de la terapia breve, hay múltiples conflictos en este sistema familiar.

- El hijo menor tiene conflictos en su casa, sobre todo con su madre.
- El padre, que se lleva mal con la madre desde siempre según descripciones anteriores en el relato familiar, ve al hijo como enfermo que necesita protección.
- La madre recurre al hijo mayor como “pañó de lágrimas” que es traducido por él en: “tengo que impartir justicia” (recordemos que este hijo mayor está casado y tiene una familia con su funcionamiento propio. Con la mejor de las intenciones esto tiene como resultado que la madre se comunica poco con Benjamín en el día a día y ciertamente poco para decirle que algo que ha hecho es positivo. Limita la comunicación entre ambos.
- Benjamín y Juan José tienen problemas de consumo de sustancias: alcohol y cannabis.
- Benjamín no logra mantener un trabajo estable, a pesar de poder desempeñar alguna tarea fuera de la casa.

Otro concepto fundamental en la terapia breve del Grupo Palo Alto, que tiene un impacto importante en este caso, es la definición de quién es “cliente”. Este es un concepto diferente al de “paciente identificado” que se usa en la terapia familiar sistémica más tradicional.

El cliente, en términos generales, es la persona que más sufre con el status quo en que está la interacción cuando la familia llama para pedir ayuda. En esta situación hay varios clientes posibles. Son clientes para diferentes cosas:

- Benjamín quiere que se lo tome más en serio en la familia y tiene metas laborales propias.
- Jordi es cliente para que, en las peleas entre la madre y Benjamín, ella salga menos lastimada. Teme además por la salud de su madre, que no es muy buena.
- El hermano mayor, Jordi, también quiere que Benjamín sea exitoso en alguna cosa porque le queda claro que eso hará que su comportamiento mejore.

La cuestión en este caso para el terapeuta breve es decidir con qué problema comenzar. Estratégicamente la pregunta que el terapeuta se hace es: ¿qué problema, si cambia, tendrá el mayor impacto positivo en los otros problemas que presenta esta familia? O sea, ¿cuál es un problema central que, si cambia, tendrá un efecto beneficioso en los otros? Un poco como cuando uno tira una piedra en un lago, y se producen ondas en el agua que hasta ahora estaba calma pero sólo en la superficie.

Según Karin, los hermanos no son los clientes fundamentales, por ello se hacía necesario trabajar con el/los clientes. En una conversación con Karin se decide intentar algo nuevo y diferente.

Si se asume que la madre es la que más “sufre” en esta situación, se puede pensar lo siguiente. Si, en la casa, los desacuerdos entre Benjamín y la madre se redujeran, *entonces*:

- La madre tendría menos que discutir con el padre. Se desconocen en este momento los detalles de esas discusiones, pero se puede asumir que son, en gran parte, debidas a que Benjamín tiene el apoyo

del padre (que lo ve como “enfermo” y por lo tanto no “puede” con su genio y necesita su protección) y él, entonces “debe” defenderlo ante los percibidos “ataques” de la madre. Estos “ataques” pueden ser tan sencillos como: “por favor no tomes duchas de 30 minutos porque la cuenta de electricidad aumenta muchísimo y no tenemos los bienes para afrontarlo”.

- La madre estará menos frustrada y no deberá llamar al hijo mayor para que interceda y “haga comprender a Benjamín qué es lo que tiene que hacer”. Esto a su vez disminuirá la tensión entre el hermano mayor y Benjamín.
- Si Jordi debe impartir menos “fuerza”, entonces también cambiará la percepción que de él tiene el hermano mediano y podría argumentarse que esa relación (entre Juan José y Jordi) también tendrá oportunidad de mejorar (sin hablar de que ambos tíos podrían tener mejor relación con los hijos del hermano mayor, Jordi).
- Como se ha dicho más arriba, potencialmente puede mejorar la relación entre los padres ya que ambos, podría decirse, quieren lo mejor para Benjamín, y, siendo mayores, no estarán siempre para cuidarlo. Con vista al futuro, Benjamín necesita “aprender” a manejarse más independientemente.

En base a este razonamiento se decide, en el futuro, trabajar con los padres juntos. El padre es igualmente “cliente” con la dificultad inicial de que está más renuente a cualquier intento de cambio porque él ve a su hijo como un enfermo. Eso genera un miedo a un cambio “catastrófico” que desemboque en una salida traumática (suicidio, muerte). La madre se presenta más claramente “molesta”: quiere que Benjamín deje de consumir cannabis y quiere no pelearse con él. Por ello el movimiento en esta sesión será el de desplazar a los hermanos y volver a trabajar con los padres. Habrá que ser muy cuidadosos porque Jordi no aceptaría fácilmente abdicar de sus responsabilidades ya que, en su percepción, se juega la salud de su madre. Desde su punto de vista no es que *no quiere* cambiar, sino que *no puede* abandonar a su madre. Esta “visión túnel” por parte de los clientes que piden ayuda es muy común. Han hecho una construcción de la realidad que de alguna manera justifica las acciones que están tomando. La tarea del terapeuta sistémico es intentar cambiar esa construcción lo suficiente para *permitir* que nuevas acciones tomen el lugar de las acciones que, involuntariamente, mantienen al sistema funcionando de la manera que lo está haciendo y que perjudica a todos los miembros involucrados.

La sesión se inicia muy favorablemente: los hermanos habían empezado a compartir momentos en los que se pudieron decir “muchas cosas que llevaban guardadas durante muchos años”. Esto había sido posible cuando Jordi había hecho una invitación familiar a participar en un partido de fútbol de uno de sus hijos. El clima emocional era totalmente distinto. Durante la sesión se percibe que los tres hermanos se han empezado a relacionar desde una postura más igualitaria, y Jordi está haciendo esfuerzos por abandonar su papel de figura de poder. El compromiso de Benjamín en dejar el consumo es mucho más explícito (de hecho hacía tres días que había dejado de consumir) y está haciendo un curso de comercial promovido por la fundación ONCE. Karin entra en la sesión para poner de relieve que la relación entre ellos es otro mundo pero que todavía se “enganchan”. Entra en un momento en que esta igualdad entre los tres corría peligro de romperse en una discusión. La idea es poner de relieve que la solución intentada por Jordi es, por definición, ineficaz.

La sesión comienza enfocándose en qué cambios han ocurrido durante esa semana y la respuesta asombra a todos los terapeutas:

- Terapeuta: ¿Qué tal, cómo han ido... qué tal de mal han ido las cosas estos días?
- Jordi: Bueno, bien. Estuvimos hablando antes de ayer y bien, la verdad es que estuvimos hablando los tres y fue bien, estuvimos hablando tranquilamente... en ningún momento llegamos a alzar la voz, los tres creo que nos dijimos las cosas muy calmadas, muy tranquilas. Nos enteramos los tres de cosas que no sabíamos, y bueno, la verdad es que muy calmados y muy bien, ¿no?
- Juan José: Sí, el ejercicio lo hizo él.

- Benjamín: Sí, lo hizo él... [La sesión pasada se pidió que cada uno propusiese un encuentro y no se realizó, esta vez ha sido Jordi quien ha propuesto el encuentro, el ejercicio lo hizo él]
- Jordi: Eso es lo de menos, quien lo haya hecho. Vosotros dijisteis dos veces mínimo y ya está... yo necesitaba sacar muchas cosas que tenía dentro, saqué un 10 % pero bueno, yo no necesito sacar más, con que ellos entiendan que yo tengo mucha rabia y con haberlo demostrado una vez ya está, no hay que descargar nada más.
- Benjamín: Estuvimos hablando y, como dice Jordi, nos dijimos bastante claras las cosas... tomé muchas determinaciones... *quiero cambiar las cosas por mí, por mis padres y por ellos también*; porque también entiendo que he hecho sufrir a toda la familia.

Este discurso por parte de Benjamín es diferente de lo que el equipo ha oído hasta entonces y es importante que, además de ser diferente, es “mejor” en el hecho que es en la dirección en la que este sistema familiar se debe mover: que Benjamín sea más independiente y que Jordi deje de sentirse que “debe” intervenir. Por lo tanto, el equipo interviene preguntando si esto es nuevo y, si lo es, cómo se ha logrado el cambio.

- Benjamín: Porque he notado que mis hermanos me han dado más apoyo [marca la responsabilidad en el *exterior*] o sea, no me han dado más apoyo, me han dicho que van a estar ahí y que me lo van a dar... y no lo dudo, nunca lo he dudado, sólo que *antes el orgullo o la estupidez no me dejaban pedirlo* [ahora sí se atribuye el cambio] Supongo que pretendía ser autosuficiente y nunca lo he sido en realidad, pero *mi orgullo me prohibía salir a pedir ayuda...*

Y la conversación sigue entre los hermanos de una manera mucho más abierta de lo que había ocurrido hasta ahora, por lo menos durante las sesiones.

- Jordi: Pero básicamente sin pensar, especialmente si la mamá o yo te decimos cualquier cosa... otra cosa es que nosotros no te la sepamos decir de la mejor forma; que eso es cierto porque yo *tengo muy poca mano izquierda*, pero me pasa con mi mujer y me pasa con mis hijos... sé que papá tiene muchísima mano izquierda y que yo soy muy fastidioso, especialista en poner el dedo en la llaga, y eso lo estuvimos hablando el otro día...
- Benjamín: Sí, eres como la mamá; cuando os sentís atacados, *atacáis para hacer daño...*
- Jordi: Exactamente, es algo casi innato. Eso ya lo comentamos, pero aunque yo sea fastidioso no te lo digo por molestarte, lo hago por tu bien...

El hecho de que Jordi puede admitir delante de sus hermanos que no es “perfecto” y que tiene que estar en control de la situación todo el tiempo, señala que él también está buscando una relación más simétrica con sus hermanos en lugar de la relación complementaria de superioridad en la que la familia lo ha puesto en los últimos años. La conversación vuelve, sin embargo, a que Jordi enfatiza la importancia de que Benjamín vaya al gimnasio. Rápidamente hay riesgo que los hermanos vuelvan a la interacción complementaria y Karin decide entrar a la sesión para interrumpir la vuelta a los patrones cotidianos de estos hermanos que no funcionan para implementar un cambio positivo. En la terapia breve sistémica del Grupo Palo Alto, si bien la creencia es que, en general, el cambio ocurre *fuera* de la sesión, al hacer las tareas asignadas, no se desperdician las oportunidades de implementar cambios en la organización de la familia usando la sesión como modelo. Desde ese punto de vista, el terapeuta quiere evitar la vuelta al patrón disfuncional.

- Karin: Hola, soy Karin, mucho gusto [se presentan ellos y Juan José se presenta como Pepe]. Soy medio extraterrestre, yo voy a estar poco tiempo por aquí así que, por favor, tomen lo que yo les diga con un grano de sal, como decimos en Argentina. Yo hace un tiempo los vi [ella los vió en la tercera

- sesión] y en ese momento me quedé impresionada por lo bien que se llevaban pero cuánto no se escuchaban el uno al otro. Estaba muy impresionada.
- Jordi: ¿Cuánto no nos escuchábamos?
 - Karin: *Sí, aquella vez*. Esta [hace un gesto con la mano que indica los tres hermanos] es una interacción... pero de otra gente, ¿de otra gente! [Juan José sonríe y dice: *sí*] Pero, y por eso entré, como soy pesimista [Benjamín dice “yo igual”] tengo varias cuestiones. Un par de cosas: recién el Benjamín te acaba de *enganchar* a decirle lo que hay que hacer [mirando a Jordi] con lo del gimnasio y eso es lo que *no sirve*. Te acordás que hace cinco minutos dijo: no me gusta que me digan lo que hay que hacer; y vos dijiste a mí tampoco [Jordi asiente]. Es humano, si te invitan a salir a dar una vuelta seguramente dirás que sí, lo que no te gusta es que te digan qué hacer cuando no tenés ganas de hacer [Benjamín asiente y Juan José mira a Karin sonriendo, Jordi está echado hacia atrás]. Entonces, te acaba de decir: no me gusta que me digan qué hay que hacer; y tú... tu sugerencia del gimnasio es perfecta pero *tiene que salir de él*.
 - Jordi: *Sí, pero* esto ya lo estuvimos hablando el otro día...
 - Karin: *¿Y cuánto te funcionó* hablarlo y mandarlo al gimnasio? [Juan José empieza a sonreír y acaba soltando una risa, Benjamín también empieza a sonreír]
 - Jordi: No, nunca me ha servido. Pero si es una cosa que estuvimos hablando y él me dijo: “de acuerdo voy a ir”.

El pragmatismo en su más pura esencia. Recordemos que el libro de Watzlawick “*Teoría de la comunicación humana*” en realidad se llama “La pragmática de la comunicación humana”. Dado el trabajo que ya había sido hecho por el equipo, resulta útil en este momento empezar a puntuar que, con la mejor de las intenciones, el “sermonear” y “hablarle” no sólo no sirve para producir la acción deseada sino que es contraproducente: no le permite a Benjamín hacerse responsable de sus acciones. En este diálogo se pone de manifiesto la importancia que tiene la funcionalidad: si algo *sirve y funciona* vale la pena seguir haciéndolo; si no, hay que cambiarlo. La terapia breve sistémica, en colaboración en esta oportunidad con la terapia familiar sistémica que se practica en el Hospital de Sant Pau, es de una simplicidad aparente abrumadora, pero de una gran complejidad en la ejecución. La idea central es tratar no tanto los problemas que el terapeuta ve en la familia sino *la solución intentada ineficaz* aplicada por la familia. La diferencia entre esta aproximación y otra de corte más conductual es que en ésta última hay un elemento de “fórmula” que se aplica a todos los casos por igual. Si A, entonces B. La diferencia con la terapia familiar sistémica es que, si bien los principios son los mismos, cada caso es único y se tratará de acuerdo con los matices de cada situación que son, siempre, diferentes. Es más trabajo inicial porque hay que “escuchar” el lenguaje del cliente y cuáles son los pormenores que hacen de ésta, una situación única. A partir de allí, la intervención será diferente para que la familia, pareja o hasta individuo, se sienta escuchado, entendido y por lo tanto, más motivado a producir un cambio duradero.

Los problemas persisten porque persisten los intentos ineficaces de solucionarlos. En este caso Jordi persiste en el intento de aleccionar al menor, y la solución vendrá cuando sea el mayor el que pida consejo al menor, por ejemplo. Esto sucede en la octava sesión: Benjamín relata que ahora se llevan mejor y que incluso su hermano le llama para preguntar cosas referentes al ordenador cuando antes sólo lo llamaba para recriminarle alguna cosa que le había hecho a la madre. Pero no nos adelantemos en el relato del caso.

Esta aproximación sistémica es de una gran complejidad porque la sugerencia que se haga al cliente probablemente irá en contra del sentido común -de otra manera ya la estarían aplicando- y para ello el terapeuta tiene que afinar el oído y llegar a ver las cosas con los ojos del paciente. Esta forma de proceder obedece a la epistemología constructivista. Hay que saber cómo construyen su mundo para poder operar y ayudar desde ahí. Al mismo tiempo, la idea de amor como reconocimiento del legítimo otro, como apunta Maturana (1990), y qué mejor manera de reconocer al otro que legitimar su visión del mundo y tenerla en cuenta para buscar soluciones.

Desde el punto de vista de la terapia familiar sistémica, ha sido ésta una sesión en la que la interacción entre los hermanos ha sido diferente. No se espera que pueda mantenerse por completo, ya que el cambio es muy nuevo. Igual se da el próximo paso que es enfocarse en lo que ocurre en el núcleo de convivencia: los padres y Benjamín. Para eso, la hipótesis a trabajar es “alejar” a Jordi de su interacción de “salvador” de la madre. De ahí la próxima sugerencia por parte de los terapeutas.

- Karin: Tendríamos que ir terminando, ¿no? [Mirando al terapeuta] A mi lo que me gustaría, dado que estás viviendo de vuelta con tus padres, Benjamín, es ver cómo cambiamos esa interacción. Jordi, ¿habría alguna chance de que en dos semanas pueda encontrarme contigo y con tus papás?
- Jordi: Ningún problema.

Al último momento el equipo decide invitar a todos los miembros de la familia para tener la oportunidad de trabajar con los diferentes subgrupos que sea necesario para seguir implementando cambios en la interacción. Juan José dice que le cuesta mucho faltar al trabajo. Accedemos a que no venga y le decimos que lo mantendremos informado, también le agradecemos su intención de participar.

Sexta sesión

Se comienza la sesión viendo a Benjamín sólo para saber, desde su punto de vista, cómo habían transcurrido las últimas 2 semanas.

- Terapeuta: ¿Cuán mal han ido las cosas?
- Benjamín empieza diciendo que más o menos “lo va consiguiendo” pero que tuvo una pelea muy fuerte con su madre por la que estuvieron tres o cuatro días sin que ésta le hablase. Al relatar la pelea vuelve a contar una discusión que tuvo con su madre porque según ella él tardaba mucho en ducharse con el consiguiente gasto de agua y gas. Esta pelea ya la había contado en la sesión anterior y ocupó una gran parte de ella. Dice que él no quiere eso: “sentirme dolido porque mi madre no me habla”. Finalmente dice que después de la pelea no consumió, que pudo controlar la ansiedad. Ésta repetición de un relato que ya había contado en la sesión anterior pone de manifiesto el alcance de su afectación de la memoria.
- Terapeuta: ¿Cuántas veces más os habéis peleado?
- Benjamín: No, esa fue la única.
- Terapeuta: ¿La única?
- Benjamín: Sí, bueno ayer por la noche, cuando iba a cenar; a mi me gusta sentarme en un lado para ver la tele y ella ocupa media mesa mientras hace el sudoku. Yo le dije si me podía hacer un poco de espacio y se movió, pero puso una mala cara... Yo le dije que porqué me ponía esa mala cara.
- Terapeuta: ¿Y cómo acabó?
- Benjamín: Nada, me dejé sitio y ya está.
- Terapeuta: ¿Eso es diferente a las otras veces, a las otras peleas?
- Benjamín: Bueno, es que últimamente ya no quiero ni seguir las peleas... prefiero... se lo digo: oye no me pongas mala cara porque soy tu hijo y me sabe mal que me pongas mala cara simplemente por decir: echa pa'llá.
- Terapeuta: Si le preguntara a tu padre cómo ve él las cosas en casa, si él ve que hay menos peleas o no, que todo sigue igual... ¿qué diría?
- Benjamín: Mi padre sí que ve que hay menos peleas.

El terapeuta pregunta por el *consumo* de estas dos semanas y Benjamín dice que lo está controlando bastante, que consume el fin de semana pero que entre semana quiere estar despejado para ir al curso, que quizá alguna noche ha fumando antes de ir a dormir, pero poco. Esto es todo el cambio que el terapeuta ha solicitado, porque un cambio que ocurre de a poco es más fácil de mantener.

En este momento de la sesión se le pide a Benjamín que espere afuera y que pasen sus padres con Jordi. La intención de ver a este subgrupo es intentar implementar el “alejamiento” por parte de Jordi en la interacción con la madre para que ella pueda seguir interactuando con Benjamín de manera más independiente y directa.

Los terapeutas confirman con los padres y Jordi que ha habido menos peleas en estas dos semanas. También la madre confirma que Benjamín ha consumido menos cannabis “porque yo sé cuando consume porque lo huelo enseguida en la casa”. Esto es una novedad bienvenida que Benjamín no ha logrado en el pasado. El padre intenta explicar que, desde su punto de vista, es porque Benjamín no tiene dinero pero la madre dice que en el pasado, aún sin dinero, ha logrado consumir si quería. La madre expresa que ella también ha hecho un esfuerzo en las últimas dos semanas por estarle menos encima. El terapeuta aprovecha esta oportunidad para corroborar que, cuando la madre da un paso hacia atrás, Benjamín parece hacerse un poquito más responsable... La madre intenta echarse la culpa de todos los males que le ocurren a Benjamín, Jordi trata de hacerla sentirse mejor pero el terapeuta les dice a ambos que, si bien los padres no son perfectos, han hecho lo mejor posible hasta ahora y su trabajo no ha sido en vano. También se le dice a Jordi que, si la madre quiere sentirse un poquito culpable de la situación en este momento, es su territorio y tiene derecho a sentirse como quiera. La madre parece aliviada de que alguien no la contradiga. La terapia sigue en la dirección de intentar crear un pequeño espacio entre Jordi y su madre para que ella pueda sentir la responsabilidad de actuar de manera diferente con Benjamín.

- Karin: Acá un poquito, y con la mejor de las intenciones, a este hombre [toca la rodilla de Jordi] le tocan muchas cosas de rebote y él tiene también [la madre, asintiendo, dice: “su casa”] su casa y su familia. Lo que me preocupa, Jordi, es que acá tú estás muy metido ayudando a la mamá para tratar con Benjamín y en el fondo a mi me gustaría idealmente darte unas vacaciones, y con todo el pesar de tu alma, ayudarla a tu mamá, acá (y a tu papá también) a que manejen a Benjamín de una manera diferente.
- Jordi: Entonces, ¿quién los ayuda a ellos, *quién los defiende* [la madre sonríe, y hace el gesto de querer hablar] *hombre delante de la injusticia que están haciendo ellos* [vuelve a incluir a Juan José], especialmente Benjamín con respecto a ellos?
- Karin: Bueno, una de las cosas es que si nosotros lo manejamos mejor acá, Benjamín parecería que las últimas dos semanas se ha peleado un poquito menos y ha consumido un poquito menos. [Es importante el énfasis en que el cambio es pequeño. Esto acentúa que *hay* un cambio, sin embargo]

En este momento el padre elige participar en la conversación y se explaya en su explicación de que Benjamín está, en realidad, enfermo y hay que apoyarlo (él maneja las finanzas de Benjamín). Nos dice también que su mujer lo ve como un poquito más “pasota”. El terapeuta, para enfatizar la necesidad de la mejoría en la relación entre los padres y Benjamín, pregunta cómo ven ellos a Benjamín, una vez que ellos ya no estén. La madre ha estado llorando durante todo este tiempo en sesión y Jordi intenta consolarla. La madre, sin embargo, admite que éstas son preguntas que deben ser hechas y que las respuestas son importantes. El padre explica el plan que él tiene para cuando ellos ya no estén, que incluye un piso donde vivir y un ingreso por minusvalía. Ambos padres están de acuerdo en que no sería justo que los hermanos mayores tengan que ocuparse de Benjamín.

En este momento de la sesión queda claro que Jordi tiene una idea errada de la gravedad de los problemas físicos que sufre su hermano menor y que se aclaran escuchando al padre.

- Jordi: Él debe aprender a gestionar todos y cada uno de los aspectos de su vida.
- Karin: ¿Pero vos creés que él puede, si está tan enfermo?

- Jordi: ¡Totalmente, es que no está tan enfermo!
- Karin: Bueno, el accidente y la operación...
- Terapeuta: Hombre, él tuvo un accidente grave y un 65% de minusvalía no se lo dan a cualquiera.
- Jordi: Pero eso es por la psoriasis, por el asma y por la ira...

Los terapeutas aprovechan esta oportunidad para explicar, con ayuda del padre, que, en realidad, hay una proporción bastante más alta en el comportamiento de Benjamín que se explica por su minusvalía cerebral que por ser “pasota”. Esto valida en parte al padre delante de Jordi, que siente que tiene que defender a su madre contra el padre también. Jordi recibe la noticia con obvia sorpresa.

- Jordi: Entonces, enseñanos a nosotros a tratar con él. A mí me ha costado un tiempo el asimilar que mi hermano es así. Nos está diciendo, especialmente a los dos [madre y Jordi], que no lo veamos tú como pasota y yo como 33% pasota, 33% sinvergüenza, y 33% enfermo. Y a partir de ahora me está diciendo: no lo veas así, que estás totalmente equivocado. Velo más como un enfermo. Y a partir de ahora lo tengo que ver, lo voy a ver más como un enfermo no le des más vueltas porque no puede, no da más de sí, ¿vale? Y aunque yo lo vea con esos aires de soberbia, de que se va a comer el mundo [el padre asiente señalando con el índice a Jordi].
- Karin: Desgraciadamente sí [tocando la rodilla de Jordi]
- Jordi: Vamos a quererlo igual, pero vamos a quererlo diferente. No a ponernos distantes.
- Padre: Nunca habéis dejado de quererle.
- Karin: Sí, sí, sí, es así.
- Jordi: Quererlo como es, no como nosotros creemos que tendría que ser. Los conceptos ya han quedado claros, ya nos han hecho ver más la realidad.

Y precisamente ese “quererlo como es, no como nosotros creemos que tendría que ser” es la demanda explícita que hizo Benjamín en la primera sesión cuando se le preguntó por los objetivos a los que le gustaría llegar.

A partir de aquí, Jordi ha sido un gran colaborador, ha dejado de ser “el brazo armado de la tiranía” y mantiene una relación fraternal con su hermano como nunca la habían tenido. Le ha acompañado al CAS (centro de desintoxicación) y Benjamín explica en sesiones posteriores que incluso en el bar, después de salir del CAS, Jordi no aprovechó para sermonearle; que nunca habían tenido una relación como la que ahora tienen. En casa las cosas también se están relajando, la madre hace esfuerzos para “morderse la lengua”, Benjamín ha respondido bajando considerablemente el consumo y asumiendo nuevas responsabilidades (recogiendo los platos, limpiando).

Karin le pide 1 o 2 sesiones a Jordi para trabajar con sus padre y Benjamín: “nadie necesita ser defendido si esta relación entre madre e hijo funciona” y “si la relación funciona, a éste (Jordi) le damos vacaciones” y “Uds. dos (padre, madre) estarían mejor”. Así se describe la secuencia de relaciones que se da entre ellos.

- Karin: [A los padres] Les puedo casi garantizar que las cosas van a ir mejor si se reduce la presión, que no se va a tirar al tren. [A la madre] Pero no debe tirarse para atrás, sino hacia un lado. [En referencia a la madre que había dicho que su solución era evitar a su hijo para no discutir, cosa que en realidad hacía que Benjamín se enfadase].

Esta es la forma en que en esta sesión se le pidió a Jordi que dejase a los terapeutas ayudar a los padres y a Benjamín. Esta forma de proceder es la implementación de lo que afirma Linares: “Con patologías graves la alianza debe ser sellada con el paciente pero consensuada con la familia. Es como si les dijéramos: *Perdonen las molestias, estamos trabajando para ustedes. Dejen que me alíe con su hijo; luego se lo devolvemos.*”

En las siguientes sesiones Jordi no ha vuelto a venir y se ha mantenido colaborando en la misma línea. Como parte de la terapia, se ha mantenido algún contacto telefónico con él como forma de mantenerlo involucrado pero alejado y se muestra satisfecho por el curso que está siguiendo la terapia, con mucha menos intervención de su parte.

Se sigue trabajando con esta familia, con encuentros espaciados a una vez por mes y el clima emocional en casa es menos opresivo; ha habido altibajos y algunos desencuentros entre la madre y Benjamín. Sin embargo, de momento los están manejando ellos sin que sea necesaria la intervención de Jordi. Nuestra previsión es que mantendremos las visitas cada vez más espaciadas en el tiempo y con el objetivo de afianzar los cambios obtenidos.

Conclusiones

Hay quien afirma que, actualmente, el abordaje terapéutico predominante con familias que tienen algún miembro con trastorno mental grave es el psicoeducativo (Fernández Blanco, 2010). Los programas psicoeducativos incluyen diferentes estrategias terapéuticas que inciden sobre tres aspectos: la información sobre la enfermedad, el entrenamiento en resolución de problemas y la enseñanza de técnicas de afrontamiento del estrés. ¿Pero la efectividad de estos abordajes está en suministrar información sobre “la enfermedad” o se debe a las otras variables? “En este sentido, parece ser que el valor de la información no es tan importante como se pensaba en un principio, ya que la retención de la misma es muy baja al cabo del tiempo y no estaría ligada al cambio de actitudes ni a la prevención de recaídas.” (Faus Boronat, 2007, p.165).

Juan Fernández apunta una serie de elementos transversales a los diferentes modelos que, según su criterio, no deberían faltar nunca (Fernández Blanco, 2010, p.10). Variables como: el hecho de aproximarse a la familia con una actitud positiva (sin culpabilizar); establecer una alianza sólida con la familia; dar la sensación de control a la familia; centrar la intervención en problemas concretos; ser capaz de ver a la familia como un todo; promover la independencia del hijo afectado siempre que sea posible; favorecer expectativas razonables sobre el desempeño futuro del paciente; y, comprometer a la familia en el proceso del tratamiento. Estas son cosas que la terapia familiar sistémica da por sentadas en la terapia y se expresan en la sesión en una manera de escuchar por parte del terapeuta que es abierta y sin prejuicios. Cuando lo que se *espera* de la familia son los preceptos enumerados, no habrá que usar tiempo en “enseñarle” estas cosas: ya sabe hacerlo por sí sola.

Una divergencia puntual que se desprende de esta forma diferente de pensar en las familias y de verlas, es un ingrediente al que apunta Juan Fernández que no usaríamos: “proporcionar un modelo desde el que puedan dar sentido a sus conductas y sentimientos, y a los del paciente”. Desde la terapia familiar sistémica se intenta ver cuál es la interacción disfuncional puntual que la familia presenta y trabajar a partir de allí. Es lo que Watzlawick denominaba “utilización del lenguaje del paciente”:

Es decir, el terapeuta no sólo se esfuerza por comprender con la mayor rapidez y amplitud posible las expectativas, temores, esperanzas, prejuicios, en una palabra, la concepción del mundo del mundo de su paciente, sino que además presta atención a su lenguaje en el más estricto sentido de la palabra y lo utiliza para expresar con él sus propias comunicaciones. (Watzlawick, 1980, p.124).

Todo ello puesto al servicio de lo que es útil para esta familia en concreto y con la intención de disminuir todo lo posible el sufrimiento que los ha llevado a buscar ayuda. Lejos de ser una postura impostada y manipuladora, este uso de la flexibilidad del terapeuta tiene que partir de un profundo respeto por el modelo que aporta la familia y de validar lo que ellos traen a la consulta. Y, a partir de ahí, habrá que reconstruir conjuntamente unas narrativas que no les generen tanto sufrimiento.

Referencias

- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. y Weakland, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar* (F. Gálvez Sánchez, Trad.). Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 2000).
- Brox, V. (2010). Entrevista a Karin Schlanger. Terapia breve de resolución de problemas. *Clínica Contemporánea*, 2, 149-151. doi:10.5093/cc2010v1n2a8
- Faus Boronat, G. (2007). Intervención familiar en la esquizofrenia. Modelos Psicoeducativos. *Redes*, 18, 164-168.
- Fernández Blanco, J. (2010). Modelos de intervención con familias de personas afectadas por una enfermedad mental grave y duradera. *Infocop*, 47, 6-10.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes* (I. Ferrer, Trad.). Barcelona: Herder. (Trabajo original publicado en 1999).
- Fisch, R., Weakland, J.H., y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio* (J.A. Iglesias, Trad.). Barcelona: Herder. (Trabajo original publicado en 1982).
- Jackson, D. D. (1957). The Question of Family Homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement*, 31, 79-80.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Maturana, H. y Varela, F. (1990). *El árbol del Conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- O'Hanlon, W.H. y Werner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia* (M. Beyebach y M.L. Sánchez García, Trad.). Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1989).
- Schlanger, K. (2005) *Problem-solving across cultures: Our Latino Experience*. Con B. Anger-Díaz. California: Journal of Systemic Therapies, Vol. 23, issue 4, p.11-27.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio* (M. Villanueva, Trad.). Barcelona: Herder. (Trabajo original publicado en 1977).
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., y Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. Nueva York: Norton (trad. cast.: *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 1981).
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., y Fisch, R. (1994). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos* (A.Guéra Miralles, Trad.). Barcelona: Herder. (Trabajo original publicado en 1974).

Manuscrito recibido: 22/10/2010

Revisión recibida: 08/11/2010

Manuscrito aceptado: 12/11/2010