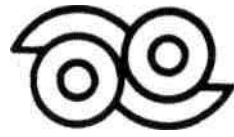


Terapia para resolver problemas

Jay Haley

Amorrortu editores

Terapia para
resolver problemas



Terapia para resolver problemas

*Nuevas estrategias para una terapia
familiar eficaz*

Jay Haley

Amorrortu editores
Buenos Aires

<
Directores de la biblioteca de psicología y psicoanálisis, Jorge Colapinto y David Maldavsky
Problem-Solving Therapy. New Strategies for Effective Family Therapy, Jay Haley © Jay Haley, 1976
Primera edición en castellano, 1980; primera reimpression, 1984; segunda reimpression, 1985; tercera reimpression, 1988; cuarta reimpression, 1990
Traducción, Zoraida J. Valcárcel

Única edición en castellano autorizada por el autor y debidamente protegida en todos los países. Queda hecho el depósito que previene la ley n° 11.723. © Todos los derechos de la edición castellana reservados por Amorrortu editores S.A., Paraguay 1225, 7° piso, Buenos Aires. \

La reproducción total o parcial de este libro en forma idéntica o modificada por cualquier medio mecánico o electrónico, incluyendo fotocopia, grabación o cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Industria argentina. Made in Argentina

ISBN 950-518-454-9

Dedico esta obra a Kathleen, Andrew y Gregory Haley.

índice general

1 Prefacio

5 **Introducción**

5 Definición de un problema
7 Unidades sociales más amplias
8 ¿Adonde apunta el terapeuta?

13 **1. Cómo conducir la primera entrevista**

18 Etapas de una primera entrevista
19 La etapa social
22 La etapa de planteo del problema
37 La etapa de interacción
40 Definición de los cambios deseados
44 Conclusión de la entrevista
46 Evaluación del terapeuta

48 **2. Cómo impartir directivas**

49 Finalidad de las directivas
49 ¿Qué es la directiva?
51 Tipos de directivas
53 Cómo motivar a una familia para que cumpla las directivas
56 Precisión
56 Participación total
57 Revisión de la tarea
58 Ejemplos de tareas
61 El informe sobre la tarea
62 Tareas metafóricas: el uso de analogías
64 Tareas paradójicas
72 Diseño de las tareas

77 3. La comunicación como «bits» y metáfora

- 78 Modos de comunicación dígitos y analógicos
- 80 La terapia y el uso de analogías
- 82 Las analogías en la entrevista de la familia
- 84 Un problema es una metáfora
- 86 ¿Cómo se genera el cambio?
- 88 Un enfoque con participación familiar
- 89 Evaluación de la terapia

93 4. Comunicación: secuencia y jerarquía

- 93 Poder y organización
- 96 Secuencias
- 101 Conflictos trigeneracionales
- 105 Conflictos bigeneracionales
- 108 El dilema terapéutico
- 114 Secuencia y jerarquía

118 5. Terapia en etapas

- 119 Ejemplos de casos
- 123 El problema bigeneracional

137 6. La terapia del matrimonio vista como un triángulo

- 140** Los síntomas como problemas presentados
- 140 El niño como problema presentado
- 141 La crisis familiar como problema presentado
- 142 El matrimonio como problema presentado
- 146** Guías para la terapia

153 7. Dificultades en la formación de terapeutas

- 154 Cómo elegir una orientación
- 161 Los procedimientos conducen a la teoría
- 162 En busca de congruencia
- 168 Elección del lugar de formación
- 173 Supervisión «en vivo»

177	8. Aspectos éticos de la terapia
178	Control de la información
181	El terapeuta y la manipulación
182	Manipulación conciente
185	Ocultamiento de la información
187	Toma de conciencia y ética
196	Teoría de la información y teoría de la comunicación
201	Informe sobre un caso: Un «pequeño Hans» moderno



Prefacio

Gran parte de las ideas aquí presentadas sobre terapia y formación de terapeutas las debo a colegas y estudiantes de la Philadelphia Child Guidance Clinic (Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia) y el Family Therapy Institute (Instituto de Terapia de la Familia) de la ciudad de Washington.

Las ideas sobre comunicación derivan principalmente de Gregory Bateson. He participado durante diez años en su proyecto de investigación, y aparte de la materia en sí él me enseñó a aprender. En *Strategies of Psychotherapy* (Nueva York: Grune & Stratton, 1963) expuse mi versión de los conceptos sobre la comunicación sostenidos por ese grupo.* Por entonces yo intentaba pasar del enfoque individual a **otro** más social, proponiendo que la unidad mínima de investigación y terapia fuera la diada, y en ese libro examiné los diferentes enfoques terapéuticos desde el punto de vista de la diada. La presente obra difiere de él en que ofrece un enfoque cuya unidad mínima es la tríada. Respecto del enfoque general de la terapia aquí adoptado,

[^] Véase J. Haley, «A History of a Research Project», en C. Sluzki y D. Ransome, eds., *The Double Bind*, Nueva York: Grune & Stratton, 1976. Corresponde aclarar aquí un malentendido: frecuentemente oímos hablar del «Grupo de Palo Alto» y su punto de vista sobre la comunicación, pero en realidad hubo dos grupos en Palo Alto, cuyas ideas diferían bastante. Por un lado estaba el proyecto dirigido por Gregory Bateson, que desarrolló la teoría del doble vínculo y operó en Palo Alto (más específicamente en Menlo Park) de 1952 a 1962. Integrábamos el proyecto con dedicación exclusiva Gregory Bateson, John Weakland y yo, y con dedicación parcial, como consultores psiquiátricos, Don D. Jackson y William F. Fry. El grupo se mantuvo unido una década, publicando más de setenta artículos y libros, especialmente sobre esquizofrenia, hipnosis y terapia; centró sus estudios en el tema de la paradoja en la comunicación. Cuando el proyecto de Bateson tocaba a su fin, el doctor Jackson creó en Palo Alto el Mental Research Institute (Instituto de Investigaciones Mentales) con otro grupo de gente, que sólo mantenía una relación social con el proyecto de Bateson sobre el doble vínculo. Aunque ambos grupos se han confundido, en realidad Bateson se rehusó a integrar «l Instituto de Investigaciones Mentales y no le gustaba que confundieran a su proyecto con dicho grupo.

estoy en deuda con Milton H. Erickson.² El estilo terapéutico basado en las directivas, y más específicamente el capítulo referido a ellas, derivan en forma directa de sus enseñanzas. Aprendí este enfoque a través de las consultas hechas a Erickson durante muchos años.

En lo referente a la orientación general hacia la familia y a muchos conceptos sobre entrevistas familiares que aquí se exponen, estoy en deuda con numerosos colegas terapeutas. Mi trabajo en Filadelfia influyó sobremanera en este enfoque específico de la familia. Fui allí en 1967, viajando todos los días en auto con Salvador Minuchin, director de la Philadelphia Child Guidance Clinic, y Braulio Montalvo; esos seminarios informales, sumados a otras conversaciones, influyeron en las opiniones que ahora presento. Igualmente importante fue la buena disposición con que Minuchin acogió enfoques polémicos y formó terapeutas dentro de su clínica. Si bien su reciente libro *Families and Family Therapy* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1974) pone de relieve aspectos distintos de los que aquí subrayamos, refleja muchas ideas similares desarrolladas durante los años en que trabajamos juntos y con Montalvo. Tengo una deuda especial con Braulio Montalvo por las ideas contenidas en esta obra. Compartió conmigo la enseñanza de la terapia y la preparación de filmes didácticos sobre la materia. A lo largo de los años mantuvimos centenares de pláticas sobre la naturaleza del cambio terapéutico y el aspecto ético de la terapia; también tuvo la gentileza de leer el manuscrito de esta obra y sugerir mejoras a medida que yo lo preparaba.

Debo agradecer a Cloé Madanes por las ideas aportadas y por sus comentarios críticos del manuscrito. Con ella desarrollé buena parte de los conceptos sobre formación de terapeutas, ya que compartimos cargos docentes en Filadelfia y Washington.

He participado en dos programas de formación de terapeutas en los cuales se elaboraron muchas de las ideas sobre el tema presentadas aquí. El primero, realizado por el Institute of Family Counseling (Instituto de Asesoramiento Psicológico Familiar), impartía formación terapéutica a gente de la comunidad; su plantel, que incluyó a Minuchin, Montalvo, Jerome Ford, Mariano Barragán, Lydia Lynan-Gervacio, Cloé Madanes, Cáster Umbarger, Rae Wiener y Marianne Walters, creó conjuntamente numerosos procedi-

² Véase J. Haley, *Uticomott Therapy: The Psychiatric Techniques of Millón H. Erickson, M. D.*, Nueva York: Norton, 1973.

mientos didácticos. Los estudiantes también aportaron múltiples ideas, especialmente aquellos que luego fueron incorporados al plantel bajo dicho programa (entre otros, Barbara Bryant, Gerald Hawthorne, Barbara Penn, Edna Smalls y Peter Urquhart).

El segundo programa didáctico que dio origen a muchas ideas fue el del Institute of Teachers of Family Therapy (Instituto de Profesores de Terapia Familiar), que enviaba al personal docente a diversas instituciones para que impartiera clases de terapia familiar a sus miembros. En ese programa fui, junto con Minuchin y Montalvo, profesor de profesores. Directores del Instituto fueron primero Kal Flomenhaft y luego Steve Greenstein, y su equipo docente estaba integrado por Mariano Barragán, Ross Carter, Neal Daniels, David Heard, Cus Kratsa, Gary Lande, Barbara Lewin, Jamshed Morenas, Bernard Raxlen, Samuel Scott, Muriel Shapp y William Silver.

En años recientes he dirigido un programa de formación de terapeutas en el Instituto de Terapia de la Familia de la ciudad de Washington. Allí, en colaboración con mi colega Cloé Madanes y con los estudiantes, desarrollamos las ideas en que hago hincapié en las páginas dedicadas al tema. Dos capítulos de esta obra aparecieron en sendas publicaciones con un texto algo diferente. El capítulo 3, «La comunicación como "bits" y metáfora», fue publicado en el *American Journal of Psychotherapy*, vol. 25, 1971, págs. 214-27; el capítulo 5, «Terapia en etapas», apareció en el *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 12, 1973, págs. 641-59, bajo el título «Strategic Therapy when a Child is Presented as the Problem» (Terapia estratégica cuando un niño es presentado como el problema).

Jay Haley
Filadelfia, Pennsylvania
Julio de 1976

■ ■ ■ /ivff

17 18

' .!r

i

Introducción

Este libro está destinado a aquellos terapeutas que desean desarrollar técnicas específicas para la resolución de dilemas humanos, y a los que dictan cursos sobre terapia y quieren enseñar determinados procedimientos. El enfoque terapéutico tiene por objeto principal solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un cliente,* haciendo hincapié, no en un método particular, sino en encarar cada problema con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica. La tarea del terapeuta consiste en formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención en la situación social del cliente a fin de modificarlo. Si bien el libro se centra en los problemas, nuestro enfoque difiere de otras terapias orientadas hacia los síntomas por cuanto acentúa el contexto social de los problemas humanos.

Definición de un problema

En años recientes se ha suscitado una polémica entre los terapeutas que prefieren definir un síntoma en términos precisos de conducta (p. ej., una conducta evitativa específica) y los que se valen de una categoría más general, como «angustia» o «sensación de desvalimiento». Algunos terapeutas prefieren formular los síntomas de manera tal que puedan computarse como actos, en tanto que otros se inclinan por formular un problema como estado mental o trastorno del carácter. Nuestro enfoque difiere de ambos métodos en cuanto no hace hincapié en el individuo. Si bien damos por sentado que el, o la,¹ terapeuta que no logra resolver el problema presentado ha fallado, y definimos el

* *Client*, término popularizado por Carl Rogers. [N. de la T.] ¹ No es apropiado emplear únicamente el género masculino para referirse a los terapeutas, porque en esta profesión hay tanto hombres como mujeres. El autor utiliza el género masculino por razones de conveniencia, reconociendo la injusticia que encierra el uso tradicional del mismo.

síntoma en términos operativos con la mayor precisión posible, la terapia se centra en la situación social, más que en la persona. Un «problema» puede definirse en diferentes unidades sociales. En este libro lo definimos como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos. Un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, es una etiqueta que se le adosa. Si concebimos síntomas tales como la «depresión» o la «fo-bia» como un contrato celebrado entre individuos y, por ende, adaptado a las relaciones, accederemos a un nuevo modo de pensar acerca de la terapia. El hecho de dejar de pensar en una unidad individual para pasar a una unidad social de dos o más personas tiene ciertas consecuencias sobre el terapeuta. No sólo debe contemplar los problemas humanos de manera distinta, sino que ha de considerarse a sí mismo un miembro más de la unidad social dentro de la cual está contenido el problema; ha de ver en él una parte integrante del dilema social del cliente, idea que puede provocar inquietud. Hace veinte años se avanzó un paso al reconocer que la unidad terapéutica era la familia nuclear, más que el individuo; luego, esa unidad se expandió hasta abarcar a otros parientes y, también, al grupo de pares. Ahora, ya está resultando embarazosamente evidente que un problema incluye el mundo profesional en que se manifiesta, y también el círculo más vasto de la sociedad.

El diagnóstico como parte del problema

Cuando se define un problema terapéutico diciendo que concierne a las relaciones sociales de los clientes, el terapeuta debe incluirse a sí mismo dentro del problema, puesto que él contribuye a definirlo. Catalogar a un niño como «delincuente» o afectado por una «disfunción cerebral mínima», o a un adulto como «alcohólico» o «esquizofrénico», significa participar en la creación de un problema en forma tal que puede dificultar aún más el cambio deseado. El terapeuta que describe una situación familiar diciendo que se caracteriza por la presencia de «una madre dominante y un padre pasivo», o por la existencia de «una relación simbiótica entre madre e hija», ha creado problemas con ello, aunque quizá piense que sólo está identificando los problemas que le plantearon. El modo en que clasificamos un dilema humano puede cristalizar un problema y volverlo crónico.

Los colegas como parte del problema

La cuestión de los problemas creados por los profesionales se hace más evidente cuando examinamos de qué manera los clínicos pueden convertirse en parte integrante del problema presentado. Si un terapeuta acepta en tratamiento a un adulto joven internado en un hospital para enfermos mentales con diagnóstico de esquizofrenia, ¿cómo se define el problema? Desde hace años, los terapeutas saben que, en un caso así, la unidad social es el adulto joven y su familia, pero en la actualidad surge con mayor evidencia que el problema incluye al equipo psiquiátrico que rige la custodia y medicación del paciente. El terapeuta no puede fingir que el problema terapéutico se circunscribe al joven y su familia, cuando son otros quienes deciden si se le da de alta y cuando pueden drogado en cualquier momento sin autorización del terapeuta. De igual modo, para atender a un hombre o mujer que está en libertad condicional hay que definir el problema en forma tal que incluya no sólo a la familia y amigos del cliente, sino también al funcionario a cargo de su vigilancia y al tribunal o juzgado. Cuando está involucrado el control social, el medio profesional también forma parte del problema presentado. En casos más rutinarios, el problema terapéutico puede radicar en el desacuerdo existente entre los profesionales que atienden a una familia: cuando diversos miembros de ella acuden a terapeutas diferentes, puede suscitarse entre estos una guerra territorial en torno a quién tiene razón en la familia y quién no. Por lo tanto, el terapeuta no limitará la unidad social a la familia, sino que incluirá también a los colegas profesionales.

Unidades sociales más amplias

Hay casos en que la unidad social es más amplia que aquella —de por sí inquietante— en que los colegas clínicos forman parte de los problemas a tratar. Si un niño se niega a ir a la escuela, podemos decir que su conducta constituye un problema terapéutico. Se espera que el terapeuta intervenga tanto en la familia como en la escuela y logre que el niño se conduzca como corresponde. Por lo común es un problema rutinario. Pero supongamos que se trata de una escuela de barrio pobre, tan mala que el terapeuta no puede menos que darle la razón al muchacho que la rehúye considerándola una pérdida de tiempo. Aquí el problema lo cons-

títuye tanto el niño que falta a clase sin permiso como la escuela misma. Pero si la incluimos en la terapia, se diluye el límite entre esta y la acción social o política. Si el terapeuta encara el problema desde el punto de vista social, le será difícil limitarse a pensar en el niño o la escuela sin entrar a considerar el sistema económico y las cuestiones sociales en que se inserta el colegio. El niño que se rehú a asistir a clase puede obrar así como reacción ante una escuela mala o una familia problema, pero ambas circunstancias son inseparables del hecho de que el padre es, quizás, un desocupado crónico a causa de la naturaleza misma del sistema económico, en tanto que la madre recibe una ayuda social que puede distorsionar la organización familiar. ¿Acaso el problema del terapeuta no ha de ceñirse al individuo, familia, pandilla y escuela, sino que debe comprender asimismo a la sociedad en general? Aunque estas cuestiones resultan evidentes entre los pobres, también existen en la clase alta: el terapeuta puede definir como problema a una esposa deprimida, o bien incluir en la definición el hecho de que su marido es el acosado ejecutivo de una gran empresa, obligado a trasladar constantemente a su familia de un lugar a otro como parte de la lucha competitiva en que consiste su carrera profesional.

¿Adonde apunta el terapeuta?

Un terapeuta puede intentar abordar la cuestión social adoptando posiciones extremas. Puede definir el problema como un caso de percepción distorsionada por parte del cliente y preocuparse por las fantasías que teje en torno a su situación social, pero un criterio tan estrecho ya no parece aceptable. Puede irse al otro extremo y decir que todos los problemas son de índole económica y cultural, pero entonces debe convertirse en revolucionario para resolver cada caso. Semejante enfoque no parece ser muy práctico que digamos, pues el terapeuta no sólo deberá poseer pruebas de que una revolución lograría crear una sociedad capaz de resolver el problema, sino que, además, el acongojado cliente tendría que aguardar mientras él organiza la revolución. La cuestión del radicalismo adquirió notoriedad en la década de 1960, cuando se incorporaron terapeutas a las clínicas de salud mental ubicadas en barrios míseros, abarrotados de negros pobres. Esos terapeutas se trabaron en disputas cuyas argumentaciones caían en extremos opuestos: si ayudaban

a una familia pobre a abordar un problema, los radicales los acusaban de malgastar su tiempo, puesto que el problema era la desocupación y el racismo de la sociedad; por su parte, los terapeutas que adoptaban un objetivo más radical e intentaban hacer algo contra el racismo y el sistema económico corrían el riesgo de ser acusados de entregarse a la mera retórica, de no prestar ayuda ni siquiera a una familia afligida.

No es fácil discernir cuál es la tarea del terapeuta. Sea cual fuere la posición radical que adopte como ciudadano, en cuanto terapeuta su obligación es definir la unidad social que él puede cambiar para resolver así el problema que le presenta un cliente. Aunque a veces se vea obligado a batallar con los hospitales de salud mental, tribunales y organismos de bienestar social, no es así como suele alcanzarse el objetivo terapéutico. La eficacia del terapeuta se mide en términos del resultado de su terapia, no por su posición moral o su justificable indignación ante una sociedad que coadyuva a crear los problemas que él intenta resolver. El punto de vista más útil para él es pensar que dentro de cada situación existe suficiente variedad como para poder establecer algún ordenamiento mejor. En vez de limitarse a condenar una escuela mala, el terapeuta debe visitarla y hallar, dentro de ella, mejor cabida para el muchacho renuente al que intenta corregir.

Una vez aceptada la idea de que los problemas de un cliente incluyen al medio social, y también al terapeuta, este siempre debe tener en cuenta las coaliciones en que se ve envuelto al actuar. No sólo ha de preguntarse si no está desempeñando la función de un agente de control social al servicio de la sociedad, cuya misión es apaciguar a los perturbadores; también debe reflexionar sobre el ejercicio de esta misma función dentro de marcos de referencia sociales más reducidos que el de la sociedad global. Desde este punto de vista, solucionar problemas no es una tarea tan sencilla como lo sugerirían algunos «modificadores de la conducta». Los «terapeutas de la conducta» han subrayado problemas y logrado que los profesionales obren con mayor precisión y se preocupen por los resultados, pero también existe entre ellos una tendencia a definir el problema sin incluirse a sí mismos dentro de la situación social a tratar. Por ejemplo, si un niño tiene berrinches y el terapeuta se adhiere a una teoría condicionante, centrará su atención en el problema de los berrinches y usará procedimientos condicionantes para sofocar esa conducta problema. ¿Pero a quién sirve el terapeuta en tal caso? ¿Con quién está aliado, y contra quién?

El terapeuta que piense en función del contexto social se preocupará por los berrinches del niño en cuanto respuesta a las relaciones actuales de la criatura; también tendrá en cuenta la jerarquía presente en la situación a tratar, y decidirá si desea ser empleado por los padres para moldear el niño al gusto de ellos. En realidad, bien puede ocurrir que resuelva concentrarse en el problema de los berrinches, pero si piensa en función de las secuencias de relaciones también tomará conciencia de que su actuación se refiere, por igual, a los padres y al niño.

El terapeuta enfrenta un dilema más evidente al advertir, en una situación de control social, que él mismo es parte del problema. Desde una perspectiva estrecha, el terapeuta que actúa en una unidad de internación y se vale de una «economía simbólica»,* u otros procedimientos similares, puede estar resolviendo problemas de conducta de los pacientes, pero desde el punto de vista de la organización se ha aliado al establecimiento a fin de moldear a los pacientes con miras a que se porten mejor, para conveniencia del personal hospitalario. En un informe fechado años atrás se planteaba el caso de una paciente, internada en un hospital para enfermos mentales, que coleccionaba toallas en su habitación; un terapeuta resolvió paradójicamente el problema atiborrándola de toallas hasta que su cuarto quedó tan abarrotado que no podía, entrar en él. Típicamente, al describir esta intervención no se aclaraba si con ello se logró que la mujer se portara mejor dentro del hospital, o si se le ayudó a reintegrarse a la comunidad para llevar una vida normal. Una vez que el terapeuta piensa en función de la organización, debe considerarse parte integrante del sistema social que constituye el problema del cliente.

Además de habérselas con las consecuencias que le acarrea meditar sobre el lugar que ocupa en el sistema social, el terapeuta que adopte un criterio centrado en el problema tendrá dificultad en hallar un sitio donde le enseñen a practicar la terapia. Unos pocos lugares ofrecen cursos de formación para la resolución de problemas a través de técnicas conductuales,** en tanto que otros—harto diferentes— brindan una formación terapéutica orientada hacia la familia. Es

* **Token economy*: método consistente en instituir un juego o sistema económico simulado, mediante el uso de fichas u otro sustituto de la moneda, o pegando a los internados con sumas irrisorias y «simbólicas» de dinero real. [N. de la T.]

** *Behavioral techniques*: las técnicas basadas en la modificación de la conducta; del mismo modo se habla de «terapia conductal», «terapia conductal», etc. [N. de la T.]

difícil hallar un lugar donde se reciba una formación orientada hacia el problema y, al mismo tiempo, se aprenda a pensar en los problemas ubicándolos dentro de un marco de referencia social. Este libro se propone suministrar medios que permitan formular problemas e intervenir en las relaciones humanas para resolverlos.

La obra está destinada a los terapeutas y no debe malinterpretarse como un intento de describir cómo son en realidad la sociedad y la familia humana, o cómo deberían ser si todo anduviera bien. Ofrecemos formulaciones simplistas de situaciones sociales que pueden ayudar al terapeuta a reconocer los intercambios típicos y determinar la acción a emprender.

Si r (

tfi-

.. Jst

"< .. • i."

■ ■ ■

32" jix'27it

'if ■;«

il

1. Cómo conducir la primera entrevista

Si una terapia exitosa es aquella que resuelve los problemas de un cliente, entonces el terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo. Además, si ha de resolver una variedad de problemas, no debe adoptar un enfoque rígido y estereotipado con respecto a la terapia. Por eficaz que resulte para ciertos problemas, ningún método terapéutico estandarizado puede manejar exitosamente la vasta gama de casos que suelen plantearse a un terapeuta. Se necesita flexibilidad y espontaneidad, aunque todo terapeuta debe aprender de su propia experiencia y repetir aquellos métodos que hayan dado buen resultado. La probabilidad de éxito aumenta si se combinan los procedimientos ya conocidos con técnicas innovadoras.

Para que una terapia termine adecuadamente debe comenzar adecuadamente, esto es, estableciendo el «contrato» en torno de un problema resoluble y descubriendo la situación social que por necesidad lo genera. El acto terapéutico empieza por la manera de examinar el problema. El acto de intervención saca a luz los problemas y las pautas de relación a modificar.

Un terapeuta hábil se acercará a cada individuo pensando que esa persona, esa situación social en particular, bien pueden requerir un procedimiento único en su género. Las variables son muchas, pero la mayoría caen en las categorías de tiempo, lugar, honorarios, número de personas involucradas y directivas especiales necesarias para iniciar el tratamiento. El terapeuta que encare una situación particular con plena libertad de acción puede resolver que lo mejor es actuar en su consultorio, en el hogar del cliente, en el sitio donde trabaja, la calle o la escuela (si el problema se relaciona con ella). La primera entrevista puede durar media, una o varias horas. El terapeuta puede proponer enseguida un cambio o, quizá, proceder pausadamente y no solicitar de inmediato ninguna acción. Los honorarios normales pueden resultar apropiados para un caso, o bien puede pedírsele al cliente que fije el pago que cree justo, o aun decirle que deberá pagar si no progresa. Puede entrevistarse a una o varias

personas en la primera visita, incluyendo solamente a miembros de la familia o citando además a amigos y a otros profesionales. Cierta grupo étnico requerirá, tal vez, un acercamiento formal, en tanto que una mayor llaneza resultará más eficaz con otro. Un terapeuta experto puede comenzar de muy diversas maneras, pero aquí indicaremos cómo ha de iniciar, preferiblemente, su primera entrevista un terapeuta común.

Hoy día se piensa que empezar la terapia entrevistando a una sola persona es partir con desventaja. Cuando se creía que el problema terapéutico era un fenómeno individual, parecía razonable entrevistar a una sola persona. Como se consideraba que los síntomas o problemas eran algo impropio, o meras señales de inadaptación, no había razón alguna para citar a otro que no fuera el inadaptado mismo. Si una esposa padecía accesos de angustia, no los creían atribuibles a su matrimonio sino que los tildaban de irracionales. Por consiguiente, el marido no era un elemento relevante, salvo como un factor de *stress* para la mujer, que constituía el «verdadero» problema.

Por supuesto, es posible cambiar un matrimonio o una familia entrevistando a uno solo de sus miembros, pero se corre el riesgo de que sea un procedimiento lento y difícil, amén de fallar a menudo, como lo han demostrado los estudios sobre resultados de terapias. Es mucho más sensato entrevistar al grupo natural en cuyo seno se manifiesta el problema, iniciando así de inmediato la búsqueda de una solución.

Si es obvio que, tratándose de un matrimonio, hay que entrevistar a ambos cónyuges, debería serlo aún más el hecho de que cuando el problema está en un adolescente a quien debemos ayudar a desligarse de su familia, debe buscarse la participación inmediata de todo el grupo familiar. El terapeuta debe reunir a las personas para ayudarlas a individualizarse, y es más lógico empezar ese proceso de individuación de inmediato, en la primera entrevista. La antigua dicotomía entre terapia «individual» y «de familia» pierde relevancia cuando se encara un problema dentro de su contexto. Entrevistar a un individuo es uno de los modos de intervenir en una familia. Si un terapeuta entrevista a un hombre, mujer, abuelo o niño y no ve al resto de la familia, establece una coalición a ciegas, sin saber en qué organización está entrando. Aunque, una vez iniciado el tratamiento, el terapeuta puede querer entrevistar individualmente a los miembros de la familia con un propósito determinado, al principio es mejor conocer a todos cuantos

habitan el hogar, para captar rápidamente el problema y la situación social que lo genera.

Además, se reconoce por lo general que la gente es incapaz de informar adecuadamente acerca de sus propias situaciones sociales. Hasta un observador participante entrenado peca de parcialidad en su informe debido a su posición dentro de su red social personal; un antropólogo preparado no puede describir de manera apropiada las secuencias existentes en su propia familia. En la década de 1950, las dudas suscitadas en torno al autoinforme condujeron a la realización de entrevistas de familias; otra consecuencia fue que los supervisores de terapia prefirieron observar la labor del terapeuta a través de una pantalla de visión unilateral [*one-way mirror*] o en videocinta. Los supervisores aprendieron así que la descripción de una entrevista dada por el terapeuta era inadecuada si se la comparaba con una grabación de la misma. Cuando los pacientes eran entrevistados en privado, sin grabación, a los terapeutas también se los veía privadamente en las sesiones de supervisión, y nadie sabía a ciencia cierta qué pasaba durante la terapia. Por ejemplo, una esposa informaba sobre un acto de su marido sin mencionar la parte que le había tocado en la secuencia que condujo a él (decía, quizá, que su esposo la había golpeado «porque sí»). A su vez, el terapeuta comunicaba a su supervisor ese hecho —conocido según la versión de la esposa— sin explicarle cómo había alentado a la mujer para que se lo relatara. No mencionaba que, quizás inconscientemente, se había aliado con ella contra el marido, incitándola a condenarlo. El supervisor debía adivinar lo ocurrido guiándose por los informes de una esposa tal como se los narraba un terapeuta, y ambos relatos pecarían de parcialidad. Es más sensato entrevistar a ambos cónyuges juntos bajo la observación de un supervisor, de ser ello posible. Con este tipo de observación, la situación del terapeuta pasa del enfrentamiento «individuo» *ver sus* «familia» a la práctica de una terapia «a ciegas» o «a plena luz».

Parte de la dificultad que plantea la iniciación adecuada de una terapia ha obedecido a la confusión entre el diagnóstico realizado por razones institucionales y el realizado con fines terapéuticos. Una institución requería que se entrevistara a una sola persona clasificándola en determinado diagnóstico, procedimiento que nada tenía que ver con la terapia y que hasta podía trabar al terapeuta en sus reflexiones sobre cómo resolver el problema. Ahora se sabe que el mejor diagnóstico *para terapia* es aquel que permite al grupo social responder a los intentos de producir un cambio. Como **el tera-**

peuta debe intervenir por vía de un acto terapéutico —valga la redundancia— para recoger datos de diagnóstico destinados a la terapia, lo mejor es comenzar entrevistando a toda la gente involucrada, ya que el cambio los afectará a todos. Por supuesto, a veces hay un solo individuo disponible para la entrevista, de manera que la sesión inicial ha de celebrarse entre dos personas. Si el individuo está en prisión o en un hospital para enfermedades mentales, es natural que el terapeuta cuente con la presencia de la familia en la primera entrevista, para programar la vida futura fuera del establecimiento. Si quien solicita la terapia es un estudiante que asiste a una universidad situada a miles de kilómetros de su hogar, quizá sea preciso verlo solo en la primera entrevista; luego puede recurrirse a cartas, llamadas telefónicas, visitas de los padres y otras formas de acercamiento, pero al comienzo deberá entrevistarse al individuo solo. Esta circunstancia especial y desusada exige que el terapeuta sea capaz de evaluar la situación de una persona basándose en el diálogo mantenido con ella sola, calculando al mismo tiempo las consecuencias que acarreará el cambio para los que no están presentes. Es posible cambiar a una persona sin entrevistar a nadie más, pero esa tarea suele exigir una pericia superior a la del terapeuta común.

Cuando se trata de una primera entrevista de tipo corriente, el terapeuta debe solicitar la asistencia de todos los involucrados, especialmente si el «problema» es un niño. Si la escuela está implicada en el caso, conviene por lo general celebrar en ella la primera entrevista, con asistencia del maestro, el asesor psicopedagógico, el niño y los padres, ya que todos estos constituyen el grupo social involucrado. (El procedimiento aquí descrito para una primera entrevista se aplica a un grupo así.) Para la mayoría de los problemas, debe invitarse a los integrantes de la red de relaciones íntimas. La unidad social adecuada comprende a todos cuantos habitan el hogar, pero si el terapeuta conoce la existencia de una abuela que vive a la vuelta de la esquina, también debe requerir su presencia. Cuando el problema es un niño, cualquier hombre que mantenga estrecha relación con la madre debe asistir a la sesión.

Este énfasis en que todos los involucrados estén presentes en la primera entrevista no significa que sea imposible practicar la terapia de no lograrse una participación total. Queremos decir, simplemente, que el modo más fácil de trabajar es trayendo a todos a la reunión. Nuestra descripción de cómo conducir una primera entrevista le ayudará al terapeuta a comenzar su labor en forma adecuada. El procedi-

miento esbozado sirve para la mayoría de los problemas, aunque, por supuesto, siempre hay situaciones excepcionales que requieren un manejo especial.

Por ejemplo, no conviene realizar esta clase de entrevista exploratoria con un joven internado en un hospital de salud mental, ya que en este caso el terapeuta sabe de antemano que el problema radica en la internación. Por lo general, en este libro no insistimos en el estudio de los problemas de jóvenes con perturbaciones graves; la terapia indicada para dichos casos es objeto de otra obra, actualmente en preparación. La estrategia a aplicar en un caso así consiste en partir con una actitud menos exploratoria y más autoritaria, ya que la familia está en un momento de crisis. Veamos otros casos en que este tipo de entrevista inicial no constituye el procedimiento correcto. A veces, un malentendido hace que alguien remita erróneamente a una familia al terapeuta; otras, se trata de un simple «chequeo» o consulta sin ningún interés en comenzar una terapia. Algunas familias sólo desean someter a un niño a algunos tests, y no tienen la menor intención de que se le aplique una terapia. Aquí vale la pena aclarar que la familia puede participar aun en una sesión de tests. En la actualidad, ciertas clínicas hacen que los padres observen la sesión a través de una pantalla de visión unilateral, para que puedan ver cómo responde su hijo; luego, al repasar los resultados con el examinador, los padres tendrán una base en que apoyarse para juzgar las deducciones de aquel, en vez de recibir un simple informe resumido.

También hay consultas «obligatorias» que requieren un manejo especial de la primera reunión. Cuando la familia ha sido remitida al terapeuta por un tribunal, p a veces por una escuela, la madre o el padre pueden presentarse encolerizados y habrá que tratarlos con especial cortesía. Toda vez que un cliente actúe de una manera confusa o aparentemente inapropiada, el terapeuta deberá presumir que la confusión o desorientación radica en el contexto de la situación, y no en una peculiaridad personal.

Las sesiones demostrativas, donde un terapeuta debe entrevistar a una familia en presencia de un grupo, plantean otra situación especial. Si la sesión corre a cargo del terapeuta que ya atiende a la familia entrevistada, deberá cuidar que esta no revele más de lo debido ante un grupo de extraños. Un terapeuta jamás debe entrevistar delante de un grupo a una familia a la que no volverá a ver. La sesión demostrativa llevada a cabo por un terapeuta visitante constituye una explotación de la familia entrevistada, cuyos miembros no

reciben compensación alguna por la exposición de que son objeto, a menos que les paguen honorarios. Además, estas demostraciones para las que se monta una entrevista única nada tienen que ver con la terapia: son, simplemente, un modo de ejemplificar ante un auditorio cómo utilizar a una familia, y el estudiante de terapia nunca debe suponer que ese es el modo de conducir una entrevista terapéutica. Resta un último comentario sobre la asistencia a la primera entrevista de todas las personas involucradas. Ocurre a menudo que un joven, conviva o no con sus padres, preferiría que su familia no se viera envuelta en la terapia, o bien ha recibido terapia individual durante varios años y siente predilección por dicho método. El terapeuta no debe permitir que el cliente decida la forma de terapia a seguir, sobre todo si ya ha sido tratado sin éxito y quiere continuar con el mismo tipo de tratamiento. También puede ocurrir que a un adulto le disguste la presencia de su cónyuge o que, viviendo solo (aunque su familia resida en la misma zona), crea que sus familiares nada tienen que ver con su problema. Cuantas más personas participen en las entrevistas, tanto más eficaz y rápida será la terapia. Hay veces en que se puede comenzar con una entrevista individual, si el cliente insiste en solicitarla, pero de continuar de ese modo se dificultará notablemente la terapia; suele ocurrir que esa primera entrevista individual hace que sea aún más arduo obtener la posterior participación de las personas pertinentes. Siguiendo las enseñanzas de Cari Whitaker, algunos terapeutas sostienen que la batalla en torno a quiénes participarán en la terapia puede determinar el resultado de esta.

Etapas de una primera entrevista

Una entrevista comienza con el primer contacto establecido con relación a un problema. Por lo común, alguien solicita telefónicamente una entrevista, recogiendo ya entonces cierta información. El terapeuta debe pedir que todos cuantos habiten en el hogar asistan a la primera entrevista. Al presentarse la familia, la entrevista recorre las siguientes etapas: 1) etapa social: se saluda a la familia, procurando que se ponga cómoda; 2) etapa de planteo del problema; se inquiere acerca del problema presentado; 3) etapa de interacción: se pide a los miembros de la familia que conversen entre sí; 4) etapa de fijación de meta: se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr. Fi-

nalmente, se fija día y hora para una nueva sesión, a la que asistirá toda la familia o parte de ella.

La etapa social

Todos los miembros de la familia deben participar en la acción en todas las etapas de la entrevista, especialmente en esta de los saludos. Al entrar al consultorio se sentarán donde y como lo deseen. Una vez que se haya presentado, el terapeuta deberá dirigirse a cada integrante de la familia y preguntarle cómo se llama.¹ Conviene obtener una respuesta de cada persona, para definir la situación en el sentido de que todos son importantes y están involucrados en ella. Durante esta etapa social, el terapeuta también puede averiguar quién vive en el hogar (y por lo tanto debe estar presente en la entrevista). No permitirá que nadie empiece a comentar el problema hasta tanto no haya obtenido de cada entrevistado alguna respuesta «social». El modelo para esta etapa son las reglas de cortesía que seguiríamos, como anfitriones, en nuestro hogar: se saluda a todos, haciéndoles sentirse cómodos.

Mientras la familia se acomoda, el terapeuta puede observarla para tener una idea de cómo empezar la etapa siguiente. La mayoría de las familias que vienen con un problema se colocan a la defensiva con respecto a él, por más afables que parezcan sus integrantes, ya que es violento tener que revelar un problema personal a un extraño. Han probado toda clase de remedios sin resultado alguno, por lo que pueden ver en este pedido de ayuda la prueba de su fracaso. Suele haber desacuerdo entre sus miembros acerca del problema en sí, o de la consulta al terapeuta; algunos han venido prácticamente a rastras y, quizá, creen que se los acusará de ser los causantes del problema.

¹ En este método se supone que el terapeuta trabajará solo; el empleo de un coterapeuta suele ser una seguridad para el clínico pero carece de valor para el cliente. Los estudios de resultados no indican que la coterapia sea mejor, aunque cuesta el doble. En cuanto al terapeuta en formación, si trabaja en colaboración con una persona más experta sólo aprenderá a mantenerse en un segundo plano sin asumir la responsabilidad del caso, que es precisamente lo que en definitiva debe aprender. Trabajando solo, el terapeuta puede desarrollar y poner en práctica nuevas ideas sin tener que perder tiempo consultando a un colega. Si necesita ayuda, puede ofrecérsela un supervisor (o aun otro terapeuta.) ubicado tras una pantalla de visión unilateral.

El terapeuta debe observar el estado de ánimo de la familia, dato necesario para conseguir que cooperen en el cambio. Quizá se muestren inás animosos de lo que en realidad están, o se sientan desgraciados o irritados. Pueden comportarse como si, al traer al individuo problema, le estuvieran infligiendo un castigo con el que han venido amenazándolo desde hace un tiempo. O están desesperados. O acuden por obligación, porque alguna autoridad judicial o escolar les indicó que lo hicieran. A medida que el terapeuta los saluda, le comunican su estado de ánimo, y él debe procurar ponerse a tono.

A medida que los integrantes de la familia se organizan para entrar en el consultorio, el terapeuta debe observar las relaciones existentes entre padres e hijos. Los padres pueden mostrarse muy severos con los niños, o bien actuar con excesiva lenidad limitándose a confiar en que entrarán con ellos; a su vez, los niños pueden cooperar espontáneamente en el vestíbulo, o aguardar las órdenes de sus padres. Mientras el grupo entra en la habitación y se sienta, podrá observarse qué disciplina imponen los padres a sus hijos. Empero, el terapeuta deberá tener presente que aquellos no se limitan a dirigirlos o «manejarlos», sino que están *mostrando* de qué manera lo hacen; por ejemplo, aunque acostumbren golpear al niño que se porta mal, tal vez se conduzcan de manera distinta ante el terapeuta, pensando en la propia «imagen». El niño también mostrará cómo se comportan él y sus padres. El terapeuta no extraerá necesariamente hechos concretos de todo esto, sino más bien una ilustración.

El terapeuta debe reparar en la relación existente entre los padres o los otros adultos que traen a los niños (p. ej., entre madre y abuela). Cuando hay un niño problema en la familia, los adultos suelen discrepar sobre cómo tratarlo. A veces manifiestan su desacuerdo de inmediato, y otras comienzan presentando un frente unido. Si dan la impresión de concordar demasiado, o se muestran excesivamente amables entre sí, nos hallamos ante una situación diferente de aquella en que manifiestan sus discrepancias en torno al niño. El terapeuta también observará si alguno de los adultos demuestra haber venido a regañadientes. ¿Cómo se conducen con el terapeuta los miembros de la familia? La conducta de los niños dará ciertos indicios sobre lo que les han dicho sus padres acerca del lugar de la sesión (en caso de efectuarse esta fuera del hogar o de la escuela). Si el niño parece temeroso del terapeuta, su miedo puede indicar que interpreta la visita como un castigo o que cree

que lo abandonarán allí. Si se muestra amable y curioso, es señal de que tal vez le han dicho que visitarían un lugar agradable. El terapeuta reparará especialmente en qué miembro de la familia intenta ponerlo a él de su parte, aun en esta etapa de saludos. Si uno de los padres se le «adhiera» demasiado pronto, debe prever que una de sus dificultades durante la sesión será abstenerse de coligarse con él. En cambio, si uno de los padres se muestra demasiado frío o esquivo, quizá sea preciso esforzarse más para hacerlo participar. Si los padres miran al niño y luego al terapeuta con aire de «exasperación compartida», tal vez le estén proponiendo una alianza contra el niño problema. A veces, al sentarse, los miembros de la familia revelan la organización de esta. Por ejemplo, la madre se sienta entre sus hijos, en tanto que el padre lo hace en un extremo; o padres e hijos se acomodan separadamente en dos bandos; o los padres se ubican junto a un hijo mayor, dejando aislado al niño problema; o mujeres y hombres forman dos grupos distintos, lo cual habla de la importancia que tiene la diferenciación sexual en esa familia. El hecho de que el niño problema se siente o no entre sus padres puede sugerir la función que desempeña en su matrimonio. Si recoger información es importante, no lo es menos *considerar las conclusiones extraídas como provisionales*. El terapeuta no debe formarse ideas muy firmes, pues quizás ha malinterpretado los datos; los que le ha suministrado la observación pueden verificarse en el transcurso de la sesión. El terapeuta que se aferra demasiado a una idea traba su mente para la consideración de otras.

También es importante que el terapeuta *no comunique a la familia sus observaciones*. Al ver que el niño problema se sienta entre sus padres, probablemente establecerá la hipótesis tentativa de que su problema desempeña una función en su vida matrimonial, pero no deberá tomarla demasiado en serio en tanto no haya recogido más datos, ni comentarle *jamás* a la familia la posición del niño. Decimos esto no sólo porque puede equivocarse en su suposición, sino también porque, de acertar, le está señalando a la familia lo que esta ya sabe. Llamar su atención sobre hechos tales •como los lugares ocupados al sentarse es pedirle a la familia que admita algo que, tal vez, preferiría no reconocer; esto podría suscitar una actitud defensiva entre sus integrantes y causar dificultades innecesarias en la terapia.

La etapa de planteo del problema

-

Hasta esta altura de la entrevista se ha mantenido un diálogo social con la familia, que puede ser muy breve o bien prolongarse durante algunos minutos; pero es preciso pasar de esta etapa a la de terapia, donde la situación ya no es de tipo social sino que obedece a un propósito. Que una familia recurra en busca de ayuda a una persona cuyo oficio es auxiliarlos constituye una situación poco común, para la que no hay reglas fijas, de modo que terapeuta y familia deben determinar qué clase de situación es.

Lo habitual es que el terapeuta les pregunte por qué han venido o qué problema los aqueja, pasando así de una situación social a una situación de terapia. Esta pregunta —que equivale a decir «ahora entremos en materia»— puede hacerse de muchas maneras, cada una de las cuales tiene sus ventajas y desventajas. La pregunta en sí presenta dos aspectos: el modo en que el terapeuta la formula y a qué miembro de la familia va dirigida.

:1

Modo de formular la pregunta

'1/

Frecuentemente, una familia llega al consultorio sin saber por qué se ha convocado a todos sus integrantes.' A menudo sólo buscan ayuda para un niño o adulto en particular, por lo que se sienten intrigados ante esta citación colectiva, aunque nadie pregunte el motivo. Resulta, pues, oportuno que el terapeuta aclare cuál es su posición en el asunto. Puede decirles lo que ya sabe del caso y por qué ha solicitado la presencia de todos. Una vez que él ha puesto en claro su posición, le será más fácil a los miembros de la familia explicar las suyas.

Por ejemplo, el terapeuta puede comenzar diciendo aproximadamente lo siguiente: «Oí lo que dijeron por teléfono, así que tengo cierta idea de cuál es el problema; pero pedí que viniera la familia en pleno para saber qué piensa de él cada uno de ustedes». Tras esto, puede preguntarles en forma más directa sobre el problema.

Otro método consiste en decirles: «Quise que hoy vinieran todos los miembros de la familia para ver qué opina cada uno de ustedes sobre la situación». Esta u otras frases parecidas ofrecen, al menos, a la familia una explicación parcial de su presencia en el consultorio, haciendo que sus integrantes se sientan dispuestos a expresar sus opiniones. La fraseología con que el terapeuta explique su posición de-

pendará del nivel cultural de la familia, ya que debe hablarle en un lenguaje comprensible para todos. Si cree hallarse ante una familia reservada, hará especial hincapié en el hecho de que ya se le dio cierta información sobre el caso al pedir telefónicamente la entrevista, con lo que todos comprenderán que alguien (por lo común la madre) ya ha planteado el problema y que el terapeuta ha escuchado esa versión. La forma en que el terapeuta recabe más opiniones específicas acerca del problema puede determinar el curso que tomará la entrevista. Indicamos a continuación algunas de las más usuales.

Preguntar: «¿Cuál es su problema?». Con esto se define la situación puntualizando que en ella se conversará sobre problemas. Por lo común, la persona más versada en el problema —que suele ser la madre— ha previsto esta pregunta y responde prontamente exponiendo las dificultades que causa el niño, o bien está preparada para ofrecer una reseña histórica de las circunstancias en que fue surgiendo el problema. Un planteo así concuerda con las expectativas de la madre.

Dar un tinte más personal a la situación, preguntando: «¿En qué puedo serles útil?». Este enfoque reduce las posibilidades del informe familiar, pues les obliga no sólo a pensar en el problema, sino también a pensarlo en función de lo que el terapeuta puede hacer al respecto. Este tipo de pregunta da lugar a una situación menos profesional y más personal, que puede resultar molesta para algunos terapeutas. En vez de inquirir sobre el problema, preguntar: «¿Qué cambios desean lograr?». Con esto se le fija a la situación de terapia un marco de referencia cifrado en el cambio. El padre o la madre deben plantear el problema en función del cambio que debería experimentar el niño, y no del trastorno o dificultad que presenta. Este marco de referencia le permite al terapeuta retomar el tema de los cambios deseados por la familia, aun en el caso de que la conversación vuelva a orientarse hacia el problema.

Preguntar: «¿Por qué motivo han venido a verme?». Con estas palabras, la familia puede optar por centrar su respuesta en el problema o en el cambio deseado. Algunos dirán: «Por Juancito», en tanto que otros responderán: «Para ver si se puede hacer algo con Juancito». En principio, cuanto más general y ambigua sea la pregunta, tanto más campo se dará a los miembros de la familia para exponer sus puntos de vista. Pueden hacer hincapié en el problema, o en el cambio, o aun describir el caso como el de una familia problema, más que el de un niño problema.

Cuanto más específico se muestre el terapeuta, tanto más se centrará a la familia en un aspecto determinado de la cuestión.

A qué miembro de la familia debe dirigirse la pregunta

Al pasar de la situación social a la de terapia, debe hablársele al grupo en general o a una persona en particular. Es aquí donde los prejuicios e inclinaciones personales del terapeuta pueden constituir un escollo. Si para él todos los niños son víctimas de sus padres, quizá tienda a ponerse de parte de ellos por el modo mismo en que pregunte sobre el problema; puede indagar acerca de él al niño, con lo que daría a entender que se trata, probablemente, de una criatura in-comprendida. Si divide rígidamente al mundo en dos sectores, hombres y mujeres, la opción puede convertirse en una cuestión sexual, pues el hecho de hablarle primero al varón podría llevar implícita la idea de que hubiera sido inadecuado dirigirse a la mujer. Si es una persona de edad, con nietos, y debe entrevistar a una familia en la que hay abuelos, quizá considere que ellos son quienes deben exponer el problema pues, indudablemente, son más sensatos y atinados. Contrariamente a lo que ocurre en una sesión individual, la entrevista de familia obliga al terapeuta a elegir en el momento mismo en que comienza a explorar el problema.

La cuestión encierra diversas dimensiones. Ante todo, está aquella persona que tiende a preocuparse lo suficiente por el problema como para traer a su familia a la entrevista; también suele haber alguien que desestima el problema y ha venido a regañadientes. Este es un conflicto típico en las familias problematizadas.

En segundo lugar tenemos la dimensión de la jerarquía, ya que no existe ninguna organización cuyos miembros sean iguales entre sí. El terapeuta debe respetar la jerarquía interna de la familia si quiere ganar su buena voluntad, pero, desgraciadamente, sus prejuicios pueden confundirlo en cuanto a quién posee autoridad. Muchos terapeutas tienden a colocar a los abuelos en un nivel jerárquico superior al de los padres, y se dirigirán a ellos si es que asisten a la entrevista. Otros negarán autoridad a los abuelos y los ignorarán cortésmente, interrogando a los padres. Otros, en fin, al advertir que el padre se muestra apartado y marginado de la familia, se dirigirán a él antes que a nadie y lo tratarán como si fuera el jefe del hogar. Esto no significa necesi-

riamente que el terapeuta crea que ocupa tal puesto; actuará así porque, al verse interpelado de esa manera, el padre reaccionará participando más en la situación y asumiendo mayor responsabilidad. Estos terapeutas se valdrán de la imagen estereotipada del padre «jefe de familia», crean o no en ella, para resolver el problema. Del mismo modo, si un terapeuta juzga que a tal fin debe apuntalarse a la madre en su posición, se dirigirá primero a ella y la tratará como si fuera la jefa del hogar. Esta decisión debe tomarse, empero, teniendo en cuenta el problema presentado, y no el concepto del terapeuta sobre el status que corresponde a cada sexo, cuestión esta que nada tiene que ver con la terapia. Una tercera dimensión está más ligada a la terapia que a otras situaciones. El terapeuta tiene una tarea que cumplir, y para lograrlo debe hacer que la familia participe. A menudo, entre sus integrantes hay uno capaz de hacerla volver al consultorio, por lo que deberá dispensársele un tratamiento más respetuoso. Puede ocurrir que el terapeuta escuche con especial respeto las declaraciones de un abuelo, para descubrir al cabo que en realidad este no cree que exista un problema tan grave como para seguir una terapia, y que si lo creyera, el resto de la familia desoiría su pedido de que vinieran a nuevas entrevistas. Así pues, el terapeuta que lo trate con excesivo respeto corre el riesgo de estar dirigiéndose a la persona con menos poder dentro de la familia. Veamos un ejemplo de la habilidad que necesita poseer un terapeuta. Se presenta una familia donde es la madre —y no el padre— quien tiene poder para traerla al consultorio; sin embargo, el terapeuta debe realzar el status del padre para aumentar su participación cuando resulte necesario como parte del plan terapéutico. Por consiguiente, deberá tratar al padre como si fuera una autoridad en lo concerniente al problema del niño, al par que indicará a la madre que actúa así como parte de la terapia y no porque no haya captado la posición marginal que suele ocupar su esposo dentro de la familia.

Si el terapeuta pudiera tratar a todos los miembros de una familia en pie de igualdad, como si la persona a quien se debe interrogar sobre el problema pudiera ser elegida al azar, la solución sería más simple. Es posible hacer esto en un grupo artificial formado para terapia de grupo, pero la índole misma de los grupos naturales obliga ineludiblemente al terapeuta a encarar la cuestión de la jerarquía. Recomendamos dirigirse en primer término al adulto que parezca estar más desligado del problema, tratando con la mayor atención y respeto a la persona más capaz de traer a

su familia a nuevas entrevistas. El que mayor preocupación demuestra suele ser aquel sobre quien recae principalmente el problema. Los casos típicos de niños problema dentro de una «familia intacta» * que se ven en una clínica suelen presentar una madre bastante preocupada por el niño y un padre más periférico. Aquí lo mejor es interrogar primero al padre sobre el problema, ante todo porque deseamos definirlo como partícipe de la terapia y, también, para averiguar cuánta responsabilidad estará dispuesto a asumir cuando se le solicite actuar.

En cierto porcentaje de familias, es el padre quien se preocupa excesivamente por el niño, en tanto que la madre se mantiene más en la periferia. A veces, esta dedicación al niño parecería corresponder a aquel sobre quien recaen la mayoría de las funciones domésticas relativas al cuidado del pequeño y que, por lo tanto, está más advertido de los problemas.

Los terapeutas que se dejan atrapar por la cuestión de los roles sexuales, en vez de pensar en la organización familiar, suelen pasar por alto otro aspecto de la situación: la frecuencia con que esa mayor dedicación y preocupación por el niño están determinadas por la relación existente entre ese padre, o madre, y sus progenitores o suegros. Una mujer que rivalice con su madre en lo referente a la crianza de niños se preocupará excesivamente por la conducta de su hijo, porque esta integra una cuestión pendiente con la generación mayor; del mismo modo, el hombre que quiera demostrar a su padre cómo debe educarse un hijo aparecerá, quizás, ante el terapeuta como la persona más preocupada por el problema del niño. *Cada relación* forma parte de otra, y es ingenuo pensar que se trata de una simple cuestión de hombres o mujeres. En realidad, este tópico de quién se dedica en demasía al niño y quién permanece en la periferia se plantea igualmente en casos donde los adultos involucrados son del mismo sexo: pueden ser madre y abuela, o padre y abuelo; hasta es posible que una pareja de homosexuales disputen entre sí sobre si el niño tiene o no un problema y quién ejerce autoridad sobre él. En este capítulo, al describir el caso típico en el que una pareja trae a su hijo porque presenta un problema, corremos el riesgo de caer en una perspectiva estereotipada; no obstante, puede adoptarse el mismo método de entrevista si el niño es traído por el padre (o la madre) y el abuelo (o

* *Intact family*, es decir, la familia nuclear completa (ambos progenitores participan en la terapia). [N. de la T.]

la abuela), por la hermana y el hermano, o por cualquier otro pariente. El problema puede radicar en una hija o hijo, en el hijo mayor o menor, o bien en los síntomas presentados por uno de los padres. Las diferentes etapas de la entrevista inicial rigen para todos los casos indistintamente, sea cual fuere la composición del grupo. Aunque es dable pensar que el sexo del terapeuta puede determinar, en parte, a quién interrogará sobre el problema, este detalle es secundario en una primera entrevista, salvo en ciertas situaciones poco habituales. La competencia del terapeuta importa mucho más que su sexo. Si un padre parece **dar** señales de sentirse excluido cuando la madre y una terapeuta discuten el problema, esta última debe esforzarse especialmente por incluirlo en el diálogo; el mismo problema de coalición se plantea cuando un terapeuta varón conversa con el padre. Todo terapeuta competente debe tomar conciencia de las coaliciones explícitas e implícitas fundadas en el sexo.

En general, no es una buena idea iniciar el diálogo preguntándole al niño problema por qué ha venido su familia. El pequeño sentirá que centran demasiado la atención en él, y aun puede parecerle que el terapeuta le reprocha que haya sido preciso reunir a todas esas personas. Es mejor hablarle más adelante. Todo terapeuta debe vigilar en sí mismo cierta tendencia a dirigirse a la persona problema en tono benévolo cuando se siente angustiado o tenso. Sucede que la función de la persona problema es atraer la atención cuando sus allegados están nerviosos e inquietos, y los terapeutas siguen invariablemente esa pauta. Por lo común, es mejor que el terapeuta nervioso se ocupe directamente de los padres en los momentos de nerviosismo. A veces, el niño problema se muestra hosco y callado porque ha entendido mal el contexto y la razón de la entrevista. Por regla general, el terapeuta siempre debe declarar su propia posición y cómo interpretar la situación toda vez que vea a alguien preocupado por ella. Un niño puede temer **que** lo encierren en ese lugar, o creer que lo han traído allí porque la gente lo considera loco. Es útil que el terapeuta diga cuanto sepa sobre las razones por las cuales están todos allí y, de serle posible, normalice la situación subrayando que es un contexto usual para considerar problemas. Algunos terapeutas gustan comenzar a veces preguntándole al niño menos involucrado por qué está allí la familia,² en-

² Frank Pittman fue el primero a quien vi utilizar este procedimiento de interrogar en primer término al niño menos involucrado.

tendiéndose por «niño menos involucrado» al que se sienta más lejos del grupo y aparenta mayor desapego. Generalmente, se trata de un niño muy pequeño, y al hablarle el terapeuta deja bien en claro que todos habrán de participar en la sesión, al par que hace notar que no es esa una situación donde sólo los adultos hablan acerca de los niños mientras estos se limitan a escuchar. Además, los niños pequeños pueden decir cosas interesantes, ya que no se les ha enseñado claramente qué debe y no debe decirse en público. Al preguntarle a un niño por qué ha venido, quizá nos enteremos de que a ninguna de las criaturas se le ha dicho el motivo por el que sus padres la han traído. Este descubrimiento nos suministra información sobre la reserva existente en la familia y los posibles cismas entre adultos y niños, o entre los adultos y el niño problema con respecto al resto de los pequeños.

En algunos casos, el terapeuta mira hacia el piso o el techo y pregunta, sin dirigirse a nadie en particular: «¿Alguien puede decirme cuál es el problema?». Esta actitud suele sacar a relucir al vocero de la familia, además de informar sobre la posición que ocupa en ella el padre, pues si este responde explicando el problema es más probable que sea un participante espontáneo en los asuntos familiares. Sin embargo, el no dirigirse a nadie en particular tiende a dar un cariz más impredecible a la situación; de ahí que algunos terapeutas prefieran hablarle a una persona determinada, para que cuanto se diga surja de manera ordenada y tal como él lo desearía.

Otro método consiste en «deslizarse» de la etapa social a 1» de terapia sin darle importancia al cambio. Por ejemplo, charlando con los niños durante la etapa de los saludos el terapeuta les pregunta acerca de la escuela o alguna otra actividad, motivando un diálogo que puede derivar en debate familiar sin necesidad de inquirir por qué han venido o cuál es el problema. A veces, este método permite eludir la perorata de alguno de los padres y evitar que se rotule al hijo como niño problema, pues para cuando se mencione la cuestión —en mitad de la entrevista— ya se habrá advertido claramente que existen varios problemas o bien que todos los niños son bastante parecidos. Confundir las etapas de los saludos y de planteo del problema en una entrevista inicial implica cometer dos errores básicos; el primero se aplica a cualquier enfoque de la terapia, y el segundo concierne al que se propone en este libro. En primer lugar, si el terapeuta no centra su atención en el

problema, la familia puede empezar a sentirse perpleja, porque no sabe discernir con certeza si está ante una situación social o de terapia. Por su parte, el terapeuta pierde la oportunidad de aclarar en qué se diferencia esta situación de una charla entre amigos, y a veces también magnifica el problema al hacerlo aparecer como algo de lo que más vale no hablar. El terapeuta debe explicar la situación en algún momento de la entrevista.

De acuerdo con el enfoque adoptado en este libro, el deseo del terapeuta es enfocar claramente un problema para poder cambiar las relaciones familiares utilizándolo a modo de palanca. No quiere que se reste importancia al problema, ni tampoco al niño problema diciendo que en nada difiere de los otros niños. Ni desea que se discutan las relaciones antes de haber expuesto el problema, ya que en esta terapia las relaciones no se modifican hablando de ellas, sino demandando una nueva conducta tendiente a resolver un problema. Citemos un ejemplo. Un matrimonio trajo a su hija, de 13 años, porque le robaba dinero a un vecino; al pedir telefónicamente la entrevista, la madre le explicó esta situación a la terapeuta y comentó que se había vuelto a casar en fecha reciente, de modo que la niña tenía ahora un padrastro. Durante la entrevista, todos se mostraron renuentes a exponer el problema. La terapeuta charló con ellos, y el hombre habló del problema que representaba para él su condición de padrastro, y el no saber disciplinar a los niños en una forma que agradara a su esposa. Finalmente, el supervisor telefoneó a la terapeuta,* pidiéndole que les preguntara qué problema los había traído en busca de terapia. En cuanto lo hizo, la niña rompió a llorar y sus padres hablaron de manera muy diferente sobre la integración del padrastro a la familia. La conversación no giró en torno a las relaciones familiares sino en torno a por qué robaba la hija y qué se haría para remediarlo.

Cómo escuchar la exposición del problema

La familia puede describir su problema como algo desusado o rutinario. Mientras los escucha, el terapeuta debe hacer ciertas cosas y abstenerse de hacer otras. El terapeuta no hará ninguna interpretación o comentario para ayudar al individuo a ver el problema bajo una perspec-

* Desde el cuatito contiguo; sobre este uso del teléfono en la supervisión de sesiones, véanse las págs. 155 y 174. [N. de la T.]

tiva diferente. Debe aceptar simplemente lo que le dicen, aunque puede inquirir sobre un punto que le parezca confuso. También le está permitido repetir una declaración con sus propias palabras para ver si la ha comprendido, pero nunca para ayudar a su interlocutor a «descubrir» algo. En esta etapa, el terapeuta no debe brindar su consejo aunque se lo pidan, en cuyo caso responderá aproximadamente así: «Necesito saber más sobre la situación antes de estar en condiciones de decir qué podría hacerse». Nunca debe preguntarle a alguien cómo se siente con respecto a algo, sino que se limitará a recoger hechos y opiniones.

Adoptará una actitud de servicial interés, sin distraerse con cosas realmente ajenas a la cuestión de por qué ha venido a verlo esa familia.

Mientras escucha a una persona, el terapeuta debe alentarla a hablar y allanarle en lo posible la tarea, teniendo en cuenta que algunas son de por sí locuaces en tanto que a otras les es difícil expresarse.

Si alguien interrumpe a su interlocutor, el terapeuta no intervendrá de inmediato: lo dejará hablar un poco para observar brevemente la índole de la interrupción y luego terciará para reanudar el diálogo original, pudiendo advertirle a la otra persona que ya le llegará el turno. Todos deben tener oportunidad de manifestarse. No bien un individuo haya formulado el problema, se les pedirá su opinión a todos los demás, cuidando de no dar la impresión de que se desea provocar un desacuerdo entre dos personas o responder a alguien. El terapeuta sólo quiere conocer la opinión de cada entrevistado. En caso de producirse desavenencias no se les dará importancia, pudiendo volver sobre el particular más adelante. Por otra parte, no deben permitirse disertaciones prolongadas (si los demás manifiestan impaciencia, es señal de que una persona ha estado hablando demasiado tiempo). Se reclamará la atención de quien se muestre distraído.

De ser posible, el terapeuta actuará con naturalidad al procurar que cada individuo tenga ocasión de expresarse. El comentario de una persona acerca de otra puede impulsarlo naturalmente a interpelar al aludido; empero, en esta etapa de la entrevista, el terapeuta no volverá a dirigirse a alguien que ya haya hablado, sino que pasará a un tercero. El diálogo entre dos personas no es recomendable en esta etapa. El terapeuta desea ingresar al universo de la familia para así comprender a sus integrantes, pero al mismo tiempo quiere introducir los suficientes cambios en su conducta como para

que la entrevista pueda continuar de un modo metódico y ordenado. Si es una familia lerda, el terapeuta deberá obrar despacio; si se desenvuelve con prontitud, se amoldará a ese ritmo. Si uno de los padres interrumpe reiteradamente a los demás, el terapeuta debe intervenir para que todos puedan expresar una opinión; además de cuidar que todos hablen deberá dirigir la situación, pues si la familia toma las riendas seguirá conduciéndose tal como lo ha hecho en el pasado y no habrá cambio.

Si el terapeuta escucha solamente a uno de los padres y le permite entrometerse cada vez que otro habla, estará expresando con esto que para él sólo tiene importancia cuanto diga ese padre o madre. Por eso deberá persuadir a los demás de que manifiesten su opinión, tratándolos con el mismo respeto. Al impedir que un padre o madre demasiado locuaz monopolice la conversación, el terapeuta lo está ayudando en verdad, pues debe evitar que la familia continúe obrando de un modo que siempre fracasó en el pasado. A veces, el niño problema se muestra reacio a hablar, especialmente luego que sus padres han descrito su mala conducta. El terapeuta se mostrará persuasivo para sacarlo de su silencio, y quizás hasta tendrá que ir a sentarse a su lado. Por lo general, lo mejor es dejarlo para el final, ya que el niño problema suele estar más dispuesto a expresar su opinión una vez que sus hermanos y hermanas han dado las suyas.

Cuando en el grupo hay niños muy pequeños, siempre conviene tener juguetes y títeres en la habitación para que la criatura pueda comunicarse en forma de «juego». La evaluación de la capacidad de juego del pequeño puede ser importante, así como la de los padres para jugar con él si el terapeuta lo pide. Juegos y juguetes permiten que haya acción en la entrevista, en vez de un simple diálogo acerca de la acción, con lo que el terapeuta podrá observar cómo se entienden entre sí los miembros de la familia.

La observación del terapeuta

Mientras inquiere sobre el problema y estimula a la gente a que hable, el terapeuta debe observar cómo actúa y qué dice cada uno de los entrevistados, *sin comunicar jamás* a estos sus observaciones.

Observará, por ejemplo, si la persona que está hablando sobre el problema finge ser amable pero en realidad está enojada; si se refiere a un niño como si fuera un objeto en

vez de una persona; si le preocupa lo que pensará el niño, o los demás, de sus comentarios, etc. Se fijará especialmente si una persona expone el problema como si ya hubiera dicho lo mismo muchas veces, o si lo está describiendo por primera vez. (Es importante saber si la familia ha estado sometida antes a tratamiento.) La manera de hablar de los participantes revelará si creen que el terapeuta podrá hacer algo por ellos, o si han venido simplemente por obligación y sin esperanza alguna. Notará a quién achacan el problema, pues es muy distinto que una madre culpe al niño, que se culpe a sí misma o que haga responsables a otros (p. ej., a parientes que no están presentes en la entrevista, o a la escuela). El terapeuta querrá detectar el grado de facilidad con que los miembros de la familia aceptan la responsabilidad del problema, ya que, en última instancia, requerirá que la asuman unánimemente para poder resolverlo. Mientras alguien habla, el terapeuta observará las reacciones de los demás. Su comportamiento le revelará si concuerdan o discrepan con lo que se dice, si ya están aburridos de oír las mismas cosas, si les complace ver cómo acusan a un niño, etc. La observación de sus reacciones ayudará al terapeuta a decidir la forma en que les hablará. Reparará especialmente en la reacción del niño problema: turbación, aburrimiento, excesiva indiferencia, etc. Como deberá maniobrar con las desavenencias entre los padres, observará al mando mientras habla la esposa y viceversa. Cuanto mayores sean el interés y participación de quienes escuchan, cuanto más los irrite y perturbe lo que se dice, tanto mayor será la probabilidad de que esa familia se encuentre en estado de crisis, lo cual implica inestabilidad. Por el contrario, cuanto más calma e indiferencia demuestren, más probable será que la situación familiar sea razonablemente estable, y por lo tanto quizá difícil de cambiar. Siempre que escuche a la gente conversar sobre el problema, el terapeuta tendrá en cuenta que no sólo le están contando hechos y opiniones, sino que también están diciéndole de un modo indirecto ciertas cosas que no pueden expresarse abiertamente. Estos mensajes indirectos son particularmente evidentes cuando los padres describen el problema de su hijo. Así, el terapeuta puede interpretar los comentarios que haga la madre sobre el niño como declaraciones acerca de este y, también, acerca de su marido y su matrimonio. Por ejemplo, si dice que su hijo varón es obstinado, es probable que esté diciéndole al terapeuta que su marido también lo es; si el padre cuenta que el niño lo amenaza constante-

mente con fugarse del hogar, es posible que su esposa esté amenazándolo con abandonarlo. Es útil presumir que un niño problema refleja o encarna un problema matrimonial, sobre el cual puede obtenerse información anticipada escuchando atentamente cómo hablan los padres de sus hijos. El terapeuta puede reflexionar tentativamente sobre los datos recogidos, comprobando más adelante su exactitud, pero manteniendo siempre para sí este tipo de información. *El terapeuta no debe expresar verbalmente ninguna interpretación que relacione los problemas del niño con la situación matrimonial.* Simplemente, incitará a los participantes a hablar y reparará en los diferentes significados que encierran sus palabras. Hay muchas cosas que no pueden decirse en forma directa; de no ser así, probablemente no habría ningún problema. . . De hecho, hay tres maneras distintas de recibir información sobre el problema, las que deben aplicarse en diferentes momentos de la entrevista. En su primera indagación el terapeuta dejará que la familia exprese el problema metafóricamente, pues la especificidad centra demasiado la cuestión en el niño y limita las metáforas. Avanzada la entrevista, juego de la etapa de interacción, se necesita contar con una formulación más concreta y detallada del problema y de las metas a alcanzar, a fin de poder utilizar eventualmente lo manifestado para comprobar los resultados y determinar si la terapia ha tenido éxito. Esta segunda exposición debe especificar aspectos tales como «cuántas veces por día ocurre el hecho» y «cuánto dura», suministrando datos que sirvan de base de referencia. En tercer lugar, hacia el final de la entrevista, y en relación con el paso anterior, el terapeuta pedirá que le resuman la cuestión y definan los cambios deseados; concretamente, ¿cuáles son las metas que desearía alcanzar la familia? Estas tres formas distintas de abordar el problema son necesarias, y suministrarán información diferente.

En la etapa de la entrevista en la que se fomenta una discusión metafórica del problema, el terapeuta procurará comunicarse en el nivel más general. Si el padre se queja de que es difícil comprender a su hija, el terapeuta puede responderle que las mujeres suelen ser difíciles de comprender para los hombres; este comentario vinculará a la esposa y la hija a un nivel más general, sin dar importancia al asunto. Si la madre dice que su hijo varón es demasiado agresivo y la golpea, o golpea a las niñas, el terapeuta puede contestarle que es muy malo que los hombres aprendan a tratar de ese modo a las mujeres; la madre comprenderá que el

terapeuta ha captado su queja por el vrato que le da su esposo, pero no lo sacará a luz de manera explícita para no causar más disturbios. Respondiendo metafóricamente el terapeuta recibirá más información, pues los miembros de la familia sabrán que no cometerá la descortesía de señalar lo que «realmente» se dice.

Es sumamente importante no hacer comentarios directos sobre esta información indirecta. Si la madre dice que su marido es servicial pero al mismo tiempo se tapa la boca con la mano, eso significa, quizá, que hay ciertas cosas de su marido de las que preferiría no hablar por el momento. En un caso así, el terapeuta jamás debe explicarle el significado del gesto, ni señalarle que está callando algo, porque ella ya lo sabe y le parecerá una descortesía. Se limitará a escucharla y alentarle a hablar más, con lo cual la comunicación se hará más comprensible, en parte porque la mujer sabrá que puede hablar sin peligro y deslizar indirectas entre las opiniones abiertas.

Contenido del problema presentado

Por lo común, al conversar sobre un problema una familia describirá a un individuo, indicando qué anda mal en él. Sin embargo, esta es sólo una de las diversas maneras de ver un problema. Si la madre dice: «Mi hijo jamás hace caso de nada», lo está rotulando como niño problema. Pero también puede decir: «No sé cómo lograr que mi hijo obedezca», con lo que seguirá atribuyendo el problema a una persona, pero esta vez será a ella misma y no a su hijo. También puede inculparse a dos o más personas, en vez de considerar el problema como una cuestión individual. Cuando la madre declara: «Mi hijo y yo nos tratamos de un modo tal que los dos nos sentimos impotentes y nada podemos hacer», indica que el problema no radica en una persona sino en dos. También podría decir: «Mi marido y yo no podemos ponernos de acuerdo sobre cómo tratar a nuestro hijo, y así no le hace caso a nadie», planteamiento según el cual tres personas constituirían el problema.

Lo importante aquí es que cualquier formulación sobre el problema puede emitirse en función de una, dos, tres o más personas. La misma conducta de un individuo toma un cariz distinto —en cuanto a qué anda mal en él y qué puede hacerse al respecto— si se contempla el problema en función de diferentes números de personas. Comúnmente, los miembros de una familia atribuyen el problema a una sola persona, en

tanto que la tarea del terapeuta consiste en encararlo pensando en más de una, ya que este enfoque lo capacita al máximo para lograr el cambio. De ahí que mire el problema desde una perspectiva distinta que la de los integrantes de la familia, pero no tiene que persuadirlos de que piensen igual que él. Aceptará lo que digan aparentando conformidad, aunque mentalmente vea el problema bajo un lente distinto.

Cuando el caso clínico es un niño, el padre o madre dirá que ese niño es un problema y explicará en qué consiste la dificultad. Por lo común, la familia dice que el niño no se porta bien o no obedece a sus padres, aunque también pueden declarar que se comporta mal en la escuela o no obedece al maestro. Un niño puede desobedecer a alguien de tres maneras distintas: 1) rebelándose en abierto desafío; 2) limitándose a «no hacer caso», o sea a TÍO hacer lo que le dicen, pero sin desafiar a nadie; 3) además de «no hacer caso», da señales de que no puede valerse por sí mismo para hacer lo que le piden, mostrándose demasiado angustiado, temeroso o nervioso, enfermándose o sufriendo dolores o, en general, dependiendo demasiado de los demás. La mayoría de las veces, uno de los padres dirá que el niño no hace caso de nada y el pequeño permanecerá en su sitio, enfurruñado; otras veces explicará que su hijo se muestra angustiado y temeroso, y recién más adelante revelará que nunca hace lo que le piden y que nadie lo apremia porque se perturba terriblemente.

Cuando un progenitor declara que el problema se manifiesta en la escuela, y la maestra o maestro se queja de que el niño no le hace caso y no es un buen alumno, existen tres posibilidades: 1) que el problema radique en la escuela; 2) que el niño se porte mal en la escuela como reacción a un problema doméstico; 3) que exista un conflicto entre los padres y la escuela, encontrándose el niño entre dos fuegos y respondiendo a esta situación con un mal comportamiento. Entre las faltas de que se acusa al niño pueden figurar: no hacer nunca lo que le dicen, mentir, engañar y hacer trampas, robar, orinar en la cama, pelearse con sus hermanos, etc. Al enumerarlas, el padre o madre también declara su incompetencia para tratar el problema. Por eso ha venido en busca de ayuda: porque no puede manejar al chico y no hay nadie en la familia que pueda ayudarlo de un modo que permita solucionar el problema dentro del grupo familiar. A menudo, los padres prefieren echarle toda la culpa al niño, declarándose «inocentes», y les gusta imaginar que hay algo en él que lo impulsa a portarse mal. Esta forma de encarar

el problema no los ha ayudado en absoluto, y si el terapeuta piensa como ellos también fracasará. Lo que debe cambiarse es la situación, para que el niño pueda conducirse de un modo más normal. Mientras escucha la descripción del mal comportamiento del niño, el terapeuta debe preguntarse qué pasa dentro de la situación total del pequeño para que este se comporte así.

Veamos un ejemplo. Una madre cuenta que a su hijo de nueve años le da miedo salir del hogar y que vive pegado a sus faldas. (El terapeuta advierte que el pequeño se ha sentado junto a su madre, aferrándose a ella.) Además, el chico miente y no hace nada en la casa, pero casi todo el problema radica en su miedo y su constante apego a la madre: hasta duerme con ella, lo cual obliga al padre a acostarse en el sofá del living. Los otros hijos no se portan así y parecen normales.

Esta información materna no le revela al terapeuta la índole del problema o qué debe hacer. Sólo posee esta versión, según la cual se trata de un problema interno del niño y nadie más tiene que ver con él. El propósito de una entrevista familiar hábil es, justamente, obtener más datos e iniciar un cambio. Así pues, una vez que la madre haya planteado ese problema, el terapeuta necesitará escuchar las opiniones del padre, y luego la de los hermanos y hermanas. Después de dialogar con todos ellos verá aflorar los desacuerdos. Notará, por ejemplo, que el padre no concuerda plenamente con la madre, pues le parece que ella cuida demasiado al pequeño y no le da suficiente autonomía; quizá también reconozca que no le gusta verse desalojado de su propio lecho, aunque se aviene a ello si con eso se evita que su hijo tenga miedo. Tal vez tercie la madre arguyendo que su marido es negligente con el niño. Mientras los cónyuges hablan de sus desavenencias, pueden surgir datos que indiquen hasta qué punto el niño constituye un tema de disputa entre ellos.

Durante esta tapa de la entrevista, es probable que el terapeuta capte con más claridad cómo debe reflexionar sobre el problema sin referirlo únicamente al niño. Puede ver en él una relación peculiar entre madre e hijo, donde a cada uno le es difícil separarse del otro, o encararlo en función de una tríada y considerar la posibilidad de que el niño esté ayudando a sus padres con su conducta: si estos no pueden estar juntos sin pelearse —especialmente en la cama—, entonces el niño los está ayudando con sus miedos, al mantenerlos más separados. Así, los padres pueden asegurar que el problema es su hijo, y no sus resentimientos personales.

Al recoger información, el terapeuta debe averiguar si el temor del niño a salir del hogar no obedece, en parte, a que viven en un vecindario malo o a que la calle es realmente peligrosa. El hecho de que se quede en casa, ¿guarda relación con una situación extrafamiliar, aparte de la existente dentro de la familia? El terapeuta debe considerar todos estos factores a medida que formula ideas sobre lo que se puede hacer para producir el cambio. La misma entrevista, y el modo en que la conduce, pueden servir al terapeuta como primer paso para provocar un cambio: al pedirle al niño que se siente junto al padre comienza a apartarlo de un excesivo apego a la madre; además, el terapeuta capta el grado de flexibilidad del niño y su madre, y de receptividad del padre.

Como no hay dos familias iguales, el terapeuta debe adecuar su actuación a cada caso particular. Sin embargo, lo que ocurre en cada familia le es familiar porque ve reiterarse esa situación en una familia tras otra. La experiencia enseña al terapeuta a prever ciertas pautas de comportamiento familiar. Por ejemplo, es típico que uno de los padres acuse al otro de ser demasiado severo con el niño, para ser acusado a su vez de tratarlo con excesiva blandura. Incumbe al terapeuta interpretar lo que ve en una familia de manera tal que lo ayude a idear el modo de cambiarla. También debe pensar en cómo conseguir que los miembros de esa familia en particular cooperen para llevar a cabo el cambio.

La etapa de interacción

Para averiguar cuál es el problema se procede en dos etapas. La primera consiste en recabar la opinión de todos los presentes, lo que obliga al terapeuta a manejar directamente la conversación. La segunda es hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema, y aquí el terapeuta debe dejar de ser el centro de la conversación; en vez de erigirse en interlocutor de cada integrante del grupo procurará que estos se trencen cada vez más en el debate, lo cual suele ocurrir de un modo natural, ya que al expresar sus opiniones habrán surgido discrepancias. El terapeuta continuará conduciendo la entrevista, pero ahora deberá iniciar la etapa de interacción en la que pasará a un segundo plano, estimulando a los miembros de la familia a conversar entre sí en torno a esas discrepancias. Si ellos tratan de seguir dirigiéndose a él, deberá reintegrarlos al

diálogo familiar. Tal vez convenga acercarlos físicamente **para** esta charla.

A veces, un terapeuta advierte que ha dado paso a esta conversación familiar antes de haber concluido la etapa previa, en la que cada uno expresaba, su opinión. Supongamos que la madre describe la mala conducta del hijo y este comienza a discutir con ella sobre el tema. Si el terapeuta los alienta a dialogar entre sí, desatendiendo a los demás integrantes de la familia, llegará un momento en que madre e hijo quedarán tan enzarzados que será difícil lograr nada con ellos. En un caso así, debe interrumpir la disputa y retornar al punto de partida, para completar la primera etapa. Les dirá, por ejemplo: «Bien, antes de que continúen con eso veamos qué opinan los demás sobre la situación», y le hablará luego al padre, hermano o hermana, para pasar más adelante a la etapa de interacción.

Nunca se insistirá demasiado en lo importante que es que en esta etapa los miembros de la familia actúen entre sí, más que con el terapeuta. Por más que se empeñen en introducirlo en el diálogo, es preciso obligarlos a hablar entre ellos. El terapeuta estará siempre atento a las conversaciones entre dos personas, para introducir un tercer interlocutor. En última instancia, todos deben hablarse mutuamente. Si advierte que madre e hijo están trezándose en una disputa, corresponde que haga terciar al padre diciéndole, por ejemplo: «Parece que no logran entenderse. ¿Podría ayudarlos?». Esto le permite al terapeuta observar hasta dónde puede y no puede oponerse a la madre o al hijo; además, al actuar así se obtendrá información sobre cuál será la mejor manera de intervenir más adelante, cuando se trate de ayudar a la familia a resolver sus problemas.

Aunque hasta ahora se ha puesto énfasis en la conversación, el terapeuta debe preferir la acción a las palabras como fuente de información, ya que estas pesan menos y dan menor resultado. En vez de limitarse a presenciar una *conversación* sobre el problema, en esta etapa procurará traer la *acción* problema al seno de la reunión. Si un niño suele golpearse deliberadamente la cabeza, se le pedirá que lo haga y la familia mostrará cómo reacciona ante él; si es un incendiario, puede encender fuego (en un cenicero de metal) para ver cuáles son sus conocimientos sobre el manipuleo de los fósforos y cuál es la reacción de los demás. Teniendo juguetes a mano pueden teatralizarse las situaciones problema. Si una esposa acostumbra quejarse y mostrarse deprimida, puede pedírsele que se comporte así para que todos tengan oportunidad de expresar de qué modo responden a

esa situación. Empero, estos procedimientos más activos sólo han de intentarse cuando el terapeuta ha aprendido a impartir directivas de un modo eficaz (véase el capítulo 2).

Organización de la familia

Los integrantes de una familia no pueden describirle al terapeuta sus secuencias y pautas de conducta porque las desconocen. Esta información sólo se obtendrá observando cómo se conducen entre sí; la conversación entre los miembros del grupo servirá para que el terapeuta repare en la clase de secuencia existente en esa familia.

La familia es una organización muy compleja que varía en cada caso particular, si bien, para fines prácticos, podemos concebirla en forma sumamente esquemática. Esta manera de presentar los tipos de secuencias familiares es una simple guía y no incluye todas las conductas complejas de que los adultos suelen valerse para «salvar» al niño de los otros miembros del grupo, como sucede en las familias con niños problema. La estructura de la familia saldrá a luz si el terapeuta conduce correctamente la etapa de interacción. Mientras padres e hijo dialogan, se notará si el padre o la madre se alía con el niño contra su cónyuge. Lo mismo ocurrirá si es la abuela quien se alía al nieto contra la madre de este; por supuesto, ello depende de que la abuela asista a la entrevista por vivir en el mismo hogar; si no, se evaluará su conducta basándose en lo que dicen los demás y se requerirá su presencia en la próxima entrevista. También se advertirá si la organización familiar incluye a un niño que desempeña funciones parentales con respecto a los otros niños. (Para una descripción de secuencias, véase el capítulo 4.) También podría describirse la organización diciendo que la existencia de un niño problema es señal de que un adulto de la familia ha violado un límite generacional, preocupándose en demasía por un niño. Este adulto es quien manda en lo que respecta al problema del niño, mostrándose a un mismo tiempo exasperado y benévolamente inquieto por él; cuando el niño dialogue con otro adulto, se interpondrá poniéndose de parte del pequeño. Por ejemplo, en una familia en la que falta el padre, la madre dice que no se explica por qué su hija no le hace caso y le miente. El terapeuta puede explicar: «Quiero que elija una de las mentiras y hable de ella con su hija». En cuanto madre e hija comienzan a conversar, una abuela excesivamente dedicada a su nieta se entrometerá para interrogar ella misma a la niña o criticar el

modo en que le habla la madre. Cuanto más difícil sea impedir que la abuela se entrometa, tanto más arraigada estará esa pauta en la familia. Si el terapeuta logra frenar la intromisión y madre e hija pueden conversar entre sí, aquel habrá dado simultáneamente dos pasos: establecer un diagnóstico y comenzar un cambio; esto sucede cuando la entrevista inicial marcha bien.

A veces, el terapeuta solicita que se someta al niño a un test de inteligencia o a algún test psicológico especial, pero es posible recoger mucha información sobre él durante una entrevista familiar. Como parte de la etapa de interacción, el terapeuta hace que el padre le pida al niño que escriba ó dibuje algo en el pizarrón, que dibuje a una persona en una hoja de papel o que haga una operación aritmética; esto pondrá en evidencia a la vez la capacidad del hijo para cumplir esa tarea y los vínculos existentes en la familia. Supongamos que el terapeuta hace que un padre, aparentemente periférico, le pida a su hijo de nueve años, quien quizá sufre un retardo mental, que escriba en el pizarrón el nombre de su maestro o algo más complicado; esto puede proporcionar muchísima información: cómo se dirige el padre a su hijo, si el niño hace o no lo que le pide, cómo interviene la madre para ayudarlo, etc., son todos datos obtenibles partiendo de una situación de prueba tan sencilla como esta.

Definición de los cambios deseados

Al concluir la etapa de interacción, se habrán aclarado muchas cuestiones familiares. A esta altura de la entrevista es; importante obtener del grupo una formulación suficientemente clara de los cambios que (incluyendo al niño problema) quieren alcanzar mediante la terapia. Este proceso contribuye a que todos centren su atención en las cuestiones importantes, y sirve de punto de partida para fijar las metas de la terapia. Esencialmente, el terapeuta está estableciendo un contrato: cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia; por el contrario, si los problemas y cambios deseados se formulan de manera confusa y oscura, sin procurar aclararlos, resultará más difícil lograr la participación familiar y disminuirán las probabilidades de éxito. Si los miembros de una familia manifiestan de un modo claro y preciso que quieren que un niño supere (entre otros problemas que lo afectan) su enuresis, cuando llegue el momento en que el terapeuta les fije una tarea curativa se sentirán más obli-

gados a cumplirla, pero si el convenio sobre los cambios deseados no se fijó claramente desde un principio, la familia se mostrará menos dispuesta a cooperar. Nunca se insistirá bastante en que el problema a ser resuelto por el terapeuta debe ser uno que la familia desee solucionar, pero planteado en forma tal que lo haga resoluble. La negociación debe incluir la manera de darle un carácter operacionizable. Si una familia define como problema la angustia de uno de sus miembros, ese no es un problema resoluble; el problema será el modo en que se manifieste esa angustia y la reacción de la persona angustiada. Ninguna categoría de diagnóstico tradicional es un problema resoluble: cuando se está formulando un problema de nada sirve decir que es un caso de «esquizofrenia» o «retardo mental», porque esto nada tiene que ver con la terapia, ni tampoco sirve utilizar la mayoría de la terminología psicodinámica (p. ej., «confusión de identidad», «escasa autoestima», «infelicidad», etc.). Una «fobia escolar» no es un problema que podamos resolver, pero sí es un problema operacionizable el del niño que no quiere ir al colegio.

Llámeselos *síntomas* o *quejas*, los problemas deben ser algo computable, observable, medible, o que permita detectar de algún modo la influencia que ejercemos en ellos. La clase de datos que el terapeuta necesita poseer respecto de un síntoma depende del tipo de este, pero podemos citar los siguientes a manera de ejemplo: ¿El problema es constante o intermitente? ¿Su aparición es inesperada o predecible? ¿Desaparece súbitamente o de un modo paulatino? ¿Se manifiesta con mayor intensidad en ciertos momentos que en otros? ¿Cuándo aparece con mayor frecuencia: de día o de noche, durante los días hábiles o en el fin de semana? ¿Cuántas veces se presenta en el término de una hora? Si se trata de enuresis u otro problema similar, ¿ocurre no bien el niño se ha dormido, en mitad del sueño o justo antes de despertar? Como sucede con todos los síntomas, conviene preguntar si ya se ha seguido algún tratamiento, pues esto aclara la naturaleza del problema y sirve de guía para la acción posterior. Una de las razones más importantes por la que debe especificarse claramente el problema es que así el terapeuta podrá saber si ha tenido éxito o no. Se presume que al terminar el tratamiento, y en una ulterior entrevista de seguimiento del caso, el terapeuta querrá saber bien definidamente si ha alcanzado o no sus objetivos terapéuticos. Si el contrato es confuso, también lo será la evaluación de los resultados. Los problemas que aquí hemos destacado son, obviamente, harto esquemáticos, existiendo muchas situaciones únicas

que deben manejarse de manera diferente. Los procedimientos que sugerimos son para un caso medio; las excepciones, de las que podremos mencionar una o dos, son inevitables. Por lo común, el problema debe definirse con la mayor claridad posible, pero hay momentos en que este procedimiento puede no ser el mejor. Una familia o individuo pueden presentar un problema en términos tan rígidos y circunscritos que conviene buscar la ambigüedad, pues en una situación ambigua el terapeuta tendrá más campo para maniobrar. Supongamos que el problema radica en un síntoma en el que el paciente insiste una y otra vez, rehusándose a ocuparse de otra cosa, o en que una familia hace hincapié reiteradamente en una persona. En algunos de estos casos lo mejor es *quitarle claridad* al problema, para manejarse con más alternativas.

La noción de que una persona era la víctima propiciatoria o chivo emisario, y de que debía instruirse a toda la familia acerca del *verdadero* problema, fue una idea desafortunada en materia de terapia familiar. A veces, el terapeuta «libera de las presiones» al niño problema señalando los problemas que presentan todos los hermanos, lo cual es un error. Típicamente, los padres que acuden al terapeuta tra-yéndole un niño problema se sienten fracasados, y este sentimiento es una de las razones por las que atacan al niño. Si se les persuade de que también han fallado con los otros hijos, pueden arrear aún más sus ataques al niño problema, creyendo que él los ha obligado a exponerse a semejantes cargos. Por lo general, el intento de redimir a un niño problema impulsa a la familia a demostrar que el terapeuta no comprende cuán terrible es esa criatura; para probar este supuesto, atacan todavía más al niño. ..y a menudo hacen esto en el hogar, después de la entrevista. En el enfoque que aquí recomendamos, lo mejor es mantener centrada la atención en la persona problema, utilizando esto como palanca para cambiar la situación. Puesto que ese individuo constituye un problema tan grave, es dable esperar más de la familia en cuanto a hacer algo para solucionarlo. Por supuesto, el terapeuta subrayará por igual las virtudes y defectos de la persona problema, pero no como un medio de demostrarle a la familia que está equivocada. La terapia es más eficaz si se centra la atención en el síntoma y en la persona problema. Claro que a veces tropezamos con situaciones insólitas, que nos tientan a desviarnos de esa mira. Por ejemplo, una situación de crisis puede requerir un enfoque diferente, hasta que se resuelva; ciertas situaciones presentadas le parecerán, quizás, al terapeuta más importan-

tes que el problema en cuestión. Empero, de ser posible, siempre debemos vincular el cambio de énfasis al foco o centro del problema.

Veamos un caso ilustrativo. Cierta vez se presentó una familia que tenía un problema con una hija retardada. Los padres se habían dedicado por entero a cuidar a esa hija, pero en la entrevista se averiguó que el padre padecía un cáncer incurable y le quedaban pocos meses de vida; esto tenía perturbados a todos. La terapeuta que recibió este caso pudo haberse sentido tentada a cambiar el foco del problema y tratar la cuestión de la muerte, para ayudar a la familia a superar de modo directo el penoso trance; pero en vez de eso adoptó el enfoque que recomendamos aquí. Descubrió que el padre estaba preocupado porque la hija retardada le daba más trabajo a su esposa que a él, y le inquietaba pensar que esta tendría que habérselas sola con ella; además, él tenía que llevar regularmente a la hija al taller protegido * en que trabajaba, porque su esposa no sabía conducir. La terapeuta centró la atención en que el marido ayudara a su esposa a aprender a conducir el auto, y elaborara junto con ella otras maneras más eficaces de tratar a la hija. Así, el padre podía abandonar este muiído sabiendo que su esposa era capaz de manejar a la hija de un modo más eficaz y llevarla en coche adonde tuviese que ir. Tratando el problema presentado, se logró que el matrimonio estrechara sus relaciones en ese momento crucial. Por lo general, el terapeuta puede hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que él considera importantes.

Otra situación especial se plantea cuando una familia presenta un problema y el terapeuta descubre que el tal problema no existe. En una oportunidad, una familia declaró que la hija constituía un problema porque tenía mala conducta y notas bajas en la escuela, pero cuando el terapeuta verificó esta información en el colegio se enteró de que la muchacha se portaba bien y tenía buenas calificaciones. En un caso así, hay veces en que no conviene confrontar a los padres con estos datos; presumiblemente, los padres no son tontos: saben que su hija no es un problema y tienen alguna otra razón para presentarse de esta manera, de modo que lo mejor es explorar tentativamente la situación y ver qué hay detrás de ella. En el caso que nos ocupa, el terapeuta descubrió que la madre tenía otra hija mayor que esta, de un matri-

* *Sheltered workshop*, un taller con bajo nivel de exigencias, en el que los niños retardados pueden aprender un oficio. [N. de laT.]

monio anterior, que estaba por salir de un hospital de salud mental. A la madre le inquietaba pensar cómo se las arreglaría con esa hija y con las dificultades que a la sazón se venían suscitando en su matrimonio. Al aceptar el problema inexistente que le presentaron, el terapeuta pudo resolver los otros problemas apremiantes.

Hay ocasiones en que un terapeuta no debe actuar como tal, sino limitarse a un papel de sabio consejero. La inexperiencia de la gente puede hacer que plantee como problema algo que en realidad no lo es. Un joven matrimonio vino a tratamiento con su primer hijo, un niño de cuatro años alegre y normal, explicando que querían cerciorarse de que su hijo estaba «suficientemente preparado, desde el punto de vista intelectual, para el programa escolar» del jardín de infantes. La primera entrevista pareció indicar que sólo se trataba de una pareja joven e insegura que, como sucede con muchas parejas en la actualidad, no tenía padres ni parientes mayores que los asesoraran sobre la crianza de los hijos, y acudían a los expertos. Se les aseguró que su niño era intelectualmente sano y apto para seguir el programa del jardín de infantes.

Conclusión de la entrevista

La primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, lo cual puede plantear varias cuestiones. Quizá se haya advertido durante la sesión que la presencia de algún otro miembro de la familia es esencial para la terapia. Esta persona puede ser una abuela que viva fuera del hogar, o un cónyuge separado o divorciado pero que aún está profundamente involucrado en el problema. En el proceso de conclusión de la entrevista entra en juego, justamente, convenir la asistencia de esa persona y discutir la manera de hacerla concurrir.

Algunos terapeutas de orientación directiva son lo bastante hábiles y expertos como para tener pensada una directiva al término de la primera sesión, la que pueden proponer como «tarea para el hogar», que la familia deberá cumplir entre una sesión y otra. La tarea impuesta puede ser simple o compleja, aunque a esta altura de la terapia suele convenir más que sea sencilla. Si se le da una directiva, la familia queda ligada al terapeuta entre las sesiones.

Resumen

En síntesis, y refiriéndonos al problema medio planteado por la mayoría de las familias que acuden en busca de terapia, la primera entrevista puede conducirse de manera tal que provea la máxima información e inicie un cambio. Los miembros de una familia llegan al consultorio sin saber a ciencia cierta qué anda mal en el grupo, aunque comúnmente creen que es una persona en particular, afectada por un determinado conjunto de problemas; suelen suponer que la causa de esos problemas está en el pasado, más que en la situación presente. El terapeuta que recibe a la familia tampoco sabe qué está ocurriendo, pero sí sabe que hay algo en la situación familiar que hace necesaria la existencia del problema. La primera entrevista debe esclarecer la estructura familiar, y en su transcurso el terapeuta y la familia deben llegar a algún acuerdo acerca de la naturaleza del problema y las metas u objetivos de la terapia. A esta altura, la tarea del terapeuta es comprender el problema y formularlo de manera tal que pueda hacerse algo al respecto. Si ha de cambiar a la familia, deberá ingresar en su universo y provocar el cambio actuando dentro de él.

En la etapa social, el terapeuta se une a la familia haciendo que todos se sientan cómodos y se consideren partícipes de la reunión; en la de planteo del problema, procura que todos aporten sus ideas acerca de este; en la de interacción, involucra a todos entre sí, y no excluye a nadie cuando se trata de especificar qué cambios desean obtener mediante la terapia. Con la mayoría de las familias, el pasaje de una etapa a otra puede desarrollarse fácilmente, aunque existen algunos tipos de familias que no encajan en este esquema (p. ej., familias con un «bebé problema», o que sólo quieren someter un niño a tests, o que acuden en un estado de crisis). La índole de los problemas determinará el procedimiento que seguirá el terapeuta después de la primera entrevista. Asimismo, cabe esperar que en las entrevistas subsiguientes se plantearán nuevos problemas y deberán fijarse nuevas metas. El «problema presentado» no se limita al descrito en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación mutua entre familia y terapeuta.

Por lo común, la familia y el terapeuta pueden llegar a un acuerdo razonablemente claro al término de la primera entrevista, aunque a veces aclarar las cuestiones planteadas lleva más de una sesión. Si la familia quiere saber cuánto durará aproximadamente la terapia, lo mejor es responder: «El me-

nor tiempo que sea posible para resolver los problemas». Si se muestra especialmente reacia o vacilante con respecto a si continuará o no la terapia, a veces sirve de ayuda fijar un número determinado de entrevistas, diciéndole: «¿Por qué no nos reunimos seis veces (o tres), y luego decidimos si se requieren más entrevistas?».

Evaluación del terapeuta

Observando la videocinta de una primera entrevista podemos juzgar si el terapeuta ha conducido adecuadamente o no las etapas aquí esbozadas. Empero, aparte de ello, es posible formular varios interrogantes en torno al terapeuta y su enfoque. Cabe esperar que un estudiante vaya adquiriendo aplomo a través de una formación adecuada y de la experiencia recogida en materia de entrevistas. Debe ser capaz de enfrentar una sesión sin nerviosismo, sentirse razonablemente cómodo con la familia entrevistada y dirigirse por igual a maestros de escuela, funcionarios encargados de personas en libertad condicional, o quienquiera que se vea envuelto en el caso; también deberá poder entrevistar a familias de diferentes clases sociales o razas, realizar las sesiones en el consultorio o el hogar, y conducirse de manera competente ya se halle ante un grupo familiar numeroso, una familia nuclear, una madre con su hijo o una persona sola. Al observar la primera entrevista con una familia, el supervisor puede plantearse las siguientes preguntas:

1. ¿El terapeuta establece claramente el encuadre de la entrevista, de modo que la familia sepa quién es él, cuál es la situación y por qué somete a sus integrantes a diversas clases de preguntas?
2. ¿Ha organizado bien a la familia dentro del consultorio, de modo que pueda manejar la reunión (p. ej., habérselas con niños demasiado díscolos o diálogos caóticos)?
3. ¿Es lo suficientemente «tolerante», desde el punto de vista moral, como para que la familia se sienta alentada a exponer sus problemas?
4. ¿Ha demostrado flexibilidad, cambiando de enfoques al advertir la ineficacia de un determinado método de recabar información?
5. ¿Es capaz de actuar según una gama de conductas que van desde la actitud reflexiva al enfrentamiento?

6. ¿Ha evitado insistir en algo que reviste interés personal para él pero nada tiene que ver con el problema familiar?
7. ¿Puede asumir la posición de un experto, *pero también* manifestar ignorancia cuando corresponda?
8. ¿Evita ofrecer soluciones antes de que se haya aclarado el problema?
9. ¿Parece saber cuándo debe fomentar la disensión entre los miembros de la familia y cuándo ha de apaciguarlos?
10. ¿Evita ponerse de parte de un miembro de la familia contra otro, o de una facción contra otra (p. ej., del niño contra sus padres)?
11. ¿Se abstiene de establecer una relación demasiado personal con la familia?
12. ¿Se abstiene de adoptar una actitud demasiado profesional y de mostrar desapego hacia la familia?
13. ¿Trata de que *todos* los miembros de la familia participen de la entrevista?
14. ¿Ha demostrado ser capaz de tolerar la exposición de datos desagradables, o la manifestación de sentimientos violentos, por parte de los integrantes de la familia?
15. ¿Recoge información sobre otras personas importantes, ausentes en la entrevista?
16. ¿Averigua si otras instituciones sociales intervienen en la familia?
17. ¿Motiva el cambio entre los miembros de la familia?
¿Genera en ellos esperanzas y la voluntad de hacer un esfuerzo?
18. ¿Su enfoque ha sido más positivo que negativo, esto es, no ha regañado ni humillado a la familia?
19. ¿Le ha demostrado a la familia que tiene algo que ofrecerle, y que es capaz de producir un cambio?

-ib

2. Cómo impartir directivas

> - ■ - v

Recuerdo el caso de un hombre joven, cercano a la treintena, que anhelaba ser un gran novelista pero que no lograba decidirse a sentarse ante la máquina de escribir y poner manos a la obra; era simplemente incapaz de producir. También tenía miedo de las mujeres: podía entablar relación con prostitutas, pero jamás había tenido una cita común con una mujer. Vino a la terapia pidiendo que le resolvieran ambos problemas: él quería escribir y quería salir con mujeres. La estrategia terapéutica era obvia: cuando se plantean dos síntomas debemos valemnos del uno para curar el otro. Le pedí me indicara cuántas páginas diarias debía escribir y me respondió que una página de doscientas cincuenta palabras. Entonces le impartí la directiva de escribir seis páginas por semana (consiguió que le diera un día de asueto) advirtiéndole que, de no cumplirla, en el curso de la semana siguiente tendría que invitar a tres mujeres jóvenes distintas hasta completar tres salidas; si en la semana subsiguiente no escribía las seis páginas prescritas, debería concertar nuevamente tres citas. Antes que invitar a salir a una mujer, el joven corrió a la máquina y escribió metódicamente un mínimo de seis páginas semanales. Más adelante se resolvió el problema de las relaciones con muchachas. El terapeuta que adopta este enfoque triunfa inevitablemente. Si el paciente escribía, resolvía un problema, y si no escribía, resolvía otro problema, puesto que debía salir con mujeres. Por supuesto, es esencial saber impartir directivas de manera tal que sean ejecutadas; es una desgracia que la mayoría de los cursos de formación clínica no incluyan la enseñanza de esta técnica. En buena medida debemos aprenderla por nuestra cuenta, a menos que encontremos un eximio terapeuta como Milton H. Erickson y podamos recibir de él alguna enseñanza. La mayor parte de lo que decimos en este capítulo sobre las directivas deriva de Erickson.¹

¹ Véase J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York: Norton, 1973, y *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Millón H. Erickson*, Nueva York: Gruñe & Stratton, 1967.

Las directivas o tareas impartidas a los individuos y familias tienen varias finalidades:

1. El objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes. Las directivas son un medio de provocar esos cambios.
2. Se las emplea para intensificar la relación entre clientes y terapeuta: al decirles a aquellos qué deben hacer, el terapeuta entra a participar en la acción y adquiere importancia, porque el individuo debe hacer o no hacer lo que él le dice. Si deben hacer algo durante la semana, el terapeuta permanece ligado a sus vidas durante todo ese lapso, pues piensan qué pasará si no cumplen la tarea, si la cumplen a medias, si la alteran para ejecutarla a su modo, etc.; en la próxima entrevista el terapeuta habrá adquirido más importancia para ellos de la que habría tenido si no les hubiese dado una directiva.
3. Se usan para obtener información. La manera en que reacciona la gente al recibir una directiva es esclarecedora con respecto a ellos mismos y a cómo responderán a los cambios deseados. Ya cumplan la tarea impuesta, no la cumplan, olviden cumplirla o lo intenten infructuosamente, el terapeuta tendrá una información que de otro modo no poseería. Lo mismo ocurre, en realidad, durante la conversación preliminar en torno a la tarea: por ejemplo, si esta consiste en hacer algo a la hora del desayuno, se enterará de lo que ocurre en ese momento del día, pues hablarán de ello al discutir la forma en que cumplirán la directiva.

¿Qué es la directiva?

A algunos terapeutas les incomoda impartir directivas, quizá porque les parece que no deberían asumir la responsabilidad de decirles a otros qué deben hacer. Es importante destacar que pueden darse en forma directa o implícita (por una inflexión de la voz, un ademán o un silencio oportuno, deslizados durante la conversación). Todo cuanto se haga en terapia puede ser visto como una directiva. Si en una entrevista un individuo o familia está hablando sobre algo y el terapeuta dice: «Hábleme más de eso», o si se limita a asen-

tir con la cabeza y a sonreír, alentándolo a continuar, está impartiendo una directiva. Si alguien dice algo que no le agrada puede pedirle que no vuelva a decirlo nunca más, y con eso le está indicando qué debe hacer; esto también puede expresarlo frunciendo el ceño y apartándose con un gesto de] que habla.

Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en ese sentido está impartiendo una directiva. Si alguien declara: «Me siento desdichado», y él replica: «Comprendo, se siente desdichado», estas palabras no suenan a directiva pero pueden definirse como tal, por cuanto indican que las formulaciones de esa persona le interesan y que debe decir esas cosas, o que está bien que las diga. Por otra parte, al responder a esta formulación de su interlocutor no habiéndolo hecho con otras, le está señalando su importancia; su respuesta también denota la necesidad de conversar más sobre esos puntos tan importantes. Una vez que el terapeuta advierta que diga lo que diga o calle lo que calle le estará indicando a una persona que haga algo o deje de hacerlo, le será más fácil aceptar la idea de impartir directivas. Es más: aun cuando intente derivarlas haciéndole notar al cliente que este está tratando de que él dirija sus actos, al obrar así estará orientando su conducta. Puede haber momentos en que el terapeuta no desee asumir la responsabilidad de dirigir el comportamiento de alguien. Si le preguntan: «¿Debo abandonar mi empleo?» o «¿Debo divorciarme?», quizá sea mejor responder: «Eso debe decidirlo usted mismo», pero si abriga alguna opinión sobre dicha decisión, se la transmitirá al cliente a través de lo que le diga expresa o tácitamente, del tono con que le hable y de sus gestos. Sin embargo, aun así puede descargar en el cliente la responsabilidad de la decisión, si no quiere asumirla él mismo.

La cuestión de quién es responsable de qué en la terapia es un asunto complejo. Un terapeuta puede considerarse autor de una directiva y responsable de un determinado curso de acción, pero un examen más detenido de su intercambio con el cliente indicará, quizá, que este lo indujo a impartirla. A menudo, la responsabilidad que asume el terapeuta le es conferida por el cliente de manera más directa. Una madre puede pedirle al terapeuta que hable de un tema delicado para que ella y sus hijos puedan discutirlo, y el terapeuta optará por cooperar asumiendo la responsabilidad de traerlo a colación. Es posible que unas veces desee relevar al cliente de toda responsabilidad, y otras darle la sensación de que está aceptándola cuando en realidad no es así.

En este capítulo no tratamos la enmarañada cuestión de quién determina realmente un curso de acción en una «partida» entre terapeuta y cliente, sino más bien el modo de impartir directivas cuando el terapeuta supone que es él quien mueve la primera pieza.

Tipos de directivas

Hay dos maneras de impartir directivas: 1) decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan, y 2) decirselo con el propósito de que *no* lo cumplan, o sea, de que cambien por vía de la rebelión. Aunque haremos hincapié en la forma de dar directivas a familias enteras, los mismos procedimientos se aplican en esencia para impartirlas en una entrevista individual.

Comencemos por la primera manera,* que comprende dos tipos de directivas: *a)* ordenarle a alguien que deje de hacer algo; *b)* pedirle que haga algo diferente. En el primer caso, el terapeuta trata de modificar el comportamiento de una familia diciéndole a uno o varios de sus integrantes que dejen de hacer lo que están haciendo. Por ejemplo, si una madre se entromete cuando padre e hijo intentan dialogar entre sí, el terapeuta puede pedirle, en términos amables o enérgicos, que no se entrometa. Esta es una de las directivas más difíciles —aunque no imposibles— de hacer cumplir. Por lo común, es preciso gozar de *gran* prestigio o tener reputación de experto para lograr que alguien abandone su comportamiento habitual con sólo pedirselo. La cosa es más fácil cuando se trata de problemas menores o situaciones educacionales. A veces es bueno decirle a alguien dado a la bebida que deje de beber, pues tal vez obedecerá; pero si el problema es grave probablemente beberá más, y el terapeuta no suele tener poder suficiente para hacer cumplir la directiva. Del mismo modo, en el caso de familias con problemas menores algunas madres dejarán de entrometerse cuando hablan su esposo y su hijo varón si se les pide que lo hagan, pero, si el problema es grave, en vez de no interponerse la madre puede polemizar con el terapeuta arguyendo que no la aprecia o no la comprende. Una directiva de cese de comportamiento debe ir acompañada de otros mensajes. Tal vez sea preciso repetirla a menudo, o

* La segunda se examina en la sección sobre «Tareas paradójicas», págs. 64 y sigs. [N. de la T.]

magnificarla poniéndose de pie y agitando las manos mientras se insta a la madre a que deje de actuar así, o ubicar a la madre tras una pantalla de visión unilateral y hacerle observar la conversación entre padre e hijo, o recurrir a la ayuda de estos pidiéndoles que impidan toda interrupción por parte de la madre.

Generalmente, si el terapeuta le dice a alguien que abandone su comportamiento habitual debe adoptar para ello una actitud extrema u obtener la cooperación de otros miembros de la familia, en el sentido de que cambien su conducta para apoyarlo en la tarea. A menudo es como si quisiéramos impedir que un río se desborde: podemos tratar de bloquearlo, pero el río rebasará el dique y el terapeuta acabará ahogado.

Pasemos ahora a las directivas del tipo *b*. El terapeuta trata de cambiar el comportamiento de una familia pidiéndole a sus miembros que adopten una conducta diferente a la usual, que prueben nuevos hábitos. En vez de tratar de endicar el río, el terapeuta lo desvía hacia un nuevo cauce. El pedido de cambio de conducta puede hacerse: 1) mediante buenos consejos; 2) dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia. Por lo común, de nada le sirve a la gente que le digan que deben tratarse mejor los unos a los otros. Entre otras cosas, ya han recibido buenos consejos de otras personas y no han sido capaces de seguirlos. Por ejemplo, los consejos no suelen dar resultado en el caso de la madre que se pelea con su hija por la hora de la noche en que esta regresa al hogar. El terapeuta puede decirles que cada una debería escuchar con respeto los argumentos de la otra, e instarlas a ser más amables y a llegar a alguna transacción satisfactoria para ambas. En la mayoría de los casos, da esta clase de consejos cuando le parece que no se han dado cuenta de que deben obrar así, y cree estar diciéndoles algo nuevo, siendo que en realidad los clientes saben muy bien cómo deben comportarse. Su problema estriba en que les es imposible seguir esa conducta: cada vez que intentan ser amables y comprensivas acaban enzarzándose en una reyerta incontenible. Los buenos consejos suelen ser inútiles, a menos que el cliente sea bastante corto de entendederas o que se trate de un problema leve de tipo educacional. En caso de caer en la tentación de aconsejar a los miembros de una familia, el terapeuta puede preguntarles, por ejemplo: «¿Qué les diría, si quisiera darles un buen consejo?», y oír por respuesta todos los que él tiene en mente, y que ya les fueron dados en el pasado sin provecho alguno.

Aconsejar bien significa suponer que la gente ejerce control racional sobre sus actos, idea que quizá conviene desechar si se quiere triunfar en el campo terapéutico. Aquí nos referiremos a aquellas directivas que se proponen cambiar las formas de tratarse entre sí los miembros de una familia, introduciendo la acción. Este objetivo puede alcanzarse de muchas maneras. Por ejemplo, si madre e hija pelean continuamente sobre la hora de la noche en que la joven debe regresar al hogar, puede pedírsele al padre que se haga cargo del problema; esta directiva cambiará la secuencia que tiene lugar dentro de la familia. En esta situación podrían emplearse muchas otras clases de directivas; el modo en que han de impartirse para que sean ejecutadas es cuestión de habilidad y práctica.

Cómo motivar a una familia para que cumpla las directivas

Motivar a alguien a hacer algo significa persuadirlo de que extraerá algún beneficio de esa acción. Cuando un terapeuta desea motivar a los miembros de una familia a que realicen una tarea, tiene que convencerlos de que por su intermedio alcanzarán los objetivos individuales, recíprocos y familiares que ellos desean. El modo en que lo haga dependerá de la naturaleza de la tarea, de la naturaleza de la familia y del tipo de relación establecida con esta; no obstante, podemos referirnos a los métodos generales de motivación que se aplican a las personas.

En el enfoque directo, lo común es que el terapeuta les **diga** a los integrantes de la familia que conoce y comparte su deseo de resolver el problema que los aqueja. Una vez convenido el objetivo, se ofrece la tarea como un medio de alcanzar el fin deseado a través de la terapia. Cuando hay discrepancias entre los miembros de una familia sobre los propósitos que persiguen, se hace a veces necesario hallar el modo de que la tarea le reporte alguna ganancia a cada uno de ellos. En el caso antes citado, el terapeuta puede decirles que la madre desea cerciorarse de que su hija se comporta correctamente, que la joven no desea esas constantes peleas con su madre y que el padre no desea ser el eterno arbitro de esas peleas; por consiguiente, todos deben cumplir la tarea.

En el enfoque directo el terapeuta se funda en lo que ha aprendido sobre sus clientes en el transcurso de la sesión, uti-

luz de lo que parezca más obvio y evidente como base de su labor persuasiva.

Veamos ahora el enfoque indirecto, que puede emplearse cuando se prevé que la familia no cooperará fácilmente en la tarea. A menudo puede utilizarse como primer paso, adoptando luego una forma más directa. Consiste en hacer que los miembros de la familia hablen de sus dificultades de manera tal que estén prontos a escuchar a quien pueda sugerirles qué deben hacer. Por ejemplo, se les pide que hablen de todos sus fallidos intentos de resolver el problema, con lo cual se obtiene información sobre los métodos probados y se evita pedirles que hagan algo que ya han intentado infructuosamente. Otra ventaja importante es que en esta clase de conversación el terapeuta tiene oportunidad de subrayar los fracasos anteriores: a medida que van enumerándolos, puede hacer hincapié en su ineficacia acotando: «Y eso también falló», con lo cual advertirán finalmente que todo cuanto *ellos* intentaron fracasó y habrá más probabilidades de que escuchen el ofrecimiento *del terapeuta*. Otra manera similar de encarar la motivación consiste en alentar a los miembros de la familia a que expliquen cuán desesperada es su situación, pudiendo convenir con ellos en que en verdad es bastante mala, en vez de tranquilizarlos diciéndoles que no es para tanto; si se la pinta con tintes lo suficientemente negros, escucharán al terapeuta y harán la tarea que les ofrece. De este modo, al acentuar la angustia que ellos sienten, el terapeuta la usa como una motivación, y hasta puede proyectar su situación hacia el futuro haciéndoles conversar sobre los desastres que les aguardan si no toman alguna medida.

Pero también puede encararse la cuestión de manera opuesta, si los integrantes de la familia están comentando cómo mejoraron las cosas; se les da la razón, conviniendo en sus apreciaciones, y luego se les pide que realicen la tarea pues ella les ayudará a progresar aún más; así, lo que ofrece el terapeuta aparece como una pequeña adición para ayudarlos a continuar su proceso de mejoría.

Puede motivárselos a hacer una tarea en el hogar iniciándolos en la ejecución de pequeños trabajos durante la entrevista. Si se le pide a una madre que ayude a su hijo a hacer algo en el mismo consultorio y la tarea se cumple sin inconvenientes, la mujer queda motivada para seguir la directiva del terapeuta de ayudar al niño en el hogar durante la semana. De igual modo, si se le pide a un padre que intervenga y ayude a su esposa e hija, quizá tome como una simple continuación de esa intervención inicial el requerimiento de que

durante la semana haga lo mismo en su casa. En situaciones así, la tarea para el hogar no adquiere tanta trascendencia, porque ya ha sido hecha, en pequeña escala, en el curso de la sesión.

El terapeuta debe adecuar la tarea a las personas. Mientras entrevista a una familia reparará en qué clase de gente la integra, y así podrá amoldar la tarea a su manera de ser. Si hacen hincapié en que las cosas deben hacerse en forma lógica y ordenada, se les ofrecerá una tarea lógica y ordenada, porque será más probable que la cumplan. Si constituyen un hogar descuidado y desorganizado, la tarea deberá ajustarse a ese marco. Si les preocupa el dinero, se recalcará la gratuidad de la tarea. Esta clase de información puede obtenerse durante la sesión, entre otras maneras, pidiéndoles a los entrevistados que hagan cosas tales como mover sus sillas o conversar sobre ciertos temas; la manera en que se conduzcan informará al terapeuta sobre cómo deberá encuadrar la tarea para que les resulte más aceptable. Otro punto importante es el modo en que se describe la magnitud de la tarea. Ante ciertas familias y tareas podemos optar por empequeñecer a estas; cuando la familia se muestra renuente a realizar la tarea, a veces lo mejor es definir a esta como un pequeño favor que se les pide. Si disfrutan con las crisis o tienen propensión a dramatizar las cosas, puede decirseles que se les está solicitando algo importantísimo. En suma, a algunas familias les parecerá que una tarea grande es demasiado para ellas, en tanto que otras despreciarán una tarea pequeña; deben satisfacerse los requerimientos de ambos tipos de gente.

El terapeuta puede ejercer autoridad de diversas formas. Por lo general, al motivar a la familia deberá valerse de su posición como experto conocedor de lo que hay que hacer, pues así tendrá más probabilidades de ser obedecido. Comúnmente, quienes están en dificultades prefieren tratarse con un terapeuta ducho en el oficio, circunstancia que a veces puede aprovecharse de un modo extremo. Si la familia es una de esas que todo lo discute y que cuestiona a fondo cuanta sugerencia recibe, continuará haciéndolo cuando el terapeuta trate de motivarla para que cumpla la tarea; en tal caso, puede decirle a sus integrantes: «Quiero que hagan algo y tengo mis razones para pedírselo, pero prefiero no entrar en detalles. Simplemente quiero que la semana que viene hagan esto». También puede conseguir el cumplimiento de muchas tareas haciendo que la gente las lleve a cabo pensando que así le demostrarán que está equivocado, o que su método fracasará.

Una variante es decirles: «Voy a pedirles algo que les parecerá estúpido, pero igual quiero que lo hagan»; así se impide toda discusión: no pueden aducir que es una tarea tonta habiéndolo dicho ya el terapeuta.

Precisión

Una vez motivada la familia, deben impartírsele instrucciones claras (a menos que se quiera ser confuso por alguna razón particular). Más que *sugerirlas*, las directivas deben *impartirse* abiertamente. Es mejor decir: «Quiero que hagan tal y tal cosa», y no: «Me pregunto si han pensado en la posibilidad de hacer tal y tal cosa»; diciendo: «¿Por qué no hacen tal y tal cosa?», en realidad se está interrogando al cliente en vez de impartirle una directiva. Al terapeuta le conviene más ser claro y preciso, diciendo exactamente lo que quiere que se haga. Mientras instruye acerca de la tarea a los miembros de la familia, observará sus respuestas, pues ellas suelen revelar si lo han comprendido bien. No temerá caer en repeticiones, ya que más vale ser machacón que incomprendido; no olvidemos que a veces la gente se queda pensando en un punto de las instrucciones y no presta atención a otro. Si no está seguro de que alguien lo haya comprendido, puede interrogar a esa persona sobre las instrucciones y hasta pedirle que las repita. Una de las razones por las que debe explicarse con precisión es que no sólo desea ver cumplida la tarea, sino que en caso de incumplimiento querrá cerciorarse de que este no obedeció simplemente a la falta de claridad de las instrucciones. Sin embargo, hay situaciones en las que quizá no desee ser preciso y detallado, prefiriendo, en-cambio deslizar una idea en la conversación para que la familia piense «espontáneamente» en realizar ese tipo de tarea; también aquí la insinuación casual debe hacerse en términos precisos.

Participación total , , ' , /

Así como ha de procurar que participen *todos los miembros de una familia* en una entrevista, el terapeuta debe hacer que todos intervengan en una tarea; puede excluir a alguien por razones especiales, pero nunca en forma accidental. Una buena tarea da ocupación a todos; aun al pedirle específica-

mente a alguien que se abstenga de intervenir, se le está dando algo que hacer.

La tarea debe estructurarse como cualquier otro trabajo: con alguien que la ejecute, alguien que lo ayude, alguien que supervise, alguien que planifique, alguien que compruebe su ejecución, etc.

Veamos un ejemplo. Si el terapeuta les pide a los progenitores que lleguen a un acuerdo sobre algo durante la semana, procurará que la tarea sea muy precisa: decidirá qué tiempo han de dedicar a la discusión, especificará qué temas traerá a colación cada cónyuge y asignará algún papel a los hijos (uno puede recordar a sus padres que ha llegado la hora del debate, si fuera necesario; otro los interrumpirá al término del tiempo prefijado; un tercero informará al terapeuta en la próxima entrevista sobre el acuerdo alcanzado).

El propósito de involucrar a todos en la tarea es hacer hincapié en la unidad familiar total, salvo en casos especiales en que el terapeuta desee encomendar una tarea a una parte de la familia con abstención de los demás miembros. Asimismo, deberá poner cuidado en no perturbar la jerarquía interna de la familia haciendo intervenir a niños en tareas de adultos.

En suma, y para decirlo una vez más, así como no debe dejarse de lado a nadie durante la entrevista, tampoco se excluirá a ningún individuo de la acción planeada para el hogar.

Revisión de la tarea

En mucho- casos, sobre todo cuando la tarea es muy compleja, conviene que los miembros de la familia repasen sus respectivos «papeles»; mientras uno de ellos hace esto, se atraerá a los demás al debate pidiéndoles que especifiquen la parte que les toca. Esta revisión es otro medio de asegurarse de que han comprendido bien la tarea, y en la mayoría de los casos puede efectuarse con bastante rapidez. Durante este repaso, el terapeuta debe prever las dificultades que pueden surgir. A veces, mientras se les imparte una tarea, los integrantes de una familia entran a pensar en cómo zafarse de ella; cuando se advierte la posibilidad de que esto ocurra, la revisión irá seguida de un debate sobre las maneras en que creen poder eludirla. Lo usual es que declaren lo que se les ha ocurrido; si no lo hacen, unas pocas insinuaciones (p. ej., preguntarles qué pasará si alguien

olvida su parte en la tarea o se enferma) pueden servir de ayuda, sobre todo si ya han indicado que esas cosas suelen ocurrir en la familia. Cuando el terapeuta obra así, los mismos clientes bloquean sus vías de evasión de la tarea y se comprometen más a ejecutarla.

Ejemplos de tareas

A esta altura de la exposición tal vez convenga dar unos pocos ejemplos sencillos.

1. En un caso real, una abuela apoya a su nieta contra la madre; entonces el terapeuta entrevista solamente a estas dos últimas pidiéndole a la nieta (una niña de diez años) que haga alguna cosa leve que irrite a su abuela y a la madre que salga en defensa de su hija. Esta tarea establece una colaboración forzosa entre madre e hija y ayuda a despegar a la niña de su abuela.
2. En otro caso, se le pide a un hombre que haga algo por su esposa, pero algo que ella no esperaría de él, en tanto que a ella se le solicita que reciba cortésmente la atención. La condición impuesta al marido significa que no puede hacer una cosa rutinaria, por lo que se ve alentado a introducir alguna novedad en el matrimonio; también debe reflexionar detenidamente sobre su esposa para idear algo que ella no espere de él.
3. Se les pide a padre e hijo que hagan alguna cosa no muy importante que la madre no aprobaría; a ella le será difícil decidir cómo deben actuar su esposo e hijo varón si lo que estos tienen que hacer debe disgustarla.
4. A una madre que no establece diferencias entre sus hijos de distintas edades puede imponérsle como tarea fijarlas y hacerles cumplir horarios diferentes para irse a dormir; habrá un horario para cada niño, aunque transcurran apenas quince minutos entre uno y otro. Esto la obliga a diferenciarlos por edad.
5. Al padre que se alia con su hijita pequeña contra su esposa puede hacérsele lavar las sábanas de la niña cuando esta se orine en la cama; la tarea tenderá a alejar al padre de la hija, o curará la enuresis de la niña.
6. Entre las múltiples tareas que pueden realizarse en el consultorio figuran aquellas que implican un cambio en los canales usuales de comunicación. Por ejemplo, pedir a los progenitores que conversen entre sí sin incluir a la hija en

el diálogo, o hacer que la madre charle con su hijo varón sin que el padre los interrumpa. También puede trasladarse físicamente al hijo varón haciéndolo sentar junto al terapeuta, que es de su mismo sexo, mientras ambos observan cómo las mujeres de la familia toman una decisión determinada; con esto se traza una línea divisoria de tipo sexual. En una familia donde todos se interrumpen constantemente unos a otros puede hacerse circular un sombrero o saco, indicando que sólo podrá hablar quien lo tenga en sus manos; otra solución es designar una silla «especial», indicando que sólo podrá hablar quien esté sentado en ella.

7. Cuando dos progenitores necesitan tener una excusa para manifestarse mutuamente su amor, puede pedírseles que lo hagan a horas fijas y sin disimulo para «enseñarle al hijo» cómo se exterioriza el cariño.

8. Requerirle a un matrimonio con problemas sexuales que por un tiempo mantengan sus relaciones carnales *únicamente* tendidos en el piso del living; la tarea, al cambiar el contexto, cambia también el conflicto.

9. En el caso de una intensa relación triangular entre los progenitores y una hija adolescente, se le pide al padre que invite a la joven a almorzar en un buen restaurante para que adquiera experiencia sobre cómo conducirse bien en público; la tarea de la madre puede consistir en elegir el restaurante o vestir y acicalar a la hija para esa ocasión. Aunque parecería que tal directiva estrecha aún más el vínculo entre padre e hija, en realidad genera una línea divisoria generacional.

10. Al hombre que teme postularse para un empleo se le ordenará, por ejemplo, que se someta a una entrevista como postulante para un puesto que no tomaría aunque lo obtuviera; así podrá practicar sin riesgo alguno.

11. Entre las múltiples tareas que un supervisor puede encargarse al terapeuta hay una destinada a ayudarlo a desvincularse de una familia; consiste en decirle a una pareja que está por terminar el tratamiento que probablemente tendrán una terrible reyerta; como los clientes no desearán que se produzca semejante pelea, se aliarán contra el terapeuta para evitarla, expulsándolo, por así decir, de su mundo.

12. Cuando una madre es incapaz de gobernar a sus hijos y esto hace que el padre se preocupe en demasía por ellos, pero mostrándose a la vez exasperado, se le pide que instruya a su esposa sobre el manejo de los niños, comenzando su enseñanza con una «clase práctica» en el mismo consultorio. La madre se volverá más eficiente para sacarse de encima al marido, y entonces, probablemente, la pareja empezará a reñir de un modo más abierto.

13. Se le dice a un individuo o a una familia que en el transcurso de la próxima semana se les ocurrirá espontáneamente una idea que mejorará su situación; también puede decirseles que están en una etapa en que ya responden a sus propias ideas. La tarea ayuda a los pacientes a iniciar cambios.

14. Para establecer mayor distancia y objetividad entre madre e hijo, puede impartírsele a aquella la tarea de esconder algo de tal manera que el niño no tarde menos de cinco minutos ni más de diez en encontrarlo; la madre deberá repetirlo una y otra vez hasta lograrlo. Esto la obligará a reflexionar sobre la manera en que piensa su hijo y de qué modo su pensamiento se diferencia del suyo propio.

15. Algunas tareas implican transacciones que satisfacen a todos. Un -marido se preocupaba constantemente por su salud y se tomaba la temperatura con regularidad, llegando a andar por la casa con el termómetro en la boca; cada vez que ocurría esto la esposa se encolerizaba y los dos acababan peleándose. Viendo que no podían resolver el problema, recurrieron a un terapeuta, quien dictaminó que el marido tenía derecho a tomarse la temperatura cuando lo creyera necesario, pero que no debía irritar a su mujer «olvidándose» y cruzando el living con el termómetro en la boca. Les impartió la directiva de romper el termómetro oral ese mismo día y comprar uno rectal para uso del marido.

16. Cuando dos cónyuges, o un progenitor y un abuelo, se encuentran en un impase sobre quién tiene razón respecto de la crianza del niño, el terapeuta puede suministrar un programa de modificación de la conducta que excluya a **una** persona o la acerque a la otra. Por ejemplo, el progenitor puede decirle al abuelo que es un nuevo procedimiento **que** enseñan en la clínica, de modo que en adelante él, y no el abuelo, regirá el manejo del niño de acuerdo con dicho procedimiento. O bien los cónyuges que han reñido por discrepar sobre las diversas formas de crianza pueden llegar a un acuerdo sobre este nuevo método, resolviendo así un conflicto parental que ha venido manteniendo un problema del niño.

17. A una persona deprimida puede pedírsele que cumpla una serie de tareas que lo activarán forzosamente: cuanto más triviales sean las tareas, tanto más enojado y menos deprimido estará el cliente. A fin de cambiar la organización que mantiene esa depresión, el terapeuta puede solicitar a los miembros de la familia que inicien y hagan cumplir las tareas para activar al deprimido.

18. Es posible valerse de una tarea para impedir que ocurra algo no deseado por el terapeuta. Una madre que se sentía

incapaz de controlar a su hijo varón de doce años dijo que lo pondría como pupilo en un colegio de tipo militar,* aunque no le agradaba la idea, pues era lo único que podía hacer. El terapeuta le sugirió que, puesto que el niño ignoraba en realidad cómo eran esos colegios, sería justo que ella lo instruyera al respecto antes de enviarlo allí. La madre convino en hacerlo y, bajo la dirección del terapeuta, comenzó a enseñarle al hijo a pararse en posición de firme, a ser cortés, a levantarse temprano y tender luego su cama; la tarea se transformó en una especie de juego entre madre e hijo en el que ella era el sargento y él el soldado raso. En dos semanas el niño había mejorado su conducta lo suficiente como para que su madre creyera innecesario enviarlo a un colegio de tipo militar. La madre había hallado una forma de tratar a su hijo y este una manera de hacer lo que ella le pidiera.

El informe sobre la tarea

Cuando se imparte una tarea, siempre debe solicitarse un informe sobre la misma en la siguiente entrevista; por lo general, arroja uno de estos tres resultados posibles: la tarea se ha cumplido, no se ha cumplido o se ha cumplido parcialmente. En el primer caso se felicita a la familia y se prosigue con la entrevista. En el tercero, es preciso averiguar por qué no la han terminado; hay veces en que simplemente no han podido completarla por motivos concretos, pero hay otras en que carecen de excusas valederas. El terapeuta no debe perdonarlos con ligereza, pues con eso les estará diciendo que sus directivas, y él mismo, carecen de importancia, tornando así menos probable que cumplan la próxima tarea que se les imponga.

La cuestión es más clara cuando los miembros de la familia no han cumplido la tarea y no tienen ninguna excusa válida. En una situación así, el terapeuta no debe mostrarse clemente, porque una vez que ha dado una tarea ha puesto en marcha un proceso que debe terminar. Lo mejor es manifestar que *ellos* han fracasado, que no le han fallado *a él* sino *a sí mismos*; o sea, censurarlos por haber perdido una oportunidad. Esta reprimenda no debe llevar implícita la idea de que el terapeuta ha fracasado y se siente decepcionado.

* En Estados Unidos hay colegios privados, generalmente con internado, que se rigen por los mismos reglamentos y programas que las academias militares oficiales, incluyendo el adiestramiento bélico y el uso de uniformes de tipo militar. [N. *de la T.*]

El incumplimiento de la tarea puede abordarse, entre otras maneras, diciéndoles a los «culpables» que la tarea era muy importante y que está muy mal que no la hayan cumplido, pues era para su propio bien; añadirá, si quiere, que ahora íes es imposible apreciar cuán beneficiosa habría sido para ellos. Si le responden que no creían que la tarea les sirviera de nada, puede argüir que nunca lo sabrán, pues no la hicieron. En el transcurso de la entrevista, cada vez que saquen a colación alguna dificultad, el terapeuta podrá señalarles que es natural que la tengan, puesto que no han realizado la tarea; si son ellos los que hacen este comentario replicará, por ejemplo, que han perdido una oportunidad irrecuperable, pues ya no pueden ejecutar la tarea. De este modo predispone la situación de manera tal que la próxima vez que les imponga una tarea la cumplirán. Un terapeuta no suele perdonar fácilmente a quienes no han hecho lo que él les pidió. A veces es mejor ser duro con los incumplidores y luego, en un momento posterior de la entrevista, hallar la forma de excusarlos, pero jamás debe tratarse con ligereza el incumplimiento o cumplimiento parcial de una directiva.

Tareas metafóricas: el uso de analogías

No podemos dejar de mencionar las directivas metafóricas, aunque aquí no las trataremos en detalle. La formulación explícita de lo que el terapeuta desea que acontezca en una familia, o de lo que quiere que hagan sus integrantes, no siempre es el enfoque más acertado, pues a veces la gente estará más dispuesta a cumplir una directiva si no tiene conciencia de haberla recibido. Un modo de impartir este tipo de directivas consiste en expresarse con metáforas.

La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogía entre una cosa y otra. Cuando decimos «alto como un barrilete» queremos significar que la «altura» de esa persona se asemeja a la «altura» a que se remonta un barrilete. O bien podemos decir: «Por la manera en que le hablaba la madre, parecía como si lo estuviera arrollando un tren». Una representación teatral es una metáfora de la vida real porque lo que ocurre sobre el escenario guarda semejanza con la realidad. Frecuentemente, cuando un terapeuta quiere que los miembros de una familia se comporten de un modo determinado

hace que se conduzcan de otro modo que, sin ser el mismo, se le asemeje; entonces se portarán «espontáneamente» como él quiere.

En el caso de un niño que, según decían, temía a los perros, el terapeuta averiguó que lo habían adoptado siendo aún un bebé; aparentemente el niño ignoraba esta circunstancia, que los padres no deseaban revelar. Partiendo del supuesto de que el niño sabía que era adoptivo, el terapeuta se propuso abocarse a la cuestión de la adopción y también hacer que la familia trajera un perro al hogar. Le habló al niño de «adoptar» a un perro que tenía el problema de ser miedoso y luego discutió con él varios posibles problemas, entre ellos que el perro se enfermara y tuvieran que llevarlo al «médico» (situación análoga a la del niño adoptivo que es llevado al médico). Cuando el niño dijo que la familia tal vez debería deshacerse del perro si este se enfermaba y había que pagar las consultas, el terapeuta insistió en que, una vez adoptado el animal, la familia quedaba comprometida a cuidarlo y debía tenerlo con ella y pagar los honorarios del médico pasara lo que pasara. Así se trataron, en términos metafóricos, varias posibles inquietudes del niño respecto a sí mismo y de los padres respecto a él, relacionándolas con la propuesta de adoptar al perrito.

Las metáforas no se expresan sólo con palabras: también hay acciones metafóricas. La forma en que el terapeuta trate a los niños en el consultorio puede influir en el trato que les den sus padres, aun sin hacerles ninguna observación; con su modo de actuar les está diciendo cómo hacerlo, sin dar importancia al asunto. Aquí se muestra algo metafóricamente: el terapeuta se expresa mediante acciones parecidas a lo que él desearía que hubiera sucedido. Veamos otro ejemplo de este enfoque. Supongamos que un terapeuta quiere que un matrimonio disfrute más de sus relaciones sexuales, que se comporten de manera diferente cuando se hallan juntos y estén de mejor talante durante el acto sexual. Asimismo, advierte que sus relaciones sexuales están rodeadas de sentimientos desagradables y de una sensación de rivalidad, y que a ellos, o a él mismo, les es difícil hablar abiertamente del tema. Si desiste de encarar el problema en forma directa, entra a preguntarse qué otras situaciones compartidas de la vida matrimonial y de las que se pueda hablar encierran procesos parecidos a la actividad sexual. Podrían salir juntos como cuando eran novios, en cuyo caso el terapeuta puede conversar sobre lo que ocurrirá en esa salida; o bien compartir algún juego, y entonces les hablará de cómo deberán tratarse entre sí durante él.

Entre las metáforas elaboradas por Erickson para encarar este problema figura la de hacer hablar a la pareja sobre las comidas compartidas. El terapeuta puede tratar la manera en que comen juntos, preguntándoles si alguna vez cenan solos sin la presencia de los hijos. Mientras los interroga sobre este punto, comentará aspectos de la comida que guardan similitud con las relaciones sexuales diciendo, por ejemplo: «A veces a la esposa le gusta tomar aperitivos antes de cenar y empezar a hacerlo lentamente, y el marido prefiere zambullirse directamente en la carne con papas», o bien: «Algunos maridos elogian a sus esposas por la buena presentación de la comida, pero otros ni siquiera se fijan, y entonces sus mujeres no se esfuerzan en absoluto». Si al hablarles sobre estos tópicos la pareja da señales de relacionar sus palabras con el sexo, cambiará la conversación pasando a un aspecto que toque menos de cerca el tema sexual, pues no desea que establezcan la relación conscientemente. Más adelante volverá a hablar de cómo a algunos les gusta cenar a media luz y quizá con velas encendidas, en tanto que otros prefieren una iluminación potente que les permita ver cuanto desean disfrutar.

Al cabo de una conversación de este tipo, es posible pasar con naturalidad a impartirles la directiva de que cenen juntos. Deberán elegir una noche en particular y preparar juntos una cena agradable, mostrándose comprensivos sobre las diferencias de gustos, conversando sólo de temas amables y no de las inquietudes del día; la esposa tratará de estimular el apetito de su marido y él hará todo lo posible por contentarla. Si la cena tiene éxito, lo más probable es que extiendan esa actitud a las relaciones sexuales. En este enfoque el terapeuta elige como meta cambiar alguna actividad familiar; como segundo paso escoge una parecida a la que quiere modificar pero que les resulte más fácil a los miembros de la familia, conversando sobre ella para informarse e influir en sus opiniones. Finalmente les asigna una tarea dentro de esta actividad, pero que permita alcanzar los resultados deseados tanto en ella como en la que se quiere cambiar.

Tareas paradójicas

Hasta ahora hemos examinado la clase de directivas que da el terapeuta cuando desea que los miembros de la familia hagan lo que les diga, pero hay otra clase que él emplea

cuando quiere que se resistan y de ese modo cambien.* Estas tareas pueden parecerles paradójicas a los clientes porque, habiéndoles dicho que desea ayudarlos a cambiar, al mismo tiempo les está pidiendo que no cambien. Este enfoque se basa en la idea de que algunas familias que acuden pidiendo ayuda rechazan la que se les brinda. Es la gente ideal para hacer fracasar al terapeuta, pues este lucha para que mejoren y ellos se resisten y lo incitan a seguir luchando, creando de tal modo una situación frustrante para ambas partes.

Hasta cierto punto, todas las familias que se hallan en una situación estable son reacias al cambio, pero si se encuentran en un estado crítico e inestable que tiene a todos trastornados suelen seguir dócilmente las directivas, porque están tratando de estabilizarse. Lo que ocurre en el primer caso es que al pedirles que cambien el terapeuta los está invitando a la inestabilidad y la novedad, situaciones contra las que pueden reaccionar. Sin embargo, todos los que vienen en busca de ayuda lo hacen impulsados por su inestabilidad... Como vemos, la cosa nunca es sencilla, ni en un caso ni en el otro.

Por lo común, una familia se ha estabilizado en torno al hecho de que uno de sus miembros constituye el problema. Al tender a modificar la situación de la persona problema el terapeuta también tiende a desestabilizar a la familia, por lo que encontrará resistencia de variable intensidad. Las tareas paradójicas tienen por fin abordar esta dificultad. Con ellas podemos adoptar dos enfoques generales: 1) encarar a la familia en un sentido global; 2) impartir directivas que involucren sólo a una parte de ella.

Enfoque global de la familia

Hallamos un ejemplo de este enfoque en el caso descrito en el capítulo 5,** en el que el terapeuta se manifestó preocupado por lo que ocurriría si el niño se normalizaba aprendiendo a controlar adecuadamente sus esfínteres. Enmarcada dentro del intento de cambiar a la familia, hay aquí una restricción de los impulsos de mejoramiento de sus miembros. El enfoque paradójico presenta siempre dos mensajes, transmitidos a niveles diferentes: «Cambien», y, dentro del marco del mensaje, «No cambien».

* Es la segunda manera, enunciada al comienzo de «Tipos de directivas» (pág. 51). [N. de la T.] ** Véanse págs. 129 y sigs. [N. de la T.]

Supongamos que se presenta una familia con un niño problema que no quiere ir a la escuela. Dentro del marco de su misión, que es hacer que el niño vuelva al colegio, el terapeuta puede comentar que quizá sea mejor que no asista a clase, insinuando que tal vez le convendría más quedarse en casa por tal o cual razón (las razones dependen del tipo de familia entrevistada), o que podría ser un trastorno para la familia que concurriese a la escuela como lo hacen los niños normales.

El uso de este enfoque requiere habilidad, porque se trata de comunicar diferentes cosas a la vez. El terapeuta les está diciendo: «Quiero ayudarlos a mejorar», y también: «Me siento benévola/preocupado por ustedes»; les está diciendo cosas rayanas en el insulto: les dice que cree que podrán tolerar realmente el ser normales, pero también les insinúa que quizá no puedan tolerarlo. Los peligros implícitos en este enfoque emergen cuando todas estas cosas no se transmiten simultáneamente, pues los clientes pueden creerse desahuciados, o pensar que el terapeuta se aprovecha de su posición para insultarlos, o que en verdad le importa un comino que cambien o no. Cuando el enfoque tiene éxito, los miembros de la familia logran alcanzar el objetivo de la terapia, que es demostrarle al terapeuta que son tan normales como el que más. Cambian «espontáneamente». El terapeuta debe aceptar el cambio, cuando acontece, y dejar que la familia lo regañe demostrándole su error. Si desea asegurar la continuidad del cambio puede advertirles que quizá sea temporario y sufran una recaída, con lo cual se empeñarán en continuarlo para demostrarle que no es algo transitorio. Al hablar de la transitoriedad del cambio le cierra el paso a una recaída. También puede hacerlo alentándolos a volver a la situación anterior; esto asegura que no habrá tal retroceso. Les dirá: «Veo que han cambiado y superado el problema, pero me parece que todo ha ocurrido demasiado rápido. Me gustaría que tuvieran una recaída y que esta semana volvieran a ser como antes»; o bien: «Quiero que se sientan tan desgraciados como cuando vinieron por primera vez».² Para que esta directiva les parezca razonable, puede aducir que un cambio

² Milton H. Erickson, que es, por supuesto, el maestro de la terapia directiva, tiene un modo especialmente cortés de estimular una recaída; por ejemplo, dice: «Quiero que vuelvan a aquella época en que se sentían miserables; siéntanse como entonces y vean si hay algo de aquella experiencia que desean salvar». Una sugerencia como esta cae muy bien, ya que suele experimentarse una mezcla de alivio y nostalgia por los síntomas y problemas perdidos.

demasiado rápido puede provocar un desequilibrio, o que realmente necesitan comprender lo mal que se sentían entonces, o dar cualquier otro pretexto que les resulte lógico. No obstante, se resistirán a esta directiva no sufriendo recaídas, que es justamente lo que quiere el terapeuta. (Aun en el caso de que las tengan, lo harán bajo su dirección, o sea que están siguiendo sus directivas y cooperando con él, de modo que luego puede pedirles que no vuelvan a recaer. Empero, estas recaídas no se producen si se ha encarado la cuestión en la forma adecuada.)

Directivas que involucran a una parte de la familia

Ocurre con frecuencia que el terapeuta no desea aplicar el enfoque paradójico a toda la familia, sino a una o dos personas en particular. El procedimiento es el mismo: les pide que permanezcan estacionarios, encuadrando este requerimiento en el propósito de ayudarlos a cambiar. En el caso de una madre sobreprotectora que está constantemente encima de su hijo impidiéndole decidir libremente y asumir la responsabilidad de sus actos, si el terapeuta intenta persuadirla de que se ocupe menos del niño corre el riesgo de que ella haga lo contrario, a menudo con el pretexto de que él no comprende realmente cuan desvalido está. Puede adoptarse entonces un enfoque paradójico solicitándole que durante una semana ande constantemente atrás del niño vigi-lándolo, protegiéndolo y haciéndole todas las cosas. La directiva se justifica con diversas razones, según sea la madre: por ejemplo, se le dice que debe hacerlo para poder apreciar cómo se siente realmente en esta situación, o para observarse a sí misma y al niño. El uso correcto de este enfoque exige que el terapeuta demande a la madre un comportamiento más extremo que el que ha venido manifestando: no sólo estará constantemente sobre el niño, sino que deberá reservar una hora del día para aleccionarlo acerca de todos los peligros de la vida (una hora es mucho tiempo). Otra alternativa es acentuar aún más algún otro aspecto de su comportamiento. Si se procede correctamente, la madre reaccionará rebelándose contra el terapeuta y sobreprotegiendo menos al hijo. No le gustará hacer lo mismo de siempre porque alguien se lo ordene; tampoco le gustará dedicarse más al niño, en especial cuando ya se siente demasiado exigida por él. Empezará a insistir en que el niño debería bastarse más a sí mismo y asumir mayor responsabilidad, o sea que comenzará a evolucionar hacia la posición verdadera-

mente deseada por el terapeuta. Por lo común es preciso continuar en esta actitud: si la madre deja más tranquilo al niño no se la felicitará, sino que se la instará a dedicarse más a él. Este enfoque es uno de los modos de desligar a un niño de un progenitor sin valerse de otro integrante de la familia. También puede emplearse con parejas que viven en una constante y fútil reyerta. Se les pide que regresen al hogar y que se peleen a una hora y por un lapso determinados (p. ej., tres horas), a fin de lograr que riñan menos. A la gente no le gusta disputar o amargarse la vida porque alguien se lo ordene. De igual modo, si un niño desafía a sus padres permanentemente, el terapeuta puede pedirle que lo haga durante una semana entera. Si lo hace, reaccionarán de un modo distinto, porque saben que obra así a pedido; si no lo hace, el terapeuta habrá cumplido su objetivo de cambiar una pauta en la familia. El terapeuta debe ser capaz de mirar los problemas desde una perspectiva juguetona o deportiva, aunque comprenda que está abordando problemas terribles y angustias verdaderas. Debe tolerar la reacción emocional de la familia hacia él, ya que este enfoque impulsa a sus miembros a tratarlo como jamás trataron a quienes los ayudaron. En este enfoque, el diseño de las directivas es relativamente simple. Se observa cómo se tratan unos a otros los integrantes de la familia y se les dice que se comporten así. La manera de impartir la directiva, hacerla parecer razonable, reaccionar ante el cambio y mantener el enfoque requieren más inventiva que el diseño de la tarea.

Etapas de una intervención paradójica

Resumiremos el tema del enfoque paradójico ejemplificando las etapas que conviene seguir con el relato de un caso. Un niño de nueve años fue remitido a una clínica por un problema de masturbación compulsiva. Se masturbaba en la escuela y en el hogar, en presencia de su madre y hermanas; lo hacía con tanta frecuencia que había gastado la entrepierna de su pantalón hasta, agujerearla, y la madre informó que había sido hospitalizado por orinar sangre. El problema databa de cuando el niño tenía cinco años. Un terapeuta de niños lo había tratado infructuosamente durante un año y medio recurriendo al método de comprensión del problema, probando algunas recompensas y castigos y entrevistando pe-

riódicamente a la madre, hasta que derivó el caso con la esperanza de que la terapia familiar lograra solucionarlo. Habiendo muerto el padre unos años atrás, la familia, que recibía un subsidio de asistencia social, se componía de la madre, el hijo y tres hijas mayores, dos de las cuales residían fuera del hogar; la tercera, de veinte años, tenía a su vez dos hijos pequeños que también vivían en la casa. Las etapas del enfoque paradójico pueden resumirse así:

Primera; Como en toda terapia directiva, antes que nada hay que establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio. Esta definición suele estar implícita en el encuadre de la situación cuando alguien solicita una terapia, pero puede hacerse hincapié en ella. Segunda: Definir claramente el problema; en este caso se lo definió como «masturbación en público». Tercera: Fijar los objetivos con claridad. Aquí el objetivo no era lograr que el niño no se masturbara, sino que dejara de hacerlo en público y sin goce alguno. La clara fijación de objetivos adquiere especial importancia si empleamos **una** técnica terapéutica eficaz.

Cuarta: Ofrecer un plan. Conviene dar una explicación lógica que haga razonable una directiva paradójica, aunque también podemos limitarnos a impartir la directiva dejando que el plan permanezca implícito. En este caso, el primer paso del plan afectaba a la madre y demás miembros de la familia, y el segundo afectaba al niño. El terapeuta le pidió a la madre que le dejara abordar el problema privadamente con el niño, aclarándole que también desearía entrevistar a toda la familia de vez en cuando; la madre aceptó. De este modo se estableció un vínculo entre el niño y el terapeuta, convirtiendo al problema en un asunto entre varones. Luego, cuando entrevistó al niño a solas, explicó su paradójico requerimiento de que se masturbara más diciéndole que con ello impediría que lo hiciera en los días en que no constituía un placer.

Quinta: Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por «autoridad en la materia», que puede ser un cónyuge, o la madre, o algún otro miembro de la familia; por lo general, alguien ya está tratando de ayudar a la persona a resolver su problema, y debe explicarse que ese individuo no está haciendo lo correcto. En el caso que nos ocupa, la madre había peregrinado con el niño de doctor en doctor, año tras año, buscando una solución al problema. El terapeuta le insinuó que cuando el niño mejorara podría sentirse desconcertada; la idea no le gustó a la madre. Le preguntó entonces

qué haría con su vida cuando el niño superara el problema; ella replicó que creía que encontraría alguna otra cosa que hacer. Al tratar así a la madre se tiende, entre otras cosas, a alentarla a demostrar que la mejoría del niño no la turbará; esto sólo puede probarlo ayudando al niño a normalizarse y dando muestras de no estar inquieta por ello. Por consiguiente, trabajará en el hogar para mejorar al niño en tanto el terapeuta hace lo mismo en su consultorio, o sea que ambos actuarán de consuno. Por supuesto, durante la terapia se entrevistó a la madre a solas para interesarla en el estudio y el trabajo, a fin de que tuviera en su vida algo más que este hijo problema... y una hija todavía más problemática.

Sexta: Impartir la directiva paradójica. Como parte de la definición del problema se le pidió al niño que hiciera una planilla indicando la frecuencia con que se masturbaba. A la semana siguiente el niño informó cuántas veces lo había hecho y comentó que los domingos era cuando más lo disfrutaba. El terapeuta le impartió la directiva paradójica de que aumentara sus masturbaciones el domingo, cuando gozaba al hacerlo, y no los otros días en que le deparaba menos placer; le pidió que el domingo se masturbara ocho veces (el doble de lo usual), levantándose tal vez temprano para hacerlo.

Séptima: Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual. El terapeuta no debe ablandarse ante una mejoría rebelde o al ver turbado al cliente, sino que insistirá una vez más en el plan y su explicación lógica, definiendo como falta de cooperación todo progreso que implique una disminución de la conducta usual, ya que él solicitó «más conducta problema». El niño que nos ocupa se masturbó el domingo pero también lo hizo el lunes, en que se suponía que no debía hacerlo; se le impuso como castigo que el próximo domingo se masturbara doce veces, y se le dio al acto visos más desagradables aún exigiéndole que cada vez se desnudara completamente, plegara sus ropas, etc. La semana siguiente el niño no trajo la planilla; mostrábase más alegre y había ingresado en un equipo de hockey. El terapeuta insistió más en la masturbación. Para la quinta entrevista el niño ya se había rebelado, no llegando a cumplir su «cuota» dominical; como castigo por su falta de cooperación se le ordenó masturbarse una vez por día, en el living, en presencia de su madre y hermanas. Había llevado cinco semanas disponer que el niño hiciera exactamente la que antes constituyó su problema presentado, pero ahora debería hacerlo como castigo. (A algunos clínicos les hubie-

ra sido difícil aplicar este castigo, pero no al terapeuta que condujo el caso, dada la gravedad del problema y el hecho de que al niño sólo se le pedía que hiciera algo que ya venía haciendo.)

Octava: A medida que continúa el cambio, el terapeuta deberá evitar que se le acredite como un logro de él, dado que ello significaría aceptar que las recaídas están en relación con el terapeuta. Si bien este puede desear «compartir» su obra con el cliente y explicarle qué está haciendo en realidad, corre el riesgo de que su necesidad de aliento provoque un retroceso. Una forma de evitar todo mérito propio es mostrarse perplejo ante una mejoría.

En el caso que nos ocupa se fijó un receso de dos semanas: en la primera se pidió al niño el programa de masturbación, en la segunda no se le dieron instrucciones claras. Con esta omisión se podría juzgar el grado de cambio espontáneo ocurrido en el niño (en vez de una extinción metódica del comportamiento): si dejaba de masturbarse en público, el terapeuta daría por terminado el asunto; en caso negativo, se reanudaría el procedimiento. El niño informó que en la segunda de las dos semanas casi no se había masturbado, pareciendo haber perdido interés en ello, por lo que el terapeuta hizo a un lado el tema y conversó con él sobre las posibilidades de ir a un campamento, cosa que la madre no le había permitido hasta entonces.

Se continuó la terapia centrándola en el problema de la madre y la hija, en presencia del niño pero sin mencionar su síntoma. Pocas semanas después, al inquirirse acerca de la masturbación, la madre dijo que a veces el niño la provocaba metiéndose las manos en los pantalones mientras miraban televisión; no se dio importancia a esto, y en una entrevista de seguimiento realizada pocas semanas después el problema había desaparecido.

A la madre se le permitió mostrar que la mejoría del hijo no la perturbaba, y en unas semanas la actitud general del niño adquirió más madurez; hasta hizo un alboroto en la escuela con un amigo, hecho inhabitual en él, pues era un niño tranquilo y un buen alumno. Madre y terapeuta consideraron normal que un muchacho de su edad hiciera esta clase de cosas, y el maestro confirmó que el niño estaba cambiando.

Debemos subrayar que en este caso la maniobra paradójica se empleó dentro de un contexto familiar. El terapeuta trató otros temas con el niño, como ser los deportes y las niñas, y habló con la madre sobre los otros intereses que había en su

vida. Cuando el varón mejoró y se volvió menos obediente, la madre evidenció que ese cambio no la inquietaba mucho, y la consideración de los problemas que presentaba la hija le permitió concentrarse menos en el niño. Todos estos aspectos integraban no sólo la maniobra paradójica, sino también la terapia; esta tuvo sus etapas, ya que no hubo una simple estimulación del síntoma y luego un retiro de apoyo al producirse la mejoría. Fue preciso aplicarla sistemáticamente.³

Diseño de las tareas

Al principio, al terapeuta puede parecerle difícil diseñar las tareas a impartir, pero irá adquiriendo facilidad con la práctica y la experiencia. Aquí ofrecemos unas pocas pautas. Sea cual fuere la tarea, siempre ha de ser lo suficientemente simple como para que la familia pueda cumplirla, a menos que haya una razón especial para desear que fracase; si se quiere que cumpla, a la gente sólo debe pedírsele aquello que su situación le permite realizar. El terapeuta debe ser capaz de decirles con seguridad: «Esto es algo que pueden hacer fácilmente». La tarea también deberá adaptarse a la situación financiera y al tiempo disponible de la familia. Aunque el objetivo sea programar una tarea factible, puede que importe menos su cumplimiento que su negociación. Por ejemplo, si el terapeuta dice que no asignará ninguna tarea hasta que toda la familia esté presente, fija la tarea en una forma conveniente, pero al mismo tiempo la está usando como instrumento para hacer que la familia se organice de otra manera y sus integrantes se encarguen de hacer venir a todos a la sesión. A veces las disposiciones tomadas para ejecutar una tarea resuelven por sí solas un problema de organización, sin que sea necesario cumplirla; otras veces, la amenaza de impartir una tarea bastará para producir cambios. En la terapia que emplea directivas, estas se convierten en un tema de conversación para la familia, desalojando de esa función a sus problemas o a su pasado.

Una tarea puede ser simple si se imparte en una etapa en que el objetivo principal es intensificar la relación con el terapeuta; entre las que cumplen esta finalidad figuran: pe-

³ El uso de las intervenciones paradójicas es complejo y constituye por sí un enfoque; de ahí que nos limitemos a tratarlo superficialmente. Cloé Madanes y yo estamos preparando un libro, titulado *Paradox in Therapy*, en el cual se expondrá más extensamente el tema.

dir a los clientes que hagan una lista de los problemas, que se conduzcan de determinada manera durante la semana, que se reúnan a conversar a una hora fija. Cuando se busca ante todo un cambio en la organización, la tarea a asignar exige mayor elaboración. La mejor será aquella que se valga del problema presentado para producir un cambio estructural en la familia. Por ejemplo, si se desea estrechar la relación entre la madre y el niño problema excluyendo a un hermano que actúa en función parental, y el niño problema es un incendiario, puede pedírsele a la madre que todos los días, en un horario fijo, le enseñe a encender fuegos inofensivos con fósforos. Si el objetivo es desligar a una madre de un niño temeroso de los perros y hacer intervenir al padre, puede pedírseles a este y al hijo que elijan un determinado tipo de perro para tener en la casa. Este enfoque se centra en respetar y utilizar lo que la familia considera importante —o sea, el problema presentado— y lo que el terapeuta considera importante —es decir, un cambio en la organización—.

Las etapas en el diseño de una tarea consisten en reflexionar sobre el problema presentado en función de la secuencia que tiene lugar en la familia y hallar una directiva que cambie a ambos. Veamos un problema común: el del niño que no quiere ir a la escuela. Aunque las familias difieren entre sí en muchos aspectos, la secuencia más característica es esta: El niño se rehusa a ir al colegio. El padre insiste en que vaya y por las mañanas lo obliga a ir. El niño manifiesta angustia, se enferma, tiene vómitos o se escapa. Interviene la madre insistiendo en que su marido es demasiado duro con el pequeño; el padre se echa atrás. Al cabo de un tiempo los progenitores convienen en que el niño debe ir a la escuela. El padre insiste en que vaya, el niño manifiesta un comportamiento involuntario, interviene la madre y el padre deja de insistir.

Esta secuencia presenta numerosas variantes. A veces es la madre quien insiste en la asistencia a clase y el padre quien se inquieta por el niño; otras, un trastorno físico abruma a la madre cada vez que padre e hijo discuten airadamente sobre la escuela. Si bien las explicaciones de la permanencia del niño en la casa varían, por lo común encierran la idea de que, si el problema no radica en la escuela, el niño es necesario en el hogar porque desempeña alguna función en la vida de uno de los progenitores, o de ambos.⁴

⁴ Esta descripción es por fuerza muy esquemática. No hay dos familias iguales y esta variedad debe tenerse en cuenta. Existe una pauta

cuando este problema sale a luz en la primera entrevista, el primer paso será cerciorarse de que no es causado por una escuela a la que el niño no debería, por buenas razones, concurrir.

Para que madre y padre actúen de consuno hay que motivarlos haciéndoles aceptar que el niño se está retrasando y debe ir a la escuela; conviene pintarles el futuro que le espera si no va. Generalmente los padres concuerdan en que es preciso hacer algo, y por eso han venido. Lo mejor es pasar revista con ellos a todos los métodos a que han recurrido en sus fallidos intentos de hacer que el niño concurriera a clase. Unirse a los padres en su difícil problema es parte importante de esta etapa de motivación, y lo es más evitar toda interpretación en torno a las causas de sus fracasos o cuál podría ser la «verdadera» razón oculta tras el problema.

A esta altura se dejará en claro que la asistencia o no del niño a la escuela no debe depender de este, sino de sus padres. El terapeuta necesita aunar a los padres en relación con el niño.

La directiva impartida debe tomar en cuenta la secuencia usual, existiendo varias posibilidades: hacer que el padre o la madre sea responsable de llevar al niño al colegio; asignar a la madre la tarea de cuidar que el padre lo lleve a la escuela; disponer que los dos progenitores acompañen al niño, de ser logísticamente posible.

En una tarea tan clara y simple como esta lo importante es prever qué ocurrirá. El terapeuta debe revisar con el padre la manera en que conducirá al niño al colegio, pidiendo luego a ambos progenitores que conversen sobre cómo se comportará el niño (rabieta, estómago revuelto, angustia, vómitos, o lo que pueda suceder) y preguntándole a la madre qué hará cuando el niño presente esos trastornos; puede exami-

que, cuando se presenta, requiere especial consideración: en la mayoría de las familias con un niño problema, uno de los progenitores está «sobreinvolucrado» con el niño, en una intensa diada, en tanto que el otro es más periférico; puede entonces utilizarse a este último para desatar los lazos que unen a aquellos; empero, hay familias en las que ambos progenitores están sobreinvolucrados y forman una intensa día-da con el niño, y a veces se alternan en ese aspecto. Cuando se da este doble vínculo (como sucede entre los jóvenes con trastornos más graves), no pueden emplearse procedimientos sencillos; simplemente, es imposible cambiar la situación y hacer que el progenitor periférico se involucre más, porque ya lo está. En un caso de tipo escolar, como el que se menciona aquí, cada progenitor puede ser, con respecto a la asistencia a clase, firme o blando, en el sentido de interponerse cuando el otro se muestra inflexible; la pauta continúa, ya que los progenitores son intercambiables en su mantenimiento.

narse la validez de su preocupación en el sentido de que padre e hijo puedan «matarse» el uno al otro. Los padres deben prever que, cuando ya están casi acariciando el éxito, el niño tal vez les salga con alguna ocurrencia novedosa y les diga, por ejemplo: «No iré a esta escuela, pero sí a alguna otra». ¿Cómo deben responder a esto? Generalmente, lo mejor es convenir en que podría finalizar el grado en la escuela actual y luego, quizá, ser transferido a otra, sin dejar que el niño los aparte de su tarea.

Al discutir esta tarea el terapeuta debe tener presente que su objetivo es lograr que el niño vaya a la escuela y resolver las dificultades parentales a las que aquel responde negándose a ir, dificultades que han de definirse en función del problema del niño. Si los padres dicen que el trato distinto que uno y otro dan al hijo los tiene tan perturbados que piensan en la separación, el terapeuta no discutirá este último punto; puede decirles que la separación es una cuestión importante pero que, se separen o no, el niño debe ir al colegio y ellos deben resolver este problema juntos. Más adelante, cuando el niño concurra regularmente a clase, los progenitores pueden plantear su separación; en ese momento será apropiado encararlo, ya que constituirá un problema real y no un simple eslabón de la secuencia previa. Tal vez el terapeuta quiera que durante la sesión de terapia padres e hijo pasen revista a lo que ocurrirá la mañana en que este deba ir a la escuela; tal vez prefiera que practiquen la tarea, o hará que el padre insista, el niño se indisponga y la madre trate de salvarlo. Si hay otros hijos involucrados en el asunto, debe asignárseles algo que hacer en relación con la tarea.

El informe familiar sobre lo ocurrido puede hablar de un éxito, un fracaso o un éxito parcial; cada alternativa conduce a resultados diferentes. En el primer caso, el terapeuta deberá seguir viendo a la familia durante un tiempo para estabilizarlos respecto de la asistencia del niño a la escuela y tratar la cuestión marital y otras que estuvieren en danza. Si se ha logrado un éxito parcial (el niño fue al colegio pero regresó antes de hora, o bien surgió alguna dificultad imprevista) puede repetirse la tarea. Si esta no se ha cumplido por motivos injustificables se hablará seriamente de ello, lamentando el contratiempo y ofreciendo una alternativa. La serie de procedimientos puede comenzar haciendo que al niño le resulte más incómodo estar en casa que en la escuela; por ejemplo, deberá levantarse temprano como si tuviera que ir a clase, vestirse y permanecer en su habitación leyendo durante el horario escolar, sin televisión ni entretenimientos.

etc. Frecuentemente los padres harán esta tarea, puesto que fracasaron en la anterior, y una vez logrado esto pueden «empujar» de nuevo al niño para que vaya al colegio. Impartir directivas que vayan derecho al grano (v. gr., llevar al niño a la escuela) es una manera de abordar la cuestión. Con aquellas familias en las que el enfoque directo es ineficaz, el terapeuta recurrirá a un plan alternativo que motive a sus integrantes hacia el objetivo; si esto tampoco diera resultado, echará mano de otro plan. En todos estos casos se está cambiando la secuencia de hechos que tienen lugar en la familia y por ende la estructura entre padres e hijo, además de trazar una línea generacional, aclarar las funciones del padre y diferenciarlas de los problemas conyugales.

Cuando se emplea un enfoque directivo es esencial negociar una definición clara del problema presentado. Las mejores tareas usan a este último como palanca para inducir el cambio. Cuanto más ambiguo sea un problema, tanto más confusa será la programación de una tarea; tampoco es fácil diseñarla si el objetivo es poco claro. El terapeuta debe especificar cuál es su meta si ha de introducir una directiva para alcanzarla. La programación de directivas se vuelve más fácil a medida que él aprende a aclarar problemas y fijar objetivos.

3. La comunicación como «bits» y metáfora

En la terapia, las dos cuestiones más importantes son: 1) si después del tratamiento una persona ha cambiado más de lo que lo hubiese hecho sin él; 2) si un enfoque terapéutico es más eficaz que otro.

Al investigar estas cuestiones, los clínicos suelen discrepar sobre cómo ha de describirse la situación terapéutica. En un extremo están los «modificadores de la conducta» partidarios de emplear una descripción rigurosa y mediciones cuantitativas, de clasificar el problema terapéutico por la presencia o ausencia de actos pasibles de enumeración como ítems separados. En el otro se hallan muchos otros clínicos que se oponen a este enfoque arguyendo que ningún acto es independiente de otro, porque ambos están conectados a través de significados diferentes. Cada bando sostiene que el contrario no comprende el verdadero sentido de la experiencia terapéutica, y no pueden llegar a un acuerdo acerca de los procedimientos y resultados porque no han concordado en el lenguaje que se debe utilizar para describir un problema terapéutico.

Cuando un terapeuta escucha lo que aflige al cliente en la primera entrevista o investiga los resultados obtenidos una vez concluida la terapia, debe clasificar los hechos en algún lenguaje determinado. Las formas en que describa lo que oye y observa estarán determinadas por su punto de vista y su formación: algunos clasifican lo que la gente dice como «comunicación simbólica»; otros prestan atención a la frecuencia con que se reitera algún tipo de conducta; otros oirán las declaraciones como una secuencia de acción interpersonal dentro de una organización. Para formular los problemas y responder al interrogante de si la terapia ha tenido éxito o no, es preciso esclarecer los diferentes lenguajes en que se está definiendo la situación problema. Supongamos que una mujer inicia la terapia informando que se lava las manos muchas veces al día y que desearía librarse de esta aflicción. El «modificador de la conducta» describiría tal vez a una persona así centrándose en su comportamiento y contando cuántos actos de lavado ritual realiza

por hora, definiendo la terapia como un conjunto de operaciones tendientes a reducir o eliminar el número de actos inapropiados; este enfoque parte de la premisa de que la conducta de ese individuo puede ser descrita en términos de «bits» * de conducta. El psicólogo dinámico tradicional podría describir a la misma persona diciendo que con esos lavados compulsivos está expiando una culpa; la tarea terapéutica consistiría en ofrecerle un encuentro humano que resolviera su culpabilidad y cambiara su percepción del mundo, y el lavado ritual no se describiría como un «bit» computable sino como una metáfora, una analogía de su vida.

Modos de comunicación dígito y analógicos

El que haya dos maneras tan opuestas de describir el comportamiento de los seres humanos puede fundarse en el hecho de que estos son capaces de comunicarse en dos estilos o lenguajes diferentes. Un individuo se comunica ora en términos precisos y lógicos, ora en lenguaje metafórico. Cuando es lógico, su conducta puede describirse en un lenguaje lógico y científico, tal como lo haría un sabio con las plantas o moluscos; pero cuando no se comunica en función de categorías lógicas, no hay sistema descriptivo compuesto de dichas categorías que sea capaz de abarcar sus actos. El «mapa» no es adecuado para el territorio. Describirlo en categorías lógicas sería como contar las palabras de un poema. A la inversa, cuando una persona se comunica en función de categorías discretas, no corresponde describirla con metáforas. Los dos modos diferentes de comunicación humana pueden caracterizarse, entre otras maneras, como comunicación *dígita* y *analógica*. La primera está integrada por esa clase de mensajes donde cada formulación posee un único referente específico. Ocurre o no ocurre algo; hay *un* estímulo y *una* respuesta. Esta comunicación puede clasificarse en una computadora, porque cada mensaje corresponde a una categoría específica. En esta modalidad, la conducta parece **ser** tan lógica como lo desearían los lingüistas objetivos. Uno puede decir: «Si A, y sólo si A, entonces Z, y sólo Z». Cada mensaje se refiere a *una* cosa, sin incluir otras distintas.

* *Bit*: unidad de información en las computadoras. [N. de la T.] I G. Bateson y D. D. Jackson, «Some Varieties of Pathogenic Organization», en D. D. Jackson, ed., *Communication, Family and Marriage*. Palo Alto, Calif.: Science Behavior Books, 1968, págs. 200-15.

La capacidad de comunicarse en lenguaje dígito le ha permitido al ser humano construir computadoras, remodelar la Naturaleza y funcionar en organizaciones complejas. El uso de este lenguaje para describir la conducta parece el más adecuado cuando se refiere al estudio de los seres humanos en su relación con el ambiente (p. ej., la construcción de puentes), pero empieza a plantear dificultades cuando se lo aplica al trato mutuo entre los seres humanos. Si queremos usar un lenguaje dígito para describir una conversación entre individuos, debemos esperar que se comuniquen en términos lógicos y racionales, con palabras que posean referentes específicos, previamente definidos. Desde el punto de vista dígito, la descripción de un hombre martilleando un clavo y la de otro peleando con su esposa deberían ser dos problemas descriptivos sinónimos: en ambos casos sería cuestión de expresarse en un lenguaje preciso de referentes únicos. Pero describir una disputa entre cónyuges en lenguaje dígito podría implicar la omisión de la esencia del altercado. Cuando los esposos se pelean en torno a quién debe recoger las medias de quién, el referente no es necesariamente «medias» sino más bien lo que ellas han tendido a significar dentro del contexto de la relación matrimonial. Si tratáramos de programar la disputa en una computadora, sería imposible ubicar cada uno de sus mensajes en una sola categoría, pues habría que codificarlo para todos los múltiples referentes. El mensaje que encierra múltiples referentes ya no es un «bit»: es un mensaje analógico, por cuanto se maneja con las similitudes entre una cosa y otra. Es un lenguaje en el cual cada mensaje se refiere a un contexto de otros mensajes o lo establece. Aquí no hay mensajes y respuestas únicas, sino estímulos y respuestas múltiples, algunas de ellas imaginarias. La comunicación analógica incluye las categorías de los «como si»; también caen dentro de este estilo el «juego», el «ritual» y todas las formas del arte. Lo análogo puede expresarse mediante un enunciado verbal, como en un símil o una metáfora, o mediante una acción (mostrar cómo es algo «teatralizándolo»). Un mensaje así no puede clasificarse en categorías sin tener en cuenta el contexto de mensajes distintos dentro del cual surge.

De existir una continuidad entre las conductas dígita y analógica, la cuestión sería más fácil de resolver. Pero, al parecer, hay un cambio discontinuo cuando se pasa de una a otra, cambio que provoca una dicotomía. Podemos ejemplificar el problema de la discontinuidad valiéndonos de una imagen televisada o un fotograbado a media tinta publicado, en un diario. Ambos se componen de una serie de puntos o

«bits» de información, pero la imagen es algo más que la suma total de esos puntos. Si la construimos yuxtaponiendo puntos, estos continuarán siendo tales hasta un momento determinado, en el que la imagen se reconoce como la representación de algo (p. ej., una escena o un rostro humano). En el punto en que se pasa de «bits» a escena, el cambio de comunicación dígita a analógica es discontinuo. La teoría de la información y la teoría de la cuantificación de «bits» de comportamiento pueden manejarse fácilmente con los puntos, pero no les es tan fácil relacionar la escena de la imagen con la original o describir lo que la foto le ha transmitido al lector. Si el fotograbado lleva una leyenda se plantea la misma cuestión: es un simple grupo de letras, o «bits» dígitos, pero en cuanto los «bits» forman una palabra reconocible la comunicación ha pasado de dígita a metafórica. No estamos ante una cuestión de extremos de un continuo, sino más bien ante una dicotomía entre dos tipos de comunicación. Siempre que hablamos de actos humanos surgen problemas de descripción con estos dos modos de comunicarse, particularmente en el campo de la terapia y su evaluación.

La terapia y el uso de analogías

Uno de los aspectos más interesantes que tienen los intentos de cambiar a la gente es que el empleo de analogías o metáforas parece ocupar un lugar central en los procedimientos terapéuticos. Escuelas de terapia muy disímiles comparten una profunda preocupación por el uso de la comunicación analógica. No se trata simplemente de que los enfoques de «modificación de la conducta» se ocupen de «bits» y los de «psicología clínica dinámica» de analogías; los conductistas tienden, es cierto, a usar el modo dígito para describir los problemas y evaluar los resultados, pero puede decirse que su terapia real es a la vez dígita y analógica. El psicoanálisis alentó a los pacientes a hablar en estilo analógico. El requerimiento de la «asociación libre de ideas» significaba impartirle al paciente la directiva de abandonar durante un tiempo el estilo dígito y decir lo que le viniera a la mente, por irracional que pareciese. Hablando así, aquel ofrecía una serie de analogías acerca de su vida. El analista también le pedía que relatara sus sueños, para lo cual el paciente se valía asimismo del estilo analógico. La tarea del primero consistía en aplicar sus propias analogías mediante interpretaciones y explorar las relaciones existentes entre las

diversas metáforas que le comunicaba el paciente. La metáfora onírica se sometía al proceso de asociación libre, y esta conducía a una descripción de un hecho que, a su vez, resultaba ser una metáfora referida a otros aspectos de la vida del paciente.

En vez de hacer que este ofrezca las analogías, algunos terapeutas conductuales las ofrecen ellos al tratar de cambiar a individuos de un mismo tipo. Solicitan al paciente una lista de situaciones «angustiantes» dispuestas en orden creciente; luego le piden que se relaje mientras ellos le ofrecen una serie de analogías referidas a dichas situaciones: por ejemplo, a una persona con hemofobia le describe primero una escena en la que haya poca sangre, a la cual suceden otras donde pone cada vez más énfasis en la descripción de heridas sangrantes. Mientras escucha la metáfora, el paciente responde indicando solamente en términos dígitos si está o no «angustiado». Si bien él no ofrece ninguna analogía, salvo al describir sus problemas y en sus diálogos informales con el terapeuta, tiene poder de veto sobre las que este le brinda: en cuanto indica su «angustia» mediante una palabra o gesto, el terapeuta cesa en sus analogías o pasa a otras más suaves.² En un enfoque opuesto, en vez de evitar angustiar al paciente graduando cuidadosamente las metáforas según el sistema de la «terapia conductual», Thomas Stampfl desarrolló la «terapia implosiva»,* procedimiento que ayuda a la gente a disminuir su miedo pidiéndole que lo tenga.[^] Stampfl obliga al paciente a «angustiar» construyendo metáforas extremas: si teme a las sabandijas, le dirá que está rodeado de ellas, que son cada vez más grandes, que se le acercan y lo arrollan, etc. Aquí el paciente no tiene poder de veto, ya que su angustia sólo aumenta el carácter extremado de la metáfora. Sólo puede «curarse» no sintiéndose angustiado, a menudo riéndose mientras sus temores se reducen al absurdo en las analogías que le ofrece el terapeuta. La «terapia de la intención paradójica» aplica similar procedimiento.* La «terapia verbal condicionante» opera de manera opuesta a la «terapia conductual» de Wolpe y a los procedimientos

² J. Wolpe, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.

* *Implosiva therapy*: denominación derivada del significado original de *implosión* («rotura de un objeto hueco por exceso de presión exterior»), que alude al cambio interior provocado en el paciente mediante el aumento de los factores de tensión. [N. de la T.]

[^] P. London, *The Modes and Morais of Psychotherapy*, Nueva York; Grune & Stratton, 1964.

• V. E. Frankl, «Paradoxical Intention and Dereflection», *Psychotherapy*, n.º 12, 1975, págs. 226-37.

de Stampfl, no obstante derivar todos estos enfoques de las teorías del condicionamiento. Aquí, en vez de ser el terapeuta quien ofrece las analogías en tanto el paciente responde-con señales dígitas, este describe su vida en estilo analógico y aquel da respuestas dígitas. Desde el punto de vista del terapeuta, estas respuestas (que pueden ser gestos de asentimiento o palabras de aliento) «refuerzan» ciertas partes de la comunicación del paciente. Por ejemplo, si este dice algo así como: «Mi vida es una remora», el terapeuta no responde, pero cuando dice: «A veces mi vida parece brillante», le sonrío o asiente con la cabeza para estimular más metáforas de esta clase.

Al investigar las distintas formas de terapia se ha descuidado un aspecto: el hecho de que no es raro que un terapeuta ofrezca analogías sobre la vida en general bajo la forma de ejemplos extraídos de su propia experiencia o de informes sobre experiencias del paciente. Este empleo de la analogía no suele considerarse un objetivo de la terapia, sino que se recurre a él al pasar durante intercambios informales con el paciente. Una sorprendente cantidad de terapeutas cuentan chistes a sus pacientes, en tanto que otros optan por el uso sistemático de anécdotas. Milton Erickson ha superado a la mayoría de sus colegas en el desarrollo de este procedimiento: narra al paciente una historia formalmente paralela a su problema y considera que el cambio terapéutico se relaciona con el vuelco provocado en sus analogías por las que recibe del terapeuta.⁵

Las analogías en la entrevista de la familia

El procedimiento de entrevistar a familias enteras ha puesto de manifiesto un nivel de analogías que también está implícito en todas las formas de tratamiento. La terapia de la familia abarca muchos enfoques y escuelas diferentes pero, por lo general, se entrevista conjuntamente a toda la familia y el terapeuta pide a sus integrantes que ofrezcan analogías verbales sobre sus problemas. Simultáneamente, mientras ellos interactúan, brindan un retrato analógico de lo que es su vida en común.

⁵ J. Haley, ed., *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Millón H. Erickson*, Nueva York: Grune & Stratton, 1967, págs. 229-312. Véase también J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York: Norton, 1973.

Sus descripciones verbales son ejemplos de lo que está acaeciendo entre ellos, lo cual a su vez guarda analogía con otros sucesos; el terapeuta responde con metáforas sobre esa familia u otras. Sin embargo, además del intercambio verbal, muchos terapeutas familiares solicitan activamente que se produzcan cambios de conducta en los integrantes, ya sea dentro o fuera del consultorio. Al observar este estilo de terapia se hace más evidente que en todo tratamiento la relación entre paciente y terapeuta es analógica respecto de lo que se comunica durante las sesiones. Supongamos que el terapeuta advierte que un padre sólo le habla a su hijo varón a través de la madre; su intervención puede consistir en pedirle a esta que se haga a un lado y a los primeros que corran sus sillas de modo que queden enfrentados y luego conversen (a veces se dice que esto es necesario «para ver cómo dialogan padre e hijo»). Este intercambio entre padre e hijo es una metáfora de su relación mutua, pero al disponerlo el terapeuta también está representando una analogía de muchos aspectos de la familia, entre otros cómo la madre debe permanecer fuera del diálogo. En una entrevista, ya sea individual o colectiva, cada acto del terapeuta es asimismo una analogía sobre la manera de comportarse. Esta analogía o metáfora de relación es *metaanalógica* respecto del contenido de la discusión. Si la terapia consistiera simplemente en ofrecer «bits» dígitos de información a los pacientes para que comprendan, la relación no sería muy importante. Empero, el cambio de conducta del paciente se produce como parte de los cambios analógicos ocurridos en la relación con el terapeuta.

Una vez que reconocemos los múltiples niveles de comunicación analógica que se presentan en la terapia, podemos enfrentar las complejidades que encierra el proceso de inducción del cambio terapéutico. Cada formulación del paciente es un código múltiple: está referida, por lo menos, a sus formulaciones previas, a su Contexto de relaciones interpersonales y a su relación actual con el terapeuta, o sea que «encaja» en un complicado conjunto de situaciones mediante resonancias analógicas con estas múltiples facetas. El paciente parece ser un individuo «raro» —esto es, neurótico o psicótico— cuando sus formulaciones son anómalas porque deben «encajar» en un contexto anómalo. Por ejemplo, si un paciente psicótico le dice al terapeuta: «Mi estómago está lleno de cemento», sin darle ningún indicio de que está usando un lenguaje metafórico, la formulación es una expresión analógica de un contexto complejo. Está aludiendo metafóricamente a la comida que dan en el hospital y expresando

una formulación analógica sobre sus relaciones dentro del establecimiento; indica su desconfianza hacia el terapeuta al no sugerir el modo en que deberá recibirse lo que dice. La formulación es al mismo tiempo una respuesta metafórica a un comentario previo del terapeuta. Cuando el paciente está «curado» tal vez se comunique de un modo más normal, diciendo, por ejemplo: «La comida que dan aquí es terrible; de todos modos, la forma en que me tratan me revuelve el estómago»; en este caso rotularía adecuadamente su metáfora. Emplearía todavía un lenguaje analógico, pero su analogía sería más «normal», y demostraría su cambio en el estilo con que indica en qué situación se encuentra con respecto a su interlocutor.

Examinando la manera en que se induce al paciente a cambiar su estilo de comunicación parecería evidente que, puesto que su comunicación se adapta a su contexto, debe cambiarse este para modificar aquella. Dicho de otro modo: para que cambie su forma de comunicarse con el terapeuta es preciso que se modifique la situación real del paciente y su relación con el terapeuta. No se puede cambiar su manera de expresarse «trabajando sobre su comunicación», sino únicamente modificando la organización de la situación a la que se está adaptando.

Un problema es **una** metáfora

Veamos un ejemplo del uso terapéutico de la analogía. Un hombre se somete a tratamiento porque, según dice, teme morir de un ataque cardíaco. Diversos médicos le han asegurado que su corazón funciona bien, pero aun así tiene miedo de que se le detenga en cualquier momento. El terapeuta se ve ante la tarea de cambiar el estilo de comunicación de este paciente.

Si un médico toma la analogía que emite este hombre como una formulación dígita sobre su corazón, probablemente dará una respuesta dígita: «Su corazón está sano», y el paciente visitará a otro facultativo aunque aquel haya respaldado su afirmación con un impresionante instrumental cardiológico.

Algunos terapeutas tomarán la comunicación que da esta persona sobre su corazón en sentido analógico: como una formulación que significa algo con respecto a otra cosa. Le harán una serie de preguntas para recoger información atinente a aspectos de su vida que guarden relación analógica

con lo dicho sobre su corazón. Las preguntas típicas son: «¿Puede decirme algo más de eso?» (para aumentar el flujo de analogías), «¿Qué le parece eso?» (para estimular formulaciones más específicamente analógicas) y «¿Experimenta un miedo similar hacia otras cosas?» (para sacar a luz analogías conexas).

La clase de analogías que interesen al terapeuta dependerá de su teoría particular sobre la «causa» de los problemas que se le presentan al paciente. El terapeuta psicodinámico y el conductual se interesarán por las metáforas referentes al pasado, pues suponen que los traumas del pasado son los causantes de las actuales dificultades. Si el paciente dice: «El miedo empezó aproximadamente cuando mi hermano murió de un ataque cardíaco, hace siete años», ambos terapeutas se interesarán vivamente en ello, aunque sus procedimientos difieran. El terapeuta psicodinámico empezará a tejer «interpretaciones» para ayudar al paciente a establecer un nexo entre las analogías referidas a su propio miedo, a la muerte y sus sentimientos hacia su hermano. El terapeuta conductual habrá hallado un área de angustia a descondicionar: el trauma de la muerte; tal vez su terapia maneje más el presente que el pasado, pero su explicación causal se orientará hacia este último.

Un terapeuta directivo con orientación hacia la familia tendrá un punto de vista bastante diferente: supondrá que la formulación del paciente sobre su corazón guarda analogía con su situación actual. Le preguntará acerca de su trabajo, sus hijos, sus relaciones con la esposa, etc., y querrá que esta asista a una sesión para poder examinar el trato conyugal y qué uso se les da, en el intercambio entre marido y mujer, a las quejas del primero sobre su corazón. Al entrevistar a ambos cónyuges, se interesará por la manera en que reacciona ella cuando su marido se siente mejor o peor; puede advertir que manifiesta depresión cuando él subraya los mejores aspectos de su vida y su salud, participando y animándose más cuando el esposo habla de su problema cardíaco. Elaborará entonces la teoría de que la comunicación del marido sobre su corazón es una manera de estabilizar el matrimonio y buscará las clases de datos que revelen de qué modo la analogía cardíaca se inserta en la ecología de la persona o en la red interpersonal.

La vida familiar y laboral de una persona que presente este síntoma está organizada en torno a esa analogía: los niños no deben alborotar, pues esto agitará al padre, que teme por su corazón; los viajes y diversiones están determinados por el estado del padre y su corazón; la clase de empleo

que tiene el padre y su desempeño en él están regulados por su corazón. A menudo el problema es, a la vez, el principal motivo de reyerta y la manera de evitar conflictos en el matrimonio; por ejemplo: las relaciones sexuales deben mantenerse únicamente en las circunstancias determinadas por el marido, preocupado por no recargar su corazón, y este órgano se convierte en un problema muy conveniente para los conflictos sexuales de la pareja. En estos casos también se advierte que los esposos riñen por la mañana: el marido dice que no puede ir a trabajar pues podría morir si se esfuerza, mientras que ella insiste en que debe ir o perderá el empleo; suele ocurrir que el marido se queda en casa por su corazón justamente en aquellos días en que más le preocupa el estado de ánimo de su esposa y teme dejarla sola.

¿Cómo se genera el cambio?

' Al referirnos a la manera en que se hace cambiar a una persona que comunique esta clase de analogía, debemos distinguir entre la interpretación del problema a que llegan los diferentes terapeutas y lo que hacen al respecto. En un caso así, sea cual fuere su escuela, todos procuran cambiar una metáfora: modificar la comunicación del paciente de que espera morir de un ataque cardíaco en cualquier momento.

Para muchos de ellos no se tratará de cambiar la comunicación del paciente, sino que postularán la modificación de

algún elemento interno: un temor, idea, conflicto o pesadilla. No obstante, la definición de un cambio exitoso sería que la persona ya no comunique más que va a morir de un ataque cardíaco.

Debido a la naturaleza de su enfoque, muchos terapeutas no le asegurarían al hombre que su corazón funciona bien,

como han hecho su esposa, sus amigos y numerosos médicos, pero todas las comunicaciones dirigidas a él llevarían implícito el siguiente mensaje: «A su corazón no le pasa nada, y su formulación es una analogía sobre alguna otra cosa». Al no responderle como a un caso cardíaco «real», su comportamiento metacomunicativo le indica al paciente que su corazón funciona bien. Es importante subrayar la existencia de

, este encuadre para dejar en claro que, aun en el caso de que un terapeuta tome en sentido literal la metáfora de la muerte ocasionada por un ataque cardíaco, lo hace dentro de un encuadre que indica la ausencia de trastornos cardíacos en el individuo.

Para este problema hay dos enfoques con los que, al parecer, se alcanzan más triunfos que fracasos: el primero define el problema como una situación individual y la terapia ulterior intenta provocar un cambio en la percepción; el segundo presume que es un problema pluripersonal y la terapia se orienta hacia la familia.

El primer enfoque es una intervención paradójica que incluye la acepción literal de la metáfora dada por el individuo de que morirá de un ataque cardíaco; sus exponentes típicos son Víctor Frankl y Stampfl. El procedimiento consiste en decirle al paciente no sólo que morirá del corazón, sino que debe caer muerto ahí mismo. Utilizado de manera inadecuada, lo disuade de concurrir a una nueva sesión de semejante tratamiento; bien utilizado, causa una transformación que incluye el abandono de la comunicación de que morirá de un ataque cardíaco. El enfoque adecuado implica, ante todo, establecer una relación de confianza con el individuo (definiéndola como aquella relación en la cual el terapeuta está de parte del cliente y dispuesto a ayudarlo), y comunicarle que su corazón funciona bien. El segundo paso consiste en incitar al cliente a caer muerto al instante, fulminado por un ataque cardíaco; aquí se toma literalmente la metáfora del individuo: puesto que su corazón fallará, debe hacerlo ahora mismo. La comunicación no se recibe como analogía de otra cosa, sino como una formulación dígita referida a su corazón.

Deben incluirse uno y otro aspecto del procedimiento: el encuadre de ayudar al paciente a superar el problema con la indicación de que su corazón funciona normalmente, y la formulación de que le está fallando y debe caer muerto al instante. Cuando el terapeuta tiene éxito el paciente abandona su analogía acerca de su corazón, a menudo riéndose de algún detalle del procedimiento. Esto debe repetirse cada vez que surja una expresión de temor referida al corazón. Aun que este enfoque puede dar resultado, no toma en cuenta las consecuencias que acarreará el cambio dentro de la familia del cliente, cuando este abandone la analogía sobre el corazón. Es de prever que la esposa y otros familiares experimentarán, por lo menos, una inquietud temporaria; hasta puede desatarse una tormenta matrimonial que desemboque en la separación. No se puede cambiar esta clase de comunicación sin alterar la organización en que vive la persona, a menudo de un modo imprevisible.

Un enfoque con participación familiar

Milton H. Erickson ha desarrollado un procedimiento similar al anterior en la aceptación literal de la metáfora sobre el corazón, pero que también tiene en cuenta a la familia; además, Erickson hace que sea la esposa quien tome la metáfora, en sentido literal, en vez de hacerlo él personalmente. En una situación como esta, la esposa suele creer a los médicos que afirman que su esposo tiene un corazón normal, pero también reacciona frente al comportamiento de este con la inquietud de que el trastorno sea real. Esencialmente, oscila entre condenar el autoengaño de su marido y compadecerlo un segundo después por su estado cardíaco. Esta oscilación es típica de los familiares íntimos de personas que presentan varias clases de graves síntomas psiquiátricos. Erickson establece una relación de confianza con ambos cónyuges, fundamental para este enfoque, y asiste a la esposa en relación con aquellos problemas suyos que son evitados mediante la comunicación sobre el corazón. Una vez que la relación ha sido establecida y que la esposa está preparada para que su marido abandone esta metáfora, Erickson hace que la mujer incite al marido a morir de su ataque cardíaco, puede disponer que lo haga de diversas maneras verbales y no verbales, e incluso que responda a cada queja de él como si fuera un verdadero ataque (llamando a una ambulancia o solicitando otra asistencia médica adecuada). Erickson también ha recurrido a un método aún más eficaz: hacer que la esposa visite varias empresas de servicios fúnebres y recabe folletos sobre funerales; cada vez que el marido habla de su miedo a morir del corazón, ella distribuye calladamente los folletos de f&>ompas fúnebres por toda la casa. Este procedimiento resuelve muy pronto el problema. Al decir que el problema se «resuelve» con este enfoque nos referimos a que se ha bloqueado la metáfora y obligado a la pareja a establecer otras maneras de comunicarse entre sí; ahora deberán desarrollarse otros estilos de comportamiento en todas aquellas áreas de choque conyugal donde antes se empleaba la metáfora sobre el corazón. Se ha provocado la inestabilidad del sistema. Cabría pensar que el esposo podría reemplazar su ataque cardíaco por otra metáfora sobre algo que lo incapacite (p. ej., el miedo al cáncer), pero tal sustitución no se da en la práctica. Aparentemente, la alianza entre la mujer y el terapeuta que fuerza el cambio en la metáfora sobre el corazón también provoca un cambio en esa *clase* de metáforas. Lo típico es que el marido se enoje y utilice un lenguaje más directo ante diversas situaciones con-

^r
t...
es II

yugales donde antes empleaba la metáfora, como ser la vida sexual, las diversiones, etc. A su vez, la esposa se expresa con otra metáfora, además de la conducta depresiva, y durante este proceso los dos cónyuges logran cambiar su **trato** mutuo y establecer una comunicación más «normal». Este ejemplo es similar a otras clases de metáforas expresadas mediante sensaciones físicas, en la que estas cambian cuando se hace necesario un tipo diferente de comunicación. A la esposa que padece un «auténtico» dolor de cuello carente de una causa orgánica puede describírsele diciendo que expresa de un modo analógico la opinión que le merecen sus allegados; el dolor de cabeza, de estómago, las náuseas, etc., pueden interpretarse y tratarse igualmente como metáforas sobre la vida familiar. Hay personas capaces de decir: «Usted me hace doler la cabeza», sin sentir dolor alguno; otras necesitan sufrir una verdadera cefalea utilizándose a sí mismas como herramienta analógica para expresar algo sobre su sistema. En la terapia, a menudo es posible enseñarles a los pacientes que se valen de la metáfora de la cefalea a declarar verbalmente que les duele la cabeza cuando en realidad no es así, para que la formulación verbal continúe prestando el mismo servicio de la metáfora pero sin el dolor; por lo común, este enfoque hace que el paciente abandone las dos metáforas: la somática y la verbal. Cualquiera que sea el enfoque terapéutico adoptado por el clínico, este se distingue de otros investigadores del comportamiento humano por su particular interés en la comunicación analógica. En tanto que los científicos sociales insisten en que su enfoque es «blando» y debería manejarse con hechos, el clínico afirma que se equivocan y pasan por alto la importancia de la comunicación metafórica.

Evaluación de la terapia

'»Í

No bien se encara la cuestión del cambio en la terapia y el modo en que puede ser descrito y evaluado, surge una dificultad: la mayoría de las evaluaciones de la terapia han tratado de estimar el valor del cambio atendiendo más que nada a la comunicación dígita, en tanto que aún no se ha desarrollado la metodología para la evaluación del cambio en una metáfora.

En estos últimos años, la mayoría de las evaluaciones de la terapia han intentado ser científicas recogiendo información táctica antes y después del tratamiento y confrontándola con

otra similar obtenida de un **grupo contrastante** (p. ej., de pacientes potenciales tomados de una lista de espera). La metodología empleada se apoya principalmente en el informe suministrado por los propios involucrados, subrayándose por lo común dos factores: El problema originariamente presentado por el paciente, ¿persiste aún o ha sido remediado? ¿El paciente ha buscado la ayuda de otras personas luego de terminada la terapia? El investigador recoge esta información del paciente, del terapeuta y quizá de miembros de la familia, buscando las respuestas que puedan codificarse como «bits» para una medición cuantificable. Las respuestas deben ser «sí» o «no» o bien corresponder a una escala, como ser «ningún cambio», «algún cambio», «gran cambio», etc. Por ejemplo, en el caso de un paciente que presente un problema de temor a morir de un ataque cardíaco se establece alguna clasificación de gravedad al comienzo de la terapia; al cabo de ella se le pregunta si aún experimenta ese temor o no y, en caso afirmativo, se le pide que clasifique su gravedad. Ya se trate de una fobia, depresión ó lo que fuere, el propósito es convertir al problema en una «cosa» que está presente, ausente o parcialmente presente. El autoinforme plantea serios interrogantes. Los clientes que han gastado mucho dinero en la terapia, o que sienten simpatía o antipatía respecto de sus terapeutas, estarán influidos por ese contexto al informar sobre los «hechos». Del mismo modo, los terapeutas difícilmente son observadores objetivos de una tarea en la que han puesto mucho de sí; el investigador supuestamente desinteresado también tiene sus intereses y trabaja dentro de un contexto que influye en los hechos: al comienzo de la terapia, un paciente puede exagerar su problema ante un investigador, aunque no sea quien habrá de tratarlo, creyendo quizá que de su opinión dependerá que lo someta o no a tratamiento. Sin embargo, no se trata de una simple cuestión de parcialidad y falta de confiabilidad: también cuenta la circunstancia de que el autoinforme es a la vez dígito y metafórico. En tanto las formulaciones del paciente o del terapeuta estén «influidas» por la experiencia y contexto del tratamiento, cada uno de ellos se comunicará en forma analógica sobre dicho contexto aunque responda ostensiblemente de un modo dígito. La comunicación es una metáfora de la persona al investigador que no sólo tiene por referente al problema y su existencia o inexistencia, sino que también encierra una formulación analógica sobre la relación con el terapeuta, con los miembros de la familia y con el investigador. Así pues, la cuestión se trasforma en un caso de evaluación de una metáfora expresada en términos dígitos.

La evaluación también puede encararse como algo que necesariamente implica modificaciones en el estilo de comunicación analógico del paciente. Cuando los síntomas aparecen como metáforas, la cuestión es si la metáfora ha cambiado o no. Podrían hacerse tests proyectivos antes y después de la terapia, pero su confiabilidad es más que dudosa. Un clínico no arriesgaría su reputación por el resultado de un test proyectivo, en parte porque debe interpretarse subjetivamente y también porque en su ejecución entra en juego la influencia del examinador. Otra razón más evidente es que el test proyectivo produce metáforas que son una comunicación hecha al examinador, y el paciente no conviene con este sino con sus familiares íntimos. Probablemente, si se dirige a un examinador, una persona responderá de manera diferente con respecto a una mancha de tinta que si fuera su madre la que le administrara el test; la relación con uno y otra es distinta, de modo que también diferirá el estilo de comunicación. En materia de cambios, lo que importa es si el paciente ha modificado su estilo de comunicación con las personas con quienes convive (a menos que el síntoma a tratar implique un problema de relación con los extraños). Nadie discute la importancia que tiene en terapia hacer una evaluación aunque sea digital del cambio, pero si los clínicos se concentran tanto en la comunicación analógica, parece evidente que la evaluación debe trabajar con analogías. Dicha evaluación ha de incluir necesariamente la observación y medición del modo en que el «paciente» se comunica con los demás, incluyendo a su esposa, hijos, empleador y terapeuta. Puesto que la comunicación analógica ejerce múltiples funciones en la red de relaciones interpersonales, para encontrar el cambio deberá examinarse esta red. El autoinforme sobre esta clase de comunicación no es adecuado; es preciso observar concretamente la conducta del paciente con sus íntimos fijándose, por ejemplo, si el marido sigue tomándose el pulso cuando la esposa le dirige tiernas miradas, o si continúa riñendo con ella sobre otros asuntos que no sean su corazón. Las dificultades que plantea la investigación en esta área se están explorando mediante estudios de filmes y tests de familia, pero apenas si ha comenzado a desarrollarse una medición rigurosa. Para la mayoría de los clínicos la evaluación de la terapia sería incompleta y carente de sentido si faltara esta exploración del cambio en la comunicación analógica. (La dificultad de la evaluación no excusa a los terapeutas que dejan de practicarla; las dificultades son una cuestión de matices. Ciertamente, un terapeuta puede computar los éxitos que alcanzó ayudando a sus clientes a

superar los problemas presentados, sin dejar por ello de aceptar los aspectos más complejos del cambio.) Desde el punto de vista que ofrecemos aquí, la terapia es la intervención de un extraño en un sistema de comunicación firmemente estructurado, donde los síntomas constituyen un estilo de conducta adaptado al comportamiento actual de los otros integrantes del sistema. Ya se defina al problema como una fobia, depresión, alteración del carácter, *acting out* o lo que sea. La comunicación es funcional dentro del sistema. La intervención del terapeuta se aplica a un sistema familiar, ya se la denomine *terapia individual* porque trata sólo con el paciente o *terapia familiar* porque concurren a la sesión sus familiares íntimos. El proceso terapéutico puede consistir en hacer que las personas se liberen de las metáforas que están utilizando, pasando a emplear otras más apropiadas, o en bloquear las metáforas a fin de obligar al paciente a desarrollar otras. Una terapia eficaz provoca el cambio del sistema total en que vive una persona, posibilitando una comunicación más normal en todos sus integrantes. Determinar si ha ocurrido o no un cambio es una cuestión más compleja de lo que indicarían los estudios preliminares de evaluación de la terapia.

En resumen, los síntomas pueden describirse como actos comunicativos que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales; no son «bits» de información sino analogías que tienen por referentes a múltiples aspectos de la situación del individuo, incluso su relación con el terapeuta. Desde este punto de vista, el objeto de la terapia es cambiar la conducta comunicativa del individuo, o sea, cambiar su metáfora. En tanto su conducta sea una reacción ante la situación en que se encuentra con respecto a sus íntimos, dicha situación debe cambiar para que cambie su comunicación. Las diversas formas de terapia pueden describirse como maneras de responder a las analogías del paciente en forma tal que estas cambien. La evaluación del resultado incluirá no sólo la presencia o ausencia de un «bit» de conducta en el paciente, sino también una evaluación de los cambios producidos en el sistema al cual se está adaptando mediante su forma especial de comunicación.

4. Comunicación: secuencia y jerarquía

Los investigadores requieren teorías complejas; los clínicos, simples. El investigador debe explicar innúmeras variables y reflexionar sobre ellas; el clínico debe elegir las variables claves y actuar. La situación es increíblemente compleja cuando varias personas se tratan unas a otras en formas organizadas. El investigador que examina filmes con cámara lenta para estudiar el movimiento corporal, estudia lingüística para ahondar en las entonaciones vocales y semántica para conocer el significado del texto verbal, se halla en un mundo donde el número de variables es casi infinito. Afortunadamente, los clínicos tienen más libertad para simplificar las cosas; la cuestión es elegir las variables importantes más relacionadas con el cambio.

Poder y organización

Observando a la gente que tiene un pasado y un futuro gregarios, vemos que se tratan entre sí de acuerdo con formas organizadas de conducta. Si hay una generalización aplicable al hombre y demás animales, es la de que todas las criaturas capaces de aprender se ven obligadas a organizarse. Estar organizado significa seguir modos de conducta estandarizados y redundantes y existir dentro de una jerarquía. Las criaturas que se organizan gregariamente forman una escala de status o poder en la que cada una ocupa un lugar en la jerarquía, con alguien por encima y por debajo. Si bien los grupos poseerán más de una jerarquía debido a las diferentes funciones a cumplir, la existencia de un orden jerárquico es inevitable porque está en la naturaleza misma de la organización. Podemos soñar con una sociedad donde todas las criaturas sean iguales, pero en este mundo terrenal hay status, precedencia y desigualdad entre todos los seres. En muchas sociedades hasta se emplean dialectos distintos según uno se dirija a un superior o a un inferior, y en todas partes los mensajes que se intercambian las criaturas con sus maneras

repetitivas son mensajes que definen posiciones en jerarquías organizativas. Si un grupo intenta organizarse en base a la igualdad de status entre sus miembros, algunos de estos serán más iguales que otros a medida que evolucione la organización.¹

Antes de proseguir con este tema quizá convendría aclarar un posible malentendido respecto de poder y jerarquía. Aunque es preciso aceptar la *existencia* de la jerarquía, eso no significa que tengamos que aceptar una estructura *en particular* o una determinada jerarquía familiar; no es obligatorio aceptar el *statu quo*, ya sea en función de la estructura económica de la sociedad o de una jerarquía particularmente desafortunada. En todas partes hay ordenamientos jerárquicos injustos: una clase económica elimina a otra; se mantiene a la mujer en una posición subordinada, tanto en la familia como en los grupos de trabajo, por la sola razón de su sexo; se coloca a las personas en posición subordinada por motivos raciales o religiosos; los padres oprimen a sus hijos en cuanto les infligen restricciones y explotaciones extremadas. Obviamente, muchos de los males por corregir se refieren a cuestiones de jerarquía, y todo terapeuta debe meditar profundamente sobre su posición ética.

Es importantísimo que el terapeuta no confunda la existencia de una jerarquía injusta con una estrategia para cambiarla. Si notamos que un niño es oprimido por su familia, eso no significa necesariamente que debamos aliarnos con él contra sus progenitores para «salvarlo»; el resultado podría ser un niño más desgraciado y unos padres más desdichados y restrictivos. El terapeuta puede sentirse moralmente justificado al atacar directamente a los progenitores, pero el objeto de la terapia no es la justificación moral de quien la aplica y el niño suele pagar las consecuencias del ataque. Atacar a los padres por el simple hecho de que son las autoridades e in-

¹ Una posible objeción al concepto de jerarquía es que una organización puede describirse de diversos modos. El «orden de prioridad» que observamos puede ser un producto de nuestra mente y no de la índole de la organización. Por ejemplo, observamos que los caballos siempre entran en el establo siguiendo un orden determinado. No podemos describir esta pauta diciendo que hay un animal superior y otro subordinado; lo que notamos es una pauta en la cual los animales se comportan siguiendo una secuencia. El esquema descriptivo que elijamos dependerá de los propósitos que guían nuestra descripción: si nuestro interés se centra en cambiar una organización con funcionamiento defectuoso, la descripción deberá explicar cómo funcionan defectuosamente las organizaciones y dar ideas sobre cómo producir el cambio. El concepto de jerarquía, o de niveles de status y poder, parece el más apropiado como descripción para los fines terapéuticos.

tegran el sistema social es una candidez que puede conducir fácilmente al fracaso de la terapia.

No sólo cuenta el hecho de que todos los animales forman organizaciones jerárquicas; también es importante reparar en que la jerarquía es mantenida por *todos* sus integrantes: los de mayor status se hacen respetar mediante sus acciones, pero si alguno de ellos no lo hiciera los de status inferior actuarán para imponer la jerarquía. Cuando los animales o los seres humanos se salen del orden, los de abajo se esfuerzan tanto como los de arriba por restablecer la jerarquía. (La conducta cooperante de los inferiores ha desesperado a menudo a los revolucionarios.)

Vista en términos jerárquicos, la organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, de diferentes ingresos y de diferentes grados de inteligencia y destreza. Estas complicadas líneas jerárquicas guardan relación con las múltiples funciones de una familia. La jerarquía más elemental involucra el límite generacional. También existen intrincadas relaciones entre tíos, tías, primos, etc., en el sistema de parentesco, pero en el nivel más simple son los progenitores los que alimentan y disciplinan a los hijos, quienes a su vez alimentarán y disciplinarán a los suyos a medida que trascurren las generaciones. En cualquier momento dado hay, cuando más, cuatro generaciones en funcionamiento, aunque lo más común es que sean tres: abuelos, padres e hijos. Estas tres generaciones pueden simplificarse en tres niveles de poder o status. En la familia tradicional el status y poder máximos residían en los abuelos, luego venían los padres y en último lugar los niños (este ordenamiento todavía se advierte en Asia). En el mundo occidental, especialmente en esta época de rápido cambio social, los abuelos poseen menos status y poder; en el ordenamiento de una familia nuclear el poder suele radicar en los padres, viéndose desplazados los abuelos a un rol asesor, cuando no superfino. Los expertos profesionales tienden a restituir la autoridad a los abuelos. Sea cual fuere el ordenamiento adoptado, toda familia debe organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quiénes tendrán más status y poder y quiénes ocuparán un nivel secundario. La manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso; quizá sea tan ambiguo que nadie sepa quién es su par y quién su superior, quizás un miembro que ocupa un determinado nivel jerárquico se empeñe en formar coalición contra uno de sus pares con otro miembro de nivel distinto, violando así las reglas básicas de toda organización.

Cuando en una jerarquía las posiciones de status son confusas o poco claras existe una pugna que un observador definiría como «lucha por el poder». Si este observador sustenta la teoría de la agresión innata o la necesidad de poder, dirá tal vez que quienes luchan por el poder están satisfaciendo un impulso interior. Sin embargo, parecería más útil describir esa lucha como un esfuerzo por aclarar o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía de una organización. Cuando un niño tiene berrinches y rehusa hacer lo que su madre le ordena, puede decirse que estamos ante una situación de jerarquía poco clara; a menudo la madre indica con esto que, estando el niño a su cargo, lo trata simultáneamente como si fuera su par, con lo cual se confunde la jerarquía. Si hay una regla fundamental de organización social es la de que esta peligra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas. El empleador que practica el favoritismo con sus empleados forma coaliciones por encima de las líneas de poder y se coliga con un empleado contra otro; lo mismo ocurre si un empleado pasa por sobre su superior inmediato y se coliga contra este con otra autoridad más alta, o si un gerente se coliga con un obrero contra el capataz. Si la coalición es ocasional no tiene importancia, pero cuando las secuencias de hechos de esta naturaleza se reiteran una y otra vez, se trastorna la organización y los participantes experimentan una angustia subjetiva.

No es sorprendente que en el contexto de la terapia aparezcan a menudo luchas por el poder, puesto que aquella comprende el arte de mantener ambiguo el tipo de relación. Cuando un terapeuta se define como experto aceptando dinero por su asistencia, y luego se rehusa a serlo y hasta le pregunta al paciente qué cree que debe hacerse, la jerarquía pierde nitidez, y el paciente se esforzará por aclarar la relación. El observador podría describir la acción resultante como una «trabajosa penetración» de resistencia, pero también puede verse en ella una cuestión de organización. Decir que terapeuta y paciente luchan por el control de la terapia no implica que ellos «necesiten» ese control, sino que su relación es ambigua por la índole del proceso terapéutico.

Secuencias

Una jerarquía puede delinearse, entre otras maneras, observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una

organización. Si vemos que Fulano le dice a Mengano que haga algo y este lo hace, puede tratarse de un acto aislado; si el acto se repite una y otra vez, inferimos que Fulano es jerárquicamente superior a Mengano. Una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas. Lo que ha revolucionado el campo de la terapia ha sido la concepción de que uno de los objetivos de la misma es cambiar las secuencias de hechos que acaecen entre personas dentro de un grupo organizado: cuando esa secuencia cambia, también experimentan un cambio los miembros del grupo. Puede definirse al cambio terapéutico diciendo que es aquel que se produce en los actos reiterados de un sistema auto-rregulante, preferiblemente el que da paso a un sistema más diversificado. La secuencia rígida y repetitiva dentro de límites estrechos es la que determina el caso patológico. La gente parece tener cierta dificultad —en realidad, cierta renuencia— para observar y describir las pautas repetitivas existentes en una cadena de tres o más acontecimientos, sobre todo en aquellos en que se ve involucrada. Un terapeuta puede notar que una esposa lo provoca reiteradamente, y hasta reconocerá quizás una secuencia de dos acciones al advertir que ella obra así después que él ha criticado a su marido; sin embargo, parece más difícil reparar en que el niño fue descortés, el padre lo retó, el terapeuta reaccionó contra el padre y luego fue provocado por la esposa. Estas secuencias parecen resultar difíciles para los alcances de nuestra atención cognoscitiva. En realidad, es muy posible que, tal como lo ha sugerido Braulio Montalvo, hayamos creado dentro de nosotros mismos las amnesias necesarias para saltar fragmentos de las secuencias. La primera vez que observamos las secuencias y concebimos nuevas ideas sobre ellas fue cuando grabamos la interacción en videocinta.² Veamos un ejemplo de cómo pueden interpretarse las secuencias recordando cómo se las ha concebido en la evolución del movimiento de orientación infantil.* El proceso fue en etapas progresivas. Primero se supuso que el problema residía en que algo «no andaba bien» en el niño, tejiéndose la hipótesis de que estaba respondiendo a experiencias del pasado que habían sido interiorizadas por él. Más adelante se puso énfasis en la madre, y se dijo que el niño tenía un problema de relación con ella. Por ejemplo, se

² Este concepto sobre la función de la amnesia me fue sugerido por primera vez por Montalvo en una comunicación personal, y aparece expresado en una videocinta de una sesión de terapia («Consttucting a Workable Reality») editada por el mismo Montalvo. * *Child guidance movement*; véase el «Prefacio». [N. de /a T.]

dijo que ella era inútil e incompetente y que el niño estaba adaptándose a esa conducta; se explicó hipotéticamente el comportamiento de la madre como una reacción ante las experiencias del pasado y, en parte, ante el niño. Después se descubrió al padre, sugiriéndose que la conducta de la madre se explicaba por su relación con él. Si ella era una madre competente el padre se apartaba de la familia, pero si se mostraba inútil e incompetente él se preocupaba por la familia. También se planteó la hipótesis de que la ineficacia de la madre en la crianza del hijo era una manera de sostener al padre en sus momentos de tensión y depresión: si ella era impotente, él recuperaría el ánimo para ayudarla con el niño.

Finalmente, comenzó a reconocerse la presencia de un sistema en el que todos los participantes se conducían de una manera determinada para mantener la continuidad de la secuencia. El estado de ánimo del padre era un producto de su relación con la madre y el niño, cuyos comportamientos debíanse a su vez a secuencias establecidas con él y entre sí. Para aclarar más la noción de secuencia, veamos la descripción sencilla de un ciclo repetitivo; la secuencia está simplificada hasta el absurdo, reduciéndola a tres personas (padre, madre e hijo), cada una de las cuales es capaz de manifestar dos «estados»: competencia o incompetencia (en el caso del niño puede hablarse de buena o mala conducta). Como la secuencia se repite cíclicamente, hay una serie de pasos sucesivos que desembocan en un retorno al primero. La descripción puede iniciarse en cualquier punto del círculo.

í

Paso 1: *Padre incompetente*. El padre se comporta de un modo perturbado o deprimido, no desempeñándose de acuerdo con su capacidad.

Paso 2: *Niño con mala conducta*. El niño empieza a quedar fuera de control o a acusar síntomas. Paso 3: *Madre incompetente*. La madre trata ineficazmente de manejar al niño, fracasa e interviene el padre. Paso 4: *Vadre competente*. El padre trata al niño con eficacia y se recupera de su estado de incompetencia. Paso 5: *Niño con buena conducta*. El niño recobra su compostura y se porta bien, o se lo define como un niño normal. Paso 6: *Madre competente*. La madre se vuelve más capaz y se maneja de una manera más competente con el niño y el padre, esperando más de ellos.

Paso 1: *Vadre incompetente*. El padre se comporta de un modo perturbado o deprimido, no desempeñándose de acuerdo con su capacidad, y recomienza el ciclo.

La tarea terapéutica consiste en cambiar la secuencia interviniente en forma tal que imposibilite su continuación. Nada se logra con hacer que los miembros de la familia «tomen conciencia» de ella señalándosela: así no se cambia la secuencia y el método puede despertar resistencia, lo cual derivará en un fracaso. Asimismo, parecería que cambiar *uno* cualesquiera de los pasos, o el comportamiento de uno cualesquiera de los tres individuos, no suele bastar para provocar un cambio en la secuencia. Deben modificarse por lo menos dos conductas. También se supone que al cambiar el niño surgirá un conflicto entre los padres; esto ocurre a menudo, pero no siempre, y se considera una de las etapas de la terapia. Una interpretación de esta clase de secuencia es ver en ella un ejemplo de jerarquía con funcionamiento defectuoso. Los progenitores no se relacionan entre sí como pares en un rol ejecutivo; sus dificultades recíprocas, incluyendo los modos en que se protegen el uno al otro, les impiden definir una jerarquía clara dentro de la familia. A medida que el terapeuta los alienta a regir conjuntamente al niño, van aflorando las cuestiones existentes entre ellos que impiden su acción conjunta. También parece evidente que si el terapeuta se alía con el niño contra los padres tratando de «rescatarlo», con eso no cambiará la secuencia y hará aún menos nítida la jerarquía.

ii» *contentarlo sobre la normalidad*

Estas descripciones de interacción humana se ofrecen a título de interpretaciones para fines terapéuticos y no como un modelo de cómo *deberían* ser las familias normales. Al examinar el contexto de un síntoma, un clínico puede advertir una confusión de niveles jerárquicos en la familia, pero esto no significa que para criar niños normales sea preciso tener niveles jerárquicos nítidos. Puede darse el caso de que no sea así. Allí donde hay un niño problema es posible describir una determinada organización familiar, pero es un error deducir de esa descripción cómo deben criarse los niños normales. He observado a más de doscientas familias normales o comunes, en medios de investigación, y las pautas halladas son tan diversas que sería ingenuo hablar de una familia «normal». El método de crianza adecuada del niño que debería aplicar una familia normal continúa siendo un misterio -en espera de estudios de observación longitudinales con vastos muestreos. Otra cosa distinta es cómo reflexionar sobre

la organización de una familia cuando se programa la terapia. Como analogía, digamos que si un niño se quiebra una pierna puede reducirse la fractura y enyesar la pierna, pero no cabe inferir de esta terapia que el método para lograr el desarrollo normal de las piernas de los niños consista en enyesarlas. No hay sinonimia entre una descripción clínica utilizada para programar un cambio y una descripción de situaciones ordinarias con fines de investigación.

El funcionamiento defectuoso y la familia

Un terapeuta debe ser capaz de pensar en función de por lo menos tres pasos de secuencia y tres niveles de jerarquía. Una vez que ha coordinado secuencia y jerarquía está en situación de idear estrategias para producir el cambio de manera racional y no por mera intuición. Su objetivo más simple es cambiar una secuencia impidiendo que se formen coaliciones a través de los límites generacionales. Cuando modifica una secuencia en la que el padre se alía firmemente con el hijo contra la madre, hace que la familia comience a funcionar de manera diferente y que los individuos que la integran abandonen su angustia subjetiva. Aunque es posible explicar el objetivo con palabras tan sencillas como estas, alcanzarlo exige ingenio, habilidad y pericia. Tres niveles jerárquicos no parecen muchos cuando se trata de descubrir la complejidad de la vida humana, pero aun este número crea permutaciones suficientes para convertirse en algo abrumador. Por ejemplo, si tomamos una unidad triangular (padre, madre e hijo, o suegra, marido y esposa) podemos calcular cuántos triángulos hay en una familia común pensando en función de tres niveles jerárquicos. En una familia compuesta por los progenitores, dos hijos y cuatro abuelos sólo hay ocho personas, pero en cuanto a unidades triangulares tenemos 56 triángulos... y esto sin contar a los tíos, tías, vecinos, empleadores o terapeutas; cada integrante participa en 21 triángulos familiares, y cada uno de los 21 triángulos entre progenitores e hijos lleva implícita la posibilidad de una coalición trasgeneracional, y, por ende, una estructura de funcionamiento defectuoso. Resumiendo el concepto de jerarquía ofrecido aquí, la organización con funcionamiento defectuoso considerada en su carácter de unidad triangular de tres niveles presenta ciertas particularidades, según veremos.

Primera: Los tres individuos que reaccionan entre sí no son pares sino que pertenecen a tres generaciones diferentes, en-

tendiéndose por *generación* un orden distinto dentro de la jerarquía de poder (p. ej., padre e hijo, o gerente y empleado). Segunda: El miembro de una generación forma una coalición trasgeneracional. En un conflicto bigeneracional, una persona se une a otra contra el par de esta; en uno trigeneracional, la persona que ocupa el nivel superior se coliga con la del nivel inferior contra la que ocupa el nivel medio. Se entiende por *coalición* un proceso de acción conjunta *contra* un tercero (a diferencia de la «alianza», en la que dos personas comparten un interés del que no participa el tercer individuo). Tercera: El problema es más grave cuando se niega u oculta la coalición trasgeneracional.

Dentro de este esquema cabe subrayar que el funcionamiento defectuoso de una organización no obedece a las coaliciones trasgeneracionales, sino a la reiteración de estas como parte del sistema. A veces una mujer debe «salvar» a su hijo enfrentando al esposo, pero cuando este acto se transforma en un modo de vida se trastorna la organización familiar.

Conflictos trigeneracionales

El terapeuta debe tener presente que su «mapa» mental nunca será idéntico al «territorio» que le ofrece cada caso nuevo, ya que los clientes no presentarán sus problemas del modo contextual adecuado. Una mujer puede acudir al consultorio quejándose de que su hija es una irresponsable, que bebe y deja solo al niño por las noches. O bien puede aparecer una madre con su hijo varón de doce años al que acusa de robarle cosas, hecho que las inquieta a ella y a la abuela del niño, que vive a la vuelta de la esquina; a un «terapeuta no contextual» el niño podría parecerle hosco y mísero, una criatura con una pobre imagen de sí misma y que se siente falta de cariño. Cuando un terapeuta observa el trabajo de sus colegas o reside en una institución de internación, nota a veces que un paciente se conduce de manera estrepitosa y «sobre-actúa»; el equipo profesional decide, quizá, que el paciente está «dramatizando» un conflicto interno y lo coloca en un grupo para que se exprese, y tal vez discute su caso tildándolo de consentido, rebelde, regresivo, etc. Estos problemas presentados deben examinarse en función de la jerarquía y secuencia vigentes que hacen que los individuos se comporten así. En las siguientes secuencias pueden apreciarse todos los ejemplos antedichos de problemas.

Una de las secuencias problema más comunes es la trigene-racional, en cuya situación clásica intervienen la abuela, la madre y el niño problema. Es la situación típica de la familia pobre donde falta uno de los progenitores, y de la familia de clase media en que la mujer se ha divorciado y ha vuelto a vivir con su madre. En el ejemplo clásico tiende a definirse a la abuela como dominante, a la madre como irresponsable y al niño como presentando un problema de conducta.³ La secuencia típica se desarrolla así:

1. La abuela se hace cargo del nieto protestando porque la madre es una irresponsable y no atiende al niño como debiera. De este modo, la abuela se une al nieto contra la madre en una coalición trasgeneracional.
2. La madre se retira, dejando que la abuela cuide del niño.
3. El niño se porta mal o manifiesta una conducta sintomática.
4. La abuela protesta diciendo que no debería tener que cuidar y disciplinar al niño, que ella ya ha criado a sus hijos y que la madre debería criar al suyo.
5. La madre comienza a hacerse cargo de su hijo.
6. La abuela protesta diciendo que la madre es una irresponsable que no sabe criar correctamente al niño; se hace cargo de él para «salvarlo» de la madre.
7. La madre se retira, dejando que la abuela cuide del niño.
8. El niño se porta mal o manifiesta una conducta sintomática.

En cierto momento la abuela protesta diciendo que la madre debería hacerse cargo de su propio hijo, y el ciclo continúa indefinidamente. Por supuesto, también hay mala conducta o angustia por parte del niño en grado suficiente como para provocar a los adultos a continuar el ciclo. Cuando pensamos en las líneas generacionales como líneas jerárquicas de poder, resulta evidente que el clásico conflicto trigeneracional puede producirse con un experto que sustituya a la abuela. En la terapia infantil prolongada la secuencia es como sigue:

³ «En este tipo de familia, la autoridad ejecutiva recae en la abuela, en tanto que la madre y los nietos funcionan como un subgrupo vagamente diferenciado». Véase S. Minuchin y otros, *Families of the Slums*, Nueva York: Basic Books, 1967, pág. 364. Los autores señalan asimismo que, en algunos casos, abuela y madre pueden disputar a tal punto que sencillamente desatienden al niño.

1. El terapeuta se ocupa del niño perturbado; esto implica que la madre no lo ha criado correctamente, razón por la cual el experto debe hacerse cargo del niño y liberarlo de sus conflictos internos. Al ser un experto el terapeuta ocupa una posición jerárquica superior a la de la madre, y al tratar de salvar al niño de ella está coligándose con él contra la madre pasando por sobre los límites generacionales.
2. La madre se retira, dejando que el experto se haga responsable de los problemas de su hijo y sintiéndose fracasada como madre, ya que de lo contrario esta intervención no habría sido necesaria.
3. El terapeuta tiene dificultades con el niño y también comprende que no puede hacerse cargo de él, de modo que protesta alegando que la madre debería atenderlo y cuidarlo como corresponde.
4. La madre empieza a ocuparse más de su hijo.
5. El terapeuta protesta diciendo que la madre no trata correctamente al niño; se inmiscuye más e insiste en que debe salvarse al niño de la madre.
6. La madre se retira, dejando que el terapeuta se ocupe de los problemas de su hijo⁴

La secuencia continúa hasta que el niño llega a la adolescencia y es promovido al consultorio de un terapeuta de adolescentes. Los clínicos pueden tropezar también con esta clase de conflicto trigeracional en relación con colegas. Típicamente, los clínicos en formación tienen un supervisor por encima de ellos y un paciente por debajo en la jerarquía. Lo mismo ocurre, en la estructura de clases de una institución cualquiera, con los clínicos graduados; por ejemplo, un psiquiatra supervisa a un terapeuta que integra el plantel de la institución V tiene pacientes a su cargo. La secuencia típica es esta:

1. El supervisor discrepa con la manera en que el estudiante (o el terapeuta integrante del plantel) maneja el caso y desea «rescatar» al paciente de entre sus manos. A veces este ha acudido al supervisor con una queja, iniciando la secuencia, y otras el problema sale a relucir simplemente en una discusión entre supervisor y estudiante. A medida que insiste en que se trate el caso de determinada manera, discrepando con el estudiante, el supervisor va formando una coalición trigeracional con el paciente en contra de aquel.

⁴ B. Montalvo y J. Haley, «In Defense of Child Therapy», *Familh Process*, n° 12, 1973, págs. 227-44.

2. El estudiante se retira, ya sea dejando que el supervisor maneje el caso o pidiéndole demasiada ayuda.
3. El paciente se comporta mal o plantea una exigencia extrema.
4. El supervisor protesta diciendo que no puede tratar todos los casos de la clínica, que el estudiante debería actuar con más autonomía y responsabilizarse por sus propios pacientes.
5. El estudiante comienza entonces a tratar a los pacientes a su manera.
6. El supervisor protesta porque el estudiante no trata correctamente al paciente y se hace cargo de él, insistiendo en que debe «rescatarlo» de entre sus manos.

La secuencia continúa y el paciente ingresa al fichero de casos crónicos de una clínica. También es un ejemplo típico de los conflictos entre los profesionales de un hospital para enfermos mentales.

El niño en función parental

En algunas familias, sobre todo en aquellas que tienen un solo progenitor y muchos niños, hay una tercera generación que no está claramente definida como tal. Están la madre y sus hijos, pero en un nivel intermedio aparece un hijo o hija mayor que actúa en función parental con los más pequeños. No pertenece a la generación adulta, puesto que es un niño, y sin embargo desempeña un rol de adulto al encargarse de sus hermanos menores.⁵

Este niño en función parental suele ocupar una posición bastante difícil porque es responsable de los más pequeños sin tener el poder para gobernarlos; está entre dos fuegos: los niños que se portan mal y la madre que insiste en hacerlo responsable de ellos pero sin delegar en él sus plenos poderes ni darle autonomía suficiente como para manejar la situación. Típicamente, cuando pasa algo la madre apoya a los pequeños contra el mayor. La secuencia se asemeja mucho a la del conflicto entre abuela, madre y nieto, con diferentes personajes.

En una entrevista de la familia se detecta una situación así cuando hay un niño mayor que habla en nombre de los más

⁵ La idea del niño en función parental se describe en S. Minuchin y otros, *op. cit.* Una de las mejores presentaciones de este concepto y de un enfoque terapéutico sobre él es la ofrecida en el filme didáctico de terapia «A Family with a Little Fire», de Braulio Montalvo.

pequeños, protegiéndolos y abocándose a menudo a cuestiones bastante graves sin comunicárselo a la madre. En las organizaciones clínicas, esta jerarquía es evidente dondequiera actúan paraprofesionales. Por lo común, la jerarquía comprende un profesional responsable, un paraprofesional, que es quien se encarga realmente de las cosas, y la clientela. El paraprofesional no ocupa en verdad el mismo nivel que los miembros del plantel, y sin embargo es quien trabaja con los clientes, recibiendo los reproches del profesional cuando surgen inconvenientes. Es frecuente que haya secretos entre el cliente y el paraprofesional, así como los hay entre los hermanos menores y el niño en función parental. Esta jerarquía es también típica de los hospitales de salud mental, donde los ayudantes o asistentes actúan como los niños en rol parental, puesto que ni integran el plantel profesional ni están en el mismo nivel que los pacientes; como tienen la responsabilidad pero no el poder, deben tratar muchas cuestiones secretamente con los pacientes, incluyendo las referentes a la disciplina.

Conflictos bigeneracionales

Diferenciar las estructuras unigeneracionales de las bigeneracionales o trigeneracionales es una arbitrariedad, ya que en todas las situaciones hay varias generaciones involucradas. Empero, por razones prácticas, puede que convenga enfocar un conjunto de niveles y no otro. Hay dos pautas típicas que aparecen como conflictos bigeneracionales.

La madre agobiada

En algunas familias con muchos hijos la madre se ocupa de todos y cada uno de ellos, sin que haya jerarquía entre los niños. Cada niño se maneja con sus hermanos a través de la madre; cual cubo de una rueda, ella es el centro de cuanto sucede. Una madre así parece agobiada por las constantes demandas de los niños. Esta estructura sale a luz cuando el terapeuta les pide a los niños que hagan algo (p. ej., que dibujen algo en el pizarrón) mientras conversa con la madre; los niños interrumpirán constantemente para interrogar a la madre, mostrarle lo que han hecho, pedirle que dirima una disputa, etc., y la consultarán antes de hacer nada. Es la

estructura típica de las organizaciones donde un administrador no puede delegar autoridad y sigue siendo responsable de todos sus subordinados.

Oposición entre los progenitores

El conflicto bigeneracional más clásico se produce cuando un progenitor se coliga con el niño contra el otro progenitor. El «niño» puede tener dos años o cuarenta, pues no es una cuestión de edad sino de organización. Una mujer deprimida con varios hijos puede seguir actuando como una niña en relación con sus padres. La secuencia también puede "darse entre progenitores separados que aún se disputan el niño. Veamos cuál es la secuencia típica en esta situación.

1. Uno de los progenitores, por lo común la madre, mantiene una intensa relación con el niño, entendiéndose por tal una relación que es a la vez positiva y negativa y donde las reacciones de cada individuo asumen exagerada importancia. La madre intenta tratar al niño con una mezcla de afecto y exasperación.
2. Se acentúa la conducta sintomática del niño.
3. La madre, o el niño, recurre al padre para que le ayude a resolver su dificultad.
4. El padre interviene para hacerse cargo del niño y ocuparse de él.
5. La madre reacciona contra el padre insistiendo en que no maneja adecuadamente la situación. La reacción puede consistir en un ataque o una amenaza de romper las relaciones conyugales; la amenaza de abandonarlo puede ser muy indirecta («Quiero unas vacaciones para mí sola») o muy directa («Quiero el divorcio»).
6. El padre se retira, desistiendo del intento de desenganchar a la madre y el niño.
7. Madre e hijo se tratan mutuamente con una mezcla de afecto y exasperación hasta llegar a un impase.

La secuencia puede continuar indefinidamente, cruzando la madre o el padre las líneas generacionales para coligarse con el niño contra el otro progenitor. La situación también puede describirse como una involucración intensa entre un adulto y un niño, que incluye y excluye al otro adulto en un vaivén regular.

El hecho de que el cambio en el niño vaya seguido de una creciente escisión entre los padres, o aun de una amenaza de

separación y divorcio, ha conducido a la siguiente teoría sobre la familia: un niño con síntomas siempre está manteniendo la unión de un matrimonio problema. Mejor sería pensar en función de la secuencia: la amenaza de separación sobreviene en cierto punto de una secuencia que incluye un cambio en el niño.

A medida que persiste una secuencia de esta clase, la atención centrada en el niño se convierte en una forma de tratar las cuestiones que surgen dentro del matrimonio. En tal sentido, parece justificado decir que los síntomas del niño desempeñan una función en el matrimonio. Muchos problemas conyugales imposibles de encarar abiertamente pueden comunicarse en función del niño, y por ende a través de él; el niño pasa a ser el medio de comunicación, estabilizando así al matrimonio. Por ejemplo, cuando la madre comenta que el niño ha amenazado que huiría del hogar, puede estar amenazando indirectamente a su esposo con abandonarlo. Discutiendo sobre el niño, la pareja puede encarar la cuestión conyugal sin plantearla explícitamente y, por consiguiente, sin tomar decisiones irreversibles.

La manifestación más clara de la secuencia entre progenitores se da en las familias donde hay un padrastro o madrastra. Supongamos que una mujer separada con varios hijos se casa, en parte para tener un hombre que la ayude a criar a los niños. Cuando el flamante esposo comienza a disciplinar a los niños o tal vez a demostrarles cariño, la madre puede reaccionar contra él aduciendo que realmente no los comprende y hasta insinuando que el casamiento fue un error. Deseoso de no trastornar su matrimonio, el marido se hará a un lado; los niños se «pondrán difíciles» y la madre no logrará resolver la cuestión, por lo que recurrirá de nuevo a su esposo y se repetirá la secuencia. Esta situación puede prolongarse muchos años, ya que es independiente del tiempo.

El conflicto dentro de un establecimiento asistencial

La situación antes descrita es típica en los conflictos entre el personal superior de instituciones y hospitales de salud mental, planteándose cada vez que un terapeuta trata a un paciente que está a cargo de un colega responsable de muchos otros internados. La secuencia clásica es la siguiente:

1. Existe una relación «intensa» (mezcla de afecto y exasperación) entre un terapeuta y un paciente internado.
2. En cierto momento el paciente se conduce mal o hace un

requerimiento especial, como ser un privilegio o la exención disciplinaria por algún mal comportamiento.

3. El médico a cargo de la sala o pabellón insiste en tratar al paciente como uno más, aduciendo que no merece ningún privilegio e intentando persuadir al terapeuta de que este trato es el mejor.

4. El terapeuta reacciona contra el médico jefe diciendo que en realidad no comprende a ese paciente.

5. El médico jefe se retira, desistiendo de interponerse entre terapeuta y paciente.

6. Terapeuta y paciente continúan su relación intensa, coligándose aquel con este contra el médico jefe para tratar de «salvarlo» de su incomprensión. ^

Esta y otras situaciones semejantes son inevitables dentro de la organización de los hospitales de salud mental; la pauta explica, quizá, por qué tantos pacientes y doctores se convierten en miembros crónicos de dichas instituciones.

Variantes

Aquí hemos simplificado las maravillosas complejidades de la vida humana reduciéndolas a tres generaciones y una breve secuencia, lo cual es algo así como describir a un ser humano como un esqueleto descarnado. Además, hemos presentado estas secuencias como si acaecieran de manera independiente. Sin embargo, en una familia con dos progenitores puede ocurrir que madre y abuela disputen por el niño en tanto que el padre se mantiene fuera de la secuencia. También puede haber una situación en la que los abuelos traspasen los límites generacionales, los padres estén en conflicto sobre un hijo y un niño en rol parental «salve» a este de sus padres; este caso se denomina a veces, *familia psicótica*. Probablemente sea cierto que la perturbación de un individuo aumenta en razón directa al número de jerarquías de funcionamiento defectuoso en las que está inserto.

El dilema terapéutico

El objeto de cualquier descripción clínica es guiar al terapeuta en sus interpretaciones con respecto a qué podría generar o no el cambio. Insistimos en que hemos simplificado sobremanera las secuencias, pero aun así es posible pensar de

qué modo puede inducirse el cambio. Aquello que *no* lo induciría parece evidente. Si alguien se ve atrapado en una secuencia de este tipo, no es probable que provoque el cambio manifestando sus emociones.⁶ Tampoco es probable que sobrevenga el cambio si alguien descubre el «porqué» de su conducta mediante alguna explicación referente a su pasado; desde este punto de vista, ese individuo se conduce como lo hace por la manera en que se conducen otras personas, y no porque haya sido moldeado por su pasado. Ya sea en términos de catarsis o de intelección de su inconsciente, la teoría de la represión es un impedimento para quien piense en cómo cambiar las secuencias.

Es una idea tentadora creer que una persona puede cambiar con sólo «descubrir» que es parte integrante de una secuencia —que si una madre pudiese tan sólo «aprender» que está incluyendo y excluyendo regularmente a su esposo de la crianza del hijo sería capaz de detener esa secuencia—. Sin embargo, la evidencia indica que ese aprendizaje o descubrimiento no suele llevar al cambio, sino que se convierte más bien en una razón para continuar la secuencia. Cuando se le ofrece este *insight*, la madre puede «descubrir» que el terapeuta es igual que su marido y no comprende realmente a su hijo «especial», excluyéndolo tal como lo hace con su esposo sólo para recurrir de nuevo a él cuando tiene dificultades con el niño. El terapeuta puede desarrollar una teoría de la resistencia para explicar por qué su enfoque intelectual no produce ningún cambio. Si ni la exteriorización de las emociones ni el *insight* producen el cambio, ¿qué lo produce? Esta nueva interpretación del dilema terapéutico tiene por guías unas pocas ideas generales. La primera y principal es que el cambio ocurre por obra del terapeuta que se pliega al sistema vigente y lo modifica por medio de su participación interna. Enfrentado

⁶ Si alguien manifiesta sus emociones de un modo diferente, ello significa que se está comunicando de una manera diferente, con lo cual provoca una comunicación de tipo diferente en quien le responda; este cambio, a su vez, exige que se le replique de manera nuevamente diferente. Cuando esto ocurre, el cambio en la secuencia de comunicación hace que se modifique el sistema, pero esto nada tiene que ver con la manifestación o liberación de emociones en el sentido de catarsis. Si un hombre se ruboriza y calla cada vez que su esposa lo critica, el terapeuta puede hacer que exprese su ira verbalmente en vez de ruborizarse; si lo hace, la esposa debe responder de manera diferente y se genera un nuevo sistema. El procedimiento que cuenta con menos probabilidades de hacer que una emoción se manifieste es preguntarle al cliente cómo se siente con respecto a algo, porque lo simulará en palabras; es mejor encolerizarlo más (tal vez comparándolo) para cambiar su manera de comunicarse.

a un sistema hemostático y gobernado, mantenido por la reiteración de secuencias de conducta, el terapeuta cambia estas secuencias modificando los modos de reaccionar de los individuos entre sí valiéndose de las maneras en que deben reaccionar frente a él.

En el nivel más general, el terapeuta no debe coligarse en forma permanente con ningún miembro de la familia contra otro miembro, pero esto no implica la prohibición de hacerlo temporariamente, ya que esta es en realidad la única forma de inducir el cambio. Si se limita a «pesar» con equidad en las coaliciones mantendrá la secuencia tal como era; del mismo modo, si sólo se coliga con una persona contra otra, puede mantener el sistema tal como estaba, al tornarse parte integrante del conflicto estancado. La tarea es más compleja: deberá unirse temporariamente en diversas coaliciones pero sin apoyar, en última instancia, a nadie contra nadie.

En los casos de familias donde uno de los integrantes sufre graves perturbaciones, el terapeuta debe formar múltiples coaliciones simultáneas. Por ejemplo, debe respaldar a los padres en su función ejecutiva respecto de un joven perturbado, al par que apoyará a este con miras a su objetivo

final de ayudarlo a superar esa situación perturbadora. La habilidad que otorga la experiencia le permitirá deslizarse entre coaliciones mostrándose ora firme, ora parcialmente implicado, mientras conserva la libertad necesaria para entrar en cualquier coalición que resulte apropiada en cualquier momento dado.

A veces también es preciso provocar una crisis coligándose con una sola persona por un lapso aparentemente indeterminado. Ante un matrimonio en que los cónyuges son estables y desdichados, el terapeuta puede inducir la inestabilidad apoyando a uno u otro y diciendo que esa persona tiene toda la razón; esta coalición firme y temporaria puede balancearse posteriormente coligándose con el otro cónyuge, pero esto no quita que en cualquier momento pueda parecer permanente.

El método más típico para mantener el equilibrio dentro de diferentes coaliciones temporarias es proceder en etapas. La primera consiste en determinar el tipo de secuencia que está manteniendo al problema presentado. La segunda es fijar un objetivo específico. Si la abuela se coliga con el nieto contra la madre, el objetivo será lograr que la madre se encargue del niño y que la abuela asuma un rol de asesoramiento de aquella. Si uno de los progenitores está ligado en demasía al hijo contra el otro progenitor, el obje-

tivo es hacer que los padres se relacionen entre sí y que el niño se interese más por vincularse a sus pares que a sus progenitores. En todos los casos el objetivo es trazar un límite generacional e impedir la formación de coaliciones consistentes a través de él. Al establecer coaliciones desde su posición superior de experto, el terapeuta impide que la familia las establezca por encima de los límites generacionales. La tercera etapa encierra una idea nueva: es improbable, si no imposible, que un sistema pueda «normalizarse» de una sola vez; el cambio debe ocurrir en etapas y la primera debe ser crear una forma de anormalidad diferente. La idea de que la terapia tiene sus etapas es relativamente nueva. Joseph Wolpe fue posiblemente el primer clínico que introdujo las etapas de manera sistemática, con su técnica de inhibición recíproca.⁷ Murray Bowen figura también entre los primeros programadores de etapas. En una comunicación personal, Bowen explica que en un tiempo comenzaba la terapia de la familia entrevistando individualmente a uno de sus integrantes y pidiéndole que adoptara una posición, respecto de su familia, que siempre hubiese deseado adoptar sin haberlo logrado nunca. La nueva actitud de esa persona desencadenaba las etapas: primero la familia la atacaba por desleal, después la amenazaba con el divorcio o la expulsión, y si el individuo se mantenía en sus trece la tercera etapa era una entrevista colectiva de la familia en el consultorio de Bowen. Aunque por lo común no se han elaborado etapas específicas para la mayoría de los métodos de terapia, diversos enfoques suponen que la índole del proceso terapéutico imposibilita el paso *directo* del problema que lo inicia a la cura que lo concluye. Este proceso adopta diferentes formas. Hay una clase de situaciones terapéuticas en las que es preciso redefinir el problema presentado formulándolo como otro problema antes de solucionarlo, debido a que el tipo de anormalidad existente ha sido redefinido con características distintas; a veces este cambio ocurre de manera rutinaria como parte de las negociaciones iniciales tendientes a seleccionar un problema resoluble, pero otras sobreviene más adelante. Por ejemplo, un caso de «enfermedad mental» puede redefinirse como un caso de mala conducta. Tal vez se le solicite a la familia de un psicótico que lo meta en la cárcel, en vez de internarlo en un hospital de salud mental. «Loco» y «malo» no deben confundirse como conceptos pertene-

⁷ Véase J. Wolpe, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.

cientes a una misma categoría si el terapeuta piensa pasar del uno al otro. De igual modo, a veces puede resolverse una conducta criminal redefiniéndola como un problema de «enfermedad». (Este enfoque nada tiene que ver con la cuestión filosófica de si los locos son malos o los criminales son enfermos mentales; es una táctica terapéutica.)

En un aspecto más secundario, no es raro que un clínico defina el problema psiquiátrico o médico de un niño o adulto como un problema de mala conducta. Los accesos de angustia pueden redefinirse como ardides manipulativos, o sea como mala conducta; en el caso de una niña que se deje morir de inanición, su ayuno puede redefinirse como una forma de «no hacer caso», con lo cual el problema se trasfiere de una niña enferma a los progenitores que deberían unir sus fuerzas para lograr que haga caso.⁸

En todas las formas de terapia ha habido una tendencia a creer que cuanto dice el paciente debe redefinirse como un problema diferente. El paciente demasiado emotivo necesita más cognición y el excesivamente intelectual requiere más emoción; el que se concentra en los detalles necesita generalizar y el que se empeña en generalizar debe ser más concreto; si habla de su «mala conducta» habrá que re-

finirla como algo que no puede evitar, o sea como una «enfermedad»; si es un «enfermo» psiquiátrico necesitará asumir la responsabilidad de sus actos, por lo que su «enfermedad» se redefinirá como «mal comportamiento». Siempre que el terapeuta prescriba un síntoma, ofreciendo así una directiva paradójica, estará requiriendo una situación anormal diferente mediante la exageración de la situación anormal presentada. Este enfoque se aprecia con máxima claridad en la técnica de «desbordamiento»: cuando a alguien que teme a las sabandijas se le obliga a imaginar que miles de ellas están hormigueando por todas partes, una situación anormal se convierte en su propia parodia, y por ende en una nueva situación. En casi todas las terapias conducíales el problema presentado se redefine como otro diferente. Algunos terapeutas conducíales traducen el problema presentado en términos de cómputo de la frecuencia con que se manifiesta determinado comportamiento, resolviendo luego esta nueva definición de la anormalidad. Wolpe tras-forma un problema presentado en una lista de situaciones angustiantes para cuya curación puede establecer un procedimiento.

⁸ S. Minuchin, «The Use of an Ecological Framework in Child Psychiatry», en J. E. Anthony y C. Koupernick, eds., *The Child in His Family*, Nueva York: Wiley, 1970.

Si volvemos al esquema de sistemas patológicos aquí esbozado, resulta evidente que una de las maneras de planear una estrategia y las etapas de la terapia es pensando cómo pasar del sistema presentado a otro diferente y anormal, que puede ser el problema presentado por otra familia. Los siguientes ejemplos servirán para exponer esta idea (se hallarán otros en el capítulo 5).

En el caso de una madre que ocupa una posición excesivamente central con relación a sus hijos, de modo que no hay jerarquía en la familia y todos los niños funcionan a través de ella como si fuera el cubo de una rueda, tal vez convenga crear un sistema en el que un hijo mayor releve a la madre haciéndose cargo de sus hermanos. En esencia, este cambio crea una jerarquía con un niño en rol parental, nuevo estado anormal del que será posible pasar a una jerarquía familiar más razonable en la que todos los niños puedan participar con diferentes responsabilidades. A la inversa, si el sistema de una familia está fundado en la existencia de un niño en rol parental, una posible alternativa es convertir a la madre en personaje demasiado central como primera etapa de la terapia. Este cambio libera al niño en función parental, pudiéndose pasar de esta nueva jerarquía anormal a otra más normal. Si la secuencia involucra a una abuela que se coliga con su nieto contra la madre en forma trasgeneracional, puede seguirse el procedimiento sugerido en el capítulo 5, que pone al niño bajo la responsabilidad total de la abuela.* Luego podrá pasarse de esta etapa a otra igualmente anormal en que toda la responsabilidad recaerá en la madre, prohibiéndosele absolutamente a la abuela disciplinar al niño, y por último pasar a un estado más normal.

Si madre e hijo mantienen una relación intensa en demasía con un padre periférico, la primera etapa puede consistir en darle al padre el control absoluto del niño excluyendo a la madre, sistema anormal del que es posible pasar a otro más normal. También podría darse un rol parental a un hermano mayor para desligar a la madre del niño, introduciendo así como primera etapa un sistema con un niño en función parental, o bien hacer intervenir a la abuela creando la respectiva jerarquía.

En suma, una de las razones por las que han fracasado algunas terapias es que suponen que es posible pasar directamente de un estado anormal a otro normal. Es más eficaz pensar en términos de etapas entre anormalidad y norma-

* Véase «La abuela intrusiva», págs. 120-21. [N. de la T.] -lia-

lidad; así, al enfrentarnos a un sistema con funcionamiento defectuoso podemos reflexionar sobre el modo de transformarlo en otro sistema defectuoso que, a su vez, pueda dar paso a uno normal.

Secuencia y jerarquía

La teoría y la jerarquía de los sistemas convergen en las maneras en que las secuencias respectivas definen las jerarquías. Estas son determinadas por el comportamiento de las personas involucradas; en tanto la conducta sea repetitiva y redundante, estaremos ante un sistema gobernado activado por el error (en otras palabras, la desviación activa un proceso rector). Si la persona se desvía de la conducta repetitiva, definiendo así una jerarquía distinta, los demás reaccionan contra esa desviación y vuelven a modelar la conducta dentro de la pauta habitual.

El comportamiento patológico surge cuando la secuencia reiterada define simultáneamente dos jerarquías opuestas, o cuando la jerarquía es inestable porque la conducta indica ora una conformación, ora otra (p. ej., la jerarquía se desdibuja si los progenitores en un momento toman por su cuenta al niño y en otro lo aceptan como la autoridad de la familia).

Aquí podemos trazar un paralelo entre niveles de comunicación y niveles de jerarquía. El concepto de la «doble ligadura» derivó de las paradojas generadas por mensajes conflictivos y pertenecientes a múltiples niveles.⁹ Para un terapeuta, pedirle a alguien que lo desobedezca o que se conduzca de manera espontánea es producir una paradoja, puesto que esa persona no puede conducirse espontáneamente si le han *mandado* que proceda así.¹⁰ En la descripción organizativa que aquí ofrecemos, el mismo principio se aplica a una unidad mayor. Si una persona ordena a otra que desobedezca, está definiendo la jerarquía de dos maneras incompatibles: quien recibe la orden es jerárquicamente inferior puesto que le están diciendo qué debe hacer, pero también es jerárquicamente igual o superior puesto que se espera que desobedezca o actúe de un modo espontáneo. Al

⁹ G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley y J. Weakland, «Toward a Theory of Schizophrenia», *Behavioral Science*, n° 1, 1956, págs. 251-64.

¹⁰ J. Haley, *Strategies of Psychotherapy*, Nueva York: Grune & Stratton, 1963. ...

transmitir mensajes paradójicos se ofrecen a un tiempo dos definiciones incompatibles de la jerarquía. Así como nadie puede *no* comunicarse con los demás —hasta tratar de eludir a alguien es una comunicación—¹¹ tampoco puede dejar de lado el problema de la posición jerárquica que ocupa respecto de su interlocutor. Cuando un terapeuta indica que no es superior a un paciente conduciéndose «humanamente» con él y aun preguntándole qué se podría hacer, al par que acepta de él un pago como experto, está ofreciendo posiciones jerárquicas incompatibles: él es un experto rentado y por ende superior en jerarquía, puesto que el paciente le paga por su ayuda, y al mismo tiempo le está pidiendo consejo a este sobre cómo proceder. Es muy posible que la naturaleza del cambio terapéutico se centre en los modos en que se mantienen inestables las cuestiones jerárquicas en la relación terapéutica, ya sea con ambigüedad y vaguedad o definiéndolas en formas variables e incompatibles. El cambio en la definición de la jerarquía puede acaecer como parte integrante de una secuencia. Cuando una madre le pide a su esposo que la ayude a gobernar al niño, está definiendo una jerarquía en la que dos progenitores ejercen una autoridad conjunta sobre el niño. Cuando el padre responde al pedido ocupándose del hijo, y la madre reacciona acusándolo de no comprenderlo y uniéndose al niño en contra de él, está definiendo otra jerarquía, en la que ella y el niño tienen autoridad sobre la conducta del padre. La tarea del terapeuta es cambiar la secuencia, modificando así la jerarquía de la familia, y procurar no dejarse atrapar por una secuencia en forma tal que esté perpetuando el mismo problema que se supone debe resolver; las probabilidades de que esto ocurra disminuyen si tienen una idea clara de sus objetivos. A veces los terapeutas no reflexionan a fondo sobre ciertas consecuencias que puede acarrear el uso de una teoría de sistemas como modelo para la terapia. Si suponemos que una familia es un sistema, debemos aceptar la premisa de que la conducta se repetirá y también la de que los movimientos tendientes al cambio activarán los procesos rectores que han

¹¹ Debe subrayarse que la mayoría de las ideas sobre comunicación expuestas en este libro derivan, en última instancia, de Gregory Bateson. En el «Prefacio» (*supra*, pág. 1«.) doy cuenta del proyecto de investigación por él dirigido en que me tocó participar. El concepto de que nos es imposible no comunicarnos es anterior a dicho proyecto, ya que fue expuesto por Bateson y Jurgen Ruesch en *Communication, the Social Matrix of Psychiatry*, Nueva York: Norton, 1951. Para una colección de los escritos de Bateson, véase *Steps to an Ecology of Mind*, Nueva York: Ballantine, 1972.

mantenido la estabilidad del sistema. Aceptadas estas premisas, y una vez que se ha iniciado la terapia y el terapeuta ha entrado a formar parte del sistema, debemos suponer que cuando se produzca el cambio él reaccionará para mantener el sistema tal como estaba durante la terapia. Esto es, debemos suponer que el terapeuta, agente del cambio, se resistirá a él una vez que la terapia sea un proceso en marcha. Algunos profesionales están prestos a aceptar la idea de que las instituciones de tratamiento (p. ej., los hospitales de salud mental) se resisten al cambio, pero no reparan en que esta idea también debe aplicarse al terapeuta. En esta perspectiva de la situación terapéutica, el supervisor, más periférico respecto del sistema que el terapeuta, tiene la misión de ayudar a este a superar el cambio y a desengancharse de la familia. (El supervisor también integra el sistema, pero está menos involucrado en los procesos inmediatos de realimentación entre el terapeuta y la familia.) Dicho en otras palabras, la terapia implica cambios de relación entre el terapeuta y su clientela. Si un terapeuta y una familia celebran un contrato de ayuda, convienen con ello en que el primero debe ayudar y la segunda debe recibir la ayuda. Todos los mensajes caen dentro de ese marco y definen la relación de esa manera. Empero, es imposible ayudar a curarse a una persona si la cura lleva implícita la necesidad de procurar que el cliente no requiera más ayuda. Cuanta más ayuda ofrezca el terapeuta, tanto más se ahondará su definición del cliente como alguien que necesita ayuda; y cuanto más ayuda acepte la persona, más definirá la situación como de ayuda. El objeto de la terapia es que terapeuta y cliente alcancen una relación de pares, esto es, que el segundo no necesite más ayuda que el primero. Una vez establecida la relación de ayuda, si cualquiera de las partes actúa para cambiarla, la otra reaccionará para estabilizarla en sus condiciones presentes.¹² No sólo el paciente se resiste a un cambio de relación: también el terapeuta se resiste a él. El arte de la terapia incluye la capacidad de pasar de un tipo de relación a otro sin dejar de integrar un sistema estabilizado. En esta situación, el supervisor puede colaborar valiéndose de diversas técnicas, entre ellas el uso de recesos en la terapia (p. ej., fijar la próxima entrevista para dentro de un mes, en vez de la semana siguiente) y hasta el fomento de recaídas controladas.

En un tiempo se creyó que aclarando la comunicación en las familias no sólo se las haría vivir en unión y armonía, sino

¹² J. Haley, *op. cit.*

que también se cambiaría básicamente su estructura, pero dicha aclaración parece producir escaso cambio cuando significa señalar a los miembros de la familia de qué manera se están comunicando. En el extremo opuesto estaban quienes pensaban que el terapeuta debía individualizar a sus diversos integrantes, proveyendo así más autonomía y menos gregarismo. La experiencia ha hecho ver que la autonomía de una persona depende de la conducta de los demás; hasta en su misma definición sólo puede hablarse de autonomía en relación con otros. Por supuesto, hay veces en que el esfuerzo por aclarar la comunicación y el énfasis en el logro de la autonomía pueden quebrar inadvertidamente las secuencias habituales de las familias, produciendo así el cambio. En años recientes se ha hecho simplemente más notorio que el terapeuta puede dedicarse de una manera directa a modificar esas secuencias, con lo cual generará el cambio con mayor rapidez y eficiencia. La estrategia particular de un terapeuta variará de acuerdo con la familia y el contexto de la terapia; también influirá en «la etapa de evolución en que se encuentre la familia, ya que esta cambia con el tiempo.¹³ Así como los niños maduran y los padres y abuelos envejecen, también cambian las secuencias y las jerarquías. En el ciclo de vida familiar se produce una extraordinaria inversión de la estructura jerárquica: los niños, que estaban al cuidado de sus padres, pasan a ser sus pares cuando adultos y luego cuidarán a sus progenitores ancianos. Ahora se supone que el cambio «espontáneo» guarda relación con los procesos evolutivos de las familias; a veces se atribuye a la terapia un cambio logrado mediante un proceso natural. Sin embargo, suele ocurrir que las familias no evolucionan ni cambian con el tiempo, sino que permanecen anquilosadas en una secuencia problema; el terapeuta debe intervenir para producir un cambio y no puede depender para ello de un proceso natural.

Si

¹³ í. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Millón H. Erickson*, Ai. D., Nueva York: Norton, 1973.

5. Terapia en etapas

La primera obligación del terapeuta es cambiar el problema presentado que le formulan; caso contrario, la terapia fracasará. No debe dejar que otras cuestiones lo distraigan haciéndole olvidar este objetivo primario; por otra parte, al centrar su atención en los síntomas obtiene la palanca y «oportunidad máximas para producir el cambio. Lo que más le interesa al cliente es el problema presentado; de ahí que el terapeuta pueda granjearse una gran cooperación cuando se dedica a él. Al señalarle como problema a una persona con síntomas, el terapeuta quizá crea que es preciso que ocurran cambios en el sistema de esa familia antes de que esa persona pueda cambiar, pero no deberá tratar de persuadir a sus integrantes de que el *verdadero* problema está en la familia y no en el individuo, pues tal distinción es artificial y, además, corre el riesgo de no alcanzar sus objetivos si se enzarza en una polémica inútil con la familia sobre la causa del problema, intenta instruirlos en cuanto a la comunicación entre ellos o trata de convencerlos de que acepten la terapia familiar. El objetivo no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso sino cambiar sus secuencias a fin de resolver los problemas presentados.

El enfoque adoptado para tratar un síntoma debe variar según se trate de una familia con uno o dos progenitores, la clase social a la que pertenece y sus antecedentes étnicos, y la edad de los niños involucrados. A una familia acomodada de la clase media no debe tratársela igual que a otra de clase baja que recibe un subsidio de asistencia social, ni a una familia italiana y católica de clase obrera igual que a otra de agricultores alemanes luteranos. La manera en que el terapeuta enfoque a la familia estará determinada por múltiples factores; aquí haremos hincapié en una estructura esquemática aplicable a muchas familias.

Cuando una familia trae a la clínica a un niño, ya sea un pequeño o un adolescente, significa que él es un problema, pues de lo contrario sus familiares no se habrían molestado en venir; a veces sucede que lo presentan como un supuesto problema cuando en realidad no lo es, siendo en verdad otros

los propósitos de la visita, pero aquí nos ocuparemos principalmente de la situación más corriente. Desde el punto de vista de la familia, el niño es el problema, y el pedido del terapeuta de que concurra en pleno a la primera entrevista puede llegar a intrigarla. No es necesario persuadir a sus integrantes de que tienen problemas familiares, pero sí de que deben cooperar haciendo lo que el terapeuta les pida para ayudarlos a superar el problema que ellos formulan. Si el terapeuta piensa en función de diadas (unidades de dos personas), interpretará los síntomas del niño como una respuesta a otra persona que los está haciendo necesarios, y podrá pensar en el modo de cambiar el comportamiento sintomático del niño o en cómo modificar las respuestas recíprocas de la otra persona para impedir que esa conducta sintomática continúe.

Si piensa en función de tríadas, buscará el triángulo involucrado en el problema y la secuencia que demanda la conducta sintomática. Supondrá que si un niño presenta síntomas hay por lo menos dos adultos involucrados en el problema, siendo el niño a la vez un participante y un medio de comunicación entre aquellos. Si es una familia con un solo progenitor, investigará la relación existente con algún otro adulto, como ser una abuela o el progenitor separado o divorciado; si no está involucrado ningún otro adulto a nivel parental que parezca importante, pero sí un abuelo, se considerará al problema como de tipo trigeneracional. (Por supuesto, a veces el problema puede no radicar en la familia sino en la escuela, en el vecindario o en la relación entre la familia y alguna otra institución, pero aquí nos centraremos en los problemas internos de la familia.)

Ejemplos de casos

Cuando el terapeuta ha conducido correctamente la primera entrevista, averiguando así la secuencia de hechos correspondientes al problema familiar, su segundo paso es buscar la estrategia más adecuada para generar el cambio. Lo mejor es suponer que el cambio debe producirse en etapas y que él no puede saltar directamente de la de planteo del problema a la de curación, sino que debe haber etapas intermedias. Por lo general, ha de pasar de una etapa de planteo del problema a otra de igual carácter antes de poder avanzar hacia el sistema normal. Ofreceremos aquí algunos ejemplos de casos para indicar las clases de etapas que pueden utilizarse.

La abuela intrusiva

Una familia planteó el problema de un niño de diez años que por lo general se portaba mal y padecía enuresis. En la entrevista de la familia, la abuela informó que la madre trataba mal al niño y no lo quería, en tanto esta dijo que cada vez que intentaba disciplinar al niño la abuela se entrometía y lo protegía. El terapeuta hizo que madre y abuela convinieran en que la meta a alcanzar era que el niño se portara bien y cesara su enuresis, con lo cual quedó en claro el objeto del tratamiento.

Al describir el enfoque adoptado sólo subrayaremos los movimientos claves de la terapia, presuponiendo que también se actúa sobre las relaciones. Por ejemplo, se supone que el terapeuta explora las ideas que tiene el niño sobre el problema y luego desarrolla una relación comprensiva con madre y abuela.

Como estas declararon explícitamente que disentían sobre el trato a dar al niño, pudo persuadírseles de que experimentaran un nuevo enfoque por un corto tiempo. Se le pidió a la abuela que se hiciera plenamente responsable del niño durante dos semanas: debería ocuparse de todas las cuestiones de disciplina y de la enuresis, incluyendo el lavado de las sábanas, en tanto que la madre se limitaría a disfrutar de la compañía del hijo sin disciplinarlo. Si el niño se portaba mal la madre debería informar a la abuela, quien se ocuparía del asunto. Toda comunicación negativa entre madre e hijo pasaría por la abuela, a quien le correspondería el rol central. La familia accedió a hacer este experimento durante dos semanas.

Esta etapa consiste esencialmente en crear una estructura de funcionamiento defectuoso, ya que no es correcto que un niño esté totalmente a cargo de su abuela en tanto que su madre se mantiene en la periferia.

Durante el primer período quincenal se entrevistó a la familia y se discutieron las dificultades y enojos con que tropezaba la abuela, advirtiéndosele a la madre que continuara absteniéndose de intervenir. Al cabo de las dos semanas el terapeuta pidió a la familia que invirtiera su sistema: la madre se ocuparía plenamente del niño y la abuela se limitaría a gozar de su compañía; toda comunicación negativa entre abuela y nieto debería pasar por la madre. Esta etapa también crea un ordenamiento anormal, al excluir completamente a la abuela de los problemas del niño hasta el extremo de no permitírsele aconsejar a la madre sobre qué hacer con él. Al habersele encomendado en primer término

el cuidado del niño, a la abuela le es más fácil mantenerse **apartada** cuando la madre se hace cargo de él. Al término de la segunda quincena puede celebrarse una sesión para discutir cuál de los dos ordenamientos ha resultado mejor. En la mayoría de los casos la abuela prefiere que la madre se ocupe del niño, ya que ella es más vieja y ya ha criado a sus hijos. También accederá a comunicarse con el niño a través de la madre en vez de coligarse con él contra ella, en parte debido a la amenaza de que le encomienden el cuidado total del niño si se entromete. Los síntomas del niño suelen desaparecer cuando la jerarquía es la correcta. En algunos casos la familia puede decidir que la abuela continúe teniendo plena responsabilidad sobre el niño; de aceptar todos este esquema, el mismo se convertirá en un sistema de funcionamiento normal, si bien con el tiempo tiende a volverse inestable a medida que la abuela envejece. En este enfoque el terapeuta no pasa de la estructura de funcionamiento defectuoso a la de funcionamiento normal, sino que crea como primer paso un sistema parcialmente diferente que también funciona mal. Decimos «parcialmente» porque a la abuela se le pide que se haga cargo del niño cuando en realidad ya lo ha venido haciendo, pero ahora se le encomienda su cuidado de una manera *total*. Si el terapeuta trata de pasar primero al sistema más normal, poniendo el niño bajo el cuidado total de la madre, lo más probable es que la abuela continúe entrometiéndose, demostrando que la madre no es apta para la tarea.

El niño en rol parentd

Una madre que trabajaba fuera del hogar telefoneó a un terapeuta (Braulio Montalvo) diciéndole que su hija de ocho años había provocado un incendio en su departamento; se fijó una entrevista a la que concurrió toda la familia. Era gente de color, de bajos ingresos, y la familia comprendía un niño de doce años, la niña problema de ocho años y tres hermanitos más pequeños; les faltaba el padre. El incidente que precipitó la crisis fue el incendio de un colchón, provocado por la niña. El hermano mayor, que estaba a cargo de los niños, consiguió llevar el colchón al baño y apagar el fuego, absteniéndose de llamar a la madre pues no quería molestarla en el trabajo. Al interrogarla sobre el incendio, la niña se limitó a echarse a llorar. En la primera entrevista resultó evidente que el hermano mayor era un niño en función paren tal: en el consultorio no se despegaba de la niña proble-

ma, contestaba preguntas dirigidas a ella y **parecía tratarla de** un modo más maternal que la propia madre.

En este tipo de casos, la primera etapa puede ser crear una situación anormal haciendo que la madre ocupe el lugar central, pasando por ella toda comunicación. Esto es anormal por cuanto no permite que haya una jerarquía organizativa entre los niños, jerarquía necesaria en las familias, especialmente en aquellas en que la madre trabaja y a veces es preciso que un hermano mayor asuma la responsabilidad. Para dar este paso es necesario bloquear al niño en rol parental y hacer que la madre sea el centro de todo.

Tanto en el consultorio como en la tarea impartida para el hogar, el terapeuta bloqueó al niño en rol parental y obligó a la madre a conversar con su hija sobre lo ocurrido. Cuando el hermano mayor se interponía lo tranquilizaba, y lo desplazó físicamente haciéndolo sentar a su lado y ubicando juntas a madre e hija para que dialogaran.

Al impartir la tarea para el hogar la definió como destinada exclusivamente a la madre y la hija, y no a los otros hermanos, que quedaron temporariamente a cargo del niño en función parental. La madre debía dedicar cinco minutos diarios a enseñarle a la pequeña a utilizar los fósforos (el tiempo se

r medía con un reloj de control para huevos pasados por
<d agua). El niño en rol parental quiso demostrar cómo sabía
j! usar los fósforos, pero el terapeuta se lo impidió.

*' En la siguiente sesión, se le pidió a la niña que mostrara
X cómo podía usar los fósforos sin peligro, encendiendo un pe-
Tt queño fuego en un cenicero, y que le enseñara su uso a una hermanita menor, indicando la manera en que se lo había explicado su madre mientras esta observaba la escena. Para esta segunda sesión la madre impedía que el niño en rol parental se interpusiera en sus actividades con la hija, de modo que ya no fue necesario que lo hiciera el terapeuta. A esta altura fue preciso reorganizar la familia de un modo más normal. En vez de recargarlo con las responsabilidades de un padre, siendo apenas un niño, se desplazó al hijo de doce años de su posición como única vía de comunicación entre la madre y los niños. Aunque se delegó en él la responsabilidad de cuidarlos en ausencia de la madre, el terapeuta hizo notar que la responsable principal era la madre y que el niño no era un co-progenitor. También se alentó al niño a salir con sus pares, pugnando contra la renuencia de la madre a soltarle las riendas por miedo a las malas compañías que hallaría en la calle. Al hacerse de amigos fuera de la familia se debilitó dentro de ella su posición de niño en función parental.

Asimismo, se estimuló a la madre a emprender actividades fuera del hogar para que no sacrificara su vida personal en aras de sus hijos. Con el cambio de organización desaparecieron los incendios provocados.

El problema bigeneracional

Aunque en el problema de una familia con dos progenitores pueden verse involucradas varias generaciones, la forma más simple de interpretar a un niño problema en función de tríada es pensar que uno de los padres se coliga con el niño contra el otro progenitor. La situación típica es una intensísima diada progenitor-niño que incluye y excluye, alternadamente, al otro cónyuge. Con esta visión de la secuencia, el terapeuta puede elegir entre diferentes enfoques y entrar en la familia por diversas puertas: por la relación padre-hijo, madre-hijo o padre-madre. Los siguientes casos ejemplifican estos diferentes enfoques.

Enfoque 1: Se utiliza a la persona periférica

Cuando el terapeuta entrevista a una familia que presenta un niño problema y advierte una sobreinvolucración entre madre e hijo, en tanto que el padre se muestra más periférico, puede optar por romper la intensa relación entre los primeros valiéndose del padre. La adopción o no de este enfoque dependerá de la situación particular de cada familia y del criterio del terapeuta con respecto a hasta dónde puede llegar en su relación con el padre. En una secuencia como esta, por lo común el padre ha tratado de manejar al niño tropezando con la oposición materna, ya que su esposa reclama al hijo para sí y a menudo afirma que el padre no lo comprende. Como además el padre ha criticado frecuentemente a la madre por proteger al niño en demasía, ella está convencida de que no la comprende ni a ella ni al niño. De ahí que quizá sea preciso recurrir a una persuasión hábil para estimular al padre a interponerse entre madre e hijo. El terapeuta que adopta este enfoque no debe dar a entender que está haciendo intervenir al padre porque la madre ha fallado, ya que semejante acusación la convertiría en antagonista —corriéndose el riesgo de que retire a su familia dc[tratamiento— y también podría exacerbar la hostilidad •entre ella y el padre. Con esto, el niño se liberaría tal vez de

su intensa relación con la madre, pero podría dificultarse el acercamiento entre los progenitores.

Hay diferentes maneras de lograr que la situación sea aceptable para la madre. Por ejemplo, si el niño problema es un varón, el terapeuta puede aducir que ha llegado a una edad en que debe vincularse más con los hombres, por lo que padre e hijo tendrán que compartir ciertas actividades. De esta forma no se condena la excesiva protección dispensada hasta entonces por la madre: simplemente el niño está en una edad tal que, según un experto, corresponde una conducta diferente. Si es una niña, puede persuadirse a la madre de que su deber es procurar que su hija comprenda a los hombres, y por lo tanto ha de alentarla a vincularse más a su padre como parte de su educación. En este enfoque se atraviesan tres etapas antes de alcanzar el objetivo. En la primera, padre, hijo y terapeuta comparten una actividad desplazando a la madre a la periferia, con lo cual se crea una nueva organización anormal. En la segunda, la relación es entre madre, padre y terapeuta, mientras que el niño queda fuera de la pugna entre adultos y es libre de unirse a sus pares (puede necesitar o no que lo orienten hacia actividades compartidas con estos). En la tercera, por fin, el terapeuta debe desvincularse y salir de la familia, dejando a los padres relacionados entre sí y al niño unido a sus amigos.

Cuando la terapia marcha bien, estas etapas fluyen en una sucesión lógica. En la primera, al excluir a la madre se la estimula a establecer un vínculo, y como no le permiten ligarse al niño se vuelve hacia el padre; este cambio ocurre con naturalidad-cuando ella objeta el trato que el padre da al hijo. Luego, el terapeuta hace que los cónyuges concentren su atención el uno en el otro y excluye al niño, principiando así la segunda etapa, para entrar finalmente en la tercera, al desvincularse de la familia no sin antes asegurarse de que no será remplazado por el niño. Ejemplificaremos las etapas con un caso típico, que expondremos aquí en forma resumida, ya que al final del libro damos una descripción más completa de él.* Se trata de una familia con una niña de seis años y un niño de ocho, el cual siempre les había tenido miedo a los perros. Tras un año de infructuosa terapia individual los derivaron a la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, asignándose el caso al doctor Mariano Barragán. En la primera sesión se

* Véase «Informe sobre un caso: Un "pequeño Hans" moderno», págs. 201 y sigs. [N. de la T.]

entrevistó a toda la familia, discutiéndose su historia y situación. Por otro lado, en un seminario sobre estrategia se programó la correspondiente a ese tratamiento.¹ Podía decirse que en esta familia existía una intensa relación entre madre e hijo, en tanto que el padre era más periférico. La madre era quien más sabía respecto al miedo del niño y a causa de él lo acompañaba dondequiera tuviese que ir. El padre tenía dos empleos y la relación conyugal era escasa. El terapeuta decidió utilizar al padre para que se interpusiera entre madre e hijo y los desligara, sucediéndose las etapas como sigue.

En la primera, el terapeuta hizo que el padre le enseñara al hijo a habérselas con los perros, ya que por su oficio de cartero era toda una autoridad en la materia; como la madre no lo era, se la desplazó a la periferia. También se encomendó a padre e hijo la búsqueda de un perrito que temiera a la gente, debiendo curarle el niño ese miedo. En la segunda, madre, padre y terapeuta trabaron una fuerte relación al pedirles este a aquellos que pasaran juntos un fin de semana, fuera del hogar, como premio por la mejoría del hijo. La madre expresó resentimiento hacia su esposo y, finalmente, los dos revelaron que la comunicación mutua se había interrumpido años atrás por algo que había hecho el marido. La madre le comentó al terapeuta: «Es como usted dijo: hemos utilizado a nuestro hijo como puente entre nosotros»; en realidad él no había dicho eso pues no le interesaba la «terapia interpretativa». Les impartió directivas tendientes a mejorar el matrimonio, en tanto que el niño seguía saliendo solo y trabando amistades.

En la etapa final, el terapeuta se desvinculó de la familia dejando a los progenitores relacionados entre sí y al niño unido a sus pares. Una entrevista de seguimiento efectuada dos años después demostró que la mejoría era estable. La terapia de esta familia en particular avanzó con facilidad de etapa en etapa porque la familia estaba dispuesta a cambiar, y también debido a la habilidad y experiencia del terapeuta, que facilitó el cambio mediante la negociación en vez de dificultarlo interpretando hostilidades o problemas existentes entre los progenitores.

Es obvio que no todas las familias cambian tan fácilmente, pudiendo empantanarse en diferentes puntos. A veces la persona periférica no logra vincularse bien con el niño o se bate en retirada cuando sale a relucir la cuestión marital, lo cual

¹ In este seminario de estrategia participaron Curtis Adams, Mariano Barragán, Joanna Chapin, Lee Milman, Braulio Montalvo y litante» Ziegler. dt

provoca la recaída del niño; esta pauta es típica del padre de un adolescente con perturbaciones graves, caso que demanda técnicas terapéuticas especiales. Otras veces el terapeuta mismo no puede pasar a la etapa siguiente y continúa dedicándose al niño cuando ya tendría que trabajar con el matrimonio, o bien es incapaz de desvincularse y prolonga el tratamiento cuando ya es innecesario, impidiendo con ello que se produzca el cambio final que liberará al niño y dejará a los progenitores tratándose entre sí sin la presencia del terapeuta. Toda terapia es más eficaz si el terapeuta es capaz de relacionarse estrechamente con la familia pero también de desvincularse rápidamente, aceptando acreditarle a ella, más que a sí mismo, el éxito obtenido.

Enfoque 2: Se quiebra la diada mediante una tarea

Si el terapeuta se encuentra en una situación en la que es imposible utilizar a la persona periférica para desenganchar una diada madre-hijo sobreinvolucrada, puede elegir otro enfoque. Hay diversos modos de hacerlo. No conviene interpretar a la madre que protege al hijo en demasía por una necesidad inconciente, pues por lo general con esto sólo se

- despierta su antagonismo impidiendo el cambio. Un método eficaz es orientar a la madre para que ayude al niño a adquirir mayor competencia, o desviarla hacia actividades más apropiadas que andar detrás de aquel. Esto puede ser difícil en aquellos casos en que el esposo le da escasas satisfacciones, pues las pocas que recibe provienen del niño. A veces da resultado un programa de trabajo, estudios o acción comunitaria fuera del hogar, especialmente si este cambio va acompañado de la programación de una actividad natural para el niño (mejor que una actividad artificial, como la terapia de grupo), que demande su asociación con pares y no con adultos². Al orientarse hacia ocupaciones diferentes, madre e hijo aflojan su vínculo.

Otro enfoque muy distinto es impartir una tarea que parezca estimular la solícita protección materna, pero que en realidad rompe la relación, pues se hace insoportable continuarla de ese modo. El siguiente informe de Erickson ejemplifica un caso en el que penetró en la familia a través de una diada

² Un procedimiento propuesto por Murray Bowen, y que puede considerarse como otra manera de desenganchar a la madre, es hacer que esta se involucre con su propia madre o con otros miembros de su red familiar.

sobreinvolucrada.³ Un niño de doce años mojaba la cama todas las noches y su madre se preocupaba excesivamente por él, no así el padre, quien no creía necesario someterlo a tratamiento por su problema. El terapeuta entrevistó al padre, vio que era un hombre difícil y poco dispuesto a colaborar, lo dejó a un lado y se concentró en la madre y el niño. He aquí el informe de Erickson.

«Al abordar la situación con la madre y el niño, fue evidente que Johnny era totalmente hostil a su madre con respecto a su enuresis: estaba enojado y en pugna con ella. Le dije que tenía un remedio para él que no le agradaría: sería un remedio absolutamente eficaz, que lo libraría del problema con absoluta seguridad, pero que no le gustaría... claro que *a su madre le desagradaría aún más*. ¿Qué podía hacer Johnny? Si a su madre le iba a desagradar más que a él, espléndido: era capaz de aguantar cualquier cosa con tal de hacer sufrir más a su madre.

»Le propuse que su madre se levantara a las cuatro o cinco de la mañana y viera cómo estaba su cama: si la había mojado podría hacerlo levantar, si estaba seca no tendría que despertarlo. Empero, si la madre lo hacía levantar, él podría sentarse ante su escritorio y copiar X cantidad de páginas de un libro de su elección, desde las cuatro o las cinco hasta las siete de la mañana; a su madre le estaría permitido observarlo y ver cómo aprendía a mejorar su caligrafía (que en verdad era espantosa).

»A Johnny le pareció horrible tener que levantarse a las cuatro o cinco de la mañana... pero la madre debería levantarse antes. Parecía desagradable tenerla a su lado observando cómo mejoraba su letra, pero eso sólo ocurriría cuando hubiera mojado la cama. Nada hay más desagradable que levantarse a esa hora de la madrugada para perfeccionar la caligrafía. «Iniciaron el procedimiento, y al poco tiempo Johnny dejó de mojar la cama todas las noches: primero dejó de mojarse algunas noches, muy pronto lo hizo sólo dos veces por semana, después una cada diez días. La madre aún debía levantarse todas las mañanas a revisarle la cama. «Finalmente se llegó a una mojadura por mes, y luego Johnny cambió por completo. Trabó las primeras amistades de su vida; como era verano, los chicos venían a jugar con él y él iba a jugar a sus casas. En setiembre mejoraron considerablemente sus calificaciones escolares. Era su primer logro verdadero.

³ J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M. D.*, Nueva York: Norton, 1973, págs. 207-08,

»Pero así se contraponía mutuamente a madre e hijo. Es el enfoque simple de "Tengo un remedio para ti, pero no te gustará". Luego hago una digresión, refiriéndome al hecho de que la madre lo odiará todavía más. Johnny quiere que le defina concretamente cuál es el remedio; lo hago y él lo apoya plenamente. El perfeccionamiento de la caligrafía se convierte en el objetivo primario, la enuresis es algo incidental, más o menos aceptado; ya no es la cuestión inmediata, dominante, amenazadora.

»Al ver cómo su hijo mejoraba su caligrafía, la madre pudo enorgullecerse de su triunfo y el hijo también. Cuando los dos trajeron las copias para enseñármelas, eran simplemente un niño y una madre ansiosos de mostrar esa hermosa caligrafía. Pude recorrerlas página tras página señalando aquí una n, allá una g o una t, comentando la belleza de los rasgos.

»Desde que desapareció la enuresis de Johnny, su padre ha jugado con él a la pelota, regresando temprano del trabajo, y su reacción al cesar el problema fue sorprendentemente lisonjera. Le dijo al niño: "Aprendiste más rápido que yo a no mojar la cama; debe ser porque eres mucho más listo". Pudo permitirse esta generosidad porque, a su juicio, no era el psiquiatra quien había resuelto el problema, sino la capacidad mental superior que él había transmitido a su hijo. En la familia, la desaparición del problema se convirtió en un triunfo colectivo bendecido por el padre, y el niño obtuvo reconocimiento y aceptación por su logro».

Enfoque 3: Se penetra a través de los progenitores

El enfoque más típico en terapia familiar es comenzar con el problema del niño y pasar luego a la pugna marital en que aquel está involucrado; por lo común, este pasaje ocurre durante la primera entrevista familiar. Los padres formulan el problema y el terapeuta interroga sobre el mismo a cada miembro. Al principio los progenitores parecen estar de acuerdo, pero a medida que discuten la situación van apareciendo las discrepancias; el terapeuta procura sacarlas a luz, aunque le conviene no tratar de manera explícita las cuestiones matrimoniales hasta no haber obtenido una mejoría en el niño, que es el problema presentado. Apresurarse a **tratar al** matrimonio como problema puede dificultar posteriormente la terapia. A menudo se modifica el contrato durante una fase del tratamiento, conviniéndose en que se **tratará a una** pareja problema más que a un niño problema, o bien se

mantiene involucrado al niño para poder desplazar el foco a él en caso de que el conflicto conyugal se haga demasiado patente. En este enfoque, se rompe la diada sobreinvolucrada pasando directamente a una relación más intensa entre los padres. Luego, como ya hemos dicho, en la última etapa el terapeuta se desengancha de la familia dejando a los progenitores involucrados entre sí y al niño con sus pares. Si bien este enfoque es rutinario, los modos de conducirse con la familia son bastante variados: algunos terapeutas confrontan a los progenitores con una interpretación del problema que lo rotula como verdaderamente conyugal; otros prefieren cambiar la relación marital mientras continúan teniendo ostensiblemente como foco al niño problema; algunos imparten directivas y otros no.

En este enfoque, es frecuente que el terapeuta establezca y cambie coaliciones sin que los participantes tengan conciencia de ello. Un terapeuta varón enfrentado a una madre sobreinvolucrada con su hijo y a un padre periférico puede trabar relación con aquella valiéndose en esencia del coqueteo, provocando así al padre a involucrarse más intensamente con su esposa; una terapeuta del sexo femenino puede hacer lo mismo con una madre periférica. En otro momento de la terapia, puede apoyar al padre en su manejo del niño, estableciendo una coalición que excluirá a la madre hasta que esta intervenga protestando por la forma en que su marido se conduce con el hijo; este método es esencialmente igual al enfoque 1 ya descrito, pero sin las directivas. Muchos terapeutas familiares no obran guiándose por etapas claramente prefijadas sino que deciden por intuición lo que ha de hacerse en cada momento subsiguiente, a menudo con una orientación conceptual acerca de las necesidades individuales de los miembros de la familia.

En el ejemplo siguiente el tratamiento se centró en los progenitores pero de una manera indirecta, sin explorar sus mutuos problemas. La familia pasó con bastante rapidez de la situación de una madre sobreinvolucrada a la situación marital y al desenganche del terapeuta.

Una familia se presentó en busca de tratamiento trayendo a un niño de cinco años al que nunca habían enseñado a controlar los esfínteres y que varias veces al día defecaba en sus pantalones; nunca había ido al baño solo. Tenía un hermano menor que había aprendido correctamente todo eso. Un psiquiatra de niños entrevistó tres veces a la familia para hacer un diagnóstico, centrando su atención en el niño. Después de la evaluación, fueron derivados a Curtís Adams para su tratamiento. Adams participaba a la sazón en un semi-

nario sobre estrategia cuyos integrantes decidieron tratar a esta familia valiéndose de un único medio: refrenar su mejoría. Adams adoptaría una actitud de benévola preocupación por lo que le sucedería a la familia si el niño se normalizaba, y nada más.

En la primera sesión se entrevistó a toda la familia. Los progenitores eran un matrimonio joven de clase media, muy preocupados por la posibilidad de cometer algún error con su hijo. El niño era bastante inteligente y se expresaba con claridad, diciendo cosas como estas: «Me hago en los pantalones, y a veces me pongo el pijama y me hago en el pijama»; también era capaz de hacer gala de una maravillosa fantasía en su conversación, si algún terapeuta se interesaba en explorar ese aspecto suyo. La madre era una joven atractiva y nerviosa, en extremo atenta a lo que el terapeuta podía pensar de ella, sobreinvolucrada y benévolamente exasperada con el niño. El padre era un ingeniero que con frecuencia trabajaba o estudiaba de noche; aunque se mantenía en la periferia, cuando estaba en casa ayudaba a su esposa a limpiar al niño.

Al término de la primera entrevista, el terapeuta les preguntó a los padres qué consecuencias acarrearía el que el niño comenzara a ir al baño normalmente. Respondieron que sería estupendo. Adams expresó sus dudas y les sugirió que volvieran a su casa y reflexionaran sobre los cambios que podrían producirse en sus vidas si el niño se normalizara y ellos se convirtieran en padres normales; con su actitud dio a entender que podía hacer algo por el problema presentado, pero que prefería abstenerse de actuar hasta estar seguro de las consecuencias que su solución acarrearía a toda la familia.

Cuando la familia concurrió a la segunda sesión, una semana después, los padres expresaron que no se les había ocurrido ninguna consecuencia adversa —reacción típica frente a esta clase de directivas—. Por su parte, el terapeuta había anotado trece o catorce consecuencias, pero sólo tuvo que usar tres o cuatro en el tratamiento.

Primero encaró la diada madre-hijo y planteó el interrogante de si ella podría tolerar el ser una madre que resolviera exitosamente el problema de su hijo, señalando que no todas las mujeres soportan el éxito. Aunque se proponía hacer una sola cosa —refrenar a la familia en cuanto a su mejoría— es evidente que todo acto encierra múltiples mensajes. Preguntarle a la madre si puede tolerar el éxito es refrenar cualquier cambio en ella; empero, hay un segundo mensaje implícito, ya que a ninguna mujer le gusta creerse incapaz

de tolerar el éxito. La pregunta tiene además un marco deliberadamente establecido por el terapeuta: el de que él la cree capaz de tolerar el éxito pero quiere cerciorarse. De este modo, no se condena simplemente a la mujer como incapaz de soportar el éxito, sino que se la ayuda a creer que es capaz al par que se la incita a *demostrarlo*. Cada una de estas consecuencias subrayadas por el terapeuta contiene los siguientes aspectos: 1) que él cree a esa persona capaz de tolerar el éxito; 2) una benévola preocupación por esa persona; 3) una sugerencia intolerable para esa persona. La madre respondió indicando que se creía capaz de tolerar ser una madre triunfadora. Tanto ella como su esposo parecieron dudar de si el terapeuta estaba hablando en serio o en broma, pero este no aclaró la duda, preguntándole en cambio a la mujer si el triunfo no la convertiría en una madre más exitosa que su propia madre, lo cual quizá no podría tolerar. Ella replicó que ciertamente podría tolerarlo y comenzó a hablar de las dificultades que había tenido con su madre y con su padre alcohólico, y de lo que pensaba su madre sobre la falta de control de esfínteres del niño. (Por lo común, los miembros de la familia sacan a relucir un material más relevante con este enfoque que mediante interpretaciones e interrogatorios. La cuestión era cómo desviar cortésmente a la mujer de esta historia de sus relaciones con su madre.)

El terapeuta cambió de tema inquiriéndole qué haría durante el día si el niño superaba el problema, ya que pasaba parte de su tiempo lavando la ropa del niño, sentándolo infructuosamente en el inodoro y manteniéndolo cerca de ella, en vez de dejarlo salir del hogar, para que no estuviera jugando con los pantalones sucios. Se supo que la madre tenía al niño en el baño muchas horas por día, llegando a colocar allí el televisor por si acaso movía el vientre estando distraído. Evidentemente, si el niño superaba el problema ella tendría mucho más tiempo para sí y consideraba seriamente en qué lo emplearía... y también en qué pensaría cuando ya no tuviera que preocuparse por el problema. Una vez que hubo explorado la diada madre-hijo el terapeuta planteó las consecuencias similares que acarrearía el éxito paterno. Después pasó a las consecuencias que afrontaría la pareja de convertirse en un matrimonio normal. A causa del problema del niño nunca habían salido juntos contratando a una *baby-sitter*. De poderlo hacer, ¿adónde irían y quién lo decidiría? No se hizo hincapié en esto como una forma de explorar su conflicto, sino como una nueva área de toma de decisiones **que** ellos deberían considerar.

El padre dijo que creía que podrían tolerar el salir juntos si tan siquiera se les presentara una oportunidad; la madre coincidió con él, comentando cuan a menudo había deseado salir, sin hacerlo nunca.

En otra discusión similar sobre las consecuencias se consideró de qué hablaría la pareja por las noches cuando el problema dejara de ser su tema de conversación. Cada noche la madre presentaba su informe diario sobre las dificultades que había tenido debido al problema; durante la cena, el foco de atención era el niño, pues de pronto los miraba con expresión abstraída y abandonaba la mesa, y allá corrían ellos a sentarlo en el inodoro... sin resultado alguno. Los esposos decidieron que podrían encontrar otro tema de conversación fuera de si el niño movía o no el vientre. Esta discusión de las consecuencias se realiza en un tono de benévola preocupación, lo cual hace difícil que la pareja se enoje con el terapeuta. Sin embargo, desde su punto de vista el terapeuta es un marido y padre exitoso, capaz de tolerar la normalidad, que está insinuándoles que ellos quizá no podrán soportarla. Es una situación provocadora para la familia y lo usual es que sus integrantes se sientan vivamente impulsados a resolver su problema y demostrarle que está equivocado.

Debemos subrayar otro aspecto de esta técnica de refrenamiento. Al hablarles de la posibilidad de tener relaciones maritales normales y preguntarles si tolerarían el salir juntos, el terapeuta los provocaba en cuanto a su capacidad de ser atractivos el uno al otro. Puede decirse que durante la terapia estableció una relación pseudo-galante con la esposa provocando al marido periférico a reivindicar sus derechos. Aunque no se ahondó en los detalles de lo ocurrido parece que una tarde, después de la segunda entrevista, el esposo se sentó junto al niño y le advirtió con firmeza que si no movía el vientre en el inodoro le daría aceite castor y lo sentaría allí hasta que lo hiciera. Al día siguiente, el niño fue al baño como debía. Este acto puede describirse como una intervención «espontánea» del padre interponiéndose entre el niño y una esposa demasiado dedicada a él. El día en que debía celebrarse la tercera entrevista, la madre telefoneó para avisar que preferían no concurrir pues en la víspera el niño había ido normalmente al baño y no deseaban «revolver el asunto». La madre, que anteriormente había hablado en un tono de impotencia, mostrábase esta vez bastante firme y afirmativa.

La semana siguiente la familia se presentó en el día y hora programados e informó que el niño iba al baño regular-

mente todos los días y no había vuelto a defecarse encima. La madre comentó que ahora podía aprovechar su tiempo haciendo otras cosas; tanto ella como su esposo dijeron que habían salido juntos disfrutando esa salida, indicándole tácticamente al terapeuta que podían tolerar la normalidad. El terapeuta comenzó su proceso de desvinculación manifestando su asombro por la solución del problema y su agrado por lo bien que les había ido, atribuyendo el éxito del cambio a la familia. Fijó una nueva entrevista para dentro de dos semanas a fin de cerciorarse de que todo marchaba bien, y cuando la familia se presentó a ella informando que no había habido inconvenientes pasó deliberadamente de una relación de ayuda a otra de tipo social, acortando la entrevista; su tarea fue pasar a una relación igualitaria con los padres saliendo de la relación experto-cliente. En una terapia breve, este cambio puede lograrse calculadamente. Este enfoque de refrenamiento puede utilizarse como principal método terapéutico o como una alternativa cuando la terapia no va bien. También puede emplearse cuando hay rivalidad entre el terapeuta y un progenitor y no se cumplen las directivas. El siguiente caso ejemplifica el empleo de esta técnica cuando una madre y una terapeuta de sexo femenino están llegando a un impase. Una familia presentó el problema de una hija de quince años que desafiaba a la madre, rehusaba hacer lo que le pedía, le contestaba de mal modo, etc. En realidad era la madrastra de ella y de sus dos hermanas menores, de ocho y nueve años; de su matrimonio con el padre sólo tenía un hijo de dos meses. En la primera entrevista la adolescente lloró y apenas si habló, la madrastra se mostró enojada y quejosa, y el padre se dedicó a explicar que su hija había pasado una infancia desgraciada con una madre alcohólica, que él había tardado años en separarse de su primera esposa y que se sentía culpable de las desventuras de su hija. La terapeuta probó a impartirles algunas tareas que vincularan de algún modo a la madrastra y la niña, pero aquella objetó todas y cada una de las tareas rehusándose a hacer nada con la adolescente; su actitud daba a entender que ya la había aguantado bastante y que la clínica podía tomar a la muchacha o encomendarla a alguna otra persona que la enderezara. Cloé Madanes, que supervisaba «en vivo» la entrevista, empezó a entrever que el problema radicaba en la relación entre madre y terapeuta: ambas tenían poco más de veinte años y parecía que la madre se negaba a aceptar instrucciones de una mujer de su misma edad que obviamente tenía

poca experiencia, pero que era una profesional en tanto **que** ella no lo era.

Habiendo sugerido las tareas y visto su fracaso, Madanes llamó a la terapeuta fuera del consultorio y le propuso utilizar el enfoque de refrenamiento. Al volver junto a la familia, la terapeuta les dijo a sus integrantes que quizá podría ayudarles a resolver el problema de la hija, pero que no estaba segura si debía hacerlo pues le preocupaban las consecuencias que su solución pudiese acarrear. Le contestaron que sólo tendría consecuencias positivas y ella señaló que el padre había estado íntimamente ligado a su hija en tiempos muy difíciles y también lo estaba respecto a su esposa; un acercamiento entre ambas podría hacerlo sentirse celoso y excluido y quizá fuera incapaz de tolerarlo. El padre le aseguró que podría tolerar una mayor intimidad entre esposa e hija. La terapeuta observó asimismo que las dos niñas menores podrían sentir celos y terminó la entrevista sugiriendo que para la semana próxima meditaran sobre las consecuencias.

Durante la semana, terapeuta y supervisora prepararon una lista de las consecuencias posibles, que aquella memorizó. Cuando volvió a presentarse la familia, la terapeuta señaló como una de las posibles consecuencias el que la esposa superara como madre a la suya propia si resolvía esta difícil situación de tener tres hijastras y un hijito pequeño, insinuando que algunas mujeres no podían tolerar esta superación de sus propias madres. La esposa replicó que ciertamente podría tolerarlo. La terapeuta mencionó algunas otras consecuencias, por ejemplo cómo reaccionaría la madre de la esposa, cómo afectaría el cambio al bebé, etc. La familia negó que pudiesen surgir dificultades, y la hija empezó a hablar un poco.

La semana siguiente, madre e hija contaron que habían salido de compras las dos juntas y que la primera le había comprado una minifalda a su hijastra contra los deseos del padre. La muchacha había limpiado la casa y lavado toda la ropa. La terapeuta señaló que la madre estaba coligándose con la hija contra el padre en la cuestión de la mini-falda y que esta era una de las cosas que temía ocurriera. Tal vez el padre no toleraría este cambio. El afirmó que podría soportarlo. La terapeuta sugirió entonces que en realidad las relaciones entre madre e hija no habían cambiado, pues si bien las dos cumplían sus deberes mutuos, no había en ello verdadera amistad ni placer. Por consiguiente, era importante que para la semana próxima siguieran pensando en las consecuencias del cambio.

En la siguiente entrevista informaron que el padre había trabajado en el turno de noche y que madre e hija habían pasado las tardes juntas jugando a las cartas y al monopolio, divirtiéndose con esto. Las dos se llevaban bien. La terapeuta manifestó cuánto le complacía esta situación y se disculpó por haber sido incapaz de ayudarlos; de un modo u otro, el problema había desaparecido. Mostróse bastante turbada al pedir disculpas y la madre le aseguró, en tono más bien condescendiente, que había hecho cuanto había podido. Se despidieron conviniendo en que la terapeuta los llamaría dentro de pocas semanas para ver cómo iban las cosas y que, de surgir algún otro problema, la familia la consultaría. En una entrevista de seguimiento efectuada algunos meses después se advirtió que todo marchaba bien y que no había ningún otro problema.

Este enfoque de refrenamiento del cambio es eficaz con progenitores de clase media, sensibles y excesivamente preocupados, pero no lo es tanto con familias pobres o de clase trabajadora. La familia debe ser sutilmente amoldada a la opinión que el terapeuta tiene de ella.

Resumen

En suma, el proceso que va del punto de partida (progenitor sobreinvolucrado con un hijo) al punto final (adultos involucrados entre sí y niño vinculado con sus pares) no puede recorrerse de un salto: hay una serie de etapas, que estarán determinadas por el enfoque adoptado. Si se opta por utilizar a la persona periférica habrá una etapa de coalición entre el terapeuta, la persona periférica y el niño, luego una de involucración entre terapeuta y adultos, y finalmente una tercera en la cual el terapeuta se desenganchará de los adultos. Si el enfoque abarca al niño y a la persona sobreinvolucrada con él, hay una etapa de involucración intensa entre terapeuta, adulto y niño y luego aquel se desengancha de estos. Si el terapeuta penetra en la familia a través de los cónyuges, el primer foco de atención es el niño, luego el matrimonio, y por último el terapeuta se separa de la pareja.

En esta clase de tratamientos familiares hay ciertas reglas que aumentan la eficacia del terapeuta. No puede oponer o confrontar a sus integrantes con su error sino que «aceptará» lo que hacen, generando el cambio dentro de ese marco. No debe hacer interpretaciones para ayudarles a comprender cómo se comportan y por qué; las **usará** tácticamente

para motivar a los miembros de la familia a hacer lo debido. No explorará el pasado de sus clientes sino que atenderá a la situación presente y organizará a la familia para que cambie su conducta actual. No buscará una involucración prolongada sino más bien una intervención breve e intensa y un rápido desenganche.

J. L. Ferrer

i

i

136

6. La terapia del matrimonio vista como un triángulo

Todos los clínicos trabajan de un modo u otro con matrimonios, pero sus opiniones sobre la institución conyugal difieren notablemente. Para algunos, la diada marital es «la pieza fundamental» de la familia y la entidad más importante. Para otros es una de las diversas subunidades que integran la familia. Para otros, en fin, la «pareja» matrimonial es en realidad una tríada, porque está definida en función de la inclusión o exclusión de un tercero. Esta última perspectiva permite captar diferentes etapas dentro del matrimonio. Por ejemplo, un terapeuta puede observar que los cónyuges pasan la etapa inicial de su vida matrimonial dedicados a diferenciarse de sus progenitores; cuando lo logran, engendran hijos que pasan a formar parte de esa vida, o sea que en ningún momento constituyen una diada. Por supuesto, es una cuestión de definiciones. Si pensamos en unidades de tres personas, un matrimonio no existe como entidad independiente, pues la descripción debe incluir un observador, terapeuta, amigo, progenitor, hijo u otra tercera persona.

El interrogante clínico es cómo concebir la situación marital del modo que resulte más eficaz para generar el cambio. En la historia de los consejeros matrimoniales, hubo una época en que la pareja era vista como una asociación de dos individuos, a quienes se entrevistaba individualmente; se dice que este enfoque tuvo poco éxito terapéutico. Los consejeros matrimoniales tampoco produjeron contribuciones teóricas; en vez de ello, se limitaron a aceptar las teorías psicológicas sobre los individuos, aplicándolas a las parejas casadas: por ejemplo, cuando la conducta individual se explicaba sobre la base de causas pretéritas, se decía que el cónyuge en cuestión se comportaba así influido por su pasado, y se suponía que cada esposo proyectaba en su actual matrimonio las ideas sobre la vida marital de sus progenitores o de los padres y madres introyectados, etc. Durante este período se empleó el concepto de «elección neurótica de la pareja» para explicar por qué un hombre elegía como esposa a una mujer parecida a su madre (no obstante la posibilidad

de que fuese en realidad su familia, en especial su madre, quien le eligiera esposa, lo cual implicaría la participación de más de dos personas en la elección de la pareja). A medida que los terapeutas familiares comenzaron a aceptar puntos de vista más sociales, dejaron de entrevistar individualmente a los cónyuges y miembros de las familias optando por la entrevista colectiva. En este período empezó a describirse a la pareja como una diada, procurando liberarse los terapeutas de las descripciones individuales. Se veía en ella un sistema de interacción, una entidad gobernada por reglas o un sistema condicionante donde los actos de un cónyuge reforzaban los del otro. Se observó que las parejas seguían secuencias de comportamiento que aparentemente eran incapaces de cambiar aunque lo intentaran, como si tuvieran reflejos interpersonales.

Al describir la conducta gobernada por reglas, se citaba como ejemplo la manera en que dos individuos encaraban una cuestión exagerándola o restándole importancia. Al dialogar, algunos cónyuges tenderán a equilibrar mutuamente sus pareceres: sea cual fuere el tema de su conversación (el trabajo, el sexo o los hijos), uno dirá que la cuestión es grave y el otro que no lo es; cuando un esposo minimiza un problema, el otro, para compensar, debe agrandarlo. Esta compensación exige a su vez que el primer cónyuge responda a la exageración reduciendo aún más la importancia del asunto. Si un terapeuta cree que generará el cambio haciendo que los cónyuges tomen conciencia de sus reglas, puede señalarles lo que están haciendo; la reacción suele ser que la esposa conviene en que es un problema grave que sigan esa regla, en tanto que el marido dirá que en realidad no constituye problema alguno. Si el terapeuta emplea directivas, es probable que un cónyuge las tome en serio y el otro no. El paulatino descubrimiento del poder interpersonal ejercido por la conducta regulada despertó en los terapeutas crecientes dudas sobre el libre albedrío. A menudo los clínicos se conducían como si creyeran que una persona podía obrar libremente, aunque sospechaban para sus adentros que no era así. Desde el punto de vista de la eficacia terapéutica, lo mejor suele ser suponer que la gente actuará libremente, pero la investigación tiende a una perspectiva más determinista.

Cuando los terapeutas advirtieron que los actos de un cónyuge provocaban al otro, quien a su vez provocaba al primero, entrevieron que una diada era inestable y necesitaba la intervención de un tercero para evitar que se «desbocase». Si dos cónyuges competían a cuál estaba más enfermo, la

única manera de prevenir un colapso total era hacer intervenir a un tercero; las disputas y rivalidades de creciente intensidad demandaban la intervención de ese tercero ajeno a la diada para estabilizarla.¹ Si esto ocurre con regularidad, la unidad no es realmente una diada sino por lo menos una tríada. Del mismo modo, si dos cónyuges acostumbran comunicarse entre sí a través de un tercero, la unidad no será una «pareja» casada sino una tríada. La observación de cómo un niño problema estabilizaba una diada marital llevó a la conclusión de que la unidad básica en la terapia familiar debe estar constituida por los progenitores y el hijo. Típicamente, en esta terapia se supone que de la tríada progenitores-hijo se pasará a la pareja conyugal. Algunos terapeutas que dan este paso modificarán su perspectiva, dejando de pensar en términos de la unidad de tres para comenzar a pensar en términos de la unidad de dos (p. ej., la relación entre esposos); empero, si pensamos siempre en términos de tríada, ya tratemos con padres e hijos o con un matrimonio, la unidad estará integrada por tres personas y no por dos. En verdad, podemos advertir que el terapeuta sustituye al niño en la pareja, estabilizando así la diada; después de esto, la cuestión es cómo podrá salir de la familia sin desequilibrar a la pareja ni volver a introducir al niño en ella.

Actualmente, muchos clínicos están aprendiendo a pensar en términos de tríada y desechar la diada aun en los casos de terapia matrimonial.² A modo de comentario sobre este complejo tema podemos subrayar el contexto social de la terapia matrimonial.

El primer concepto que debemos aceptar es que un «problema» marital no sólo es exclusivo de cada pareja, sino que varía de acuerdo con el modo en que esa pareja ha acudido al terapeuta. Las cuatro maneras principales en que las parejas llegan a presentar un problema son: a través de un síntoma individual, a través de un niño, por una crisis familiar o mediante un pedido de asesoramiento matrimonial. Cada situación demanda un enfoque terapéutico diferente.

¹ Para una descripción de este problema tal como ocurre en una cultura nativa, véase G. Bateson, *Naven*, Palo Alto, Calif.: Stanford University Press, 1958.

² He escrito sobre la «terapia marital» fundamentalmente desde una perspectiva diádica en *Strategies of Psychotherapy* (Nueva York: Gruñe & Stratton, 1963); también he expuesto las diferentes etapas del matrimonio a lo largo de la vida en *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Millón H. Erkkson*, Ai. D. (Nueva York: Norton, 1973).

Los síntomas como problemas presentados

Cuando un terapeuta trata con eficacia los síntomas de un cliente casado, se ve necesariamente envuelto en cuestiones matrimoniales. Demos un ejemplo obvio. Si una esposa sufre en forma irregular accesos de angustia que la incapacitan, el terapeuta se interesará por la función que dichos accesos desempeñan en el matrimonio y descubrirá, por ejemplo, que la mujer se angustia siempre que su marido quiere que haga algo que preferiría no hacer, o cuando su marido está deprimido, en cuyo caso este sale de su depresión para ayudarla en su angustia. Algunos terapeutas tratarán de persuadir a la pareja de que el verdadero problema es de orden marital; otros continuarán centrándose en el síntoma al par que tratan el problema marital, estableciendo quizás un nuevo contrato para tratar este último una vez que se haya producido una mejoría. Siempre que un individuo casado presenta un síntoma grave, este desempeña una función en su matrimonio y su cura acarreará consecuencias en él. Si una esposa sufre varios días por semana una cefalea que la incapacita, cuando ella se cure enfrentará una relación marital diferente de la que tenía. El hombre que no puede hacer ciertas cosas por sufrir algún tipo de miedo exagerado suele tener una esposa que se beneficia con este problema y al mismo tiempo se exaspera por él; para resolver este «miedo» lo mejor es tratar a la pareja. Tratar a un solo individuo por sus síntomas es como suponer que un palo tiene un solo extremo.

El niño como problema presentado

En la mayoría de las terapias con niños perturbados cabe suponer que si los padres pudieran admitir fácilmente sus dificultades maritales el niño no estaría exteriorizando el problema. Algunos matrimonios parecen capaces de librar encarnizadas batallas sin involucrar a sus hijos, en tanto que otros centran en ellos su desavenencia conyugal. Cuando un terapeuta ayuda a los progenitores a excluir al niño de sus choques, a menudo también excluirán de ellos a sus suegros; asimismo, parece que de resolverse el problema de una suegra los padres se abstienen de establecer un triángulo con el niño; o sea que si un matrimonio traza un límite generacional en una dirección, manteniéndose unido en relación

con los hijos, aparentemente también lo hace en relación con los parientes políticos.

Es preciso subrayar que un niño puede formar parte de una lucha conyugal aunque se trate de una pareja divorciada; la guerra puede continuar a través del niño. Cuando una madre divorciada presenta a su hijo como problema es esencial averiguar de qué modo está involucrado el padre divorciado. Tratar a una pareja divorciada para que lleguen a un acuerdo con respecto al niño no es actuar como consejero matrimonial sino como consejero «posdivorcio», lo cual significa que el terapeuta deberá limitarse a tratar la cuestión del niño.

Cuando el hijo es un adolescente o un adulto joven que ha alcanzado la edad de abandonar el hogar, sus padres celebran en verdad un nuevo contrato matrimonial, y el terapeuta enfrenteado con esa clase de problema debe ayudarlos a elaborar un nuevo conjunto de temas de que ocuparse.

La crisis familiar como problema presentado

El terapeuta también se ve ante una cuestión matrimonial cuando el problema presentado es una crisis familiar. Cuando hay amenazas de violencia o de suicidio, o un comportamiento familiar que irrita a la comunidad, suele recurrirse a un terapeuta para que haga algo. En estos casos el enfoque de las cuestiones maritales demanda más acción que reflexión, de modo que a menudo el terapeuta debe asumir la responsabilidad y tomar decisiones en nombre de personas cuyo estado de ánimo no les permite hacerlo. Algunas crisis familiares suceden sólo una vez, pero ciertos matrimonios las tienen regularmente como parte de un ciclo: puede haber amenazas de palizas o de suicidio, luego un período de comportamiento amistoso y después nuevas amenazas de palizas o de suicidio. El terapeuta marital necesita reunir a los cónyuges y cambiar ese ciclo de erupción, o ayudarlos a separarse sin consecuencias desafortunadas; lo típico es que trate de unirlos, pero si esto no da resultado debe actuar con decisión para separarlos. Al dar este paso se ve enfrenteado a sus propias incertidumbres sobre si debe influir así en la vida ajena y cómo puede hacerlo; cuando hay de por medio amenazas de violencia o de suicidio, también él corre riesgo.

En los momentos de crisis es cuando más puede hacerse por una pareja y cuando más se le pide al terapeuta. Crisis sig-

nifica inestabilidad. Trabajar con una pareja en un momento así puede perturbar emocionalmente al terapeuta, pero la pareja obtendrá el máximo beneficio. Si aquel emplea la medicación para tranquilizar a los cónyuges alterados, puede impedir el cambio y demorar la resolución de las dificultades hasta la próxima crisis.

El matrimonio como problema presentado

Cuando una pareja presenta un problema matrimonial, los juicios del terapeuta pueden variar según cuál sea la persona a quien entrevista. Si ve solamente a la esposa, tal vez simpatice con ella compadeciéndola por tener un marido problema. Si luego entrevista individualmente al marido, descubrirá por lo común que la esposa olvidó decir varias cosas y que la opinión del marido también está justificada. Si los entrevista en forma conjunta, advertirá que entre ellos hay pautas de acción que dan una imagen del matrimonio muy distinta de la descrita por cada cónyuge. Esta clase de experiencias enseñan al terapeuta a no ponerse candidamente de parte de un cónyuge y le demuestran cuán valioso es ver cómo la gente se trata realmente entre sí, en vez de escucharlos informar sobre sus actos. Ver a la pareja dentro del grupo familiar más vasto agrega un nuevo matiz de comprensión del matrimonio, porque se lo mira inserto en un contexto.

Por lo general, una pareja presenta un problema marital en un intento de permanecer unida; de otro modo no acudiría a formularlo. A veces uno de los esposos está resuelto a separarse pero no le ha revelado al otro su decisión. Un marido puede desear la separación y al mismo tiempo no querer perturbar a su esposa, por lo que buscará asesora-miento matrimonial supuestamente para solucionar problemas pero en realidad para arreglar un divorcio amigable. Esto sólo puede averiguarse entrevistando individualmente a los cónyuges, ya que no se revelará en la entrevista conjunta. A veces, la sesión individual es también el único medio de obtener cierta clase de información (p. ej., sobre una aventura amorosa extramatrimonial).

Al describir sus problemas conyugales los esposos quizá se tilden mutuamente de mezquinos, rencorosos, hostiles, etc. Conviene no ver sus acciones bajo esta lupa. En la mayoría de los problemas maritales subyace una actitud protectora que hace que el problema continúe; la benevolencia

suele ser lo más difícil de cambiar. Puede tenerse por maldad que una esposa insulte malignamente a su marido, pero también puede interpretarse su conducta como una manera de ayudarlo: si él está desesperado y ella lo provoca saldrá de su estado desdichado para volverse contra ella, con lo cual se sentirá mejor. Del mismo modo, una aventura amorosa puede considerarse una traición y un ataque al cónyuge, pero también puede verse en ella una manera de protegerlo ayudándole a evitar el sexo o a mantenerse a una distancia más segura.

El examen de un problema marital presentado pone en evidencia que la pareja sigue reglas habituales de conducta y que el problema radica en ellas. Supongamos que la esposa dice que el problema está en que su marido es un derrochador irresponsable y no obra como debiera, en tanto que él aduce que su esposa es una mojigata y nunca quiere divertirse, de modo que él busca la diversión en otra parte. Desde el punto de vista del terapeuta, la pareja está siguiendo ciertas reglas que hacen que esta clase de conducta sea la adecuada: una puede dictaminar que la esposa ha de ser responsable y el marido irresponsable; probablemente es imposible determinar por qué y desde cuándo se rigen por ella. Para cambiarla, el terapeuta debe intervenir de manera tal que no puedan seguir portándose así. Sean cuales fueren las reglas de una pareja, el terapeuta forma parte de ellas. Una pareja que tenga una regla sobre responsabilidad la aplicará durante la terapia: el marido procederá de manera irresponsable respecto de la terapia y el matrimonio mostrándose reacio a concurrir a las sesiones, faltando a ellas, etc.; la esposa lo llevará responsablemente a la terapia, insistirá en sacar a relucir todas las cuestiones, etc. La influencia terapéutica se hace sentir en la forma en que el terapeuta cambia esa regla tal como se aplica en relación con él, y no comentándosela objetivamente a la pareja. También deberíamos tener presente que a veces, cuando se siguen reglas, los participantes son piezas cambiables. Por ejemplo, si la esposa es responsable y el marido irresponsable, puede producirse un trueque de papeles pasando a ser la esposa irresponsable y el marido responsable; la relación conyugal no ha cambiado, simplemente se han invertido las posiciones.

Dentro de la compleja miríada de mensajes que un matrimonio se intercambia minuto a minuto hay reglas múltiples a niveles múltiples. No sólo hay reglas sobre cómo comportarse mutuamente, cómo relacionarse con extraños, etc.; también las hay sobre cómo negociar reglas y quién ha de ins-

tituirlas. El terapeuta marital puede pasar buena parte de su tiempo negociando pacientemente acuerdos sobre cuestiones específicas pasibles de generalizarse en la situación global de la pareja. Dada la naturaleza de la terapia, quien la aplica debe ser simplista y concentrarse en cuestiones que parezcan toscas comparadas con la complicada riqueza conceptual implícita en la investigación pura del matrimonio. Las dificultades conyugales pueden interponerse, entre otras maneras, en términos de flexibilidad. Cuando las reglas de un matrimonio son demasiado rígidas, los cónyuges sufren tensión porque no pueden adaptarse a los cambios. Al parecer, en un matrimonio exitoso ambos cónyuges son capaces de obrar en pie de igualdad en algunas áreas, y la esposa también puede cuidar del marido y viceversa, pero una pareja limitada sólo puede seguir una pauta. Por ejemplo, la esposa es capaz de cuidar del marido pero le es imposible cambiar los papeles, de modo que si ella se enferma él debe enfermarse aún más para que ella pueda seguir cuidándolo, ya que es la única pauta de conducta que poseen. O bien dos personas pueden cuidarse mutuamente y no obstante eso toda igualdad es contraria a las reglas, de modo tal que jamás pueden actuar como pares y las decisiones tomadas por dos partes iguales quedan fuera de su repertorio. Una

de las funciones de la terapia marital es ampliar las posibilidades de ambos cónyuges para que tengan un campo de comportamiento más ancho. Así como, según una de sus definiciones, el objetivo de toda terapia es introducir la complejidad, de igual modo en la terapia marital los cónyuges tendrán mayores oportunidades si su relación encierra posibilidades más complejas. Al terapeuta que trata a una pareja le conviene más considerar que cuanto hagan los cónyuges entre sí también cuenta en relación con él; en otras palabras, debe pensar en función de tríada, explique o no ese contexto a la pareja. El conjunto de coaliciones en que se mueve varía de acuerdo con su sexo, y su edad determina que una pareja más joven o más madura reaccionen en su presencia de manera diferente. Si el terapeuta masculino manifiesta admiración por la esposa debe aceptar el hecho de que el marido reaccionará ante eso. Si se pone de parte del esposo debe tener en cuenta las consecuencias que acarreará esta coalición en cuanto a su relación con la esposa. En la terapia marital no hay datos «objetivos». Un comentario del terapeuta no es una simple acotación sino, también, una coalición con un cónyuge respecto del otro o con la unidad conyugal contra otro grupo mayor.

j

La coalición adquiere mayor importancia entre aquellos terapeutas orientados hacia el «desarrollo» y que se preocupan fundamentalmente de lo individual. A menudo puede parecerles que la esposa ha superado al marido y por consiguiente es apropiado que se divorcie de él, o que el marido ha superado a su mujer, que es «una simple ama de casa». A veces, los terapeutas partidarios del feminismo alientan a la esposa a hacerse valer le guste o no al marido. También puede ocurrir que el terapeuta crea que uno de los cónyuges está dispuesto a buscar solución a los problemas y el otro no, por lo cual corresponde la separación. Debe tenerse por premisa fundamental que si la pareja se separa durante la terapia no habiendo acudido a esta para plantear el problema de la separación, el terapeuta es parte de la misma y ha contribuido a que se produzca estableciendo coaliciones. Aunque no es preciso que el terapeuta adopte una postura totalmente contraria a la separación y al divorcio —postura obviamente equivocada—, la cuestión es si actúa o no con responsabilidad; el que piense en función de tríadas no romperá candidamente un matrimonio por ignorar su propia participación.

Vaya un comentario más sobre la separación. Algunas parejas desean vivir separadas mientras «tratan» su matrimonio. Según mi experiencia, hacer terapia marital con una pareja separada es una pérdida de tiempo. En la vida independiente actúan demasiadas fuerzas centrífugas y las sesiones tienden a ser conversaciones sobre problemas en vez de intentos de resolverlos; lo mejor es forzar las cosas pidiéndoles que vivan juntos si han de seguir una terapia de pareja. El terapeuta que trabaja con una pareja debe organizar cuanto se dice y hace en forma tal que la terapia tenga objetivos específicos. Al intervenir, advierte que hace falta la guía de una filosofía de la vida y del matrimonio; debe tener presentes las cuestiones de la separación y el divorcio así como las responsabilidades intrínsecas del grupo familiar. Nada se evita con abstenerse de dar consejos, ya que el pensamiento del terapeuta será comunicado de alguna manera. Es preferible poner en claro las propias ideas de modo que una pareja con un problema marital no tropiece con un experto demasiado confuso e inseguro como para serles útil. Puede ocurrir que el terapeuta marital se sienta frecuentemente como un negociador gremial o un diplomático envuelto en conflictos; si se coliga a una de las partes contra la otra, pasa a integrar el problema y no la solución, pero como inevitablemente queda involucrado en las cuestiones en juego, sean cuales fueren, puede verse tomando partido

le guste o no. Lo atractivo —y a la vez lo difícil— del ase-soramiento matrimonial radica en que la acción depende de los sentimientos del terapeuta: mientras lucha contra las dificultades maritales, salen forzosamente a relucir sus propios prejuicios sobre hombres y mujeres y su actitud respecto del matrimonio. Suele advertir que su propia vida conyugal experimenta modificaciones, a veces imprevisibles, en respuesta a su experiencia con las parejas. Mientras ayuda a un matrimonio a aclarar algunas posiciones, oscurecer otras y negociar compromisos, también trata de estabilizar los cambios beneficiosos en el seno de esa pareja... en tanto que en su propia vida conyugal puede haber cambios no tan propicios, que no deben intervenir en su trabajo. Empero, si decimos que una terapia tiene éxito cuando resuelve problemas específicos acrecentando la variedad y multiplicidad en la vida de un individuo, la terapia marital es la que brinda al terapeuta mayores oportunidades de alcanzar ese objetivo en su vida privada.

Guías para la terapia

Son muchos los factores que determinan la manera en que el terapeuta enfocará un problema marital. La acción a emprender dependerá de la naturaleza única de esa situación en particular, aunque pueden aplicarse algunas reglas generales. Aquí trataremos la cuestión subrayando lo que no debe hacerse como un medio de presentar dificultades comunes; en las páginas que siguen señalamos, pues, algunas de las cosas que deben evitarse en el tratamiento de un matrimonio.

No debe restarse importancia a los problemas. Sean cuales fueren las dificultades de la pareja, al principio de la terapia no debe intentarse aliviar el problema restándole importancia. La pareja responderá quizás amablemente pero sentirá que el terapeuta no comprende la gravedad de su situación. Si la esposa no se siente respetada por su marido, deberá explorarse a fondo este punto. Si el marido cree que su esposa se aburre con sus amigos, se subrayará esto como si fuera algo importante. Una cuestión podrá parecer trivial, pero representará otra dificultad mayor; desechando a aquella se desechará a esta. Un problema pequeño puede ser una analogía de otro mayor.

Deben evitarse las abstracciones. Siempre que sea posible, lo mejor es pedirle a la pareja que se concentre en conductas

específicas, en vez de tratar cuestiones más vastas. La esposa intelectual que protesta defendiendo los derechos de la mujer puede hesitar en formular su objeción al hecho de tener que recoger del piso la ropa interior de su marido, pero quizá sea ahí donde se manifieste la dificultad mayor. Al esposo que protesta contra la falta de afecto de su mujer puede hacersele expresar concretamente cómo desea ser recibido por ella a su regreso del trabajo. El terapeuta necesita buscar un comportamiento específico para poder idear una directiva que conduzca al cambio. *Deben evitarse las coaliciones persistentes.* Aunque el terapeuta apoye unas veces a la esposa y otras al marido, el arte de la terapia consiste en evitar la coalición permanente. La coalición con un cónyuge contra el otro debe formarse de un modo calculado y con un propósito específico. Si un hombre dice que no le permitirá trabajar a su esposa y el caso está a cargo de una terapeuta de sexo femenino, esta puede sentir deseos de salvar a la esposa de un hombre tan malvado; pero semejante enfoque fracasará. Asimismo, si un marido abandona una buena oportunidad profesional porque su esposa no quiere alejarse de su familia, el terapeuta varón no se pondrá automáticamente de parte de aquel creyendo que en este caso es preciso apoyarlo contra la esposa. El dilema del terapeuta, ya sea varón o mujer, es cómo evitar la intromisión de sus propios prejuicios en los cambios buscados por la pareja; siempre deberá hallar la forma de controlar su conducta para determinar si ha establecido una coalición encubierta. La presencia de un colega oculto tras una pantalla de visión unilateral constituye una ayuda, de ser posible.

Un medio para evitar las coaliciones consiste en recordar que un cónyuge puede atraparnos con su conducta seductora o provocativa y que las cuestiones que nos interesan no salen a relucir por casualidad, sino porque los esposos querrán probar a qué cosas le damos importancia. Tampoco debemos suponer que una situación es sencilla, sino que descontaremos la existencia de cuestiones más complejas: el marido que «no permitirá» que su mujer trabaje puede obrar así por razones desconocidas para el terapeuta (p. ej., que su «sposa haya dispuesto que diga eso).

Al ser un experto, el terapeuta supera en jerarquía a ambos cónyuges, de modo que si se coliga con uno contra el otro traspasa los límites generacionales y corre el riesgo de causar los mismos problemas que intenta cambiar. Por regla general, en caso de vernos atrapados en una coalición así lo mejor es entrevistar individualmente al cónyuge contra

el cual nos coligamos, pues siempre que vemos a una persona sola tendemos a aliarnos con ella contra los demás; por consiguiente, a la terapeuta de sexo femenino que apoye a la esposa contra el marido puede convenirle entrevistar a este en forma individual. Eso sí, se equilibrará la situación procurando no descuidar al otro cónyuge. Otra solución para estos casos es traer más gente a la sesión, como ser un colega ubicado tras la pantalla de visión unilateral o bien los hijos o progenitores de la pareja, ya que la presencia de un grupo más numeroso cambiará las pautas de la coalición.

En ciertas situaciones el terapeuta puede querer *desestabilizar* un matrimonio para producir el cambio (hay matrimonios estables pero desdichados) y una manera eficaz de lograrlo es unirse a cualquiera de los cónyuges contra el otro, limitándose a mantener esta posición. Sean cuales fueren las declaraciones de la pareja, se apoyará a uno de los esposos sosteniendo que el otro está equivocado, fingiendo que esta coalición habrá de ser permanente aunque se piense cambiarla más adelante. Este procedimiento, cuyo mejor cultor es quizá Minuchin, sacará a luz emociones y acción en **una** pareja estable. No obstante ello, exige mucha habilidad y

» experiencia, y no debe ser empleado con ligereza por el terapeuta común.

J *Deben evitarse los debates sobre la vida.* Algunos matrimonios querrán discutir con el terapeuta el significado de la vida; estas cosas deben tratarlas con otras personas. Cuando surjan cuestiones filosóficas se llevará a la pareja hacia temas más concretos. La misión de la terapia no es que los cónyuges persuadan al terapeuta de que cambie su ideología ni que este enseñe a aquellos lo que es la vida; consiste, más bien, en hacer que dos personas se traten mutuamente de un modo más fecundo.

Es una buena idea *evitar hablar del pasado*. Afirmar que en la terapia hay que centrarse más en el presente que en el pasado es ya una frase remanida, y sin embargo muchos terapeutas siguen enredándose de diversos modos en cuestiones pretéritas. El riesgo es mayor cuando el cliente es un matrimonio, pues las personas casadas son expertas en debatir asuntos del pasado. A menudo ven su situación actual como un producto de sucesos anteriores, pueden discutir sobre quién tenía razón entonces y terminar abrigando resentimientos contra su consorte sin haber resuelto nada; tal vez culpen luego al terapeuta por haberlos dejado refír. Por más que nos interese saber cómo han arribado a la situación presente, debemos abstenernos de investigarlo.

Por supuesto, hay ocasiones en que es correcto utilizar el pasado para motivar a una pareja en su situación actual (p. ej., hallando una época pasada en que se llevaban bien como prueba de que pueden congeniar); también puede re-currirse nuevamente a viejas formas de resolver problemas. No obstante, cuando hay cosas imperdonables en el pasado el terapeuta no debe explorarlo, sino que buscará alguna acción presente que permita perdonar para que la pareja pueda entrar en un período mejor. A veces, una tarea que constituye una ordalía para la pareja puede ayudarle a superar una experiencia amarga. Un «curador por la fe» portorriqueño puede resolver el problema de una esposa infiel dando los dos pasos que suelen emplear en este caso los terapeutas maritales tradicionales: 1) persuade a la pareja de que en realidad la esposa no ha cometido ninguna infidelidad: quien lo hizo fue el fantasma de otra mujer (otros terapeutas dirían quizá que la esposa no es responsable porque representó inconcientemente un papel); 2) envía a la pareja a un lugar remoto, a un árbol determinado, para que cumpla allí una ceremonia específica destinada a exorcisar al fantasma, prueba que suministra un ritual de cancelación del asunto y hace que ambos cónyuges pongan algo de sí para concluirlo (una prueba similar puede ser pagar la costosa terapia individual o matrimonial).

Aunque cierta exploración del pasado puede ser necesaria al entrevistar por primera vez a un matrimonio, al término de esa sesión el terapeuta deberá haberse desplazado al contexto presente. Para ello hay que perfeccionar varias formas de dejar de lado el pasado. «Empezar de nuevo» es una frase atractiva, y siempre conviene procurar que la pareja parta de un nuevo acuerdo comprometiéndose a intentar un cambio. En casos extremos, tal vez deba prohibírsele hablar de cuanto haya acaecido más de una semana atrás. Eso sí, se evitará discutir con la pareja si se debe o no echar por la borda el pasado; simplemente se pasará a hablar del presente y del futuro, cambiando de tema.

No debe creerse que los problemas son idénticos entre sí.

Es irreverente creer que el problema presentado por un matrimonio es igual al que experimenta el mismo terapeuta, aunque así lo parezca. Si una pareja nunca sale junta y el terapeuta tampoco sale con su cónyuge, ambos casos no constituyen un mismo problema. Así como un copo de nieve es distinto de los demás, del mismo modo las causas por las cuales dos esposos no salen juntos y las medidas a tomar al respecto difieren de las de cualquier otro matrimonio porque su ecología es distinta. —

El terapeuta joven no debe tratar de parecer más sabio de lo que es. A menudo el principiante es joven y soltero. Enfrentado con una pareja que lleva veinticinco años de matrimonio, puede sentirse tentado a actuar como si comprendiera tan bien como ellos esa etapa de la vida marital, cuando no es así. En vez de ello, procurará actuar desde una posición aceptable para la pareja mayor, diciéndole, por ejemplo: «Obviamente, ustedes saben más que yo sobre la vida conyugal, puesto que llevan muchos años de casados, y por cierto saben más que yo sobre su propio matrimonio; pero viendo las cosas de afuera puedo ofrecerles una opinión objetiva sobre algunos de sus problemas». *No deben dejarse objetivos sin formular.* La formulación de objetivos suele ser más difícil en los casos matrimoniales que en los restantes. Sin embargo, de las negociaciones con la pareja deben surgir objetivos, porque el terapeuta sin meta corre el riesgo de perder el rumbo.

No se obligará a la pareja a formular explícitamente lo que desea el uno del otro. A causa de ciertas ideas desdichadas en torno a «trabajar sobre un problema» o a «aclarar la comunicación», algunos principiantes tienden a pedirle a la pareja que declare todo abiertamente. Este enfoque es una forma anormal de comunicación. Decirle a una esposa: «Pídale a su marido lo que usted desea», puede equivaler a demandarle que se conduzca de un modo que preferiría evitar; tal vez le parezca que no es propio de una esposa pedir las cosas en forma directa, o que su esposo se avergonzará si no puede satisfacer su pedido. A veces conviene más requerir un estilo más indirecto, diciéndole, por ejemplo, a la esposa: «Quiero que le pida a su marido lo que usted desea, pero en forma tal que le lleve un tiempo comprender lo que pretende de él».

Deberá evitarse que cristalicen las luchas por el poder. Interpretar el problema marital como una lucha por el control puede servir para una investigación, pero no es la mejor perspectiva para fines clínicos. En vez de pensar en una lucha por el poder, deberíamos buscar el modo de aclarar las dificultades. Supongamos que una esposa se queja de que su marido pasa demasiado tiempo en su trabajo y no le dedica suficientes horas al hogar; el esposo puede aducir que él es quien decide sobre las necesidades de su trabajo. Si se interpreta el problema como una lucha por el control se restringe la variedad de opciones visibles: por ejemplo, puede pasarse por alto la posibilidad de que la esposa quiera participar más en las ocupaciones de su marido. Conversando sobre el control de poder como un modo de aclarar las

cosas se corre el riesgo de cristalizar a tal punto la cuestión que se dificulta el cambio. Subrayando el elemento «poder» puede reducirse todo a la disyuntiva de que triunfe uno u otro cónyuge, bloqueando otras alternativas. *La pluralidad de terapeutas puede dificultar el cambio.* Un terapeuta puede tener más éxito que dos en el tratamiento del cliente, y sale más barato. Por lo general, la coterapia se establece en beneficio de los terapeutas inseguros y no del caso en sí. La combinación de terapia de pareja e individual suele ser desaconsejable y genera una situación con-flictiva; nos referimos a la pareja que pide terapia de pareja hallándose uno de los cónyuges bajo tratamiento individual con otro experto. Veamos un ejemplo: Un esposo se está tratando individualmente, y su terapeuta, que advierte que no hay mejoría pero no quiere abandonar al paciente, le sugiere que inicie también una terapia de pareja en la esperanza de que así se obtendrá algún cambio. El terapeuta marital comienza su labor en desventaja. El marido le cuenta a su terapeuta individual lo que ocurre en las sesiones maritales, con lo cual lo reanima; pero la esposa sólo tiene al terapeuta marital, o sea que le falta alguien que esté exclusivamente de su parte con quien comentar su situación. Por lo común, en algún momento pide insistentemente una terapia individual para ella, y entonces la pareja abandona la terapia marital o bien cada cónyuge tiene un aliado fuera de ella. Esta coalición dificulta aún más el cambio dentro del matrimonio. Por eso es mejor no combinar las dos terapias y sugerir que mientras dure la marital la pareja se someta únicamente a ella; esto deberá hacerse aun a riesgo de contrariar al terapeuta que remitió el caso y que quiere retener a su paciente.

Por último, *no se permitirá adoptar posiciones irreversibles.* Aunque a veces quizá sea preciso provocar una situación irreversible, en la mayoría de los casos es importantísimo evitar que uno u otro cónyuge establezca una posición que no pueda modificar. La terapia no debe permitir la libre expresión de la pareja, sino sólo aquella que logre un propósito. Si el marido comienza a decir algo que a todas luces lo hará quedar como un tonto o lo obligará a defender una posición insostenible, el terapeuta intervendrá para evitarlo. Si la esposa va a expresar algo de lo cual no podrá desdecirse, el terapeuta la desviará del tema. El objetivo debe ser dejar lugar para el cambio, la negociación y las alternativas flexibles en la vida de la pareja. En resumen, el terapeuta marital encarará los problemas seriamente, se centrará en cuestiones específicas, formará coa-

liciones deliberadas para inclinar la balanza, no permitirá la libre expresión de ideas que puedan causar un daño irremediable, formulará objetivos, no demandará invariablemente a las parejas que expongan sus problemas de manera explícita y —esto es lo más importante— no presumirá que todos los problemas o parejas son idénticos.

«ft

;

7. Dificultades en la formación de terapeutas

Hasta hace poco tiempo, un terapeuta podía egresar de un curso de formación clínica y ser tenido por profesional idóneo aunque ninguno de quienes dictaban el curso lo hubiera visto practicar terapia o siquiera dirigir una entrevista. También podía ocurrir que el estudiante o terapeuta en formación no presenciara nunca una práctica para ver cómo se hacía, y lo que es más curioso, nunca se examinaba su éxito o fracaso en los casos que trataba, porque el programa no incluía la investigación de los resultados de la terapia. Teniendo en cuenta esta falta de observación de sus trabajos y resultados, tal vez no nos sorprenda que el terapeuta común no sea considerado muy hábil y experto en los estudios de evaluación de terapia.

La formación clínica está cambiando con la introducción de los consultorios provistos de pantalla de visión unilateral y equipos de videocinta. Hoy día abundan los programas centrados en enseñar la técnica de la entrevista y en examinar los resultados terapéuticos; empero, la formación de terapeutas sólo cambia cuando se modifican las teorías en que se basa la práctica terapéutica, y no mediante progresos técnicos. Se dispone de la cinta magnetofónica y las pantallas de visión unilateral desde la década de 1950; sin embargo, muchos programas clínicos continúan inmutables, como si esto no hubiese insinuado la necesidad de la observación. Más aún, pese a haberse introducido un enfoque totalmente nuevo, como el de la terapia familiar, se siguen formando terapeutas al modo tradicional.

A medida que cambian los programas de formación clínica se advierte que una teoría terapéutica y una teoría didáctica son con frecuencia sinónimos. Si el que dicta el curso cree que el *insight* provoca el cambio terapéutico, formará al futuro terapeuta enseñándole a practicarlo consigo mismo y con sus propios problemas. Si cree que el cambio se debe a un aumento de los refuerzos positivos, enseñará los procedimientos de refuerzo positivo. Aquí presentaremos algunos paralelos entre las premisas terapéuticas y las didácticas encarándolos como problemas corrientes en la formación clínica.

Todo programa de enseñanza de terapia debe optar entre varias alternativas sobre qué *es* la terapia y cómo debe practicarse; a veces estas alternativas no existen porque no se han revisado los procedimientos tradicionales o porque el medio en que se lleva a cabo el aprendizaje determina la formación. Por ejemplo, a los psicólogos les es difícil aprender la terapia de orientación familiar si sólo tienen como clientes a estudiantes universitarios, pues en tal caso reciben su formación en universidades apartadas de las ciudades. Del mismo modo, los psiquiatras residentes en hospitales de salud mental quizás aprendan poco sobre terapia si se los encasilla "en un sistema de medicación y custodia, porque funcionan como agentes de control social.

Dentro de las limitaciones impuestas por el medio, el plantel que imparte un programa clínico didáctico funciona de acuerdo con premisas básicas sobre la naturaleza de la terapia. Aquí las presentaremos como dos extremos opuestos denominados Orientación A y Orientación Z. Por supuesto, sabemos que entre quienes dictan cursos de terapia hay muchos que tratan de ser liberales y eclécticos, fluctuando entre ambos extremos,

Cambio espontáneo versus cambio planificado

1

i
"

En la Orientación A la responsabilidad por el cambio terapéutico descansa en el paciente. No es responsabilidad del terapeuta producir el cambio, sino ayudar a la gente a cambiar por sí sola; él es un reflector, consultor o asesor pero no un instaurador del cambio. En este enfoque el terapeuta suele ayudar al individuo a comprenderse a sí mismo y a entender su situación; lo que ocurra después es cosa del cliente. Si falla la terapia, la responsabilidad del fracaso recae en el cliente y sólo parcialmente, a lo sumo, en el terapeuta. En el extremo opuesto, la Orientación Z atribuye toda la responsabilidad del cambio al terapeuta. Se espera que este planee una estrategia de cambio que logre aquello que el paciente está pagando por obtener; si no hay cambio, suyo será el fracaso, pues no está permitido culpar al cliente. Aunque estas premisas opuestas constituyen orientaciones generales respecto de la terapia, se manifiestan como base operacional en una sola entrevista. En la Orientación A es imposible prever qué sucederá entre terapeuta y paciente en la próxima sesión; es un *happening* y no puede planificarse.

por cuanto el terapeuta debe esperar a ver qué propone el cliente: a él le toca responder y debe aguardar, para comentar o interpretar, lo que le ofrece la iniciativa del cliente. En la Orientación Z, se espera que el terapeuta prepare un plan estratégico que tenga en cuenta lo que habrá de ocurrir en la próxima entrevista; él inicia la acción (p. ej., le compete suministrar un programa de refuerzo o impartir una directiva al cliente).

En los programas clínicos didácticos de Orientación A, el que dicta o supervisa el curso actúa como asesor o consultor del terapeuta. No es responsable de su éxito o fracaso; puede intervenir si un caso marcha desastrosamente mal, pero por lo general no se considera culpable de los fracasos; cuanto sucede entre él y el estudiante es espontáneo y no planificado: debe esperar a ver qué le trae este, y la responsabilidad por un fracaso no recae sobre él sino sobre el terapeuta en formación. El supervisor cumple con su deber con sólo enseñarle al estudiante a comprenderse a sí mismo y a entender la dinámica del caso.

En la Orientación Z el supervisor es responsable de la marcha del caso y se espera que lo planee en colaboración con el terapeuta. Allí donde se practica la supervisión «en vivo», el que dicta el curso mira trabajar al estudiante ubicado tras una pantalla de visión unilateral, de ser necesario se comunica con él por teléfono y lo orienta durante la entrevista, o lo hace salir del consultorio para discutir lo que está pasando. En esta orientación la falta de cambio se considera una falla del supervisor. Su tarea no se limita a proteger al cliente de un terapeuta novel, sino que también debe ayudar a este último cuando tiene dificultades: si un cliente se conduce hacia él de manera irritante impidiendo el cambio, el supervisor deberá hallar un modo de ayudarlo a resolver esta dificultad. Así como se espera que el terapeuta descubra la forma de cambiar al cliente con problemas en su vida, se espera que el supervisor vea el modo de cambiar al estudiante si su terapia anda mal.

Orientación hacia el desarrollo personal versus orientación hacia el problema

Podemos decir que el objeto de la terapia es producir la expansión vital de un ser humano o solucionar problemas específicos. La Orientación A está basada en la premisa de que la terapia tiene por objeto ayudar a la gente a desarrollar su personalidad, de modo que el terapeuta cumple una tarea

esencialmente educativa, deseoso de procurar el enriquecimiento de la vida ajena. Si una familia le presenta el problema de un niño incendiario, su meta será desarrollar al niño o a la familia; los incendios provocados son «sólo un síntoma».

En la Orientación Z, opuesta a la anterior, el terapeuta se dedica a resolver problemas, debiendo aclarar los que le presenten los clientes y hacer que estos los superen. Si le presentan el problema de un niño incendiario, su objetivo será lograr que no provoque más incendios, para lo cual puede disponer cambios de organización que permitan el desarrollo y expansión del niño y sus progenitores, pero centrandose siempre la atención en el síntoma.

Estas dos orientaciones generan acciones terapéuticas diferentes. La Orientación A tiende a pasar por alto los problemas sintomáticos centrándose en los antecedentes generales del cliente; no emplea directivas para producir el cambio, sino que recurre a un enfoque interpretativo o experiencial. Frecuentemente el terapeuta intenta persuadir a los clientes de que en realidad desean solucionar un problema distinto del que formulan; por ejemplo, puede influir sobre unos padres que presentan un niño problema para que vean al

J matrimonio como «verdadero» problema, o decir que un
I niño es «usado como chivo emisario» y considerarse obligado
? a señalar que hay otros niños problema para liberarlo de ese
rol. Por el contrario, la Orientación Z acepta como problema el planteado por el cliente y se centra en él. Si le
í formulan un síntoma, el terapeuta manipula el cambio a través de él; si le presentan un niño problema, acepta la descripción y sólo más adelante pasará a considerar quizá los
, problemas de otros niños o de la pareja. Formar un terapeuta es dotarlo de una rica vida filosófica y ayudarlo a desarrollarse como individuo, o bien enseñarle técnicas específicas; ambas concepciones son válidas. La Orientación A tiende a ayudar al joven terapeuta a desarrollar y expandir su personalidad; en vez de enseñarle las técnicas de la entrevista, se lo alienta a someterse él mismo a terapia, para descubrir la mente humana a través de su propia experiencia. Se supone que el programa clínico y su terapia personal le ayudarán a convertirse en un individuo maduro y desarrollado, y también en un terapeuta experto. En el otro extremo, la Orientación Z considera que un terapeuta se desarrolla al lograr éxito en su trabajo y que la primera tarea es darle la formación necesaria para que trabaje bien; esta orientación se centra en ayudarlo a resolver los problemas que se le presenten en la terapia y no a enriquecer su vida personal.

Digamos, para ejemplificar, que si durante un tratamiento el terapeuta tiene dificultades con una figura de autoridad (v. gr., un abuelo) los dos programas didácticos encararán la cuestión de manera distinta. En la Orientación A, lo estimularán a comprender sus sentimientos respecto de las figuras de autoridad y a resolver ese problema personal; en la Orientación Z, se esperará que el programa didáctico le enseñe formas específicas de tratar a los abuelos. Para decirlo de otro modo, según la Orientación A el cliente debería recibir complacido la terapia porque esta le hace bien a la gente y la incorpora a una élite especial que ha tenido una experiencia única. Según la Orientación Z, la terapia está destinada a personas con trastornos que desean volver a la normalidad.

Comprensión versus acción como causa del cambio

La Orientación A incluye a aquellos terapeutas para quienes la gente debería tener más conciencia de sí misma. Creen que si un cliente comprende lo que está haciendo y por qué, no lo hará más; de ahí que la tarea del terapeuta sea ayudar al individuo a comprenderse a sí mismo a través del conocimiento y la experiencia. El enfoque puede ser levantar la valla de la represión convirtiendo lo inconsciente en consciente dentro del marco de la transferencia, o bien formular interpretaciones acerca de la comunicación para ayudar a la gente a comprender cómo se tratan los unos a los otros. A veces entra en este enfoque la noción de que una persona cambiará si expresa sus emociones, haciéndose hincapié en la manifestación sincera y franca de los «verdaderos» sentimientos. Las deliberaciones sobre un caso tienden a centrarse en la dinámica individual, incluyendo la historia pretérita que condujo al problema; si predomina una orientación hacia la familia, tienden a centrarse en el proceso y dinámica de la interacción. En la reunión se discutirán los modos de interacción verbal y no verbal de los miembros de la familia, sin ocuparse especialmente de la manera en que se puede producir el cambio.

En la Orientación Z se supone que ni la comprensión ni la manifestación de las emociones causan el cambio, razón por la cual la terapia no implicará ninguna interpretación o descubrimiento. En vez de esto, el terapeuta debe programar una estrategia e idear directivas que demanden una conducta nueva; estas últimas pueden ser tipos de programas de comportamiento individual o directivas para una familia. En la

reunión se hablará muy poco de dinámica y mucho de lo **que** se hará (y cómo) en la terapia.

Según la Orientación Z, un problema o síntoma no se resuelve mediante su simple discusión; de ahí que tanto la terapia como su enseñanza subrayen la necesidad de introducir el problema en el consultorio. Si un niño tiene berrinches y se golpea la cabeza, no es probable que una simple discusión de su comportamiento conduzca a un cambio; lo que se necesita es acción: el niño debe golpearse la cabeza dentro del consultorio. Si el problema de una pareja son sus reyertas, deben reñir en el consultorio. Claro está que algunos problemas no pueden traerse al consultorio, pero siempre que sea posible se «representarán» en él. El énfasis puesto en la toma de conciencia de sí mismo y la experiencia individual hace que los terapeutas de Orientación A estén deseosos de reunir a los clientes en sesiones de «terapia grupal». Como lo que interesa es cambiar a los individuos, no importa que interactúen con extraños o con una familia «simulada». Los que así piensan también suelen reunir a varias familias suponiendo, por lo común, que sus miembros aprenderán unos de otros y que cambiarán al modificarse su comprensión de la propia familia. En la Orientación Z lo que debe cambiar es la conducta dentro de un grupo natural, porque el terapeuta está tratando de modificar secuencias reiteradas de hechos que involucran a varias personas que conviven habitualmente. Un hombre puede comprender de qué modo se relaciona con las mujeres de un grupo de terapia, pero eso no significa que vaya a cambiar su relación conyugal; para que esto ocurra debe entrevistárselo junto con su esposa y no con otras mujeres. Digamos, por último, que el énfasis puesto en la comprensión suele impulsar a los terapeutas de Orientación A a ayudar a sus clientes para que adviertan el trato que les dan. «¿Ha notado que me está resistiendo como si yo fuera una figura de autoridad?», pregunta el terapeuta en rol de figura de autoridad; o bien comenta: «Me irrita la manera en que usted se está comportando». Se supone que si el cliente sabe cómo está tratando al terapeuta nunca más se portará así. Para la Orientación Z, los sentimientos del terapeuta son de su propia incumbencia y no tiene por qué señalarlos a los clientes con la esperanza de que así cesarán en su conducta actual; también supone que si los clientes se le resisten, el terapeuta no debe comentarlo pero sí modificar su propia conducta.

La formación impartida dentro de estos dos enfoques tiende a reflejar las orientaciones básicas. El primero considera que

el terapeuta aprende a través de la autocomprensión y que, por consiguiente, la supervisión consiste en conversar con él sobre cómo se ha comportado durante un caso. El segundo supone que los problemas del terapeuta en formación deben aparecer actuados ante el supervisor.

Dentro de la Orientación A, se cree a veces que si un terapeuta comprende su propia relación personal con los pacientes será un profesional competente. Quien dicta el curso tiende a que los estudiantes tomen conciencia de sus prejuicios y cambien su manera de pensar; si se liberan de sus propias neurosis y comprenden plenamente su involucración con su propia familia serán buenos terapeutas. Por eso se los convence para que se sometan a terapia personal o a experiencias en grupos de encuentro. En la formación del terapeuta está presente la premisa de que, puesto que se espera que el paciente confiese todas sus intimidades, lo mismo debe exigírsele al experto. En los programas didácticos de terapia familiar de Orientación A, puede pedírsele al estudiante que se someta a ejercicios familiares simulados revelando sus ideas y sentimientos hacia su propia familia, e incluso que tome contacto real con todos sus parientes, a fin de activar su familia extensa y ayudarle a comprender su involucración con sus parientes más lejanos.

La Orientación Z no presume que el terapeuta gane en eficacia comprendiéndose a sí mismo o expresando libremente sus emociones; según ella, sólo progresará en su profesión haciendo terapia supervisada y puliendo sus técnicas. En vez de ayudarle a comprender sus sentimientos o su relación de transferencia con un caso, quien lo instruya le ofrecerá medios activos para resolver las dificultades que presente el caso, enseñándole de qué manera utilizarse a sí mismo como instrumento generador del cambio. Se descuenta que el estudiante cambiará actuando, no reflexionando sobre sí mismo. No se espera que las familias tratadas bajo este enfoque lo confiesen todo, ni tampoco el terapeuta en formación. Aquí no se realizan ejercicios de grupo donde los estudiantes tengan experiencias colectivas o modelen plásticamente * sus propios problemas familiares, pues esto los distraería del verdadero tema, que es cómo cambiar una familia.¹

* *Sculpting*, técnica de juego de roles que se asemeja al «juego de las estatuas»: se pide a un miembro del grupo que coloque al resto en las posiciones, actitudes, etc., que mejor representen a los distintos miembros de su familia. [N. de la T.]

¹ Actualmente se está preparando una «declaración de derechos» de los terapeutas en formación. Una de sus cláusulas especifica que ningún docente podrá investigar la vida privada de un estudiante de terapia, por benevolente que sea su actitud, a menos que: 1) pueda

Informe del paciente versus observación

El terapeuta de Orientación A tiende a considerar que las ideas y fantasías de un individuo son más relevantes para la terapia que su situación en la vida real, por lo cual rara vez cree necesario citar a sus parientes íntimos para observarlos, aceptando como datos correctos los suministrados por el paciente. Si entrevista a toda la familia, no estimula la interacción entre sus miembros, sino que interroga a cada uno sobre lo que sucede en el núcleo familiar y escucha su respuesta.

En la Orientación Z hay serias dudas sobre la confiabilidad del informe que proporciona el individuo, y el principal objeto de interés es el suceso real, más que las ideas que aquel pueda tener al respecto. La diferencia entre observación e informe individual se descubrió hace algunos años, cuando los terapeutas comenzaron a trabajar con familias enteras, pues se notaron fuertes discrepancias entre lo que el individuo decía de su matrimonio o familia y lo que mostraba la observación directa. En caso de citarse a la familia íntegra, se les pide a sus miembros que se traten unos a otros para que el terapeuta pueda ver cómo lo hacen, en vez de escuchar sus descripciones.

La diferencia entre estas orientaciones opuestas, manifestada en la formación del terapeuta, se centra en los datos con que trabaja el supervisor. Dentro de la Orientación A, el supervisor tiende a aceptar el informe del terapeuta; este toma notas y se las presenta a aquel, quien procura conjeturar lo sucedido sobre esa base. Como carece de todo otro dato observable, el supervisor se inclina, naturalmente, a discutir las ideas y fantasías del terapeuta referentes al caso. En la Orientación Z, el supervisor observa el trabajo del terapeuta con la familia ya sea «en vivo» (a través de una pantalla de visión unilateral), en videocinta o en cinta magnetofónica. No cree que el terapeuta pueda describirle con exactitud lo ocurrido, así como un cliente no puede describir con exactitud lo que sucede en su familia; quiere tener frente a él lo actuado para observarlo. Cuando los supervisores aprendieron que había una gran diferencia entre lo que el estudiante decía sobre una sesión y lo que podía observarse de ella, la formación de terapeutas comenzó a centrarse en lo que pasa realmente en la entrevista en las técnicas pertinentes. Del mismo modo que la terapia, el programa didáctico

justificar que esta información es pertinente para la tarea terapéutica inmediata; 2) pueda especificar de qué manera esta investigación cambiará la conducta del terapeuta en la forma deseada.

se ocupa de la jerarquía y la organización, no de las fantasías de los estudiantes²

Los procedimientos conducen a la teoría

Aunque algunos piensan que primero se crea una teoría y después se elaboran los procedimientos para ponerla en práctica, puede ocurrir todo lo contrario: que se desarrollen procedimientos y después se creen teorías para explicarlas racionalmente; también es posible que un procedimiento nuevo conduzca a una teoría nueva, pero se retrase la formación de la gente que la practica, pues la enseñanza se basa en la teoría antigua en tanto que los procedimientos sugieren otra nueva. En el campo clínico hay paralelos evidentes entre una teoría del cambio y una teoría de la formación, pero pueden desarrollarse nuevas teorías del cambio mientras continúan vigentes los métodos de formación tradicionales. Al parecer, no existe ni un solo trabajo de investigación que demuestre que el terapeuta que se haya sometido personalmente a terapia o que comprenda su relación con su propia familia logre mejores resultados en sus tratamientos. Sin embargo, esta premisa sigue siendo el núcleo de algunos métodos de formación clínica. Hasta hay quienes, al dictar cursos de terapia familiar, continúan colocando el acento en la personalidad y los problemas personales del terapeuta, pero no hacen lo propio con la personalidad y los problemas personales del miembro de una familia sometida a terapia. Algunos terapeutas familiares se han limitado a pasar de un método que tenía como foco el examen individual de los problemas del terapeuta a otro que tiene como foco el examen

²Aunque la observación por un supervisor de la terapia practicada por un estudiante parezca un método moderno, se trata de un procedimiento antiguo. En el siglo pasado, los terapeutas que solían emplear la hipnosis la aprendían de alguien que los miraba trabajar. Se habría considerado absurdo que un hipnotizador pudiera aprender su arte mediante lecturas, sin haber visto jamás una sesión de hipnosis, y se lanzara a hipnotizar a una persona, solo con ella en una habitación, para luego volver a comentarle la experiencia a su maestro. Al abandonarse la hipnosis, la formación de terapeutas quedó a cargo de personas que, al parecer, creían que la práctica de la terapia no exigía tanta pericia como la de la hipnosis: el estudiante podía aprenderla sin observar ninguna sesión ni ser guiado por ningún observador. Cuando Freud desechó la hipnosis también hizo a un lado la correspondiente preparación en la técnica interpersonal, ofreciendo como pobre sustituto un análisis didáctico en el cual el estudiante podía observar, de manera nada **imparcial, el trabajo de un analista** en un caso determinado.

grupal de dichos problemas. Se reúne a los estudiantes y se les pide que simulen familias no sólo como aprendizaje de las relaciones familiares sino también como un medio para comprenderse mejor a sí mismos. Se utilizan las técnicas de encuentro y de modelación plástica de la familia, y en algunos casos el proceso didáctico se reduce a estas experiencias grupales, sin que el estudiante tenga jamás una práctica de terapia supervisada. Quizás este énfasis se deba a un retraso cultural: muchos de los que dictan cursos de terapia familiar han recibido terapia individual como parte de su formación y arrastran estas ideas a su propia labor formativa de terapeutas familiares. Otros organizan «laboratorios» breves donde es imposible supervisar una verdadera terapia. Algunos de los que practican la terapia condicionante parecen formar a los estudiantes sobre la base de la teoría del condicionamiento, en tanto otros no. Los supervisores cuya teoría del cambio esté fundada en los refuerzos positivos sistemáticos los emplearán con los estudiantes, pero los terapeutas que utilizan la terapia aversiva con los pacientes no parecen valerse de refuerzos aversivos con sus discípulos. El terapeuta en formación que aplica incorrectamente un electrochoque a un cliente no es sometido a un electrochoque similar para perfeccionar su técnica.

En busca de congruencia

Debería existir la posibilidad de formar a un terapeuta dentro de un marco teórico congruente con el enfoque terapéutico. Aquí esbozaremos un programa didáctico basado en una teoría muy similar a la Orientación Z del sistema de premisas descrito anteriormente. La tarea es enseñar terapia como una especialidad.³

³ Si bien ya hemos indicado la procedencia de muchas de las ideas expuestas en este libro, aquí debemos subrayar especialmente que el enfoque didáctico descrito fue desarrollado en el Instituto de Asesoramiento Psicológico Familiar de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia. Numerosas ideas sobre la enseñanza fueron fruto del trabajo conjunto de profesores y estudiantes de dicho Instituto; cuando se enseña a un grupo durante más de dos años, a razón de cuarenta horas semanales, se aprende mucho de él. La dirección administrativa del claustro de profesores estuvo a cargo de Jerome Ford y posteriormente de Rae Weiner (ambos fallecidos), sucediéndoles más tarde Marianne Walters; entre el cuerpo docente se contaban Braulio Montalvo, Cloé Madanes, Lydia Linan-Gervacio y Mariano Barragán. El director de la Clínica, Salvador Minuchin, no sólo ayudó a elaborar los conceptos didácticos; también hizo administrativamente posible la aplicación de un programa polémico.

Selección de estudiantes

Si se practica una terapia que acentúa los problemas del mundo real, lo mejor es elegir estudiantes con experiencia en ese mundo. Las personas maduras, casadas y con hijos serán más fáciles de preparar que los jóvenes que recién inician su noviazgo.

Además de un mínimo de inteligencia, el estudiante debe poseer una gran versatilidad de conducta que le permita adaptarse a una vasta gama de enfoques terapéuticos. Un terapeuta debe ser autoritario, travieso, galante, grave y sombrío, desvalido, etc. El estudiante que carezca de habilidad y práctica en diversas clases de comportamiento social resultará más difícil de formar que el poseedor de una vasta experiencia.

Uno de los requisitos primordiales en la formación de terapeutas, y el más difícil de cumplir, es aislar al estudiante de otros profesores de terapia mientras esté en su etapa formativa. Si asiste a un programa didáctico que le deja tiempo libre y simultáneamente está en contacto con otros profesores, recibirá ideas contradictorias sobre la práctica terapéutica y habrá menos probabilidades de que su aprendizaje sea fácil y exitoso. Cuando sufre la influencia de otros terapeutas, el estudiante selecciona sus conocimientos en función de lo que ellos le dicen, y puede desembocar en un eclecticismo donde todo o nada le parecerá cierto. A veces es un peón en la partida de ajedrez ideológica en la que compiten las distintas escuelas de terapia, malgastando su tiempo en querellas ajenas a él.⁴

Aprender con la práctica

La clase de terapia que aquí destacamos no puede aprenderse leyendo textos, escuchando disertaciones o haciendo debates; ni siquiera puede aprenderse observando el trabajo de otros, si bien esta observación resulta valiosa en algunos momentos del aprendizaje. La terapia es un tipo de encuentro personal que sólo puede aprenderse practicándolo; el

⁴ Lo mismo sucede en la terapia: en vez de involucrar a varios terapeutas en el tratamiento de una misma familia, ya sea como co-terapeutas o practicando terapia individual con diferentes miembros de ella, es mejor recurrir a un solo terapeuta. Este enfoque evita que el cliente se vea atrapado en un conflicto entre terapeutas, del mismo modo que evitamos atrapar al estudiante en una disputa entre escuelas.

resto de la actividad didáctica es periférica, cuando no carece de propósito. Lo ideal es aprender la terapia practicándola bajo la guía simultánea de un supervisor. De acuerdo con este enfoque, la formación del terapeuta comienza cuando el estudiante entra en el consultorio con un cliente o, preferiblemente, con este y su familia. La única ayuda con que cuenta hasta aquí son algunas entrevistas de práctica a familias simuladas, hechas para aprender a conducir una primera sesión. Puede practicar saludando a la gente, inquiriendo sobre sus problemas, haciéndolos dialogar entre sí en el caso de una entrevista familiar y definiendo con exactitud el problema y los objetivos de la terapia. Asimismo, debe practicar cualquier técnica especial antes de utilizarla. La práctica no sólo ayuda al principiante a saber qué debe hacer y cómo; también protege al cliente de un novato completamente inexperto.

Compartir el aprendizaje

La formación menos costosa es la colectiva. En la supervisión tradicional de persona a persona sólo un estudiante aprovechaba la sapiencia del supervisor. Enseñando en forma conjunta a un grupo de ocho estudiantes se obtienen múltiples beneficios.

Ante todo, la observación colectiva a través de una pantalla de visión unilateral multiplica el número de clientes vistos: si cada estudiante ha atendido cuatro casos, el grupo en su conjunto habrá atendido treinta y dos. Esto permite exponerlos rápidamente a una amplia gama de problemas. La orientación que el supervisor brinda al estudiante que trata un caso es observada y recibida por todo el grupo. El supervisor también puede observar al estudiante a través de una pantalla de visión unilateral acompañado del resto del grupo, explicándoles y guiándolos a medida que avanza la sesión.

Cuando el grupo comparte el estudio de un caso, se genera una mayor multiplicidad de ideas sobre el procedimiento a seguir. Cada estudiante puede aportar la suya al plan estratégico, de modo que el terapeuta en formación no sólo recibirá ideas de su supervisor sino también de sus pares. El grupo brinda una base de apoyo cuando un estudiante en particular se encuentra ante un caso difícil. No obstante ello, este apoyo sólo será de utilidad si el supervisor maneja al grupo de un modo compatible con la terapia que se imparte. El espíritu del grupo no decaerá si se prohíben las

interpretaciones psiquiátricas mutuas o las que suelen hacerse en la terapia de grupo, evitando así toda insinuación sobre los asuntos personales de los estudiantes. Lo mejor es establecer la regla de que nadie podrá criticar el trabajo de otro a menos que pueda ofrecer una alternativa positiva, con lo cual se impiden los comentarios destructivos hechos para impresionar a la persona que dicta el curso.

Mostrar y explicar

El objeto de este enfoque no es producir terapeutas teóricos sino prácticos. Es de esperar que al cabo de su formación el estudiante haya desarrollado una ideología clara, pero la finalidad de la enseñanza es capacitarlo para brindar una terapia eficaz. Los exámenes, si los hubiere, deben ser sesiones de terapia y no debates sobre ella. No obstante el énfasis puesto en la acción, es preciso que el terapeuta reflexione en lo que está haciendo y pueda explicarlo a otros. Para ello, conviene que los estudiantes presenten videocintas de sus trabajos, primero ante sus compañeros y luego ante gente extraña al curso. Al tener que guiar a un grupo a lo largo de una entrevista, explicando lo hecho y su porqué, el estudiante aprende a pensar en términos tácticos y a ser claro con respecto a su trabajo. Más adelante, una vez que haya aprendido las técnicas terapéuticas, quizá corresponda realizar seminarios de lectura para que el estudiante pueda encuadrar sus actos dentro de un modelo de terapia más amplio. En esta orientación la teoría se desarrolla a partir de la acción, y no esta a partir de aquella, de modo que las lecturas teóricas se efectúan *después* que el estudiante ha practicado terapia y tiene una idea de lo que necesita saber.

Motivación de los estudiantes

La terapia adquiere óptima eficacia cuando los clientes se interesan y participan en ella, y lo mismo ocurre con la formación clínica. Si a los estudiantes se les adjudica un cliente dentro de los quince días de iniciado el curso, se mostrarán ávidos de aprender al embargarlos la incertidumbre sobre qué hacer. Del mismo modo, si recién se les instruye sobre un problema cuando este se presenta en terapia mostrarán interés por él porque estarán tratándolo. Si las clases teóricas y los seminarios de lectura sobre diferentes tipos de

anormalidades se realizaran en primer término, los estudiantes aprenderían esos temas como un deber y, de encontrarse más adelante ante una anormalidad determinada, al practicar la terapia tendrán que recordar lo oído o leído sobre ella durante su formación. Empero, si primero se pone al estudiante frente a un problema (p. ej., un niño retraído) en práctica de terapia, en ese momento tendrá la máxima receptividad para aprender sobre ese tema. Integrando al estudiante en un grupo cada uno de cuyos miembros se aboca a nuevos problemas, observados por todos sus compañeros, se estimula al grupo íntegro a aprender sobre esos problemas porque están enfrentándolos. En esta enseñanza se maximiza la motivación del estudiante, en contraposición con el método tradicional. Tomar un problema surgido en la terapia y generalizar a partir de él es muy distinto que generalizar primero y después colocar al estudiante frente al problema. También en terapia lo mejor es tratar un problema cuando este surge y generalizar a partir de él, en vez de generalizar primero con la esperanza de que más adelante el cliente, cuando surja ese problema, recuerde las ideas formuladas.

Cómo indicarle a alguien lo que debe hacer

La terapia de acción incluye la formulación de indicaciones a los clientes sobre lo que deben hacer dentro o fuera del consultorio. Al clínico que ha recibido solamente una formación de tipo tradicional, carente de directivas, no se le ha explicado cómo impartirlas; una vez egresado sólo puede reflexionar, interpretar o dar consejo con la misma habilidad y pericia que un lego. Las técnicas de directivas no figuran en el programa didáctico y aun se las objetiva, de modo que el terapeuta así formado las imparte mal y a regañadientes, diciéndole, por ejemplo, a un cliente: «Me pregunto si usted ha considerado la posibilidad de pensar quizás, en determinadas circunstancias, en hablarle a su esposa de otra manera». Sólo bajo la premisa de que debe responsabilizarse por el cambio puede un terapeuta decirle a alguien: «Quiero que haga esto», e impartir directivas vagas y confusas únicamente con fines tácticos.

Un programa didáctico de terapia directiva debe incluir la enseñanza de cómo motivar a alguien a hacer lo que se le dice, impartir las directivas, comprobar si han sido comprendidas, prever la renuencia a cumplirlas y verificar su ejecución. También incluirá la práctica pertinente, utilizándose situaciones simuladas para desarrollar técnicas de formula-

ción de consignas. El estudiante debe aprender a impartir órdenes directas así como sutiles, indirectas y metafóricas. Una de las mejores formas de ejercitarlo en el hábil empleo de las directivas es enseñarle la técnica de la hipnosis. Un aspecto esencial de la formulación de directivas es aprender cuáles deben impartirse. Se le enseñará al estudiante a pensar en términos estratégicos, a adquirir pericia en el diagnóstico de una estructura y una secuencia, y deberá ser capaz de idear una directiva que produzca el cambio que él desea.

Adecuación de los problemas terapéuticos a los tipos de estudiantes

La terapia debe orientarse hacia los problemas, más que hacia un método. El experto debe variar su acción de acuerdo con cada problema, e igualmente la formación de terapeutas variará de acuerdo con las necesidades de cada estudiante. Observando a un estudiante, el supervisor puede detectar sus fallas y seleccionar a los futuros clientes de modo que pueda superarlos. A aquel que parece progresar notoriamente cuando tiene éxito se le presentará una serie de casos con altas probabilidades de resolución satisfactoria, y recién después se le someterán otros más difíciles; los que progresan más cuando se topan con dificultades deben comenzar con casos arduos. El programa didáctico hará que el estudiante enfrente durante su formación toda la gama de problemas que hallará en el ejercicio de su profesión: deberá tratar con niños, jóvenes, matrimonios, gente mayor, pobres, ricos, etc. Como se espera de la mayoría de los clínicos que atiendan cuanto caso se les presente, su formación debe tocar todas aquellas situaciones que se verán obligados a resolver; aprender «a curar a un psicótico es tan esencial como aprender a curar un caso de enuresis. Más tarde los estudiantes podrán especializarse en tipos de pacientes o en determinada clase social, pero primero necesitan conocer una amplia gama de problemas, no sólo para adquirir las técnicas especialmente destinadas a esos casos, sino también para maximizar su propia adaptabilidad. Así como el terapeuta debe programar una terapia para cada cliente en particular, del mismo modo los supervisores deben preparar un programa didáctico para cada estudiante.

Una parte esencial de la adaptabilidad adquirida por el estudiante es la capacidad de trabajar en contextos disímiles: el consultorio, el hogar, la escuela, el lugar de trabajo del cliente y el vecindario, debiendo experimentar en todos ellos. A me-

didáctica que la terapia va definiéndose cada vez más como el acto de trabajar con la gente en las áreas fronterizas de grupos antagónicos (v. gr., el hogar y la escuela), el terapeuta debe aprender a actuar allí donde está el problema cuando le es imposible traerlo al consultorio.

Verificación de resultados

Pocos meses después de finalizado el programa didáctico, se le exigirá a cada estudiante que vuelva a citar a los casos que ha tratado y concluido, para ver si se ha producido un cambio; si los estudiantes trabajan en grupo, pueden intercambiar los casos para las entrevistas de seguimiento. Deben aprender a preguntarle a una familia si está satisfecha con la terapia, a determinar si han ocurrido o no los cambios buscados, a descubrir las parcialidades de que pecan terapeutas y familia al informar sobre los cambios. Aquí no se trata de producir terapeutas capacitados para la investigación de resultados, sino expertos que piensen en el resultado deseado tal como se presentará dentro de varios meses o años. Centrándose en el resultado, se lo obliga a orientarse hacia el cambio, a formular problemas que permitan ser modificados y a pensar cómo se las arreglarán sus clientes en el futuro cuando él los deje. También le ayuda a pensar experimentalmente: si el resultado no es bueno, puede modificar su procedimiento.

Elección del lugar de formación

Muchos principiantes enfrentan el problema de la selección de un lugar donde adquirir formación terapéutica. Su información al respecto suele ser mínima y sin embargo esta elección puede afectar toda su carrera. Especificaremos unos pocos puntos referentes a los lugares de formación. Estos lugares deben determinarse de acuerdo con el tipo de trabajo planeado para el futuro y las oportunidades de aprendizaje disponibles. Quien piense dedicarse a una práctica privada y tranquila deberá buscar la Orientación A, tal como la hemos descrito. La noción de que el cambio lleva largo tiempo y la iniciativa le corresponde al paciente es la mejor para la práctica privada, que resulta más fácil y lucrativa cuando los clientes vienen algunas horas por semana durante muchos años. Un enfoque de terapia activa demanda el

triple de clientela asignada y presenta múltiples inconvenientes. El lugar elegido para recibir una formación para práctica privada debe ofrecer la ventaja de reunir a gente respetable que, en última instancia, asignará pacientes pudientes para su tratamiento. Como la mayoría de la terapia privada prolongada es actualmente de tipo didáctico, quien desee dedicarse a ella debe ubicarse en una posición académica donde los futuros terapeutas podrán (o acaso deberán) recurrir a él para recibir terapia personal a fin de mejorar sus posibilidades de futuras asignaciones de clientes. Quien se incline por la Orientación Z y desee ser un terapeuta que tome la iniciativa con respecto al cambio y lo genere, tropezará con el inconveniente de que las oportunidades de aprendizaje son más escasas y difíciles de hallar. Algunos eligen un lugar que no es muy bueno y lo usan como base de operaciones, recorriendo una amplia zona geográfica para probar diferentes enfoques y expertos. Esta situación suele ser engañosa, ya que muchos lugares parecen ofrecer la formación adecuada y en realidad no es así. Aquí podemos sugerir algunos indicadores, comenzando por las características negativas.

1. Se evitarán aquellas instituciones que hagan hincapié en la personalidad y problemas personales del terapeuta, más que en los métodos para producir el cambio. De igual modo, se evitará la escuela que destaque el empleo de un grupo de estudiantes como una forma de «terapia de grupo» o como experiencia «para darle soltura al estudiante». Cuando se centre la atención en la vida privada del estudiante lo más probable es que quienes dictan los cursos no sepan cómo enseñar a practicar terapia. (Esta advertencia no significa que los estudiantes no deben tener una vida privada grata y estable; la calidad del trabajo siempre es en parte un producto de nuestras bases íntimas de sustentación. La vida privada de una persona es demasiado importante para que quienes dictan cursos se entrometan en ella.)
2. Se evitarán los lugares donde haya una sola clase social o grupo étnico disponible. Por ejemplo, concurrir a una institución universitaria alejada de los centros urbanos, que sólo ofrezca como clientela estudiantes de clase media, es una manera limitada de aprender, a menos que las oportunidades de empleo sean variadas.
3. Se evitarán las clínicas con reglamentos demasiado estrictos como para permitir que se experimente con enfoques terapéuticos.
4. Por lo general, si la institución hace mucho hincapié en

los métodos de diagnóstico cabe esperar una formación con poca práctica de terapia.

5, Se evitarán las instituciones de internación que cumplan fines de control social. La terapia tiende a provocar dificultades e inestabilidad, porque alienta la diversidad y las nuevas alternativas, en tanto que el control social tiene por objeto reducir la diversidad e imponer la conformidad a personas descontroladas. Es difícil aprender a provocar el cambio en lugares en los cuales lo que se pretende es reducir la inestabilidad.

Debemos explayarnos sobre este último punto, dado el frecuente uso de establecimientos de internación en la formación de los clínicos. En una época se creyó que podía cambiarse a la gente arrancándola de su situación natural, reformándola y devolviéndola a su medio ya trasformada; por eso se arrancaba a la's personas de sus comunidades para colocarlas en hospitales o centros juveniles. El sistema ha fracasado, y además causa efectos adversos si se lo compara con el trabajo de crisis, que mantiene al individuo en su situación y cambia a esta. Ya se trate de un demente, delincuente o retardado mental, el primer objetivo es disponer lo necesario para que la familia y la comunidad resuelvan el problema. Los terapeutas deben ser preparados para alcanzar ese objetivo.

La formación dentro de un establecimiento de internación plantea ciertas trabas difíciles de superar. En primer término están sus paredes que todo lo ocultan: en la mayor parte de estos establecimientos el terapeuta no controla los ingresos y altas; además, suelen estar situados fuera de la comunidad, en lugares de difícil acceso para los familiares. Una vez dirigí un seminario sobre terapia para un grupo de psicólogos en un hospital de la Administración de Veteranos de Guerra. Al cabo de un tiempo lo suspendí, pues en ese medio era imposible enseñar terapia. Los psicólogos residentes no controlaban las altas, de modo que no tenían poder para influir en la trayectoria hospitalaria del paciente; tampoco podían controlar la medicación y tenían escasa injerencia en la que se suministraba a los internados. La ubicación del hospital no había sido determinada por motivos de conveniencia sino con fines políticos; se hallaba a gran distancia de las familias y comunidades de la mayoría de los pacientes, dificultando las visitas de los familiares al paciente y viceversa, así como las del terapeuta a los hogares. Además, el Estado pagaba a los internados un subsidio por incapacidad, de modo que al mejorar perdían dinero. El psicólogo residente no

podía modificar ese sistema; lo único que podía hacer era pasar el día con un grupo o sentarse a escuchar la perorata de algún paciente individual. Antiguamente, cuando se creía posible transformar a un internado sentándose a conversar con él dentro del hospital, se consideraba que esto era hacer terapia.

Veamos otro ejemplo de cómo se trastornan las ideas y sentimientos de los terapeutas cuando actúan en la burocracia de un hospital de salud mental. Dos asistentes sociales que trabajaban en un hospital estatal estaban tratando a una familia; la madre había sufrido perturbaciones cuando su suegra vino a vivir con ellos y debió ser hospitalizada. Dos semanas después, la suegra se marchó y la mujer estuvo lista para regresar junto a su esposo e hijos. Empero, los terapeutas no centraban su labor en restituirla al hogar, sino que traían al marido y a los hijos al hospital para ayudar a la familia a «aclarar la comunicación» (¿qué significará eso?). Cuando les pregunté si tenían autoridad para dar de alta a la mujer a fin de que pudiese mejorar su comunicación en el hogar, respondieron que no y que ni habían pensado en eso, enumerándome por lo menos cuatro funcionarios que deberían aprobar el alta. Ellos no tenían ni voz ni voto en el asunto. Entretanto, la mujer estaba participando en diversos programas hospitalarios y su familia aprendía a prescindir de ella. Cuando un terapeuta no puede internar y sacar fácilmente a un paciente de una institución, corre el riesgo de olvidar los objetivos de la terapia y pensar en trabajar sobre la comunicación o las comunidades terapéuticas, en vez de cambiar a la gente.

Pasemos ahora al segundo inconveniente: los establecimientos de internación dan importancia al diagnóstico. Los psiquiatras residentes suelen tener la desgracia de formarse en hospitales psiquiátricos, aunque pocos de ellos trabajarán en hospitales. Este ambiente suele fijar sus opiniones y conducta de tal modo que se torna difícil su posterior modificación, especialmente si luego reciben algún caso de demencia. Dentro del hospital, los residentes dedican su tiempo a conferencias sobre el diagnóstico y los efectos de las diversas clases de medicación, aprendiendo poco o nada de terapia. Cuando un psiquiatra así formado se encuentra ante un paciente definido como psicótico, está incapacitado como terapeuta: ante la imposibilidad de pensar qué hacer con la familia y la situación social para cambiar ese cuadro, sólo puede preguntarse si el problema presentado es una esquizofrenia, una perturbación afectiva, la fase maníaca de un ciclo maníaco-depresivo, etc., interrogantes ajenos a la tera-

pia y que traban sus ideas sobre las medidas a tomar. Sólo ha aprendido a diagnosticar, aplicar medicamentos, ofrecer cierto *insight* y rezar. Si el psiquiatra residente inicia su formación con pacientes ambulatorios y *después* trabaja en un hospital psiquiátrico de internación, aprende a ver menos a la gente como entidades clínicas y más como personas con verdaderos dilemas humanos.

Un estudiante de terapia debe evitar las instituciones de internación a menos que en ellas se cumplan los siguientes requisitos:

1. El terapeuta ejerce control sobre las altas, ya se trate de un establecimiento de salud mental o de un reformatorio, y puede decidir en qué momento el paciente retornará a la comunidad con arreglo a las necesidades de la terapia y no a las de la institución.
2. En los casos de psicosis, el terapeuta ejerce control sobre la medicación. Si es médico, asume esa responsabilidad por sí mismo; de lo contrario, conviene con el médico responsable del caso que no se hará ningún cambio en la medicación sin su permiso.
3. El terapeuta ejerce control sobre las visitas que el paciente hace a su hogar o sobre las de los familiares y amigos que vienen a la institución.
4. El terapeuta ejerce control sobre las otras terapias que se aplican al paciente en la institución, para no entrar en conflicto con otros miembros del plantel profesional en torno al enfoque del problema.

Los clínicos han venido fracasando durante largos años al aplicar terapia individual a internados clasificados como esquizofrénicos, y han fracasado casi otro tanto al aplicar terapia familiar haciendo que la familia del paciente venga a pasar el día con él. Sólo existen probabilidades de forzar los conflictos familiares lo suficiente como para producir el cambio cuando la terapia se centra en dar de alta al paciente lo más pronto posible; para lograrlo, el terapeuta debe controlar las entradas y salidas del hospital. Como es poco probable que un terapeuta en formación reciba poder suficiente dentro de un establecimiento, deberá eludir las instituciones de custodia y optar por las clínicas comunitarias. Indicamos a continuación algunas de las características positivas que debe poseer un lugar de capacitación:

1. Se puede ver actuar a los terapeutas, pues hay en uso pantallas de visión unilateral.

2. Puede observarse la actuación del estudiante y supervisarlo «en vivo», lo cual permite que se lo oriente en el momento de practicar la terapia,
3. Las sesiones se graban en videocinta como procedimiento de rutina, en forma tal que el estudiante puede ver tranquilamente la grabación junto a un supervisor.
4. Se supone que el estudiante necesita aprender diversas técnicas de terapia para poder elegir la adecuada a un determinado problema, de modo que en el establecimiento se llevan a cabo tanto entrevistas individuales como de familias enteras.
5. Se hace hincapié en el problema presentado, tomándolo en serio.
6. Se da importancia al resultado, de manera que los debates de los casos apuntan al objetivo de la terapia y no al simple proceso terapéutico.

supervisión «en vivo»

Al evaluar un lugar de trabajo o de formación, el terapeuta observará si allí se toma suficientemente en serio la supervisión como para incluirla en el programa. Ser un terapeuta competente no equivale a ser un supervisor o docente competente; estas técnicas deben enseñarse del mismo modo que se enseña a practicar la terapia.

El tipo de supervisión más eficaz (y el más costoso para una clínica o institución formativa) es la que se realiza «en vivo»: se observa al terapeuta a través de una pantalla de visión unilateral y se lo instruye durante la entrevista, pudiéndose juzgar el procedimiento según diversos criterios. Para el supervisor la unidad es la familia y el terapeuta, y no uno «otro». Si familia y terapeuta caen en un ciclo repetitivo, el supervisor intervendrá para generar un cambio, debiendo convenir con el terapeuta sobre el modo en que lo hará. Ante todo debemos recordar que las situaciones diferirán según se esté supervisando un solo caso o todos los que trate el terapeuta, o si el objetivo que se persigue es formar terapeutas, perfeccionar un equipo profesional o simplemente asistir a un colega. Antes de la entrevista, supervisor y terapeuta deben aclarar su relación y el propósito de la supervisión. El primero será capaz de adaptarse al trabajo con un colega experimentado, con un experto que está aprendiendo un enfoque en particular o con un estudiante sin ninguna experiencia.

Supervisor y terapeuta harán un contrato previo a la entrevista, conviniendo, como mínimo, en los puntos que se detallan a continuación:

1. El supervisor intervendrá lo menos posible en la entrevista y sólo cuando lo considere necesario. Es mejor usar un teléfono que un dispositivo con auricular, no visible para los entrevistados. En este último caso, el terapeuta escucha el mensaje con la mirada perdida, tratando de atender a dos conversaciones simultáneas y sin participar lo suficiente en la terapia; además, como interrumpir es facilísimo, el supervisor tiende a hacerlo con excesiva frecuencia y hablando en demasía. Sentarse en el consultorio y guiar al terapeuta es un método didáctico menos eficaz, pues involucra al supervisor en la terapia e impide que este y el terapeuta colaboren y programen la estrategia en privado.
2. Por lo común, se formulará una sola idea por llamada, pues puede resultar difícil recordar varias cosas mientras se entrevista a una familia.
3. La idea se formulará concisamente, para que la conversación telefónica sea breve y directa.
4. Si la sugerencia es más complicada o si el terapeuta desea una explicación más extensa de la que se puede dar

^i
teléfono-
^

nicamente, deberá salir del consultorio para discutir el asunto con la mayor concisión posible. Deben enseñársele varias maneras de salir decorosamente del consultorio.

5. La estrategia general del caso puede discutirse antes de la entrevista y los temas más extensos tratarse posteriormente, cuando supervisor y terapeuta vean la videocinta de la sesión. Las condiciones cruciales para la supervisión «en vivo» implican que las intervenciones del supervisor sean breves, que contribuyan a la buena conducción de la entrevista y que a la vez le enseñen al terapeuta algún aspecto de la técnica.

6. El terapeuta no debe negar el hecho de que la familia está siendo observada y que él recibe sugerencias. Advertirá que si él se siente cómodo con este sistema la familia no pondrá por lo común ningún reparo. A decir verdad, a muchas familias les gusta que más de una persona participe de su problema.

7. Esta es quizá la regla más importante: supervisor y terapeuta convendrán en que cualquier sugerencia es *sólo* eso: una sugerencia, ya que el terapeuta que se halla en el consultorio está más informado que el supervisor, el cual, por su ubicación tras la pantalla, pierde muchos matices importantes de la entrevista. No obstante, si el supervisor es res-

ponsable del resultado de ía terapia, cuando diga que «debe hacerse» tal cosa ya no estará dando una sugerencia sino impartiendo una directiva; estas directivas sólo se impartirán para evitar que fracase la terapia o para proteger a alguien.

Debe quedar en claro que la tarea del supervisor no se limita a hacer que la terapia se desarrolle correctamente e instruir a un terapeuta en formación; también debe proteger a la familia de la incompetencia de un principiante y de la intromisión en áreas privadas que no le interesan al terapeuta. Por ejemplo, a un matrimonio sólo debe interrogárselo sobre sus relaciones íntimas si el terapeuta puede demostrar que existe una conexión entre este dato y el problema. A veces puede tratarse de una simple exploración, e interrogar sin que haya un contrato claro acerca de la pertinencia de su interrogatorio, pero el supervisor debe dictaminar cuándo la invasión de la privacidad pasa de lo correcto. Veamos dos ejemplos sobre diferentes aspectos de esta cuestión.

Un terapeuta en formación conversaba con una madre acerca de un niño problema. Ella dijo algo al pasar sobre sus relaciones sexuales con su marido y él la alentó a hablar más del tema; el supervisor, ubicado tras la pantalla, lo dejó seguir. La mujer no concurrió a la próxima entrevista, al parecer avergonzada de haberle revelado tantas cosas al terapeuta y sin comprender la necesidad o pertinencia de tal información. El supervisor debió haber intervenido. En otro caso se citó a un psicopedagogo a la entrevista de una familia. El terapeuta comenzó inquiriendo a los miembros de esta cómo habían pasado la semana y la madre comenzó a hablar de las dificultades familiares. El supervisor llamó al terapeuta y le pidió que tratara primero las cuestiones escolares, despidiendo al psicopedagogo antes de entrar en los asuntos privados de la familia, que este no tenía por qué conocer.

Mirando trabajar a los expertos, quien dicte cursos de terapia comprenderá cuán inadecuado era el antiguo modelo de supervisión: con él lo único que se sabía sobre una sesión era lo que el terapeuta se dignara relatar. En los últimos veinte años hemos progresado. Primero el estudiante tomaba notas y se las llevaba a un supervisor que trataba de adivinar lo ocurrido guiándose por esos comentarios; luego tuvimos las cintas grabadas, que al menos le permitían al supervisor enterarse de lo que se había dicho; después vinieron las videocintas, que posibilitaron la observación y co-

F."

mentario tanto de las palabras como de los movimientos. Empero, con ninguno de estos métodos se podía brindar ayuda y orientación en el momento en que el estudiante más lo necesitaba: mientras entrevistaba a la gente. La supervisión «en vivo» nos permite finalmente proteger a los clientes de la incompetencia y la intromisión excesiva, así como enseñar la terapia en el momento mismo en que se la practica.

8. Aspectos éticos de la terapia

Las principales cuestiones éticas en el campo de la terapia tienden a plantearse en dos esferas: por un lado, la del intercambio justo, en la cual entran problemas comunes a cualquier negocio o profesión; por el otro, la del control de la información, especialmente importante en la práctica de la terapia.

El intercambio justo es el equilibrio entre lo que recibimos y lo que damos. En terapia, el conflicto ético se presenta porque el terapeuta o experto es un individuo humanitario que ayuda a quienes necesitan de él, pero al mismo tiempo gana dinero con esa ayuda; la persona que sufre, o alguien que intercede por ella, le paga para que la ayude. Es inevitable que surja esta cuestión, pues no es ético aceptar dinero sin brindar a cambio un servicio apropiado, como tampoco lo es obtener algún provecho personal sin retribuir al terapeuta con una remuneración suficiente. Al admitir que un terapeuta puede ganar más o menos dinero para sí o para la institución en la que trabaja según el modo en que practique la terapia, el aspecto ético queda ligado a cuestiones de técnica terapéutica.

Puede decirse que en materia de relaciones humanas lo *bueno* es la equidad en las recompensas y lo *malo* el intercambio injusto. Si al cabo de la terapia el cliente o el terapeuta ha dado más de lo que ha recibido, este desequilibrio revela un problema ético. En el caso de muchos terapeutas, la oscura definición del objetivo de la terapia y la consiguiente incertidumbre sobre si ha habido o no un intercambio justo complican las cosas. Si el objetivo de un terapeuta es resolver problemas o hacer desaparecer síntomas, y lo logra, ha cumplido su misión y ganado su paga. En cambio, aquellos cuyo objetivo es ayudar a la gente a «desarrollarse», suministrar una experiencia «humana» o hacer que el cliente se comprenda a sí mismo enfrentan un dilema ético más difícil, porque no están seguros de si han tenido éxito o no; incluso pueden creer que ha habido un intercambio justo y que están bien pagados aunque al término del tratamiento el cliente todavía padezca los problemas de los que quiso

curarse. Tanto la técnica como la ideología clínica están inextricablemente ligadas a la cuestión ética. En años recientes se ha planteado un nuevo aspecto del intercambio justo. No obstante su naturaleza humanitaria, el área clínica es también un importante medio de control social dentro de la sociedad. Los gobiernos pagan a los terapeutas para que aquieten a ciertos sectores de la población y les impidan hacer alborotos; cuando los pobres se rebelan, proliferan en los barrios bajos las clínicas de salud mental. El dilema ético para muchos terapeutas es que desean ayudar a los pobres, y por ende reciben con agrado los fondos del gobierno, pero no quieren que el sistema los use como instrumentos para mantener la paz y evitar un cambio social básico. Cada terapeuta debe decidir si el cliente pobre que recibe su terapia obtiene un trueque justo por el dinero que está suministrando su gobierno.

Existe un problema similar cuando los terapeutas actúan como agentes de control social en relación con personas definidas como psicóticas y que causan desórdenes, aunque no en grado suficiente como para que la ley permita su encarcelamiento. La persona puesta bajo custodia por su conducta desordenada, ¿recibe un trueque justo por lo que el terapeuta recibe a su vez por custodiarlo y aquietarlo en una institución? La diferencia entre terapia y control social depende de quién sea el beneficiario de los procedimientos.

Control de la información

La observación de que el terapeuta actúa en la zona limítrofe entre grupos antagónicos permite definir la cuestión ética en función de la manera en que se controla el flujo de información entre dichos grupos (al mantener algo en secreto se está controlando la información). A continuación describiremos los grupos involucrados en la red social, de menor a mayor.

Podría decirse que la unidad más pequeña es el individuo, aunque su existencia es imposible, pues el acto mismo de observar a un individuo crea un grupo de dos. Si suponemos arbitrariamente que un individuo podría constituir una entidad independiente, el problema del control de la información tiene que ver con el flujo desde lo que está afuera de la conciencia, o desde el «inconciente», hacia la «conciencia». Cuando estaba en boga la teoría de la represión, era obligación del terapeuta traer las ideas del inconciente

del paciente a su conciencia; el dilema ético se planteaba entonces en torno a la rapidez con que debían revelarse las ideas inconcientes para que la angustia no abrumara al paciente. Se habría considerado antiterapéutico, cuando no carente de ética, ayudar al paciente a ocultarse ideas permanentemente.

En años recientes se hizo más aceptable ayudar a una persona a ocultarse ideas a sí misma temporaria y aun permanentemente. Ahora apreciamos más el valor de la amnesia natural, a medida que empezamos a comprender que olvidamos ciertas cosas y no advertimos otras por fundadas razones. En realidad, si la toma de conciencia total fuera posible, la persona que la alcanzara sería un individuo extraño y anómalo; al parecer, funcionamos mejor si muchos aspectos de nuestras vidas se mantienen fuera de la conciencia. (Recuerdo que Gregory Bateson dijo una vez que lo que le intrigaba no era que la gente tuviera un inconciente, sino que tuviera una conciencia.)

Si existe el riesgo de hacerle daño a una persona trayendo ideas a su conciencia, el terapeuta enfrenta un problema ético. Por ejemplo: ¿Debemos ayudar a una persona a ocultarse a sí misma una idea que podría trastornarla? Supongamos que un individuo se angustia cada vez que tiene éxito.' ¿Sería aconsejable ayudarlo a no darse cuenta de que ha triunfado? Estos dilemas se presentan cuando aceptamos la noción de que la toma de conciencia total no es un estado ideal. Quizás algunos terapeutas consideren que ayudar a alguien a ocultarse una idea es una actitud en extremo condescendiente, cuando no dañina; otros opinan que ayudarlo a evitar una vergüenza, poder o éxito mayor del que quiere afrontar es un acto respetuoso y responsable. Respetar el límite interno de los individuos puede considerarse tan importante como respetar los límites entre las personas; visto desde este ángulo, el control hábil y experto de la amnesia se transforma en parte esencial de la terapia.¹ Por supuesto, un individuo sólo existe en relación con otro individuo, de modo que en realidad la unidad más pequeña es la diada. La cuestión ética del autoocultamiento de ideas por parte del paciente es inseparable de la de permitir a este que le oculte información al terapeuta: ¿Cuántas confidencias personales demandará el terapeuta al paciente? ¿Y cuántas de sus ideas y manipulaciones le revelará él? Algunos sostienen que terapeuta y cliente no deben ocultarse nada el uno al otro porque eso impediría que hubiese intimidad

¹ J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*, Ai. D., Nueva York: Norton, 1973.

y coparticipación entre ambos; empero, estos mismos expertos suelen subrayar la importancia que tiene ayudar al cliente a alcanzar la «individuación». A esto puede replicarse que individuación y coparticipación total en la información son incompatibles: el acto de ocultamiento de información entre terapeuta y cliente define un límite entre ambos y de este modo los individúa.

Otra diada está dada por el límite entre los cónyuges. ¿El terapeuta debe revelar al marido lo que la esposa le ha contado en privado? Si retiene información, traza un límite entre los esposos y expresa que sus intereses pueden ser antagónicos; si es partidario de la información totalmente «abierta» entre marido y mujer, expresa que ambos son «uno». Además de una cuestión ética, el acto de ocultar o revelar información es una definición del matrimonio. La siguiente unidad (siempre en orden creciente) es la familia nuclear en la que el terapeuta actúa como límite entre padres e hijos, o sea, como límite generacional. ¿Debe ocultar o revelar a los progenitores la información recibida de un hijo? Si les revela lo que el niño le ha dicho puede cometer una infidencia, lo cual implicaría una «falta de ética». ¿Pero qué ocurre si el niño tiene apenas tres años y el terapeuta cree que los padres deberían conocer lo que pasa en la mente de la criatura?

La familia nuclear y la familia externa constituyen la siguiente unidad; el terapeuta que actúa como límite entre ellos, ¿debe ocultar a la familia nuclear lo que han dicho los abuelos, o viceversa?. Como guardián * de la información, el terapeuta puede considerar poco ético revelar las dificultades de una familia nuclear a su parentela. La unidad mayor es la familia en relación con la comunidad. Generalmente, se acepta la idea de que no es ético que el terapeuta revele las confidencias de aquella a los agentes de la comunidad. Al retener información, define a familia y sociedad como dos entidades distintas con intereses conflictivos (cosa que no podría hacer en un Estado socialista). La mayoría de los terapeutas consideran ético ocultar información a la comunidad; los dilemas surgen cuando se enteran de que un miembro de la familia ha cometido un homicidio y planea cometer otro, o bien, para dar un ejemplo menos dramático, cuando sabe que cierta confidencia familiar ayudaría a un maestro a manejarse mejor con un niño. ¿Debe revelar esa información?

* *Gatekeeper*: literalmente «portero», por referencia a la función del terapeuta de permitir o impedir el paso de información transmitiéndola o reteniéndola (véase la nota 2, en pág. 196). [N. de la T.]

Si bien se suscitan numerosos problemas éticos en el límite entre estos diversos subsistemas, aquí nos ocuparemos principalmente del límite entre terapeuta y cliente. ¿Es poco ético que un terapeuta oculte sus manipulaciones a sus clientes?

El terapeuta y la manipulación

La cuestión de si un terapeuta es «honesto» con su cliente o «lo manipula» ha sido fuente de controversias. Actualmente se admite la imposibilidad de practicar terapia sin manipular a la gente en el sentido de influenciarla para que cambie, puesto que el objeto de la terapia es justamente el cambio. También se admite que la idea de que sentándose con cara impasible y respondiendo con monosílabos no se influiría en las decisiones sobre la vida del paciente no pasa de ser mera pretensión. Queda en pie la cuestión de saber hasta qué punto el terapeuta debe mantener sus maniobras fuera de la conciencia del paciente, ya sea ocultándole información sobre su estrategia o empleando técnicas de distracción.

A medida que en años recientes se ha venido examinando la terapia real, mediante filmes y videocintas, se ha visto con creciente claridad cuán complejo es el intercambio entre un terapeuta y una o más personas. Cada minuto se intercambian cientos de miles de «bits» de información con la palabra, el gesto y la entonación; cliente y terapeuta tal vez sean concientes de una mínima parte de este complicado intercambio. Por ejemplo, un terapeuta puede indicar su desagrado respecto a un tópico apartando levemente la cabeza. Si lo hace ex profeso para impedir que continúe tratándose el tema lo tildan de manipulador; si hace el gesto sin darse cuenta dicen que no lo es. Podríamos decir que el terapeuta ignorante no es un manipulador porque no sabe lo que hace. Pero la cuestión es mucho más compleja. Si nos ocupamos del ocultamiento y revelación de información a través del límite entre terapeuta y cliente, incluyendo la dimensión de la conciencia, caemos en un pantano casi inexplorable. Cuando un terapeuta hace una cosa determinada (que llamaremos X) con un paciente, para saber si obró concientemente o no es preciso interrogarlo. Ahora bien, puede tener múltiples razones para no decirnos la verdad o para darnos una información parcializada, pero también puede ocurrir que recién tome conciencia del acto cuan-

do le preguntamos acerca de él; entonces se da cuenta de que era conciente del acto aunque tal vez no lo hubiese sido de no habersele interrogado sobre él. Lo mismo sucede si queremos saber si el paciente era conciente de que el terapeuta hizo el acto X. Es una cuestión familiar para los investigadores de la hipnosis, ya que una amnesia puede desaparecer al ser puesta a prueba.

Además de las numerosas maneras sutiles y obvias de comunicarse con alguien, existen múltiples niveles de conciencia. Veamos un ejemplo surgido entre Braulio Montalvo y Salvador Minuchin. Mientras trabajaba en el filme de una sesión de terapia conducida por Minuchin, Montalvo advirtió que a lo largo de la entrevista su colega se unía de diversas maneras al padre, que era una persona tóipe. Al comienzo Minuchin entraba en el consultorio junto con la familia, sin saber cómo eran sus integrantes; en ese momento tropezó, manoteó desmañadamente y volcó un cenicero. En una conversación en privado, Montalvo sostuvo que Minuchin había captado al vuelo la situación «solidarizándose» con el padre mediante esa conducta, y citó como evidencia el hecho de que no se comportaba así en otras entrevistas. Minuchin pudo haber obrado desmañadamente «en forma deliberada» al entrar al consultorio acompañando a un padre torpe, como una manera de compartir algo con él, en cuyo caso sería una manipulación conciente. Empero, como lo sugirió Montalvo, también pudo ser deliberadamente inconciente de su acto para no estar manipulando a sabiendas. Si fue torpe de un modo «accidental» e «inconciente» cuando esa conducta era apropiada, ¿estaba manipulando al cliente? Quizá no haya respuesta para preguntas como esta.

Manipulación conciente

Dejamos a un lado el tema del terapeuta que manipula sin tener conciencia de ello para considerar si es ético manipular al paciente fuera de su conciencia, interrogante que implica la revelación y ocultamiento de información a través del límite entre terapeuta y cliente. Cuando el primero programa una estrategia o un conjunto de tácticas, ¿es ético que engañe al paciente dándole una información falsa? ¿Y qué decir del que lo engaña ocultándole información? Por regla general, no es aconsejable mentirle al paciente, no sólo porque es incorrecto sino también porque es ingenuo decir una mentira en la creencia de que no será descubierta.

Podrá mentirse con éxito en una relación temporaria, pero en cualquier contacto prolongado las personas aprenden a leerse tan bien los pensamientos unas a otras que la información falsa se detecta aun sin admitirlo.

Se dice que en terapia no debe mentirse porque con ello se le enseña al paciente que el terapeuta no es digno de confianza. Otro aspecto importante de la cuestión es el hecho de que mentirle al paciente suele ser una actitud condescendiente, como si se lo creyera demasiado estúpido como para captar una mentira. La mayoría de los terapeutas no le mienten a un cliente para aprovecharse de él sino para «ayudarlo», o sea que lo engañan con fines caritativos, pero aun así la mentirilla más leve puede resultar una muestra de condescendencia cuando sale de boca de un terapeuta.

Hay diversas esferas donde el dilema mentir o no mentir no es tan sencillo. Por ejemplo, no es ético tranquilizar a un paciente mintiéndole con respecto a uno mismo; *verbi gratia*, diciéndole: «Yo también tengo un problema así con mis hijos» cuando no es así. Pero hay momentos en que el comentario del terapeuta sobre algo que ha ocurrido real o supuestamente entre él y su hijo concuerda tanto con su papel que, en verdad, no importa que haya sucedido o no en la realidad.

Mentir no es necesariamente una falta de ética cuando la falsedad de lo dicho es obvia para ambos interlocutores. Un psiquiatra llevaba un tiempo tratando a una mujer y su familia cuando un día, en un momento de ira, ella le espetó: «¿Es usted un doctor?», y él replicó: «No, no lo soy». La respuesta, dada por razones tácticas, no era una mentira *en* el sentido de «falsedad» ya que el contexto definía explícitamente su falta de veracidad.

La mentira dicha en broma pierde mucho de su carácter. Un terapeuta le dijo a una madre que se mostraba impaciente con su hijo: «Mi hijo me pone furioso y desearía tirarlo por la ventana, sólo que no quiero abollar el techo de mi auto. Tiene un año y medio y debería portarse mejor». La madre replicó que debía tener más paciencia con un niño. El terapeuta dijo una mentira; sin embargo, las señales de «broma» aclaraban que no estaba diciendo la verdad. Cuando se discute una situación compleja y el terapeuta subraya o aun exagera un aspecto de la misma, no está mintiendo. Por ejemplo, si dice que tenía ganas de hacer tal y tal cosa cuando en realidad esa situación despertaba en él muchísimos sentimientos, de los cuales sólo destaca uno de menor importancia, su comentario no es una mentira abierta.

Las maniobras terapéuticas tendientes a estimular la conducta sintomática no son simples mentiras. Si determinada situación atemoriza a una persona y el terapeuta le dice que quiere que tenga miedo de esa situación, no está expresando la verdad. En el contexto más amplio del objeto de la terapia el experto no desea que su cliente tenga miedo, puesto que lo está curando de él, pero sí puede desear que se atemorice en ese momento y situación particulares para poder quitarle el temor. Sin embargo, es frecuente que el terapeuta diga esto de labios afuera para curar el miedo, sin desearlo realmente. Esta formulación es una mentira piadosa que debe encararse con prudencia por razones éticas y tácticas.

Este tipo de situación surge de la naturaleza misma de la terapia cuando el objetivo es persuadir a alguien de que cambie «espontáneamente». Como el terapeuta no quiere que el cliente cambie porque él se lo diga, debe *concertar* una situación para que aquel *inicie* el cambio, y una de las muchas formas de hacerlo es incitando al cliente a rebelarse contra él. Al estimular un síntoma el terapeuta provoca al cliente a responderle no manifestándolo, y en este sentido la «mentira» (el estímulo del síntoma) obliga al individuo a ser más responsable de su conducta. El terapeuta está embaucando al cliente para librarlo de su problema, método tradicionalmente aplicado por los hechiceros. Más que el interrogante de si el terapeuta miente o no, lo que importa aquí es si su conducta es o no ética. ¿Es ético engañar al paciente, aunque sea para su bien? El engaño se justificaría si fuese esencial para la curación, pero también hay que pensar en el efecto que puede causar a la larga el comprobar que el terapeuta es una persona indigna de confianza, hecho que puede ser más nocivo que la continuidad del síntoma.

Este enfoque plantea una cuestión más fundamental: fomentar el síntoma, ¿es engañar al cliente? Es una mentira, sí, ¿pero no es como una broma? De ser así, no hay engaño. El terapeuta dubitativo puede aclarar la situación explicándole al cliente lo que está haciendo al fomentar un síntoma; por lo general este procedimiento genera un cambio, siempre y cuando se insista en que el cliente manifieste cabalmente la conducta sintomática. De hecho, algunos pacientes advertirán que se está empleando una «psicología de contramarcha», o dirán: «En realidad, usted no quiere que yo tenga el problema». El terapeuta se limitará a asentir, ya que ese «conocimiento» nada importa en tanto se formule y cumpla la directiva; en este sentido no hace falta «engañar»

para curar, pues no se está engañando al cliente. Empero, si no se comenta dicho «conocimiento» el paciente opondrá una resistencia menos abierta. Más adelante, el terapeuta suele recibir indicios de que el cliente siempre supo lo que ocurría.

La cuestión puede complicarse si el terapeuta no advierte que está fomentando un síntoma. Supongamos que le dice a un paciente quejoso: «Es importante que ahora mismo se sienta deprimido; así aprenderá a comprender la pauta que ha existido siempre tras esa depresión». Algunos recurren a frases como esta para poner fin a la depresión, o sea que fomentan el síntoma como un medio de cambiarlo; otros las dirán sin ninguna intención de ser paradójicos o engañar al cliente, deseando de veras que experimente la depresión y aprenda más sobre ella. De igual modo, algunos pueden fomentar la angustia como un ardid para eliminarla, en tanto que otros lo harán para disminuir la presión que sufre el paciente, para que se *dé* cuenta de lo que siente realmente, etc. En un caso se engaña al paciente como un medio para curarlo, en el otro no se lo engaña (al menos en forma deliberada). Así pues, se replantea la cuestión de que el «engaño» puede depender de la conciencia o ignorancia que tenga el terapeuta de sus actos. Esto es comparable a la coquetería de una joven cortejada: ¿esa coquetería es deliberada o forma parte de una reacción natural ante la situación? En uno y otro caso, ¿hay o no engaño? Y otro interrogante igualmente importante: ¿La relación terapéutica puede compararse con las relaciones normales? ¿El engaño es aplicable dentro del contexto terapéutico? A veces se ha dicho que está bien fomentar un síntoma o «embaucar» cuando se trata de adultos pero no cuando se trata de niños, porque podría «distorsionarse su percepción» y eso sería nocivo. Al parecer, se cree que la percepción infantil es más frágil que la adulta; de ahí que algunos terapeutas le hagan a un niño pequeño interpretaciones sobre temas bastante «adultos» juzgando que esto es menos perjudicial que fomentarles un síntoma.

Ocultamiento de la información

Se puede engañar falseando la información y también ocultándola. A algunos expertos les preocupa el flujo de información entre terapeuta y cliente, considerando como una falta de ética cualquier restricción de la información por

parte del primero; el terapeuta debe revelar al diente cuanto piensa. Otros, menos expansivos, creen que en vez de guiarse por la libre asociación de ideas el terapeuta debe «dosificar» las interpretaciones que explique al cliente con sentido de la oportunidad, o sea revelar toda la información pero en diferentes etapas. El problema táctico adquiere también un carácter ético si se acusa de falta de ética al terapeuta que oculte información a su cliente. El dilema de si debe o no revelar sus observaciones constituye una de las controversias más importantes en el campo de la terapia, centro de una concepción del ser humano como animal racional y ético. El terapeuta que cree correcto y posible cambiar a una persona sin que esta tenga conciencia de ello elabora un concepto de los individuos diferente del establecido por quien cree que debe compartir todas sus observaciones con la gente observada y que el cambio sobreviene con la autocomprensión.

Antiguamente se decía que el terapeuta no era responsable de lo que le ocurriera a un paciente: era sólo un asesor y consultor; ni influía en sus decisiones privadas ni lo juzgaba a él o a su familia, sino que se limitaba a devolver reflejadas las opiniones del paciente. No participaba realmente en lo que ocurría y por consiguiente no era responsable; se dedicaba más que nada a ayudar al paciente a comprenderse a sí mismo y a entender su situación para que quedara en libertad de tomar sus propias decisiones. En esta visión mitológica de la terapia se restaba importancia a las cuestiones éticas. Se consideraba que todo terapeuta que intervenía activamente en la vida del paciente o provocaba cambios en él sin que este tuviera conciencia de ellos procedía contra la ética, no sólo por sus actos, sino por el hecho mismo de invadir el territorio de otro ser humano. La cura de los problemas ajenos mediante la terapia se consideraba menos importante que el hecho de que el terapeuta se condujera correctamente.

La diferencia entre la escuela psicodinámica de terapia, por un lado, y la hipnosis, los métodos condicionantes y otros sistemas directivos, por el otro, radica en que el terapeuta debe ayudar al cliente a comprenderse a sí mismo valiéndose de las interpretaciones. El interrogante no sólo estriba en saber si el *insight* produce el cambio, sino también en saber si el terapeuta está obligado a explicarle sus observaciones al cliente.

Toma de conciencia y ética

Hoy día está fuera de moda ser un terapeuta orientado hacia el *insight*, de modo que muchos dicen no aplicar esa orientación, pero en la práctica lo hacen. El terapeuta orientado hacia la toma de conciencia se maneja con tres tipos básicos de interpretaciones. El primero comprende interpretaciones de *insight* que le revelan al paciente alguna conexión entre pasado y presente, dentro de un contexto de transferencia; por ejemplo, se lo ayuda a comprender su reacción ante las imágenes de autoridad procurando que relacione sus reacciones ante el jefe, el padre y el analista. El segundo tipo consiste en interpretaciones interpersonales del pasado en las que el cliente toma conciencia de que existe una conexión entre una relación pretérita y una actual; por ejemplo, se le pregunta: «¿Ha notado que su miedo de sufrir del corazón apareció el mismo año en que su hermano murió de un ataque cardíaco?». El tercer tipo es la interpretación educativa que arroja luz sobre un aspecto de la vida actual del paciente; entran aquí comentarios educativos tales como: «Usted protege a su niño en demasía», o: «Usted parece temer a su esposa», o: «¿Ha pensado que tal vez está provocando a la gente a que lo critique?», etc. En todos estos tipos de interpretaciones se supone que el cliente cambiará si se comprende mejor a sí mismo y su situación, y debe diferenciárselos de los comentarios estratégicos de que se vale el terapeuta para bloquear cierta conducta y evitar la autocomprensión. Supongamos que un terapeuta le dice a una esposa que cuando ataca al marido en realidad está ayudándolo: quizá lo haga para impedirle atacar al esposo, pero el comentario puede sonar a interpretación destinada a provocar la toma de conciencia. Partiendo de una definición amplia del uso del *insight*, que incluya toda educación de pacientes, podemos centrarnos en la cuestión de si es ético cambiar a una persona sin que esta tenga conciencia de ello, o si estamos obligados a ayudarla a comprender lo que ocurre en su vida y en la terapia. En un extremo están los terapeutas que admiten que sólo explican el procedimiento a sus pacientes cuando ya no saben qué hacer, con la esperanza de que el cliente lo sepa; en el otro están quienes creen que un ser humano es un animal racional, y que se le niega esta naturaleza cambiándolo sin que tenga conciencia de ello. Muchos consideran que compartir las observaciones con el paciente es tratarlo con respeto y estimular su autonomía; en caso de ocultarle lo **que** ve o de actuar sin que el paciente tenga conciencia de ello, el

terapeuta sería un manipulador y un tramposo. Algunos de los que así opinan llegan a afirmar que no importa tanto que el paciente logre el cambio deseado por él, sino que viva una experiencia sincera y humana con un terapeuta que comparta con él la comprensión.

Disentir con esta opinión es algo así como atacar al hogar y la madre; sin embargo, pueden plantearse varias objeciones. Primera: debemos aceptar que la situación terapéutica no es una experiencia sincera y humana, sino una relación *pagada*: el terapeuta recibe dinero por ser humano con un paciente (lo cual es bastante inhumano). Segunda: cabe argüir que ningún terapeuta, de ninguna escuela, puede compartir con un paciente todas sus observaciones y comprensión. Tercera: es dudoso que un paciente alcance realmente la autonomía si se lo expone al enfoque terapéutico «comprensivo». Por último, y esto es lo más importante, es improbable que compartiendo honestamente la comprensión dentro de una relación pagada se resuelvan los problemas por cuya solución está pagando el paciente. Al discutir estos puntos surge una dificultad grave; lo que ocurre en la terapia no es necesariamente igual a lo que se supuso que ocurriría. Observando a los terapeutas que afirman revelar todo al paciente y compartir con él la comprensión, salta a la vista que no hacen ni lo uno ni lo otro; ejecutan numerosas maniobras sin mencionarlas, ocultándolas a menudo al paciente por razones de benevolencia y hasta ocultándoselas hipócritamente a sí mismo. (Basta oírlos hablar con un colega acerca de un paciente y después escucharlos conversar con este para advertir las discrepancias existentes entre su teoría de la sinceridad y su práctica del ©cuitamiento.) En ninguna terapia se le revela al paciente la totalidad del mecanismo terapéutico. Si el experto revelara de inmediato cuanto ve, no tendría que preocuparse por su sentido de la oportunidad al hacer interpretaciones ni por el grado de profundidad que estas deben tener. Aunque ostensiblemente se proponga revelarlo todo, en realidad oculta sus observaciones al paciente hasta que «esté listo» para recibirlas. Una de las formas en que se intenta resolver el dilema ético de ser sincero y franco al par que se oculta información consiste en desarrollar una teoría de la resistencia: dividiendo al paciente en dos facetas, una resistente y otra cooperativa, el terapeuta puede ocultarle a la faz resistente todas aquellas interpretaciones que no serían eficaces en un momento dado. Quienes practican las diversas terapias condicionantes enca-

ran de diferentes modos el tema del ocultamiento de información. A veces un terapeuta en formación «modelará» la conducta del cliente respondiéndole con refuerzos positivos cada vez que manifieste la conducta «correcta» —y le comunicará, o no, que le está dando ese refuerzo positivo—. Si trata a un matrimonio, puede hacer que la esposa refuerce positivamente cierta conducta del marido sin que este lo sepa; en estos casos, el terapeuta se coliga con la esposa para reformar al marido, lo cual es otra manera de decir que la información es compartida entre los dos primeros pero no entre terapeuta y marido. Aunque el uso de estímulos aversivos para condicionar a los pacientes liberándolos de sus síntomas ha sido objeto de controversias, se ha prestado menos atención al ocultamiento de información implícito en algunos de los enfoques condicionantes; esta cuestión se ha eclipsado ante el entusiasmo con que algunos terapeutas condicionantes instruyen a su clientela en la teoría del aprendizaje, como un medio de inducirlos a cumplir las directivas. Tal vez parezca que estos terapeutas lo revelan todo al conversar sobre la teoría, pero en realidad utilizan numerosos refuerzos (unas veces en forma deliberada y otras no) sin informar de ello a los clientes.

Uno de los motivos de preocupación ha sido la idea de que cambiar al paciente sin que este tenga conciencia de ello constituye un enfoque incompatible con uno de los principales objetivos de la terapia: ayudar al individuo a alcanzar su autonomía. Los terapeutas suelen decir que procuran que sus pacientes alcancen individualidad, independencia y auto-decisión. Aparentemente, si un experto comparte sus observaciones con el cliente lo está ayudando a comprender la naturaleza y causas de su problema, dándole así libertad de opción con respecto al cambio; empero, los pacientes que han experimentado esta clase de terapia pueden ver limitada su libertad de elección por la imposición indirecta de la ideología del terapeuta.

Todo experto formado en una escuela de terapia aprenderá una ideología explicativa de los actos de la gente. Si la misma es estrecha y limitada en comparación con todas las formas de pensar referidas a la vida humana, el terapeuta «comprensivo» impondrá a sus pacientes un punto de vista estrecho, y el resultado serán individuos limitados en sus formas de pensar y comportarse, que elegirán dentro del marco de ideas que les fueron inculcadas sistemáticamente a lo largo del tiempo.

El terapeuta que cree en su ideología se la impondrá al paciente aunque no quiera, con sus palabras, gestos, tonos de

voz y consignas. Cuantas más horas pasen juntos, cuantos más meses y años se prolongue el contrato, tanto más se persuadirá al cliente de que acepte la ideología del terapeuta. Cuantas más interpretaciones se formulen y acepten, menor será la autonomía del paciente, en el sentido de que tendrá menos libertad para pensar distinto que el terapeuta. Además, el terapeuta poseedor de una ideología comprensiva tiene siempre una persona ideal que le sirve de pauta para juzgar al cliente. Por ejemplo, su modelo ideal puede ser un individuo libre de todo conflicto interno, de toda emoción reprimida, modelo no extraído de la observación de la gente normal por cuanto jamás la practicó durante su formación. Estos modelos no son reproducciones de seres humanos reales sino de personajes ideales esquematizados, y el paciente nunca igualará ese retrato ideal. Muchos terapeutas también tienen por mira la «familia ideal». Tanto el terapeuta «confrontador» que procura sacar a luz todas las emociones como el psicoanalista que trata de suprimir la represión mediante interpretaciones tienden a regirse por un modelo ideal. Otra variante es la teoría desarrollada por Eric Berne, según la cual toda conducta debe explicarse de acuerdo con un esquema estereotipado de «padre-adulto-niño» que existe dentro del cliente.

¿El objeto de la terapia es producir una persona común que ha superado su problema, o el miembro de una élite a quien se le ha brindado un conocimiento o experiencia especial de los que carece la gente común? Todas las «terapias elitistas» poseen ideologías que los clientes aceptan como parte del tratamiento, procurando ajustarse a los modelos ideales. Así, mientras hace hincapié en la libertad y autonomía (que constituyen de por sí un ideal), el terapeuta puede amoldar al cliente a una ideología estrecha, con lo cual le impedirá desplegar la diversidad natural del ser humano. Para decirlo con claridad, si la terapia es la incorporación de una mayor riqueza y variabilidad personal, es antiterapéutico imponer a los clientes una explicación psicológica de su propia conducta y de la ajena.

El siguiente ejemplo esclarecerá quizá la cuestión de la autonomía y mostrará de qué manera se puede hacer fracasar una terapia compartiendo la comprensión del problema. Una mujer se presenta, traída por su marido, y le explica al terapeuta que tiene miedo de salir sola del hogar; si intenta hacerlo sin la compañía de un adulto la invade el pánico y sufre un acceso de angustia.

El terapeuta formado en la teoría de la represión tratará quizá de remediar los temores de la paciente sacando a luz

sus ideas y emociones, recurriendo tal vez a una técnica de grupo que le permita a la mujer expresar esas emociones a través de varias experiencias con extraños. O bien será tratada individualmente por un «terapeuta interpretativo» que, en empatía con ella, explorará las causas de su miedo, ayudándole tal vez a comprender de qué modo sus experiencias pasadas la han conducido a este temor a la autonomía. Si adquiere el hábito de participar en experiencias grupales o sigue un tratamiento individual durante varios años, puede ser inducida a forjarse un concepto de sí misma fundado en las culpas interiores, la angustia, etc., suministrándole una explicación estrecha de su incapacidad de salir sola. Un terapeuta de orientación más social relacionaría el problema con su vida conyugal y la reacción del marido cada vez que sale sola. El terapeuta interpretativo comunicaría a la pareja su opinión sobre la involucración del marido en el problema. Como los cónyuges no sufrirían el problema si admitieran su conflicto marital, no aceptarían las interpretaciones del terapeuta; así expuestos a ideas inaceptables para ellos, abandonarían el tratamiento o se dedicarían a demostrar su error al terapeuta con un aumento de la angustia de la esposa, indicando así que en realidad el problema se circunscribe a ella. El terapeuta ha actuado de acuerdo con la ética al compartir honestamente sus opiniones, pero nada ha hecho para ayudar a la pareja a resolver el problema, puesto que sólo ha hablado de su comprensión.

El terapeuta directivo, para quien el problema es de índole marital, le pedirá al marido que le ayude a curar a la mujer sin sugerirle que él tiene que ver con el problema. Por ejemplo, le pedirá que ayude a su esposa a salir poco a poco del hogar bajo su supervisión, indicándole que se pare en la puerta mientras ella avanza sola hasta la acera, luego que se pare en la acera mientras la esposa camina sola hasta la esquina, y así sucesivamente. El terapeuta presumirá que ella se alejará de la casa tanto como lo tolere su marido, y trabajará sobre este para extender ese límite. Mientras tanto, revisará el contrato matrimonial y tratará los conflictos que la pareja no pudo reconocer previamente (p. ej., adonde irá la esposa cuando salga sola y con quién estará). El terapeuta puede eliminar el problema de manera efectiva tratando la cuestión marital sin decirlo. Cabe preguntarse si este enfoque es ético. Evidentemente, ha ocultado sus opiniones y ha «manipulado» a la pareja para hacerla cambiar, sin que los cónyuges tengan conciencia de su plan terapéutico. Juzgar o no a este enfoque como carente de ética depende, en parte, de nuestros criterios filosóficos. Desde la perspectiva

de la «coparticipación de la comprensión», el enfoque aparece como una falta de respeto hacia el cliente, por cuanto la terapia se lleva a cabo sin que tenga conciencia de ello. Desde el punto de vista estratégico, se trata de una terapia de cortesía: se supone que los cónyuges saben perfectamente que la incapacidad de la esposa para salir del hogar está ligada al marido y al matrimonio; no es que no comprendan el problema, sino que ignoran la forma de resolverlo. Obligarlos a admitir que se trata de un problema marital es descortés; aceptar su manera de presentarlo y ofrecer un cambio dentro de ese marco de referencia es señal de respeto hacia ellos. La diferencia crucial de opinión se centra en si el terapeuta cree o no que los pacientes necesitan educación y comprensión; si el paciente ya comprende su problema, lo que necesita es una forma de librarse airosamente de él. Del mismo modo, podemos considerar como problema un síntoma o un niño. El hecho de que los padres de un niño problema tengan un problema conyugal evidente no significa que el terapeuta deba «hacerles tomar conciencia» de él. Si una esposa está «deprimida» y advertimos que padece esta depresión cada vez que su marido la rehúye sexualmente, sería ingenuo suponer que los cónyuges ignoran que la depresión está relacionada con la vida marital. La explicación interpersonal de los síntomas ha venido acompañada del concepto de que los problemas de la gente no se deben a su ignorancia, sino a sus situaciones sociales. Si un terapeuta le oculta información a un cliente, por lo común le está ocultando lo que él ya sabe; al proceder así le demuestra cortesía y respeto. Concediendo que hay algunos clientes (y algunos terapeutas) mudos, nos parece que es más respetuoso suponer que la gente tiene conciencia de sus dificultades y necesita un terapeuta que facilite en lo posible el cambio.

Al negarse a trazar un límite entre ellos y sus clientes, al insistir en compartirlo todo, los clínicos no sólo corren riesgo de fracasar sino también de hacerle daño al cliente. Sacerdotes y curanderos han establecido tradicionalmente un límite firme entre ellos y su clientela, manteniendo en secreto sus opiniones y técnicas; ellos no exponen su mecanismo de trabajo a la vista del público al que ayudan: el neófito debe hacer voto de mantener el secreto antes de recibir las enseñanzas esotéricas, y, cuando no hay otro medio de ocultarlo, el conocimiento se vuelca en un lenguaje oscuro, en un código inteligible únicamente para los iniciados. En el mundo contemporáneo ha habido oposición a este tipo de secreto. Se dice que los sacerdotes ocultaban el hecho de que no po-

señan ningún conocimiento o técnica especial, sino que explotaban la «fe» de los clientes. También se dice hoy día **que** esa reserva es elitista y debería condenarse por antidemocrática.

;

Cuando los clínicos adoptan una actitud de revelación total colocan en situación embarazosa a quien investigue esa área. Supongamos que un investigador sugiere que el problema de un niño sólo cambia si se modifica la vida marital de sus padres. En cuanto se publica esta investigación, los clínicos partidarios de la toma de conciencia que la leen corren de inmediato a decir a los padres que su vida marital debe cambiar si quieren que el hijo cambie. Aquellos padres a quienes les disguste enfrentarse con este hecho, y que de haber querido tratar su vida conyugal habrían recurrido a la terapia de pareja, rechazarán el tratamiento, y el clínico los condenará probablemente por falta de cooperación y resistencia a la «verdad». La idea con la cual el investigador esperaba ayudar al clínico es utilizada en tal forma que quienes necesitan asistencia se convierten en antagonistas y evitan la terapia.

Se tienta así al investigador a no publicar lo que haya aprendido sobre terapia; quizá procure volver al concepto de **que** el conocimiento debe mantenerse en secreto en vez de compartirlo con todos. Empero, este retorno al pasado impide la validación científica y el avance del saber. Como la terapia también es un comercio, el secreto alienta a los pillos que se benefician cuando la gente ignora sus maniobras. Además de ser mal empleado, el conocimiento del investigador puede ser diluido, convertido en algo trivial y estereotipado, hasta que pierde todo significado. El dilema es grave para los clínicos serios, los investigadores y quienes escriben libros como este.

Una solución obvia es incitar a los clínicos a que sean sensatos y no lo compartan todo con su clientela. La libre presentación de ideas entre clínicos causará menos daño cuando estos admitan, que guardan para sí las opiniones privadas y sólo ofrecen sus ideas a sus clientes con cuidado y circunspección. También ayuda que admitan que cuanto le digan al cliente ya será probablemente de su conocimiento, si bien pocos clínicos gustan reconocerlo. Los progenitores de un niño problema saben que su conflicto marital está entrelazado con el de ese niño; es un acto de cortesía no imponerles ese conocimiento y ayudarles a «descubrir» lo que ya saben y que preferirían no admitir.

Para subrayar la diferencia entre el enfoque de la «toma de conciencia» y el de la «cortesía» veamos un ejemplo de cómo

la «toma de conciencia» puede impedir el cambio. Una familia se somete a terapia después que la hija adolescente ingirió doce pildoras en un fallido intento de suicidio. Padres e hija son entrevistados en forma conjunta al día siguiente. La familia presenta la típica pauta del hijo que se aproxima a la edad de abandonar el hogar, época en que el matrimonio de los progenitores suele tener dificultades. Aparte del cambio importante que significa la partida de los hijos, suele ocurrir que los padres han estabilizado su matrimonio comunicándose a través de un hijo que ahora está por marcharse. La entrevista revela que los progenitores tienen problemas maritales y que el padre bebe tanto que puede calificárselo de alcoholista. Para el terapeuta, la tentativa de suicidio de la muchacha es un modo de llamar la atención con respecto a la dificultad parental y el alcoholismo del padre, a fin de que la familia pueda conseguir ayuda. En vista de ello, creyó oportuno decirle a la hija al término de la primera entrevista, en presencia de los padres: «Parece que con su acto usted estaba tratando de obtener alguna ayuda para sus padres; intentar suicidarse fue la manera más penosa de hacerlo». El terapeuta pensaba probablemente que este comentario era un modo de ayudar a la hija a salir del rol de chivo emisario, haciendo que ella y sus progenitores «tomaran conciencia» de cuál había sido el «verdadero» propósito del acto.

Desde el punto de vista de la investigación, esta clase de explicación del intento de suicidio tal vez sería interesante, pero confundir ideas de investigación y operaciones clínicas puede resultar desastroso. Es una candidez, por no decir una idiotez, imponer a la familia esta explicación, más aún si tal ha sido en realidad el motivo del intento suicida. Si la hija se ve obligada a procurar ayuda de esta manera indirecta es porque sus padres no aceptarían esa ayuda si les fuese ofrecida directamente. (Durante la entrevista los progenitores admitieron que habían rehuido la terapia no obstante tener problemas desde largo tiempo atrás.) Al anunciar que la hija está obteniendo ayuda para la familia mediante su acto suicida, el terapeuta ha minado y derrotado el intento de la muchacha de asumir la culpa del problema como una forma de hacer que sus padres acepten la ayuda. Quitarle la culpa cuando ella misma la ha echado sobre sí es menoscabarla y arruinar el propósito de su acto.

Supongamos que los progenitores quieren cambiar terapéuticamente después que el experto define así la situación. Si el padre resuelve ahora dejar de beber, esta decisión no puede ser *su* contribución porque ya se la ha definido como causa-

da por el intento de suicidio de su hija. Por otra parte, la madre hace años que trata de convencer a su marido de que abandone la bebida; si ahora lo hace, luego de esta definición del acto cometido por su hija, ello significa que deja que esta lo ayude no habiéndoselo permitido antes a su esposa; tal vez prefiera seguir bebiendo antes de humillar así a su mujer. Si los progenitores mejoran su relación conyugal, admitirían con ello que tal mejora fue dispuesta por la hija; si están enojados con ella y preferirían no tener que atribuirle ese progreso, se abstendrán de mejorar su matrimonio. Hacer que la familia «tenga conciencia» de por qué intentó suicidarse la hija es un acto que impide el cambio; lo más probable es que no haya cambio alguno en el matrimonio una vez que se ha compartido esta «intelección» con la familia. En vez de acrecentar la complejidad, la terapia ha disminuido las alternativas y quitado flexibilidad a la situación social. El terapeuta orientado hacia la «toma de conciencia» no inferirá que su acto ha causado esta situación infortunada; en lugar de ello, dirá que los padres tienen arraigados problemas de carácter, viejas dificultades conyugales, y que además son inasequibles.

La información y las unidades mayores

Si bien hemos venido haciendo hincapié en el límite entre terapeuta y cliente, lo mismo ocurre en cada uno de los otros límites donde intervenga un experto. ¿Debe revelar al marido lo que ha visto hacer a la esposa, y viceversa? Quienes arguyen que un terapeuta debe compartir todas sus operaciones con el cliente, sostienen que si una esposa le confiesa en secreto al experto que tiene una relación amorosa extraconyugal, este debe contárselo al marido como parte del enfoque «sincero». Una vez más: el terapeuta que presume que si una esposa tiene una relación extraconyugal estable su marido lo sabrá buscará la forma de resolver el problema en vez de preguntarse si debe revelar el asunto al esposo. En el límite de la unidad mayor (el límite entre progenitores e hijos en la familia nuclear) el terapeuta puede sentirse obligado a revelar a los padres cuanto sepa sobre la conducta de los hijos y viceversa. En las sesiones familiares se centrará quizás en la revelación total, señalando a padres e hijos cómo se conducen unos con otros, o bien supondrá que no se trata de compartir información sino de establecer reglas de comportamiento; por ejemplo, persuadirá a los progenitores de que expliquen a sus hijos adolescentes su desdichada vida

sexual. Un terapeuta más interpersnal supondría que los adolescentes conocen la existencia de un problema, y para él la cuestión terapéutica no reside tanto en compartir información como en mantener el límite jerárquico entre progenitores e **hijos**.

Teoría de la información y teoría de la comunicación

Cuando el terapeuta aparece como un guardián de la información entre sectores sociales está en juego algo mucho más general que la terapia, pues esta imagen lleva implícita la idea de que revelar u ocultar información en el límite entre grupos crea a su vez una separación intergrupala. Ocultar a los progenitores lo que ha dicho su hijo es trazar un límite entre padres y niño definiéndolos como dos grupos separados. Información y límite son sinónimos.² De este concepto se desprenden ciertas proposiciones:

1. Información y coalición son sinónimos. El acto de dar y retener información a través de un límite es un acto en el que se crean y destruyen coaliciones. Ocultar a los progenitores lo que ha dicho su hijo es coligarse con el niño en ese aspecto.
2. Información y poder son sinónimos. Estar en condiciones

² Corresponde aquí una analogía. Clerk Maxwell propuso un modelo para describir la entropía negativa. Si colocamos gas en un recipiente, las moléculas se moverán a un ritmo determinado por la temperatura del gas, alcanzando *en promedio* la misma velocidad, aunque algunas se muevan más rápido y otras más despacio. Maxwell planteó la hipótesis de que podía cambiarse la temperatura sobre la base de una selección u ordenamiento. Sugirió que si imagináramos al recipiente dividido en dos sectores comunicados por una puerta junto a la cual un «demonio» seleccionaba las moléculas, podría cambiarse la temperatura en las dos mitades del recipiente. Si el demonio abría la puerta cuando se aproximaba una molécula rápida, dejándola pasar, y la cerraba para todas las moléculas lentas, eliminaría el azar en la actividad molecular y pronto tendría agrupadas a las moléculas rápidas en un compartimiento y a las lentas en el otro, cambiando la temperatura por medio de la selección. Evidentemente, el «demonio» creaba el límite entre las dos mitades del recipiente por el solo hecho de ser el portero que seleccionaba a quienes podían atravesarlo. En cierto modo, el terapeuta es un «demonio de Maxwell» cuando actúa como límite entre dos sectores de la sociedad. Al seleccionar qué información podrá pasar de un grupo a otro está definiendo a estos grupos como separados por un límite (y quizá también esté cambiando su temperatura), manifestando preferencia y «ordenándolos».

de revelar u ocultar información entre grupos es ocupar una «e/posición, o posición de poder, en relación con dichos grupos.

3. La posición jerárquica de un terapeuta está determinada en buena medida por su control de la información, o sea, por su capacidad de revelar o retener información.

Muchos teóricos han planteado el problema de la distinción entre teoría de la información y teoría de la comunicación. La primera tiene una base más sólida, quizá por sus usos prácticos, en tanto que la segunda ha permanecido en un estado rudimentario. Aparentemente, no es lo mismo preguntarse cómo se codifica la información entre emisor y receptor que preguntarse cómo un animal en aprendizaje se forma una jerarquía mediante actos comunicativos. Se puede considerar la información recibida por una criatura en términos de «bits» y ser incapaz de relacionarla con una descripción del modo en que dicha criatura ha formado una coalición contra un rival. La observación de un terapeuta, un agente del cambio, actuando en el límite entre grupos aclara la relación existente entre información y jerarquía. De esto se infiere que el terapeuta que quiera tener poder e influencia sobre un individuo o grupo debe constituirse en guardián de la información entre ese grupo y otro mayor; ha de definírsele, en términos reales o ficticios, como el portero que permite o impide el paso de la información. Por consiguiente, su poder aumenta si se le confían secretos para su protección: cuanto más información le da un individuo o grupo (información que se desea mantener oculta), tanto más poder y status le confiere. Así pues, las cuestiones éticas implícitas en el control de la información constituyen un aspecto esencial de la terapia y no pueden evitarse ni restársele importancia.

Asimismo, se deduce que el terapeuta no debe limitarse a entrevistar colectivamente a la familia: también debe ver a sus integrantes y facciones por separado. Ha de poseer, o aparentar poseer, información controlada por él en el límite, y si ve únicamente a la familia entera podrá intercambiar información encubierta mediante insinuaciones y comunicación no verbal, pero el ocultamiento le resultará más difícil, porque todos pueden recibir la información. Existe una contradicción o antagonismo entre la necesidad del terapeuta de tener poder e influencia y la de proveer un justo intercambio. Por ejemplo, si un terapeuta de un hospital de salud mental se pone de parte del paciente contra el resto del plantel profesional y no revela algo que aquel le ha

dicho, peca de deslealtad hacia sus colegas, pero si no persuade al paciente de que le dé información confidencial y la mantiene en secreto, no establece una relación exclusiva o coalición suficiente que posibilite el cambio. En este caso el dilema es obvio, pero está presente en formas más sutiles en todos los esfuerzos terapéuticos.

Supongamos que un terapeuta está tratando a un niño y desea «llegar a él», para lo cual lo insta a revelar información que no ha confiado a nadie. El experto oculta esta información a los progenitores como un elemento necesario para alentar al niño a confiar en él y revelar más cosas, pero el hecho de ser un adulto establece una coalición natural entre él y los progenitores; además, es un agente de ellos por cuanto le pagan para que cure a su hijo. En este sentido está en la misma situación que el terapeuta residente de un hospital de salud mental que se coliga con un paciente contra sus colegas, puesto que está apoyando al niño contra sus padres. Sin embargo, si no lo apoyara actuando como guardián en el límite entre hijo y progenitores, no podría coligarse con el niño en medida suficiente como para producir el cambio.

Uno de los puntos claves de la teoría de la organización es que el quebrantamiento constante de las líneas de poder es patológico. Si un miembro del plantel profesional apoya a un paciente contra otros colegas, franqueando el límite jerárquico de poder, trastorna la organización. Si un terapeuta se coliga con un niño contra sus progenitores, actúa como la abuela que se coliga con su nieto contra los padres de este y causa las mismas dificultades que procura solucionar. Aquí la paradoja es evidente: para ganar poder e influencia en los sistemas sociales es preciso que el terapeuta oculte información entre grupos, pero el acto de ocultar información recibida de alguien jerárquicamente inferior puede impulsar al experto a establecer una coalición por sobre los límites generacionales, trastornando el sistema. Veamos otro ejemplo. A menudo se supone que al tratar a una pareja el terapeuta no debe apoyar a un cónyuge contra el otro pues así violaría un límite jerárquico: como experto, el terapeuta tiene mayor jerarquía que el matrimonio. Pero sólo puede actuar como guardián de la información entre ellos si oculta a un cónyuge la información recibida del otro aunque sea temporariamente, acto que de hecho lo consagra como «experto» jerárquicamente superior pero que al mismo tiempo lo coliga con un esposo contra el otro. Es obvio que para resolver estas paradojas aparentes el terapeuta debe seguir la regla fundamental de no coligarse fir-

memente con un cónyuge contra el otro. Brindará un intercambio justo no sólo entre él y su clientela sino también entre los subsistemas de esta: si oculta información para apoyar al niño contra sus progenitores, hará otro tanto para coligarse con estos contra aquel. En este sentido, el terapeuta debe ocupar una *metaposición* respecto de todos los grupos con que trabaja. Los problemas planteados por su pertenencia a un grupo cuyos intereses difieren de los de su cliente deben resolverse a un nivel más alto. El terapeuta de una institución que apoya a un paciente contra sus colegas lo hará de modo tal que en última instancia pueda invertir la coalición, distribuyéndose equitativamente aun dentro del grupo del cual forma parte.³ Debe representar a un tiempo a su cliente y a la comunidad, recurriendo a todos los medios que le permitan dar a la larga el mismo apoyo a ambos sistemas. Por supuesto, en cualquier momento puede establecer una u otra coalición por un breve lapso, inclinando la balanza de manera tal que posibilite el cambio. Muchos terapeutas creen que es excesivo pretender que ellos dictaminen cuál de diversas situaciones sociales es la mejor y tomen decisiones en nombre de sus clientes; también les parece que se necesita poseer la sabiduría de Salomón para aceptar la responsabilidad de cambiar a la gente sin revelar lo que saben sobre su caso. De ahí que muchos prefieran compartir sus opiniones con el cliente y hacerlo responsable de su cambio. Empero, si se lo forma para que sea un experto debe estar dispuesto a asumir la responsabilidad y conocer el procedimiento a seguir en una amplia gama de situaciones (a menudo lo ignorará, pero eso no significa que no deba saberlo). Contemplando la terapia desde una perspectiva de sistema social se advierte claramente que quienes forman terapeutas tienen más obligación de ser eficaces hoy día que en el pasado. En esta breve reseña hemos pasado por alto muchas cuestiones éticas. Una, de importancia crucial, reside en si es ético adoptar un enfoque experimental entrometiéndose en las vidas ajenas con métodos no probados. ¿No es más correcto usar métodos comprobados, aunque hayan fracasado? Las numerosas situaciones sociales que se presentan en terapia

³ Es muy probable que exista aquí una paradoja irresoluble, crucial para la terapia: no podemos ser miembros de un grupo y estar a la vez en una *metaposición* respecto de él. La misma dificultad se plantea cuando algo está dentro de una clase y es a la vez la clase misma, como ocurre en la paradoja de la clase de clases de Russell y White-head. Véase A. N. Whitehead y B. Russell, *Principia Mathematica*, Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press, 1910.

le plantean al clínico súbitos dilemas éticos. *Coa* la experiencia, el terapeuta desarrolla una postura ética y aprende a juzgar cada situación según sus méritos. Los profesionales que han practicado terapia durante largos años saben discernir entre conducta ética y no ética; tal vez racionalicen e intenten engañarse a sí mismos y a los demás acerca de su propio comportamiento, pero saben qué están haciendo.

Informe sobre un caso: Un «pequeño Hans» moderno

Este informe completo sobre un caso ejemplifica el enfoque terapéutico descrito en este libro. Lo hemos elegido por la especificidad del problema y porque la situación familiar resulta muy obvia, aunque el lector pensará quizá que tanta claridad es poco usual. Se trata de un niño problema nítidamente definido; las etapas de la terapia se suceden en la forma debida; el problema marital es claro; se imparten diversos tipos de directivas (incluyendo las paradójicas) y el resultado es positivo. El caso se presenta en forma de guión de una videocinta didáctica; este guión filmico, que ha sido uno de los primeros dentro de esta clase de material didáctico, constituye una nueva modalidad de presentación de los casos.

En un pasado no muy lejano se esperaba que el terapeuta se encerrara solo a entrevistar a un individuo que hablaría largo y tendido sobre sí mismo y sus fantasías. Hoy día, una sesión de terapia puede consistir en que una familia íntegra dialogue con el terapeuta en un consultorio equipado con pantalla de visión unilateral, detrás de la cual funcionan cámaras de televisión y hay un supervisor que observa la sesión y telefona al terapeuta cuando lo juzga necesario. El consultorio es un lugar pleno de acción y emoción a medida que el experto cambia de lugar a los clientes y guía su interacción. De esta forma, la terapia se convierte en un drama humano en acción, más que en un diálogo sobre cuestiones que ocurren en otra parte: maridos y esposas negocian y riñen entre sí, los adolescentes se rebelan contra sus padres, puede golpearse a un niño ante las cámaras, y el afecto y la ternura se manifiestan de muy diversos modos. El terapeuta es a un tiempo participante, guía, director, activador y reflector, mientras las cámaras de televisión registran las acciones importantes de la vida.

Los terapeutas en formación pueden ver las entrevistas grabadas en videocinta para observar en detalle cómo se conduce una sesión. Una vez filmado un caso completo, pueden seleccionarse fragmentos de diversas entrevistas y compaginarlos en una sola cinta, condensando así varias horas de te-

tapia en una presentación de sesenta minutos; también pueden añadirse diagramas y grabarse un relato para utilizar la cinta sin la presencia de quien dicta el curso. La videocinta se convierte de tal modo en un filme didáctico sobre terapia. Cuando se quiere dar a estos filmes didácticos una forma «instructiva», se le plantea a su realizador el problema de cómo exponer una práctica terapéutica coherente, que los terapeutas en formación puedan comprender y emplear en sus casos. Asimismo, recae en él la responsabilidad de seleccionar los fragmentos en forma tal que no den un panorama distorsionado de lo que en verdad ocurrió. Quizás la actual generación de terapeutas expertos que presentan sus casos en forma de historias escritas sea la última en hacerlo; cabe esperar que en el futuro los terapeutas mostrarán su trabajo en vez de ofrecer un resumen escrito de lo que pudieron o no haber hecho.¹ Si bien en el pasado se ha filmado a terapeutas conduciendo una entrevista, hace muy poco tiempo que los clínicos comenzaron a filmar sus sesiones terapéuticas reales (en vez de entrevistas demostrativas), enfrentando las dificultades especiales que entraña convertir un caso completo en un filme de una hora de duración. El informe que aquí ofrecemos es una videocinta didáctica preparada de manera tal que presenta los detalles importantes o aspectos cruciales del caso. Cuando se hizo este trabajo, el terapeuta, Mariano Barragán, seguía un curso de formación como psiquiatra de niños; si bien tenía experiencia previa como terapeuta, nunca había utilizado este enfoque. La supervisión fue «en vivo», ubicándose el supervisor tras una pantalla de visión unilateral. Colegas que participaban en un seminario sobre terapia estratégica asistieron a cada sesión de programación y también a las entrevistas (ubicados tras la pantalla especial), por lo que muchas ideas sobre los procedimientos a seguir pertenecen al grupo en su conjunto.

¹ Hubo una época en que los terapeutas se oponían a filmar las entrevistas o grabarlas en videocinta aduciendo que los clientes objetarían esa invasión de su privacidad, pero se ha comprobado que si al terapeuta no le importa que lo estén grabando en videocinta, tampoco le molesta a la familia. En la mayoría de los casos no hay reparos para hacerlo, salvo ciertas situaciones especiales, como las confesiones de criminales o las entrevistas a colegas profesionales, donde existen motivos legítimos para no grabarlas. En este enfoque se supone que el cliente está adecuadamente informado sobre la grabación en videocinta y da su consentimiento. Al igual que otros aspectos técnicos, no se debe observar ni filmar una sesión si ello interfiere en la terapia, no obstante las enormes ventajas que depara a la formación de terapeutas y a la superación de mitos sobre qué hace el terapeuta en la entrevista.

El filme se titula «Un "pequeño Hans" moderno» por su similitud con aquel caso de Freud en el cual un niño llamado Hans temía salir a la calle por miedo a los caballos; en nuestro caso, el niño temía salir de su hogar por miedo a los perros. En ambos, el terapeuta se valió de la relación padre-hijo para producir un cambio.

Presentamos aquí la versión textual del guión del filme didáctico, salvo ciertas modificaciones tendientes a salvaguardar la identidad de la familia.

Título: «Un "pequeño Hans" moderno» Terapeuta:
Mariano Barragán, doctor en **medicina** Supervisor y
director del filme: Jay Haley

(En un consultorio equipado con pantalla de visión unilateral, una familia conversa con el terapeuta.)

Relator: La familia está integrada por el padre, la madre, un hijo de ocho años y una hija de seis. El problema planteado radica en que el niño jamás ha podido trabar amistad con los perros, ni acercárseles, ni entrar en una casa en la que haya un perro. Rehuye a los perros callejeros a tal punto que es capaz de lanzarse en medio del tránsito para escapar de ellos, por lo cual sus padres temen dejarlo salir solo a la calle y deben acompañarlo a todas partes; esto hace que permanezca largo tiempo confinado en su hogar. Dada la gravedad del problema los padres lo sometieron a tratamiento, pero en un año de terapia infantil individual en que se diagnosticó *cino-fobia* no hubo mejoría alguna. Al ausentarse de la ciudad, el terapeuta que lo atendía remitió el caso a la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia para su tratamiento. Se entrevistó a toda la familia, que en la primera sesión expuso su problema y su historia; también se programó una estrategia para el tratamiento. Estamos en la segunda entrevista, donde comienza a aplicarse dicha estrategia. El primer paso consiste en obtener una formulación clara del problema, especialmente de labios del propio niño, que en la primera entrevista se mostró muy parco. En esta segunda entrevista habla de su miedo y luego comienza a restarle importancia, por lo que sus padres deben corregirlo.

Hijo: Y creí que ya no les tendría más miedo, pero no ocurrió así.

Terapeuta: ¿Cuándo tuviste uno?
*N.:** Un perro.
Terapeuta: Sí...
N.: Era un cachorro.
Terapeuta: ¿Y qué pasó?
N.:- Lo devolvimos.
Terapeuta: ¿Por qué?
N.: Porque le tenía demasiado miedo.
Terapeuta: Pero tú creías que no le temerías.

¿Era un cachorro?

¿Y tenías miedo hasta de un cachorro?

N.: Sí.

Terapeuta:

N.: Sí.

Terapeuta:

N.: Aja.

Terapeuta: ¿De un cachorrito pequeñito?

N.: No, era más o menos así de grande y..

Madre: Era pequeñito.

N.: Medía algo así, ¿no es cierto?

(Más adelante, en la misma entrevista, la conversación continúa así:)

4

N.: En realidad, no quiero apartarme así. En cuanto a los ovejeros alemanes, les tengo miedo; esos son los perros que más temo.

M.: Vamos, Stuart; di la verdad, di la verdad de todo. Princess, o Bruce... Bruce no es un ovejero alemán. *N.:*- No estoy hablando de...

M.: Lo sé; sé que no estás hablando de eso, que estás hablando de los ovejeros alemanes y que dices que esos son los perros a los que realmente temes.

;

N.: Sí.

M.: Háblele también de Princess, de lo que pasa cuando vuelves a casa en el auto. Quiero decir de Bruce, de lo que pasa cuando Bruce está afuera, cosa que ahora ocurre casi siempre, y todos bajamos del coche. Y él no es un ovejero alemán.

Relator: Pasamos a otra entrevista, tres semanas después. El niño tiene un perrito en el consultorio y lo está acariciando. ¿Qué ocurrió en esas tres semanas? ¿Qué cambio hubo, cambio jamás producido con anterioridad en la vida del niño a pesar del año de tratamiento? ¿Cómo se explica que esté tocando un perro, cuando antes era incapaz de hacerlo? Hay

* En lo que sigue se utilizan las siguientes abreviaturas: N. = niño; Ai. = madre; P. = padre. [N. de la T.]

varias explicaciones posibles: pudo producirse una remisión espontánea, una intelección que resolvió el problema, o un proceso descondicionante que lo fue acercando cada vez más al perro hasta que venció su temor y pudo tocarlo. En realidad se empleó un enfoque muy distinto: se partió del supuesto de que la actitud del niño hacia los perros desempeñaba una función en la familia. Cambiando las relaciones de esta, el niño superaría su problema. No se cree necesario el *insight*, ni la comprensión, ni un proceso gradual de condicionamiento, sino la intervención activa y rectora de un terapeuta que en sucesivas etapas vaya modificando las relaciones familiares. Si bien el cambio ya ha comenzado para la cuarta entrevista, se necesitarán otras seis para completar la terapia.

Sintetizaremos aquí la estrategia del tratamiento aplicado en este caso, ejemplificando el proceso mediante fragmentos extractados de las sesiones.

Si elegimos arbitrariamente como unidad familiar a la integrada por los progenitores y el niño, dejando de lado a los otros miembros de la familia, podemos decir que cuando un niño se ve trabado por un problema suele haber un progenitor fuertemente involucrado con él, que a menudo habla por él, le está encima y se muestra a un mismo tiempo sobreprotector y exasperado; el otro progenitor es más periférico y tiende a desligarse de su cónyuge y del niño. A veces este ordenamiento no se produce entre dos progenitores, sino entre un progenitor y una abuela o bien entre un progenitor y otro hijo.

En la familia que nos ocupa, la madre está sobreinvolucrada con el niño y se preocupa en exceso por sus temores. El padre, más periférico, tiene dos empleos, de modo que está muy poco tiempo en el hogar; sus contactos con el niño obedecen en buena medida a que debe acompañarlo a todos lados por su miedo a los perros. La terapia tiene por objeto cambiar las relaciones internas de la familia para que haya una mayor involucración mutua entre los padres y para que el niño se desenganche de ellos y se involucre más con sus pares. Si bien es fácil describir este objetivo, las tácticas para su logro son complicadas y están determinadas por la naturaleza única de cada familia. El pasaje del ordenamiento inicial a la meta final no puede efectuarse abruptamente. Durante el proceso del tratamiento se recorren diversas etapas, la primera de las cuales consiste en cambiar la relación entre el hijo y el progenitor sobreinvolucrado con él. Al ingresar en la familia, el terapeuta puede dar este primer paso de muy diversas maneras; en este caso procedimos de un modo par-

ticular, haciendo que el progenitor más periférico se involucrara más con el niño y desenganchando así al otro. La madre era quien mejor conocía al niño, especialmente sus temores, y el terapeuta intervino para que el padre también llegara a conocerlo bien, generando así una mayor acción entre padre e hijo con exclusión de la madre.

La intervención para cumplir esta primera etapa se produjo durante la segunda entrevista, cuando la madre salió del consultorio por unos minutos. Como parte de la estrategia del tratamiento, ya se había pensado utilizar al padre aprovechando su gran versación en materia de perros, pero el hecho de que la intervención se iniciara en ausencia de la madre fue casual.

(Volvemos a la primera escena, cuando el padre habla del temor que su hijo le tiene a los perros. La madre sale del consultorio para acompañar a la hija al baño.)

Terapeuta: ¿Cuánto le preguntas a tu padre sobre perros?

N.: Muy poco.

Terapeuta: ¿Muy poco?

N.: Aja.

Terapeuta: Sabes lo que... Bueno, dime, ¿qué es tu padre?

¿En qué trabaja?

N.: Es cartero.

Terapeuta: Muy bien. ¿Sabes que se supone que los carteros se llevan bien con los perros?

N.: Aja.

Terapeuta: Sí.

N.: Pero sé que los perros no los quieren. La mayoría de los perros no los quieren.

Terapeuta: Muy bien. ¿Cuántas veces mordieron a tu padre?

N.: Ninguna.

Terapeuta: Ninguna vez. Entonces tu padre debe ser muy bueno con ellos, ya que no les gustan los carteros. ¿No es cierto?

N.: Sí.

Terapeuta: Entonces, debe ser muy bueno para que ningún perro lo muerda.

N.: Bueno. . . Papá, ¿puedo preguntarte algo?

Padre: Sí.

N.: ¿Cómo haces para alejarlos?

Terapeuta: Eso es lo que quería escuchar.

(El terapeuta vuelve a sentarse mientras padre e hijo conversan.)

N.: Como... Quiero decir... Como... Tú sabes, como en casa de Gerald. P.: Sí.
N.: O en la de la señorita Jones. P.: Aja.
N.: Si el perro estuviese suelto, ese perrazo blanco que hay allí...
P.: Aja.
N.: Si el perro se soltara, ¿cómo lo echas, si es un perro malo?
P.: Gritale, chállale.
N.: Sí, pero... ¿y si no se va?
P.: Bueno, en tal caso tienes que estar pronto para hacer otra cosa, pero haz lo que haz no debes huir, N.: Y ese perrazo blanco...
P.: Si llevara saco, trataría de quitármelo y ponerlo por delante.
N.: ¿Por qué?
P.: Bueno, porque si el perro quiere morderme le dará el tarascón al saco.
N.: Sí, pero... ¿y si es verano y no tienes el saco? P.: Pues lo que haría para tenerlo a raya, para hacerle frente... probablemente a uno no se le ocurriría en un momento así, lo sé. N.- Patearlo.
P.: Si te sacas el sombrero y lo pones delante del perro, y el perro se aferra a él con los dientes, morderá el sombrero pero no lo traspasará, así que no te agarrará el brazo. Se aferrará al sombrero, ¿entiendes? N..Ajá.
P.: Entonces, mientras está aferrado al sombrero, le das un puntapié debajo de la barbilla.
N.: ¿Lo pateas bajo la barbilla?
P.: Humm, sí. N.; Eso es...
P.: Sirve perfectamente, ¿ves? (*Le enseña el movimiento del pie.*)
K: Sí.

(*Entran la madre y la hija.*)

M.: Nos perdimos.

N. (*sigue dirigiéndose al padre*): ¿Y eso no es cruel? P.: Si el perro está tratando de morderte, nada es cruel. **N.; Aja.**

P.: Nada es cruel, nunca, si el perro quiere morderte. Defenderse no es ser cruel.

Terapeuta: ¿Ves? Creo que tal vez no te diste cuenta de que tenías un experto en casa. *N.:* Ya lo sé. *Terapeuta:* Tu padre trata a diario con perros.

(Más adelante, en la misma conversación:)

M.: Le basta ver una vez a un perro para no olvidarlo jamás. A la salida de la visita anterior fuimos a un negocio del centro y cuando íbamos a entrar me preguntó: «¿No estuvimos antes en este negocio?». «Nunca estuvimos aquí», respondí. «Sí, estuvimos, porque ahí dentro tienen un perro grande», insistió. «Bueno, yo no sé nada de eso», le dije. Entramos y ahí estaba el perrazo. Hacía tanto tiempo que habíamos estado allí que de veras lo había olvidado. Y allí estaba ese lindo perrazo marrón.

P.: Un Doberman Pinscher. *M.:* Un Doberman Pinscher.

Terapeuta: Piensa un poco, Stu. ¿Alguna vez has visto cómo se maneja tu padre con los perros? *N.:* Ajá. *P.:* ¿Qué?

M.: Cómo te entiendes con los perros. *P.:* ¿Cómo me entiendo con los perros? *N.-* Ajá, te he visto. El otro día pateaste a ese perro, ¿no es cierto? *M.:* ¡Oh! *(Ríe.)* ¿Diste un puntapié a un perro?

(Más adelante, en la misma conversación:)

Terapeuta: Dijiste que sabías que a los perros no les gustan los carteros.

N.: Aja.

Terapeuta: ¿Acerté? Entonces, tu papá sabe lo que son los perros; quizá puedas aprender de él.

Relator: Se ha dado el primer paso. Padre e hijo están inter-actuando sobre el tema de los perros, en un área donde el padre es una autoridad y la madre no. Cuando la madre menciona los temores del niño, el terapeuta neutraliza sus palabras haciendo hincapié en cuánto sabe el padre sobre los perros.

El paso siguiente fue introducir un perro en la casa para poder continuar ligando a padre e hijo en torno a ¿l. Ade-

más, acercando el niño a un can sería posible evaluar los cambios que ocurrieran en la familia; su relación con los perros sería el barómetro indicador: cuanto más íntimo fuera su contacto con ellos, tanto mayores serían los cambios en las relaciones familiares. Fue difícil introducir un perro en el hogar pues un intento anterior había atemorizado al niño. Cuando se imparte una tarea en la que ya se ha fracasado es preciso crear una nueva situación. Así lo hace el terapeuta en el trascurso de la segunda entrevista.

Terapeuta: Muy bien, Stu. Parece que tienes que aprender algunas cosas.

N.: Sí.

Terapeuta: ¿Sabes qué quiero que hagas?

N.: No.

Terapeuta: Siempre que tus padres estén de acuerdo, ¿eh? Quiero que adoptes un perro.² Pero elige uno que tenga miedo.

N.: ¿Que me tenga miedo? *Terapeuta:* No, no que tenga miedo de ti. *N.:* ¿Que tenga miedo de

todo el mundo? *Terapeuta:* Uno que creas que está asustado. *N.-* ¿Y por qué lo creería?

Terapeuta: No, no, no. Quiero que recojas un perro que te parezca asustado. Ya sé que no hay manera de determinar lo y que no puedes preguntárselo.

N.- Comprendo. Pero sabría cómo hacerlo.

Terapeuta: ¿Lo harías?

N.: Sí. Probablemente sea un perro que huya, no uno que corra a mi alrededor y vuelva a mi lado y me cargosee; un perro así no me parecería asustado: ese me querría. Yo diría un perro que... se alejara o algo así. *Terapeuta:* Muy bien. Entonces, quiero que adoptes un perro que te parezca temeroso y quiero que lo *cures* con ayuda de tus padres. Todos ustedes se unirán para curar a ese pequeño cachorrito que habrá de ser un perrito terrible (*Dirigiéndose a los padres.*) ¿Están de acuerdo con esto? *M.:* Sí, cómo no. *Terapeuta:* ¿Y usted?

P.: Estará muy bien, estará muy bien siempre que él vaya a buscarlo.

² Este es un ejemplo de buena colaboración entre supervisor y terapeuta. El supervisor dijo que debían introducir un perro en el hogar de una manera distinta, ya que un intento anterior había fracasado. El terapeuta imaginó esta nueva forma de introducir al animal, que le pareció aceptable a la familia.

Terapeuta: En eso estaba pensando. N.;
¿Qué quieres decir, papá? P.; Lo que he
dicho.
N.- Oh, quieres decir que me llevas pero soy yo el que lo
elige.
P.; Lo que te he dicho toda la vida, toda la vida. Te llevaré a buscar
un perro. ¿No he dicho eso? N.; Sí.
P.- Te llevaré a buscar un perro siempre y cuando seas tú el que lo
agarre y lo traiga a casa. N.- Aja.
P.- Muy bien. Yo no voy a... *Terapeuta:* ¿Está
usted de acuerdo? P.; Yo no lo traeré a casa.
Terapeuta: Un momento, usted sabe que eso... P.-
No; quiero decir que no...
Terapeuta: Sí, comprendo lo que quiere decir, pero quiero
que se reúnan y... Hoy es viernes: quiero que se reúnan
y conversen sobre el perro. ¿De acuerdo?
N.- Sí.
Terapeuta: Quiero que decidan exactamente qué deben hacer,
y quiero que luego tú lo hagas. Pero quiero que primero hables
de esto con tus padres.

Relator: Así concluyó la segunda entrevista. Cuando vol-
vieron, una semana después, todavía no habían conseguido un
perro y en la sesión se trató la vida familiar en general. La
familia se presentó a la cuarta entrevista trayendo un perrito.

*(El niño abre una caja y deja salir un perrito; era un cachorro
asustado, único sobreviviente de una cría abandonada en una
ruta.)*

Terapeuta: Sácalo tú, Stuart.
N.- El puede salir de un salto, así.
M.: Espero que no «vaya al baño»...
Terapeuta: No se preocupe por eso.
M.: Está bien... Pero parece estar olfateando, ¿no?
P.- Sí, así parece.
Terapeuta: Puedes poner tu caja allá arriba si quieres.

(En ese instante, el perrito orina en la alfombra.)

Ai.; ¡Oh, qué vergüenza! Pero no lo hizo en su caja, ¿no es
cierto?

Terapeuta: No se preocupe, después traeremos un poco de papel. (*Dirigiéndose al niño.*) Lo que quiero verte nacer es esto: tú sabes que él tiene miedo, ¿no es así?

N.: Sí.

Terapeuta: Ahora bien, ¿qué harás con respecto a eso?

N.: ¿Usted quiere que yo haga algo?

Terapeuta: Aja.

N.: ¿Pero cómo voy a hacerlo?

Terapeuta: Sabemos que debes conseguir que este cachorrito venza sus miedos. ¿De acuerdo?

N.: De acuerdo.

Terapeuta: ¿Y bien, Stuart?

N.: ¿Eh?

Terapeuta: Quiero verte actuar.

N.: ¿Y qué hago?

Terapeuta: Ah, no sé... El problema es tuyo.

P.: Levanta al perro.

N.: No puedo levantarlo.

P.- Lo agarraste.

Terapeuta: Aquí hay muchas personas ayudándote. Puedes pedir ayuda a tus padres, a Sharon (*la hermana*).

N.: Lo agarré (*al ver que su hermana acaricia el perro*).

No, Sharon, no, Sharon, no.

(*Más tarde, durante la misma entrevista.*)

M

.: Creo que ha progresado mucho. *Terapeuta:* ¿Qué cree? No la oí.

M.: Que ha progresado mucho. Anda bien. El único problema es que no lo alza ni lo lleva en brazos; no quiere levantarlo ni llevarlo a ninguna parte. P.; Lo he visto agarrar al perro.

Ai.: Tom dice que lo ha agarrado; yo ni siquiera recuerdo haberlo visto.

N.: En casa de tía Sara. P.;

Lo agarrará...

M.: Oh, sí. En casa de tía Sara, el domingo.

P.; Lo agarrará.

M.: Sí, tienes razón. El domingo, en casa de tía Sara, lo alzaste y lo trajiste de vuelta. Tía Sara lo tenía, ¿no? N.; Sí.

M.: Ella te lo dio y tú lo trajiste hasta el auto.

N.; Sí.

Ai.: Eso está bien.

Terapeuta: ¿Y usted qué piensa, señor Crosby?

P • Creo que va bien. Tal vez no lo parezca, pero creo que anda mucho mejor.

M.: Yo también creo que anda bien, porque estoy segura de que los dos recordamos cuando ni siquiera quería que yo tocara un perro, un cachorrito. Como una vez que había uno en el patio y ellos estaban en el porche de atrás, y yo fui al patio a acariciarlo y él me gritó: «¡No lo toques!». Creí que se desmayaba.

Terapeuta: Así que está de acuerdo con el señor Crosby.

M.: Sí.

Relator: A esta altura, el niño ha mejorado lo suficiente como para que el terapeuta pueda iniciar la transición a la próxima etapa de la terapia, centrada en el matrimonio. Sería un error tratar la cuestión marital antes de que se produzca un cambio en el hijo; el hecho de que su problema integre un problema marital triangular no significa que aquel pueda resolverse abocándose de entrada a este. Debe haber un proceso gradual, y el primer paso es producir un cambio en el niño. El terapeuta inicia la transición a la próxima etapa atribuyendo a los padres el progreso alcanzado por el hijo; ellos se lo merecen por la forma en que han cooperado molestándose en buscar el perrito adecuado, pero este gesto cumple además dos funciones: permite concentrar la atención en el matrimonio y va preparando la desvinculación final del terapeuta cuando más adelante deba salir del sistema de la familia, puesto que resulta más sencillo alejarse cuando se ha descargado sobre la familia la responsabilidad del cambio.

Terapeuta: Quiero decirles que cualquier progreso que haya hecho Stuart se debe fundamentalmente a ustedes. *P.*: No sé.

Terapeuta: Así lo creo, y me parece que este no es momento de modestias. *P.*: No estoy tratando de ser modesto.

Terapeuta: Lo que quiero señalarle a usted... a los dos, pero fundamentalmente a usted, es que hay muchas cosas que son... que usted ha hecho muchas cosas por Stuart y sus miedos.

P.: Pues contésteme esto: ¿Por qué no pudimos hacerlo? ¿Por qué no pudimos hacerlo nosotros mismos, yo o mi esposa?

Terapeuta: Bueno; ante todo, no pensaron en que usted era un experto en perros, como en verdad lo es. Quiero decir... leamos claros: lo admitan o no, ahora les parece una cosa

muy fácil y en realidad era algo tan integrado a su vida diaria que nunca repararon en eso. R; Aja.

Terapeuta: Pero el hecho de que usted sea cartero ha ayudado a Stuart.

M.: De acuerdo, de acuerdo; pero fue usted quien dijo que los carteros eran expertos en perros.

Relator: Atribuyendo a los padres el cambio ocurrido en el niño se cumple también otro propósito. Por lo común, los progenitores han probado todos los medios para ayudar al niño y han fracasado. Si aparece un experto y produce rápidamente el cambio, se vuelve un personaje demasiado poderoso: a los padres les agrada el cambio, pero también abrigan un resentimiento natural contra el que ha triunfado donde ellos fracasaron; este resentimiento sólo puede expresarse, y «salvarse» el amor propio, haciendo que el terapeuta también fracase. Esto no ocurre si se atribuye el cambio a los padres.

Terapeuta: Lo que quiero decir es que ustedes **han hecho** mucho para producir el cambio, sea cual fuere.

P.: De todos modos, eso lo satisface a usted.

Terapeuta: ¿Eh?

P.: Dije que eso lo satisface a usted.

Relator: El terapeuta efectuó el pase a la etapa siguiente pidiéndoles a los padres que salieran juntos el fin de semana como premio por lo bien que se habían conducido con el niño, pedido que traía forzosamente a colación la cuestión del matrimonio. La tarea es también un proceso natural que ayuda a la familia a pasar a la etapa marital. A la madre le disgusta verse excluida de la relación con el niño y quiere recuperarla, pero si le impiden vincularse con el hijo lo hará con el padre; manifestará esto quejándose por el abandono en que la tiene y exigiendo más de él. Esta reacción le permite al terapeuta pasar a tratar la relación conyugal, pudiendo dejar al niño fuera de ese conflicto.

Terapeuta: Por eso les señalaba lo que han hecho. Ahora bien: les sugiero algo más obvio. Sigán atentamente mis palabras porque esto es importante para lo que estamos considerando. Como ustedes saben, la pareja que no sufre tensiones suele tomar las cosas con calma. *M.:* Aja.

Terapeuta: ¿Están de acuerdo con eso?

Ai.; **Aja.**

Terapeuta: No sé cómo se sienten ustedes, pero creo que lo importante es que reciban un premio por lo hecho.

M.: Aja.

Terapeuta: Porque creo que han hecho algo formidable. En cuanto a una recompensa para los dos, se me ocurren varias. Por ejemplo: ¿Qué les parece pasar un fin de semana solos, fuera del hogar?

M.: Sí, sería lindo. (*Los dos progenitores ríen.*)

Terapeuta: ¿Sería lindo?

M.: Sí, de veras sería lindo. No sé si Stuart lo oyó.³

N. (deja de jugar con el perro y alza la cabeza): ¿Qué?

Terapeuta: No se preocupe por Stuart.

P.: ¿Qué dijo? ¿Que no se preocupe?

Terapeuta: Es un asunto entre *ustedes dos*.

M.: Sí.

Terapeuta: Pero es para él.

P. (dirigiéndose a su esposa): ¿Puedes recordar esas cosas tan lejanas?

Terapeuta: Sería ideal, pues comprendería que ustedes no están tan preocupados por él.

***M.:* Sí.**

Terapeuta: ¿De acuerdo?

P.: Sí.

Terapeuta: Eso es lo que estoy tratando de hacer; no me propongo otra cosa.

P.: Aja.

Terapeuta: Mi intención es que este niño pueda llegar a comprender que ustedes ya no están tan preocupados por él.

M.: Muy bien.

Relator: La familia está a punto de entrar en la segunda etapa de la terapia, que se centra en el matrimonio. Sin embargo, en la sexta entrevista se advierte que los padres no han salido solos, que no hablan del matrimonio y que el niño aún tiene cierto miedo a los perros. El terapeuta se aboca a este impase ocupándose primero del niño y luego del matrimonio, repitiendo la pauta general de la terapia para poder pasar del niño a los padres. También procede a prevenir el peligro latente de una recaída a esta altura del tratamiento, volviendo a hablar de los temores del niño en vez de dejar que lo haga la familia. Se centra en el niño, instándolo a tener una regresión y pidiendo la cooperación de los padres; con esto se afianza la

³ Esta respuesta de la madre ejemplifica la involucración triangular de progenitores e hijo: al sugerírseles que hagan algo juntos, inmediatamente introducen al hijo en el asunto.

mejoría y se evita que la familia retroceda a las viejas pautas. Alienta esta recaída como un juego, pidiéndole al niño que ayude al perrito simulando temerle. La expresión del niño al oír esto es una reacción clásica ante una maniobra terapéutica paradójica.

M.: El perro siente tanto apego por Stuart que gime cada vez que se va. Pero, sabe usted, no logramos animarnos a alzarlo y mimarlo en brazos.

Terapeuta: Stuart, ¿crees que podemos hacerle una jugarreta a ese perro, para que se ponga bien? *N.:* ¿Como qué?

Terapeuta: Pero debes ser muy listo; te enseñaré a medir tu propia astucia. ¿De acuerdo? *N.:* ¿Cómo lo hará? *Terapeuta:* ¿Que cómo lo haré? *N.:* Aja.

Terapeuta: Te pediré que hagas algo y solicitaré a tus padres que participen. ¿Estamos? *N.:* ¿Algo como qué?

Terapeuta: Mira: en realidad, tenemos... tenemos que hacerle creer a este pequeño perrito que *tú* tienes miedo de *él*. *N. (con expresión atónita):* ¿Hacerle creer que *yo* le tengo miedo?

Terapeuta: ¿Captas cuál es la idea? Mira: quiero que el ' perrito trate de convencerte de que no debes temerle. Todo es fingido, pues sé que no le tienes miedo. ¿O sí? *N.:* No.

Terapeuta: Muy bien. Se trata solamente de hacerle creer al perrito que *tú* tienes miedo de *él*. ¿Comprendes? *N.:* ¿Pero cómo voy a hacer eso cuando ya lo he tocado, lo he tenido en brazos y todo lo demás? *Terapeuta:* Bueno, tienes que transmitirle de algún modo el mensaje de que le temes. Por ejemplo, tienes que hacer algo así como...

N.: ¿Huir de él?

Terapeuta: Y demostrarle temor.

N.: ¿Cómo? ¿Echándolo y todo eso?

Terapeuta: Sí.

N.: Me parece que sería una maldad. *Terapeuta:* No tienes por qué ahuyentarlo. Mira: ¿crees que si me temieras me ahuyentarías? No: *tú* huirías de mí. *N.:* Aja.

Terapeuta (dirigiéndose a los padres): ¿Creen que pueden ayudar a Stuart a que le tenga miedo al perrito? *M.:* Lo intentaré.

Terapeuta: ¿Eh? *M.:* Que lo intentaré.

Terapeuta: No, no, no, eso no... Eso no suena muy entusiasta que digamos.

M.: ¿Ayudarle a que le tenga miedo al cachorrito? (*Los progenitores se miran intrigados.*)

Terapeuta: Sí. Verán; hablo muy en serio y estoy seguro de que han captado la intención: hacer que el perrito crea que Stuart tiene miedo de él, así el animalito comprenderá que debe convencer a Stuart de que no debe temerle. Todos sabemos que no tiene miedo del perrito, pero se trata únicamente de engañar al cachorro para su propio bien. *N.-* Bueno, creo que... él sabe que yo *no* le tengo miedo. *Terapeuta:* Ya lo sé, por eso es un *engaño*. Y sólo tendrás que hacerlo por un par de días. Te diré una cosa: quiero que les preguntes a tus padres qué piensan de esto y cómo creen que puedes hacerlo... Oye, no parece muy contento con la idea, ¿no es cierto? *N.;* No.

Terapeuta: ¿Por qué no?

N.: Porque...

Terapeuta: Mira: tú eres experto en eso. ¿O acaso no tuviste miedo de los perros por largo tiempo? *N.-* Sí.

Terapeuta: Bueno...

M.: ¿Qué te parecía aquello?

N.- Me parece que me porté como un loco.

Terapeuta: ¿Crees que te portaste como un loco cuando tenías miedo de los perros?

N.- Aja.

Terapeuta: Sólo tienes que hacer lo mismo que antes. *N.-* Va a ser duro. *Terapeuta:* Oh, ya sé que será duro. *N.;* Después de todo este tiempo. .. siete, casi ocho años. . . de tenerles miedo. Pero ahora se me está yendo.

Relator: Aunque no lograron salir solos el fin de semana, los padres disfrutaron de una linda tarde a solas, en casa, cosa inusual en ellos. El terapeuta continuó insistiendo en que salieran juntos, sin los niños, como un medio de obligarlos a pensar en la diada marital. Finalmente se admitió la existencia de un conflicto conyugal.

Terapeuta: Hay un perro en el consultorio y Stuart no le teme.

P.: Aja.

Terapeuta: Esto se debe a la clase de padres que han sido ustedes. Por eso ha podido hacer todas estas cosas. *P.:* Aja.
Terapeuta: Indudablemente, eso dice mucho en favor de la crianza que está recibiendo. Sin embargo, ustedes no han cuidado el uno del otro. *M.:* Bueno, no nos vemos mucho.
Terapeuta (tras una pausa): Eso no les gusta, ¿no es así? *M.:* No.
Terapeuta: ¿Cuándo fue la última vez que hablaron de eso?
M.: No hablamos. *Terapeuta:* ¿No? *M.:* Aja.
Terapeuta: ¿Quiere decir que ustedes no hablan de aquello que les desagrada? *M.:* No, no hablamos. *Terapeuta:* Vamos, ¿cómo es eso?
M.: Porque... Bueno, supongo que en realidad no podemos hablar de esa clase de cosas.

Relator: Este punto de decisión es típico en la terapia familiar. El contrato del terapeuta con ella es para tratar el problema del niño. Ahora el problema es el matrimonio. Puede trabajar sobre él en forma indirecta o cerrar un nuevo trato diciéndoles explícitamente que deben abordar la cuestión marital. En este caso, decide hacer un contrato explícito.

M.- Eso nos conduciría a disputas y otras cosas, y creo que preferimos callarnos a discutir sobre ciertas cuestiones. ¿De acuerdo? Muy bien.

P.- Creo que sí. No veo por qué, pero... *M.:* No veo por qué, pero...

Terapeuta (tras una pausa): Esto no me incumbe, ¿no es así, señor Crosby?

M.; Evidentemente, forma parte de la terapia. *Terapeuta*

(dirigiéndose al padre): ¿Está de acuerdo con eso?

P.: Debe ser así.

Terapeuta: Porque hago esto por Stuart y por Sharon. A ella no le pasa nada por ahora, pero permítanme que les hable con mucha franqueza: me siento muy optimista con respecto al miedo de Stuart a los perros. *M.;* Aja.

Terapeuta: Eso desaparecerá. Pero no me siento tan optimista respecto al cuadro total de Stuart y Sharon, porque, aunque ustedes son excelentes padres, parecen no estar al

tanto de que la buena crianza de los hijos empieza en el trato mutuo de los progenitores. *M.:* Aja.

Terapeuta: Y si quieren, ejem... lograr solamente que Stuart se libere del miedo a los perros, podemos hacerlo. Pero lo que en verdad pensaba preguntarles hoy es esto: ¿Lo quieren todo? ¿O sólo quieren librarse de esto? *P. (tras una larga pausa):**

Hágalo todo. *Terapeuta:* ¿Todo? *?.:* Sí.

Terapeuta: ¿Entonces cuento con el permiso de ustedes? *?.:*

Sí. *Terapeuta:* Aja. .

(Más adelante, en la misma entrevista:)

M.: El me conoce y yo lo conozco, pero no sé... *Terapeuta:*

Estoy seguro de que... *M.:* Estoy muy tensa; lo sé y se lo dije.

Toda la semana le decía que me tienen cansada, que de veras necesito salir de casa y todo lo demás, pero uno lo dice y nada más, y al final uno se cansa de decirlo... *Terapeuta:* Usted sabe muchas cosas. *M.:* Siento muchas cosas. *Terapeuta:* Que no se hacen.

M.: Sé que para... este... para hacer un hogar feliz y todo lo demás... que no son sólo los niños y todo eso, que es el tiempo que se pasa juntos, salir juntos, para que al regresar uno valore a los niños; uno puede valorar estar lejos de ellos y volver a estar con ellos, pero yo nunca lo hice. Si pudiera irme sola un fin de semana, sería feliz. *Terapeuta (dirigiéndose al padre):*

¿Por qué cree que hoy hablamos así?

P.: Por la' manera en que se la oía hablar por teléfono.

Terapeuta: ¿Eh?

P.: Por la manera en que se la oía hablar por teléfono.

Terapeuta: No sólo por eso: también por el aspecto que tiene ahora.

P.: Sí, ya lo sé. La vi, la vi.

* Puede decirse que aquí se cometieron dos errores técnicos. Uno es la amenaza implícita de que más adelante podría surgir alguna dificultad con la hija, cuando el terapeuta dice: «A ella no le pasa nada por ahora». Esto no es necesario. El otro error lo comete el terapeuta al preguntarle al padre si lo quiere «todo». El contenido de esta pregunta es tan amplio que el padre no sabe con certeza a qué accede; sería mejor preguntarle si desea tratar las dificultades específicamente maritales.

Terapeuta: ¿Qué vio?

P.: El cansancio, el aspecto de su cara, el decaimiento. Lo sé.

M.: Estoy cansada. Y mi manera de ser. .. Prolongar las cosas va en contra de mi manera de ser. *Terapeuta:* Creo que se siente sola.

M.: Lo sé, lo reconozco, lo reconozco. (*Dirigiéndose al marido.*) Te lo he dicho, ¿no es cierto? *P.:* Aja.

M.: ¿No te he dicho eso?

P.: Sí.

M.: Muchas veces. Tú no me cuentas nada. Estoy sola, estoy cansada. Te lo he dicho muchas veces, tú lo sabes. Puedo conversar con ellos por un tiempo, pero al rato, sabes, siento nostalgia de charlar con gente adulta, y yo, siendo mujer, no quiero hablar sólo con adultos, sino con el hombre.

Relator: Cuando una pareja con un niño problema ha llegado a un punto muerto y no puede encarar la cuestión conyugal, siempre existe la posibilidad de que comience a incluir nuevamente al niño y su problema como un medio de encararse mutuamente. Así nunca resuelven la cuestión conyugal. Una manera de impedir esta regresión es que el terapeuta los incite a obrar de ese modo; antes estimuló al niño a recaer en su problema; ahora hace lo mismo con los padres, impidiéndoles retornar a las antiguas pautas triangulares.

Terapeuta: Parecen un poco más concientes de lo que ocurre con su matrimonio. Ese es el punto de partida. Pero hay una manera muy buena de solucionar esta situación. *M.:* ¿Cuál es... ?

Terapeuta: ¿Por qué no tratan de hacer que Stuart tema a los perros? Le pediré que los ayude. *M.:* ¿Hacer que Stuart tema a los perros? *Terapeuta:* Sí, que les tenga tanto miedo como cuando vino aquí. Entonces podremos ocuparnos de eso y no hablaremos más de esto. A decir verdad, ayudaré a Stuart a que les ayude fingiendo ese miedo.

P.: Es una bonita pérdida de tiempo. ¿Es eso lo que quiere decir?

M.: Está diciendo que quizá Stuart sea un terreno donde nos encontremos mutuamente.

Terapeuta: Y también que tendríamos algo de qué conversar y hablaríamos de cosas importantes. Así pues, en cierto modo... no, no, sin duda, su marido tiene razón. Tan pronto vuelva Stuart podemos pedirle que tema a los perros. Es una medida temporaria hasta que ustedes decidan. ¿De acuerdo?

P.: Bueno, hablaremos de eso. *Terapeuta:* ¿Lo harán?

P.: Sí.

Terapeuta: Muy bien. Entonces hoy mismo podemos ocuparnos del perro.

P.: No es preciso que hablemos del perro.

Terapeuta: ¿Por qué no?

P.: Stuart no... El no necesita temer al perro. *Terapeuta:* ¿No lo necesita?

P.: No. Ni nosotros necesitamos seguir hablando de eso. Me refiero a la manera en que usted lo dice, que el único momento en que mi esposa y yo conversamos es cuando hablamos de Stu, y si no hablamos del perro no tendremos nada de qué hablar.

Terapeuta: ¿No tendremos?

P.: ¿Qué?

Terapeuta: ¿No tendremos?

P.: No, digo que eso es lo que usted está tratando de decir.

Terapeuta: Sí. Si no hablan del perro no tendrán nada de qué hablar, así que en realidad... ustedes saben... me están haciendo sentir como un villano. De veras. Porque si entro yo y les hago ocuparse del problema, y ustedes lo resuelven, y de pronto Stuart ya no teme a los perros, tengo la sensación de que han obrado contra sí mismos porque esto los deja en cierto modo vacíos.

Relator: Pese a sus múltiples esfuerzos, el terapeuta no logró que la pareja hablara de sus problemas maritales. El padre se mostró particularmente callado, y, si bien hablaba de buen grado sobre su relación con el niño, era muy reacio a conversar sobre su relación conyugal. Era obvio que había un problema marital. En la octava sesión, de la que fueron excluidos los niños, se hizo un esfuerzo para que la pareja expusiera sus cuestiones maritales.

Terapeuta: En verdad, no quise decir que su matrimonio se tambaleara. Hablaba de cosas que pueden mejorar y... ¡Cielos, usted acaba de mencionar una! *P.:* ¿Qué dije?

Terapeuta: ¿No dijo que caminaban tomados del brazo? *P.:* Bueno, lo dije así porque... humm... no hemos salido.

Terapeuta: Bueno, lo sé, y que yo... Ai.; No hemos salido, no hablamos.

P.: No hemos salido ni siquiera a... humm, ni siquiera de compras.

M.: Eso es,

Terapeuta: Sí, pero... saben... eso es exactamente lo que quería decir: cosas, pequeñas cosas como esa. *M.:* Yo diría que nuestro matrimonio está en cierto modo bloqueado, ¿comprende? No que tambalea. Simplemente continúa como... día tras día, por así decir, porque los niños son todo, todo es para ellos. Sabe usted, no pasamos ningún momento juntos y no tenemos tiempo para conversar, y todas esas cosas.

Relator: El terapeuta trató de diversas maneras de hacer que la pareja se comunicara entre sí, pero sin conseguirlo;⁵ entonces les pidió que describieran una jornada común en el hogar. Le revelaron que casi no pasaban un instante juntos, que en realidad se eludían mutuamente durante la semana y los fines de semana. El terapeuta adoptó un enfoque distinto, y finalmente la pareja sacó a relucir un asunto que los había mantenido apartados por varios años.

Terapeuta: Con tanto preocuparse por no perder el cariño de estos niños, ustedes se han perdido de vista el uno al otro. *M.:* Aja.

Terapeuta (dirigiéndose al padre): Por ejemplo: ¿le preocupa la idea de que podría perder el amor de su esposa? *P.:* Sí.

Terapeuta: ¿Sí? *P.:* Sí.

Terapeuta: Creo que no ha pensado en eso, porque lo da por sentado, y mucho.

M.: Bien, bien; yo ya no doy más por sentado su cariño. Tom se lo dirá, le dirá eso, pero de veras siento como si me dieran por descontada *a mí*. Stuart tiene su lugar, Tom tiene su lugar, pero no me parece que se suponga que debemos dedicarle todo el tiempo a él. No lo supongo porque de veras, de veras, siento que yo... yo... yo adivino que... Odio decir esto: me siento agraviada. Creo que eso me resiente todo el tiempo, todo el tiempo, y usted sabe que no lo tengo.

⁵ Debe hacerse notar que cuando se presenta a un niño como problema el terapeuta no está necesariamente obligado a mejorar la relación conyugal de los progenitores a menos que cierre específicamente ese contrato de terapia. Su tarea ha terminado si el niño está liberado de sus síntomas y los padres se relacionan entre sí en forma directa y no comunicándose a través del niño. Muchos matrimonios son bastante desdichados sin involucrar a los niños de la familia, que no presentan ningún problema. En este caso, el niño aún no había superado totalmente el problema y parecía haber una cuestión todavía no resuelta entre sus padres, pues aquel aún integraba una triada.

Terapeuta: ¿Le preocupa poder perder su cariño?
Ai.: Sí. Yo...
Terapeuta: ¿No lo da por sentado?
M.: No.
Terapeuta: ¿No?
M.: Lo he dado por sentado, pero no creo que lo haga ahora.
Sé que no.
Terapeuta: ¿Qué la hizo cambiar?
M.- Bueno, yo... Me parece que esa es otra historia. (*Tras una pausa.*) Simplemente, algo que ocurrió entre nosotros y que hizo que yo no me sintiera segura de él, y sin embargo pienso que ahora él se siente seguro de mí.
Terapeuta: ¿Algo que ocurrió entre ustedes dos?
M.: Eso es.
Terapeuta: ¿Quiere hablar de eso?
M.: No sé. Si Tom no quiere hablar de eso, yo tampoco lo haría.
Terapeuta: ¿Por qué no se lo pregunta?
M.: ¿Quieres hablar de eso?
P.: No lo sé.
Ai.: Humm.
P.: No lo sé.

Relator: En terapia efectiva no es preciso explorar los aspectos desagradables del pasado, o los secretos de familia. La cuestión es cómo salir de ellos y seguir adelante. En este caso, es obvio que una cuestión pasada se interpone entre la pareja. El terapeuta lo manipula de tal manera que pueden continuar desde donde están.

Terapeuta: ¿Les resultaría un tanto embarazoso? *Ai.:* No, no. ...
No sé. Por mi parte no, pero pienso que tal vez. ...
Terapeuta: Le diré una cosa: ¿Por qué no *finje* que me lo ha contado y luego sigue adelante? *M.:* ¿Fingir qué?
Terapeuta: Que me lo ha contado.
M.: Aja; sí, muy bien. Le diré que tuvimos a Stuart y yo me sentí en el séptimo cielo, porque eso era lo que había deseado realmente. Un mes después ocurrió algo, y creo que entonces comencé a comprender que quizás estaba dedicándome demasiado a Stuart... Que, sabe usted, que quizá no prestaba la suficiente atención a Tom, lo cual hizo que pasara lo que pasó. Sabe, quizá yo quería atenderlo más pero no sé si él lo deseaba. Y así fue como ocurrió eso.
Terapeuta: Bueno, bueno, lo dijo. _____

M.: Creo que... No sé, pero creo que cambiamos, que Tom cambió.

Terapeuta: ¿Cuánto resentimiento quedó?

M.: ¿Cuánto qué?

Terapeuta: Resentimiento.

M.: Mucho.

Terapeuta: Mucho.

M.: Sí.

Terapeuta: ¿Todavía persiste? ¿Constituye el 95 % de esta situación? *M.:* Creo que sí. *Terapeuta:* ¿O acaso el 100 %?

M.: Aja. Porque creo que... Usted lo ha expresado y es algo en que he estado pensando todo este tiempo y... sabe, tal vez estábamos usando a los niños.⁶ Los estábamos usando para... como puente. Eran lo que teníamos en común. (*Dirigiéndose al esposo.*) Esto ya te lo he dicho, ¿no es cierto? Te he dicho estas cosas, ¿no? *P.:* Así es.

Relator: Ahora los cónyuges han sacado a luz una cuestión importante que los tuvo separados durante muchos años, una cuestión que eran incapaces de resolver por sí mismos. El terapeuta comienza a ayudarlos a resolverla. Primero cambia la idea de quién es el villano y quién la víctima, convirtiéndolos en víctimas mutuas. También los persuade de que hagan a un lado la cuestión reduciéndola al absurdo, hundiéndola en el pasado.

Terapeuta: Ahora sé que han sufrido el castigo durante.. i ¿cuántos años?

M.: No sabría decirlo. Bueno, seis años y medio. Ahora bien; él lleva muchos años de castigo, y yo lo admito. *Terapeuta:*

Seis años y medio.

M.: Correcto. Tal vez sea así, pero diría que también yo sufría un castigo. (*Dirigiéndose al marido.*) Tú sabes cuánto he sufrido. (*Al terapeuta.*) Siempre he dicho que él era un hombre bueno, una buena persona, pero también es capaz de dejarlo hablar a uno hasta desgañitarse, hasta enloquecer, sin que al final no admita nada, nada, absolutamente nada, pues jamás le dirá si tiene razón o no.

⁶ El terapeuta no había sugerido que utilizaban a los niños, ya **que** esta no es una «terapia interpretativa». Aquí se ve cómo las personas ya conocen y comprenden su situación, y cómo pueden reconocer lo que saben cuando se produce un cambio.

Terapeuta: Un momento, yo nunca sugerí que él fuera la víctima y usted...

M.: La malvada.

Terapeuta: La malvada.

M.: No, yo...

Terapeuta.: No.

M.: No puedo tener fe ciega en usted, necesito pruebas. Tengo que mostrar cosas, saber cosas, sentirme parte de ellas antes de poder decir que todo está bien. Tal vez por eso vivo en tensión y todo lo demás. En otras palabras... Vea, por ejemplo: con el poco tiempo que tenemos para decirnos una palabra al vuelo, hay ciertas cosas que son tabú, de las que no puedo hablar. Por ejemplo, para decirlo todo: para él, trabajo y hogar son dos cosas totalmente distintas; antes no era así. Es como si tuviera dos vidas. Desde el instante en que se va al correo, por la mañana, hasta que vuelve a casa vive una vida sobre la cual ni me animo a preguntarle. Pero antes nunca fue así. Me está castigando. Quiero decir que se guarda las cosas. *Terapeuta:* Oh sí, ni por un segundo he creído que usted lo hacía todo.

M.: Sí; pero no me habla, cosa que hacía antes. Y no sé por qué y querría saberlo... Usted, humm, usted... *Terapeuta:* ¿Querría saber por qué? *M.:* Claro. Uno puede perdonar o comprender cualquier cosa si puede conversar sobre ella.

(Más adelante, en la misma entrevista:)

Terapeuta: Si lo ocurrido hace seis años y medio, sea lo que fuere, no ha cambiado y continúa en su mente aunque esté muerto desde hace largo tiempo...

M.: Aja.

Terapeuta: Usted comprende, algo que no sucede más pero que sigue existiendo en sus mentes y en sus corazones.

Relator: Además de conversar sobre la cuestión y ofrecer un enfoque distinto, el terapeuta demanda de la pareja una conducta diferente. Un problema no se resolverá con sólo hablar de él. Al final de la entrevista, le imparte al padre una directiva que brinda a la pareja una oportunidad para recomenzar de fojas cero.

Terapeuta: Mire, dígame con toda libertad si está dispuesta a hacerlo o no. Sabe... humm... lo que quisiera es que haga algo que ella no espere de usted. La conoce muy bien

y sabe qué cosas no esperaría de usted. ¿Haría algo, cualquier cosa?

Relator: Para la novena entrevista, una semana después, el niño había cambiado parcialmente y empezaba a tener amigos. La pareja también había cambiado algo y el padre le había traído flores a su esposa, inesperadamente. El terapeuta comenzó a actuar para completar el cambio e iniciar luego su desenganche de la familia.-

Terapeuta: ¿Y qué tal anda el perrito? *M.:*
Está grande.

P.: Crece de un día para otro.

Terapeuta: ¿Está venciendo el miedo? *M.:* Sí, y todos los demás tienen que tener cuidado con él. *P.:* Sí.

Terapeuta: ¡Oh!

M.: No deja entrar a nadie en casa, a nadie salvo a nosotros cuatro. Y es sólo un cachorro.

Terapeuta: Eso es bueno, ¿no? ^

M.: Sí, es hermoso, es bueno; así que no tiene miedo.

P.: Ya no tiene temor.

M.: No; es un buen perro guardián. *P.:*
Tiene que serlo.

M.: No tiene miedo cuando recibo el diario a sus espaldas.

Terapeuta (volviéndose sonriente hacia el niño): Entonces parece que han hecho un muy buen trabajo, tú y tu papá. (*Se dirige a la madre, refiriéndose al padre.*) ¿Pero él hizo de veras lo que quería, lo que le pedí que hiciera? *P.:* Hice algunas cosas. *M.:* Hizo algunas cosas.

Terapeuta: ¿Hizo algunas cosas?

M.: Hizo algunas cosas.

Terapeuta (dirigiéndose al padre): Bueno, cuénteme. Después de todo fue usted quien lo hizo.

P.: Traje algunas cosas que ella ni imaginaba.

Terapeuta: ¿Como ser?

P.: Oh, una fue cierto regalo extraordinario para Navidad. Traje flores a casa, unas pocas veces. *Terapeuta:* Aja.

P.: La última vez casi fue una verdadera sorpresa, ¿no es cierto? *M.:* ¿Qué?

P.: Las flores; la última vez que te traje algunas flores. *M.:* Si, sí, la última vez; porque la primera vez que traje

flores a casa fue la víspera del día en que se suponía que vendríamos aquí.

P.: Sí.

M.: O sea que tú marcaste el límite. *(Todos ríen.)*

Terapeuta: ¿Es cierto eso?

P.: Sí.

M.: Yo le hacía bromas sobre eso.

Terapeuta: ¿Cuándo fue la última vez?

M.: Él sabe que me gustan las flores. ¿Preguntaba cuándo fue la última vez... ?

Terapeuta: Que trajo las...

M.: ¿Que me trajo flores?

Terapeuta: Sí.

M.: Para nuestro aniversario, en agosto. ¿No es así?

Terapeuta: No, no, no. La última vez.

M.: Oh, trajo flores para fin de año.

Terapeuta: ¿Y usted no las esperaba?

M.: No, no las esperaba.

Relator: El terapeuta toma dos medidas para continuar la mejoría y desengancharse: da tres semanas de asueto a la familia (en la práctica, es una sugerencia de que pueden mejorar sin él) e insinúa que los cónyuges tendrán una desavenencia mayúscula. Lo hace en parte para prevenir la pelea que podría suscitarse a causa de los cambios por los que están atravesando, pero también (y esto es más importante) porque al insinuar que reñirán, cosa que no desean, los impulsa a aliarse contra él. Esto les permite liberarse del terapeuta: para evitar la gran reyerta, mantendrán una actitud de amabilidad mutua que los ayudará a superar este difícil trance del cambio.

(Más adelante, en la misma entrevista:)

Terapeuta: Algo me hace pensar que ustedes se están acercando más el uno al otro que antes. A veces, cuando esto ocurre, la gente tiende a tener alguna dase de desavenencia, como ser una gran reyerta.

M.: ¿Cuándo se acercan más riñen?

Terapeuta: Eso es. M.;

Oh...

Terapeuta: Para volver a lo mismo de antes. Por eso temo que ustedes estén al borde de una desavenencia mayúscula. M; Oh, oh. *(Dirigiéndose al marido.)* ¿Estás preparado para eso?

P.: **Aja.**

Terapeuta: Bueno, se los digo para que cuando eso suceda no los tome de sorpresa. Ustedes dudan, pero permítanme que les diga...

Al. (interrumpiéndolo): Pero le diré que dudo. Déjeme decirle lo que siento: dudo de que tengamos una gran desavenencia, lo que llamaría una desavenencia mayúscula. *Terapeuta:* ¿Y usted, señor Crosby? P.- Lo dudo.

Terapeuta: Bueno, sea; pero tendrán la reyerta aunque no lo crean. i

Af.: Bueno, si la tenemos aunque no lo creamos... *Terapeuta:* Veán, no es que vayan a tenerla porque yo lo diga.

M.: Oh...

Terapeuta: La tendrán por la forma en que marchan las cosas, que es muy buena. Me gusta como anda todo. *M.-* Bueno, ¿y si no reñimos nada más que para demostrarle que está equivocado? Sabe que haríamos esa clase de cosas. (*Ríe con su esposo.*) *Terapeuta:* Oh...

M.: Somos muy duchos en eso de demostrar los errores ajenos.

Terapeuta: No creo que usted sea esa clase de persona. *M.:*

Oh, muchacho, demostramos los errores de un montón de gente. *Terapeuta:* Pero no lo harían, ¿no es cierto?

Relator: La décima y última entrevista es una sesión de desenganche. Reconsideremos brevemente el caso de esta familia: partiendo de una madre sobreinvolucrada con su hijo y un padre periférico, el terapeuta decidió utilizar a este para desenganchar a aquellos, iniciando la etapa de lograr que padre e hijo hicieran algo juntos excluyendo a la madre. Este proceso condujo a la etapa siguiente, donde padre y madre se involucraron más entre sí, en tanto que el niño comenzaba a involucrarse con sus pares. Finalmente, a medida que esta etapa se estabiliza, el terapeuta encara la cuestión de cómo dejar a la familia con su mejoría en marcha.

Terapeuta: La razón de nuestras reuniones era que Stuart temía a los perros.

Ai.: Así es.

Terapeuta: Esa era la razón principal.

P.: Aja.

Terapeuta: ¿Cómo va eso?

P.: Bien.

M.: ¿Puedo decir algo?

Terapeuta: Por supuesto.

M.: Aquel perro que había en la calle, al que le temía desde el comienzo... Usted lo oyó hablar de él, ¿no? ¿De Bruce?

Terapeuta: Bruce. í

M.: Bruce. Bueno, él y Bruce son amigos.

Terapeuta: ¿Son amigos?

P.: Quiere acariciarlo.

M.: Y ahora soy yo la que no quiere que mire a ese perro. Bruce es el perro más sucio de toda la manzana y el sábado... bueno, es sucio y le dije a su dueño que necesitaba un baño.

Terapeuta: ¿Y qué pasa con Princess? *M.:* Princess es la madre de Bruce y vive en la esquina. *Terapeuta:* Oh...

N.: Y Bruce vive en la casa de al lado. *M.:* Y Bruce vive en la casa de al lado; Bruce es el retozón, el que corre detrás de todos los chicos. Eso es lo que lo apartaba, sabe: los corre y todo lo demás. Y el sábado estaba tratando de mantenerlo alejado de Bruce. *Terapeuta:* ¿Quería ir hacia Bruce? *M.:* Lo extrañaba.

Terapeuta (dirigiéndose a Stuart): Eso me parece estupendo, estoy orgulloso de ti. (*A los padres.*) Permítanme que les diga que estoy orgulloso de Stuart porque ha superado totalmente...

M.: Yo también estoy orgullosa de él. *Terapeuta:* ... aquello por lo que vino en im principio, ¿no es así? *M.:* Así es.

Terapeuta: Muy bien. Entonces, creo que no tendremos que preocuparnos más de ti, Stuart. ¿De acuerdo?

(Más adelante, en la misma entrevista: están los padres los so- con el terapeuta.)

M.: Está cambiando; en realidad, hasta se ha vuelto un poco más agresivo. Antes era incapaz de iniciar una pelea, pero ahora sí lo es. Sabe, creo que todo eso estaba dentro de la mordedura del perro: como temía a los perros, también temía un poco a las otras cosas. ¿Comprende lo que quiero decir? Por ejemplo, hasta temía a ciertos diicos, etc. Un día lo vi encaminarse derechito hacia un grupo de muchachos.

(Más adelante, en la misma entrevista:)

Terapeuta (dirigiéndose al niño): Papá, mamá y yo con vinimos en que ya no tienes ningún problema, de modo que de ahora en adelante seremos simplemente amigos. ¿De acuerdo?

N.: Creo que sí. Nunca supe cómo se puede tener amigos sin volverlos a ver jamás.

Terapeuta: Oh, eso no significa que no puedas venir a visitarme. Puedes hacerlo cuando quieras. N.: No sé.

M.: Te está diciendo que puedes hacerlo. N.

(halagado): ¡Oh! *Terapeuta:* Sí que puedes.

Relator: Al término de la entrevista, la familia dejó de concurrir al consultorio. La entrevista de seguimiento, hecha dos años después, mostró que la familia no había recaído en el problema.⁷ A la hija, Sharon, le iba bien y precisamente ese día la maestra había enviado una nota de felicitación a la madre. El hijo, Stuart, no está refrenado por *ningún* temor a los perros.

P.: Ahora anda conmigo por la calle y... *M.:* Eso es.

P.- .. y ni siquiera les presta atención.

Terapeuta: Aja.

P.; Quiero decir que no hace como antes, cuando se me ponía detrás y a un costado y hacía toda esa clase de cosas.

Relator: Al término de la terapia, no parecía que hubiera un cambio importante en la relación marital, salvo que el hijo quedaba fuera de ella. En la entrevista de seguimiento se inquirió sobre la situación conyugal en ese momento.

Terapeuta: Su esposa parecía muy cansada y lo estaba; aquellos fueron tiempos duros para nosotros. P.; Lo fueron.

Terapeuta: ¿Eh?

Ai.; A decir verdad, no los recordabas, ¿no es así, Tom?

P.; Recuerdo algo, sí.

M.: Sí, sí, yo los recuerdo.

⁷ Este seguimiento no se hizo con fines de investigación sino clínicos. Su objeto era comprobar que el niño seguía libre del problema presentado y se desarrollaba normalmente. También existía interés por saber si el matrimonio de sus progenitores era estable y si los padres estaban más ligados entre sí y con amigos, en vez de centrarse en los niños.

Terapeuta: Hay algo que puedo decirles. (*Refiriéndose al marido.*) No parece el mismo de entonces, de cuando ocurría aquello. Solía ser muy callado. Y ahora no lo es. *P.:* ¿Quién? ¿Yo?

Terapeuta: Sí.

M.: Sí, espero que lo hayas superado.

Terapeuta: ¿Preferiría no hablar de eso?

M.: No me importa que hablemos o no, porque ahora no siento que haya problema alguno. No lo siento. *Terapeuta:* En verdad, eso es cuanto quería saber. No quiero entrar en detalles, sólo saber.

M.: Creo que cualquier falta que pude haber cometido, u otra cosa que quizás hice mal, se han resuelto por completo en mi mente porque volví a ir a la iglesia. Simplemente me sentí mejor al respecto. Y bauticé a los niños. Y no es que vaya a menudo, pero voy a la iglesia. Creo que el solo hecho de haber vuelto a ir allí me hizo sentir mucho mejor, sabe. Porque nosotros... luego empezamos a recibir visitas, cosa que no hacíamos, y ahora tenemos muchísimas relaciones. *P.:* De veras; nos reunimos a jugar a las cartas. *M.:* Sí, y ahora vamos de casa en casa. Casi todos son gente que no puede dejar solos a los niños o que no los dejan con *bahy-sitters*, así que jugamos al *pinochle** *P.:* Hacemos así, y jugamos a las cartas, y tenemos muchos invitados a cenar los días feriados. Es algo que solíamos hacer al comienzo de nuestro matrimonio; cuando éramos recién casados, nuestra casa parecía la Gran Estación Central. *Terapeuta:* ¿Dirían que se ven más el uno al otro de lo que se veían antes?

M.: Sí, porque él no trabaja de noche. *Terapeuta:*

Oh, ¿Ahora no tiene dos empleos? *P.:* No.

Terapeuta: ¿Tiene uno solo? *P.:*

Aja.

M.: Así que está en casa y yo...

Terapeuta (estrechándole la mano al padre y felicitándolo):

Ese sí que es un gran cambio, ¿eh, Tom?

M.: Y ayuda a lavar los platos.

P.: Sí.

M.: Y suele acostar a los niños, aunque ellos prácticamente se van solos a la cama, ¿sabe? *Terapeuta:* ¿Qué siente al ver más a su esposo? *M.:* Yo... yo sé que está en casa; no diré que lo veo todo ese tiempo.

* *Pinochle:* juego de naipes, también llamado *pinocle*. [N. de I*T.)

Terapeuta: Aja.

M. (aludiendo a los niños): Porque la competencia es muy grande. (*El terapeuta ríe.*) Pero a mí no me importa, porque así no tengo que preocuparme de ellos por la tarde y puedo coser o subir a ver televisión. *Terapeuta:* Parecen mucho más relajados y muy satisfechos de lo que han hecho con los niños, de lo que han hecho el uno por el otro. De veras los felicito a los dos. *M.:* ¿Quiere que le diga por qué? *Terapeuta:* ¿Por qué?

M.: Porque hace dos años, dos veranos, teníamos que terminar recalando aquí. ¿No es cierto? *Terapeuta:* Aja.

M.: Tom recibió una bonificación y la aprovechamos para ir a la costa; fuimos todos. ¿Sabe usted?: nunca habíamos salido por varios días, ni siquiera antes de tener a los niños, ¿no es así? *P.:* Así es.

M.: Y fue hermoso, y este verano volvimos a salir y el verano pasado enviamos a Stuart a un campamento. ¡Tiene tanto que contarle! Ha ingresado en los *boy-scouts*. Tiene mucho que contarle sobre eso.

Relator: Los padres vieron este filme y autorizaron su exhibición ante profesionales.

i .<!

i elll ' ^ f ' «»

•%

te

|

'P.

..! (H i J ' ')
•x'*

f>. - H iik' (Mr!) ."

I

Biblioteca de psicología y psicoanálisis

Mauricio Abadi, El psicoanálisis y la otra realidad
Aída Aisenson Kogan, El yo y el sí-mismo
Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss y Gerard E. Hogarty, Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación
Carol M. Anderson y Siisan Stewart, Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar
M. Andolfi, C. Angelo y otros, Detrás de la máscara familiar. Un modelo de psicoterapia relacional
E. James Anthony y Therese Benedek, comps., Parentalidad *Didier Anzieu y colaboradores*. Las envolturas psíquicas *Michael Argyle*, Análisis de la interacción *Piera Aulagnier*, El aprendiz de historiador y el maestro-bnyo *Willy Baranger y colaboradores*. Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis
Silvia Bleichmar, En los orígenes del siyeto psíquico
Peter Blos, La transición adolescente
Peter Blos, Los comienzos de la adolescencia
Luigi Bascólo, Giavfranco Cecchin, Lynn Hojzman y Peggy Penn, Terapia familiar sistémica de Milán
Irxin Boszormenyi-Nagy y Geraldine M. Spark, Lealtades invisibles
Denise Braunschweig y Michel Fain, La noche, el día. Ensayo psico-analítico sobre el funcionamiento mental
Isabel María Calvo, Frida Riterman y colaboradores, Cuerpo-Vínculo-Trasferencia
Isabel M. Calvo, Frida Riterman y Tessie Calvo de Spolansky, Pareja y familia. Vncuio-Diálogo-Ideologfa
Piera Castoriadis-Aidagnier, La violencia de la interpretación. Del pic-tograma al enunciado
Morag Coate, Más allá de la razón. Crónica de una experiencia personal de locura
Madeleine Davis y David Wallbridge, Límite y espacio. Introducción a la obra de D. W. Winnicott
Roben DesoiUe, El caso María Clotilde. Psicoterapia del ensueño dirigido
Robert Desoille, Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia
Alberto Eigler, El parentesco fantasmático. Trasferencia y contratras-ferencia en terapia familiar psicoanalítica
R. Horacio Etchegoyen, Los fundamentos de la técnica psicoanalítica
Nicole Fabre, El triángulo roto. Psicoterapia de niños por ensueño dirigido
Joan Fagan e Irma L. Shepherd, comps., Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica
Jean-Baptiste Fages, Para comprender a Lacan
Pavl Fédem, La psicología del yo y las psicosis
Silvia I. Fendrik, Psicoanálisis para niños. Ficción de sus orígenes
John E. Gedo y Arnold Goldberg, Modelos de la mente
André Oreen, Narcisismo de vida, narcisismo de muerte

André Oreen, Pentti Ikonen, Jean Laplanche, Eero Rechart, Hanna Segal, Daniel Widlöcher y Clifford Yorke, La pulsión de muerte Harry Guntrip, El se y en la teoría y la terapia psicoanalíticas Philippe Outton, El bebé del psicoanalista. Perspectivas clínicas Jay Haley, Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Mil-ton H. Erickson Jay Haley, Terapia para resolver problemas Jay Haley, Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar Jay Haley, Terapia de ordalfa. Caminos inusuales para modificar la conducta Jay Haley y Lynn Hoffinan, Técnicas de terapia familiar René-R. Held, Problemas actuales de la cura psicoanalítica Jacqties Hochmann, Hacia una psiquiatría comunitaria Don D. Jackson, comp., Etiología de la esquizofrenia Brac^ford P. Keeney y Jeffrey M. Ross, Construcción de terapias familiares sistémicas. «Espíritu» en la terapia Heinz Kohut, Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los tras-tomos narcisistas de la personalidad Bernardo Kononovich, Psicodrama comunitario con psicóticos Léon Kreisler, Michel Fain y Michel Soulé, El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia Ronald D. Laing, Herbert Phillipson y A. Russell Lee, Percepción interpersonal Jean Laplanche, Vida y muerte en psicoanálisis Jean Laplanche, Problemáticas, vol. 1: La angustia; vol. 2: Castración. Simbolizaciones; vol. 3: La sublimación; vol. 4: El inconciente y el ello; vol. 5: La cubeta. Trascendencia de la transferencia Jean Laplanche, Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria Serge Lebovici, El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces Serge Leclair, Matan a un niño. Ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte Claude Le Giwn, El Edipo originario Jean Lemaire, Terapias de pareja Eugénie Lemoine-Luccioni, La partición de las miyeres David Liberman y colaboradores, Semiótica y psicoanálisis de niños Alfred Loremer, Bases para una teoría de la socialización Alfred Loremer, Crítica del concepto psicoanalítico de símbolo Alfred Lorenzer, El lengusüe destruido y la reconstrucción psicoanalítica Alfred Lorenzer, Sobre el objeto del psicoanálisis: lengu^e e interacción Cloé Madanes, Terapia familiar estratégica Henry W. Maier, Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Pia-get y Sears David Maldavsky, El complejo de Edipo positivo: constitución y tras-formaciones David Maldavsky, Estructuras narcisistas. Constitución y trasformaciones Fierre Male, Alice Doumic-Girard y otros, Psicoterapia de la primera infancia Octave Mannoni, La otra escena. Claves de lo imaginario Feter A. Martin, Manual de terapia de pareja Gérard Mendel, Sociopsicoanálisis, 2 vols. George A. Miller, Lengueye y comunicación iíogiCT-3/isés, El niño deficiente mental

Arnold H. Modell, El psicoanálisis en un contexto nuevo *B. Montalvo*,
María B. Isaacs y *David Abelson*, Divorcio difícil. Terapia para los
 hijos y la familia
Aríustis Y. Napier y *Cari A. Whitaker*, El crisol de la familia *Jtmn*
David Nasio, comp., El silencio en psicoanálisis *Jian David Nasio*, Los
 ojos de Laura. El concepto de objeto *a* en la teoría de J. Lacan
Hermán Nunberg, Principios del psicoanálisis. Su aplicación a las neurosis
Pacho O'Donnell, Teoría y técnica de la psicoterapia grupal *Gisela*
Pankow, El hombre y su psicosis
Irving H. Paul, Cartas a un joven terapeuta (Sobre la conducción de la
 psicoterapia)
Jean Piaget, *Paul Ricoeur*, *Rene Zassso* y otros. Debates sobre psicolo-
 gía, filosofía y marxismo *Erving* y *Miriam Polster*, Terapia gúestáltica
Susana E. Quiroga, comp., Adolescencia: de la metapsicología a la clínica
Ginnette Raimbault, Pediatría y psicoanálisis
Mickele Ritterman, Empleo de hipnosis en terapia familiar *Cari*
R. Rogers, Grupos de encuentro
Cari R. Rogers, *Barry Stevens* y colaboradores, Persona a persona
Clifford J. Sager, Contrato matrimonial y terapia de pareja
Isca Salzberger-Wittenberg, La relación asistencial. Aportes del psico-
 análisis kleiniano
Sami-Ali, El espacio imaginario
Sami-Ali, Lo visual y lo táctil. Ensayo sobre la psicosis y la alergia *Irwin*
G. Sarason, comp.. Ciencia y teoría en psicoanálisis *Thomas J. Scheff*,
 El rol de enfermo mental
William. C. Schutz, Todos somos uno. La cultura de los encuentros
María E. Sirlin, Una experiencia terapéutica. Historia de un grupo de
 niños de 5 años
Leonard Small, Psicoterapia y neurología. Problemas de diagnóstico di-
 ferencial
Ross V. Speck y *Carolyn L. Attneave*, Redes familiares
Thomas S. Szasz, El mito de la enfermedad mental
Tkomas S. Szasz, Ideología y enfermedad mental
Francés Tustin, Barreras autistas en pacientes neuróticos
Carter C. Umbarger Terapia familiar estructural
Denis Vasse, El ombligo y la voz. Psicoanálisis de dos niños *Earl G.*
Wittenberg, comp., Exploraciones interpersonales en psicoanálisis *Roberto*
Yañez Cortés, Contribución a una epistemología del psicoanálisis *Jeffrey*
K. Zeig, Un seminario didáctico con Milton H. Eríckson

Obras en preparación

Patrick Casement, Aprender del paciente
André Oreen, De locuras privadas
Jürgen Kriz, Corrientes fundamentales en psicoterapia
Cari Whitaker, De la psique al sistema. Jalones en la evolución de una
 terapia: escritos compilados por John R. Neill y David P. Kniskem

Obras completas de Sigmund Freud

I au í. ,>M.-

Nueva traducción directa del alemán, cotejada por la edición inglesa de James Strachey (*Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*), cuyo ordenamiento, prólogos y notas se reproducen en esta versión.

Presentación: *Sobre la versión castellana* 1. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899) ' 2. *Estudios sobre la histeria* (1893-1895)

3. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)
4. *La interpretación de los sueños* (I) (1900)
5. *La interpretación de los sueños* (II) y *Sobre el sueño* (1900-1901)
6. *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901)
7. "Fragmento de análisis de un caso de histeria" (caso "Dora"), *Tres ensayos de teoría sexual*, y otras obras (1901-1905)
8. *El chiste y su relación con lo inconsciente* (1905)
9. *El delirio y los sueños en la "Gradiva" de W. Jensen*, y otras obras (1906-1908)
10. "Análisis de la fobia de un niño de cinco años" (caso del pequeño Hans) y "A propósito de un caso de neurosis obsesiva" (caso del "Hombre de las Ratas") (1909)
11. *Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*, y otras obras (1910)
12. "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente" (caso Schreber), *Trabados sobre técnica psicoanalítica*, y otras obras (1911-1913)
13. *Tótem y tabú*, y otras obras (1913-1914)
14. "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico", *Trabajos sobre metapsicología*, y otras obras (1914-1916)
15. *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (partes I y II) (1915-1916)
16. *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (parte III) (1916-1917)
17. "De la historia de una neurosis infantil" (caso del "Hombre de los Lobos"), y otras obras (1917-1919)
18. *Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo*, y otras obras (1920-1922)
19. *El yo y el ello*, y otras obras (1923-1925)
20. *Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, y otras obras (1925-1926)
21. *El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura*, y otras obras (1927-1931)
22. *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, y otras obras (1932-1936)
23. *Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis*, y otras obras (1937-1939)
24. índices y bibliografías í, ■,;

Impreso en los Talleres Gráficos Color Efe, Paso 192, Avellaneda, provincia de Buenos Aires, en junio de 1990.

Tirada de esta edición: 2.000 ejemplares.