

## **EL FUTBOL SOY YO: TRABAJO CON UN PROCESO PSICÓTICO**

Manuel Lopo Lago y José Antonio Muñiz Torrado, Psicólogos en Gabinete de Psicología KARMA (Vigo), karmapsicologia@mundo-r.com

**RESUMEN:** Comenzamos exponiendo algunas ideas que nos resultaban interesantes en ese momento y que influyeron en nuestra forma de trabajar. La parte central la dedicamos a relatar el tratamiento terapéutico realizado con una familia donde uno de sus miembros estaba atravesando un proceso psicótico. Finalmente hacemos una reflexión sobre cómo la visión del terapeuta influye en su participación en la conversación y, consecuentemente, una invitación a actuar con responsabilidad.

**SUMMARY:** We started exposing some ideas that we were interesting at that time and which influenced our way of working. The central part dedicated to recounting the therapeutic treatment performed with a family where one of its members was going through a psychotic process. Finally we make a reflection on the vision of the therapist influence his participation in the conversation and, consequently, an invitation to act responsibly.

**PALABRAS CLAVE:** terapia familiar, procesos psicóticos, responsabilidad, Constructivismo, conocimiento en acción.

**KEY WORDS:** family therapy, psychotic processes, accountability, Constructivism, therapist's world view, action theories.

### **INTRODUCCIÓN:**

Cuando a un clínico se le pregunta cómo es que ha hecho lo que ha hecho, su reacción natural será re-examinar el caso desde la teoría que sustenta su praxis, en mayor medida si se dedica a la docencia y se adscribe a una determinada escuela. A no ser que ese clínico haya tomado contacto, de una u otra manera<sup>1</sup>, con los estudios de D. Schön (1992). Cuando se ha tenido este contacto la reacción podría ser re-examinar el caso desde los postulados de Schön:

1.- Lo que uno hace es más complejo que lo que uno es capaz de explicar a partir de sus teorías.

2.- Sabemos montones de cosas solo en el momento de la práctica y cuando estamos fuera de ella no somos capaces de explicarlas (a esto llama conocimiento en acción.)

La práctica profesional sería para Schön una combinación del “conocimiento en acción” y lo que llama “teorías en uso” que tienen que ver con nuestra cultura, raza, edad, condición social, familia, bagaje de técnicas... y son altamente idiosincrásicas, están sometidas a constante evolución y tienen que ver con las emociones que los clientes despiertan en los terapeutas.

---

<sup>1</sup> Uno de los firmantes del artículo toma contacto con Schön a través de Marcelo Pakman, docente en el curso de Prácticas constructivistas organizado por Carlos Sluzki en Sta. Bárbara en 1996, posteriormente con la presencia de Pakman en distintas ocasiones en Galicia. Nuestra visión de Schön tiene que ver con lo que nosotros hemos entendido de lo transmitido por Pakman y por lecturas asistemáticas y más bien fragmentadas de algunos escritos de Schön.

Cuando dos clínicos que trabajan en equipo, filman sus sesiones y se tienen por eso que llaman “terapeutas familiares” reflexionan (a solas, con su equipo y con sus alumnos/as) sobre un caso para presentárselo a sus colegas, revisan las video-grabaciones, leen las notas que el equipo ha tomado y tratan de encontrarle un sentido a lo que han hecho y están haciendo con este y otros casos. Buscan congruencia entre estos datos y sus recuerdos del último año en lo que respecta a las sesiones del caso que han decidido presentar. A estas alturas del proceso piensan lo sencillo que sería explicarlo todo desde la teoría (sea esta cual sea), pero ya no pueden hacerlo así.

Habíamos aprehendido<sup>2</sup> del trabajo en vivo o grabado de prestigiosos terapeutas: Minuchin y su trabajo estructural, Sluzki y sus relatos alternativos, Cecchin y su curiosidad, Canevaro y su inmensa capacidad de acogida, Pakman y sus conversaciones constructivistas, Gutiérrez y su trabajo con la parte sana. También habíamos aprehendido de nuestros colegas más cercanos, menos prestigiosos pero igualmente respetables.

Habíamos comenzado hacía tiempo a trabajar de una forma menos restrictiva en cuanto a ajuste a los modelos de Terapia Breve del MRI y el Centrado en Soluciones que había caracterizado el trabajo del equipo en los últimos años. Considerábamos que la “tradición” en los terapeutas familiares de una u otra escuela era precisamente ir contra lo establecido. Y los enfoques narrativo-constructivistas parecían seguir esta tradición. Muchas de las actitudes propias<sup>3</sup> de esos enfoques comenzaron a calar en nosotros de la misma forma que habían calado los postulados de Schön.

Pensábamos que debíamos “intervenir” más en la sesión con la pérdida consiguiente de importancia dada a la tarea final. Nos parecía interesante la polémica surgida los últimos años entre S. Minuchin y algunos terapeutas “narrativos” y “orientados a soluciones”, representada en la revista *Sistemas Familiares*<sup>4</sup>, y pensábamos que todos, al menos en parte, tenían razón. Además, con la “verdad parcial” de cada uno de ellos habían sido ayudadas muchas personas con problemas. No descartábamos pues, utilizar técnicas y modos terapéuticos de minimalistas, no-interventivos y complejos. Las actitudes narrativo-constructivistas tenían y daban consistencia a todas estas técnicas.

Habíamos dejado de planificar a priori el desarrollo de las sesiones, nos permitíamos trabajar “en el haciendo” como nos había empezado a gustar llamarlo, confiábamos más en nuestra capacidad para conocer y reflexionar en la acción, y en la de nuestros clientes para influir sobre nuestro “hacer”, reconociéndoles (en ocasiones explícitamente, implícitamente siempre, o eso pretendíamos) el papel de expertos en sus vidas.

Por las informaciones que nos transmitió telefónicamente la madre de E (el paciente identificado), a finales de 2002, “sabíamos” que el asunto que les traía a consulta era grave (podría ser un proceso psicótico) y que ya se habían hecho a lo largo

---

<sup>2</sup> Sin la aportación de nuestros compañeros Celia Cameselle Taboada y Juan Manuel Daponte Codina (este último formando equipo terapéutico con Manuel Lopo en el trabajo con esta familia), habituales compañeros de trabajo las ideas expresadas aquí no serían las mismas.

<sup>3</sup> Transparencia, curiosidad, irreverencia, poco apego a las hipótesis, co-responsabilidad, colaboración... serían algunas. Los lenguajes organizadores de nuestra práctica de Pakman pueden ser un buen resumen de estas actitudes.

<sup>4</sup> Se pueden consultar los números 3 del año 14 (noviembre de 1998) y 1 del año 15 (marzo de 1999)

del último año consultas con otros profesionales, poco satisfactorias para los padres, y a las que E había acudido en muy contadas ocasiones. También “sabíamos” que (“yo estoy bien, no me pasa nada pero si hay que ir, se va”) vendría a definir su relación con nosotros como visitante (de Shazer 1992), y tendríamos que construir a lo largo de la conversación con él algún tema en el que estuviera lo suficientemente interesado como para seguir asistiendo regularmente.

Teníamos conocimiento por nuestra formación más bien autodidacta y algo ecléctica, que el trabajo con los miembros de la familia era conveniente, incluso imprescindible. Que Harding (1996) decía que la terapia personal daba mejores resultados que la terapia familiar cuando el paciente identificado vive en casa de sus padres. Que la homeostasis familiar a veces pesa como una losa y hay que manejarla. Que la psicoeducación disminuye las tensiones familiares y, en la misma medida, disminuye el stress que el ambiente familiar puede generar en el paciente. Que las familias han llegado a acusar a la Terapia de Familia de culpabilizadora y que una actitud “colaborativa” y de “transparencia” podría devolver a la familia el protagonismo en el tratamiento (la culpabilización en caso de que se produjera perdería fuerza ante el trabajo de equipo que el terapeuta les plantea). Que los neurolépticos no siempre son necesarios y que de momento siguen produciendo efectos secundarios físicos y sociales graves<sup>5</sup>.

“Sabíamos” por nuestra experiencia en este tipo de procesos que la prisa del equipo o del terapeuta asusta al paciente. Que las confrontaciones fuertes con miembros de la familia eran más perjudiciales que beneficiosas. Que sería necesario un exquisito cuidado en que todos y cada uno de los miembros de la familia se sintieran entendidos, validados y confiaran en el trabajo conjunto (confiábamos en que esto paliaría los rebotes homeostáticos de la familia). Que tendríamos que encontrar un sentido a los síntomas que el paciente presentara. Que ambientes muy estructurados ayudan en un momento del proceso pero pueden ser contraproducentes en otros. Que ya alguna vez nos habíamos atrancado cuando les pedíamos que hiciesen tareas que favorecieran su desarrollo cognitivo, que en otras ocasiones nos habíamos atrancado tratando de solucionar problemas “de siempre” entre la pareja de padres, y en alguna otra tratando de que un padre rompiera un “secreto familiar” cuya existencia conocía pero cuyo contenido no quería conocer.

“Sabíamos” que todos nuestros “saberes” habían sido, eran y seguirían siendo (al menos como deseo) provisionales y permanentemente cuestionados. Buscábamos modos de acción que rompieran lo restrictivo de los distintos modelos<sup>6</sup>.

Teníamos ganas de aprehenderlo todo sobre esta familia que nos podía enseñar mucho sobre este tipo de procesos. De hecho habían conseguido manejar la situación

---

<sup>5</sup> Seikkula, Alakare y Aaltonen (1995) señalan que “al iniciarse el nuevo proyecto con pacientes psicóticos agudos pensábamos que en todos los casos sería indispensable siquiera una nueva internación, que como mínimo a una tercera parte de los casos serían enfermos crónicos y que la mitad o más exigiría administrar neurolépticos. Nada de eso ocurrió. Hemos tenido que renovar de forma continuada nuestra labor (...). La resistencia frente al cambio no provino tanto de los pacientes o sus familias sino más bien de nuestra propia manera de pensar.

<sup>6</sup> Lopo (1999). “Las técnicas deben ser elementos que ayuden a nuestros clientes en su intento de cambio, que amplíen sus alternativas posibles; no caigamos en el mecanicismo de utilizar las técnicas que mejor conocemos (por nuestra seguridad) o de hacer encajar a las personas y a las familias en nuestros supuestos (para autoconfirmarnos en nuestra forma de trabajar), a costa de limitarles las posibilidades de cambio.

sin necesidad de internamiento, ni siquiera de medicación para E (no así para su madre) y la situación había mejorado.

Queríamos, sobre todo, serles útiles.

## EL CASO

*La psicosis debe ser considerada como una manera especial de reaccionar ante circunstancias especiales, como una manera de expresarse con relación a determinados comportamientos de los demás, una manera de sentir una situación de relación interpersonal difícil, ambigua, confusa, cuyas características están muchas veces determinadas por otras personas.*

G. JERVIS

*Las reacciones psicóticas deberían verse como intentos de atribuir sentido a la propia experiencia y de hacer frente a circunstancias tan pesadas/agobiantes que impidieron construir una narrativa racional verbalizable. En posteriores situaciones de estrés estas experiencias del pasado pueden actualizarse y la persona se referirá a ellas mediante metáforas.*

SEIKKULA, ALAKARE y AALTONEN

E. y sus padres vienen a consulta en 2002. Trabaja desde hace 2 años en una empresa, apenas sale de casa y sus relaciones sociales son escasas. Ya desde el primer momento deja ver su falta de “conexión” con la “realidad”, manifestando en distintos momentos ideas delirantes del tipo “*el fútbol soy yo*”, “*el balón viene a mí, les meto presión, los maquinizo, es una especie de hipnosis que yo hago*”, “*tengo 22 años y estoy estudiando el fútbol en la realidad, tengo un sistema por el que el balón viene a mí*”, “*soy un altavoz, yo escucho y reparto la música*”.

La madre, ama de casa y empleada del hogar por horas (“*a ellos no les hace gracia pero a mí salir de casa me relaja mucho*”) está muy preocupada por la situación de E. y atribuye su estado a “*algo que le han dado*”, así diagnosticó la bruja a la que consultaron, que según cuenta fue la única que ayudó a E. Lo está pasando muy mal y ha tomado y todavía toma medicación antidepresiva y ansiolíticos.

El padre es parco en palabras, pero agudo cuando habla. Trabaja en la misma empresa que el hijo, en el mismo turno. Tiene responsabilidades sindicales. Acompaña a su hijo al trabajo todos los días, incluso los sábados en que E. trabaja. De no hacerlo, E. no iría y perdería el trabajo. En ocasiones ha pasado que el padre no ha podido ir y E. (aun habiendo sido avisado de antemano) se ha quedado sentado en la cocina de casa esperando que alguien lo llevara.

El terapeuta conduce la conversación hacia la preocupación que sus padres y, según nos vamos enterando, también su hermano, sus tíos, sus primos, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo de E. y de su padre, sienten por su situación. Tratando de establecer un espacio de reflexión en el que E. deje, al menos por un momento, de ser el “enfermo” que el último año y medio todos señalan con palabras y/o acciones u omisiones, para pasar a ser la persona a la que todos aprecian y que últimamente a todos preocupa:

¿Qué pasará para que las gentes que lo aprecian estén tan preocupadas por él?

¿Se ha preguntado qué cosas de las que hace y/o dice hace que las demás personas se preocupen?

¿Le interesa tener a todas esas personas preocupadas por él?

¿Emplea mucho tiempo en demostrar a todos que está normal y no le pasa nada?

Esta conversación parece tener el doble efecto de adherir a E. al terapeuta y tranquilizar a sus padres, que por primera vez se sienten entendidos por unos profesionales que consiguen que su hijo manifieste su voluntad de seguir conversando en posteriores sesiones.

Le pedimos a E. que pregunte a la gente de su entorno qué hace que se preocupen por él.

En la segunda sesión (asisten los mismos), en determinado momento E. relata que estaba enamorado y que los amigos creían que estaba *“tocado del ala”*: *“ellos están en otra película y yo en el año 2.500”*. El terapeuta llama a esto Amor Loco y pregunta cómo consiguió solucionarlo. E. contesta que desahogándose en la pista para desenamorarse. Parece un tema interesante y el terapeuta se interesa por cómo baila y continúa:

¿Cómo haces cuando bailas para desahogarte? Y su contestación lleva a más preguntas:

¿Piensas que esa forma de bailar puede preocupar a tus amigos?

¿Qué crees que piensan de ti los que apenas te conocen?

¿Es una imagen de ti que te interesa dar?

Retomando la metáfora del cine el terapeuta empieza a llamarle salidas de guión a las *“ideas delirantes”* que aparecen a lo largo de la sesión e introduce la idea de que son indicadores para que la gente de su entorno se preocupe, lo cual termina siendo aceptado por E. Confronta algunas de estas *“salidas de guión”* en sesión diciendo que cuando se sienta molesto por algo podría decirlo en lugar de decir cosas que solo él entiende y que, sin más, dejaríamos de hablar de ello.

Te defiendes del daño saliendo del guión, ¿podrías hacerlo de otra manera?

¿Qué crees que piensan de ti los que te rodean cuando te sales de guión?

¿Te interesa que tengan esa imagen de ti?

E. empieza a encajar la idea de que algo debe fallar en él cuando todos se preocupan. El terapeuta le habla de lo sano de la duda y de que tal vez podría hacer cosas para que los otros no se preocuparan.

En la tercera sesión, el padre (la madre disculpa su asistencia por cuestiones de trabajo) nos informa de que la situación ha mejorado. Se le pide al padre que aguarde en la sala de espera y el terapeuta comienza la conversación preguntando y atribuyendo control a E.

¿Cómo lo has conseguido? a lo que contesta: *“colaboro más en casa y hablo más con ellos sin irme de la olla, yo hice el gilipollas cuando el enamoramiento y la gente pudo pensar que estaba loco, quiero volver a ser como antes, todos me dicen que sea como era antes. El tema de la rapaza me afectó mucho, estaba tan deprimido, todo me inducía a estar con ella, pero es imposible aunque yo no descarto nada en la vida”*. Pone fin a su discurso diciendo al terapeuta que no quiere hablar de ese tema.

Continúa la conversación diciendo que también ha ayudado a la tranquilidad de sus padres que hable más con los compañeros de trabajo. *“Yo siempre era el que hablaba en casa. En las comidas nadie hablaba y yo pensaba: a ver si va a haber algo”*

*entre mis padres y yo no me entero. Mi hermano pasa de mí, dice que solo digo tonterías.”*

Se le pide, ya en presencia del padre, que cuando tenga una ida de olla lo haga evidente y que reflexione sobre qué le sentó mal. Al padre, que le pida al hermano que muestre respeto por E.

En la cuarta sesión, a la que asiste un amigo de E. el padre relata una pequeña crisis, pero que en general bien (la madre no ha asistido por considerar que sobra y que E. la odia). E. ha comenzado a salir algunas noches. Se pide al padre que espere en la sala y se pregunta al amigo:

¿Le preocupa E.?

A los demás amigos: ¿les preocupa?

¿Qué hace que se preocupen?

¿Qué creen que le puede haber pasado?

Estas preguntas generan una conversación sobre el Amor Loco de E. y la persecución a que sometió a la chica. Considera que E. debería pedirle disculpas.

Al final de la sesión se pide al padre que diga a la madre que consideramos su presencia imprescindible en algunas ocasiones, sobre todo al principio del tratamiento, y que le rogamus que asista a la sesión siguiente.

A la 5ª sesión asisten E. y sus padres. Comienza la sesión la madre quejándose y lamentándose de que E. la odia. El terapeuta comprende y valida su preocupación. El padre nos dice que en la presente semana las cosas fueron bien, pero la anterior fue lamentable. Ha tomado la decisión de no volver a llevarlo a trabajar los sábados. Piensa que E. debe responsabilizarse de su trabajo. La madre ha reaccionado ante esta decisión acusándolo de no querer a su hijo, que perderá el trabajo. La tensión entre los padres (de la que E. nos había hablado y que ya había aparecido en sesiones anteriores con menor intensidad) es soportada por E. bastante mal. El terapeuta decide intervenir con maniobras de corte estructuralista y propone efectuar cambios de disposición espacial en la sala de terapia (con la intención de señalar diferencias entre el subsistema parental y E.). Como las descalificaciones entre los padres siguen produciéndose y las “salidas de tono” -que no de guión- de E. con su madre también, el terapeuta decide hablar a solas con los padres. Se reanuda la conversación comentando el terapeuta que no le parece adecuado que E. intervenga en conversaciones sobre tensiones entre los padres, aun cuando su ausencia traiga como consecuencia el aumento de las tensiones entre ellos, éstas han de ser resueltas sin la intervención de E.

En la pausa el equipo hipotetiza que el padre apoyará las propuestas del terapeuta de forma que podría ser entendida por la madre como descalificaciones hacia ella, pero confía en que el buen *joining* conseguido entre madre y terapeuta permitirá que éste pueda pedirle que:

- rebaje las críticas hacia E. proponiéndole que trate de diferenciar aquellas conductas que, realizadas por su otro hijo, son calificadas por ella como faltas de respeto de las que calificaría de locas, de forma que cuando las de E. sean faltas de respeto, no las achaque a su “enfermedad”.
- valore la utilidad de dar a E. la posibilidad de mostrarse responsable. A veces hay que tomar ciertos riesgos (por supuesto con red).

Se le dice también que el equipo cree que tener distintas opciones educativas no implica falta de amor o de preocupación por los hijos, es habitual que hombres y mujeres demuestren amor de forma diferente.

El padre apoya al terapeuta descalificando a la madre. El terapeuta muestra gran respeto por ésta achacando sus reacciones a lo mal que lo está pasando, a la intensidad de su preocupación y a su propio estilo: no le cabe nada dentro. Alaba el gran sacrificio que está haciendo y va a tener que hacer para conseguir ayudar a E. y trata de aliviarla de culpa diciéndole lo difícil (casi imposible) que puede resultar para ella actuar en la línea que le está pidiendo. Pide al padre que ayude a la madre en este proceso.

Después de una breve pausa con el equipo, el terapeuta se reúne con E. y le pregunta: ¿Entiendes que tus padres se preocupen cuando haces algunas de las cosas que nos han dicho? E. saca el asunto de la tensión entre los padres. El terapeuta le dice *“ya no puedes hacer nada más, ellos mismos deben resolver sus tensiones, en este momento debes ser un poco egoísta. Dedicar tu tiempo a ponerte bien. Tus padres, especialmente tu madre, van a tardar en aceptar mejorías en ti, en determinados momentos conductas normales pero que a los padres no gustan van a ser calificadas como síntomas de la enfermedad y lo van a hacer por pura preocupación por ti. Esto forma parte del proceso habitual. No le entres al trapo a tu madre. Tendrás un espacio aquí para echar fuera todo lo que te preocupa, tampoco queremos que lo tragues y tengas “idas de olla”*.

Al comienzo de la sexta sesión nos cuentan entre E. y la madre los percances de él para ir al trabajo un sábado. Le costó pero finalmente consiguió hacerlo. El padre habla de lo que pasó ese mismo día cuando E. volvió del trabajo, cuenta que desvariaba y tuvo que amenazarlo con unas “hostias” para que reaccionara. E. lo interrumpe diciendo que *“tenía cantidad de cosas dentro”* y que se desahogó *“hablando con el perro, los árboles y la naturaleza toda”*. La madre interrumpe a E. para decir que también habló a gritos con los vecinos y con amigos que no estaban por allí. El padre le dice que la conversación que tuvo con el perro podría haberla tenido con él. E. se queja de que nada de lo que hace es valorado por los padres. El padre le pregunta por qué pierde el norte, será por fumar porros, por dormir poco (E. ha llegado tarde a casa últimamente, alguna vez ha dormido 3 o 4 horas antes de ir al trabajo). E. se defiende y el terapeuta le apoya diciendo que es *“una olla a presión que acumula hasta que estalla”*. Un jefe de la empresa ha hablado con el padre preocupándose por lo cambiado que parece E. en este último año. Las quejas tienen más que ver con las relaciones con los compañeros (o más bien la ausencia de relaciones) que con el trabajo en sí. El terapeuta pide a los padres que abandonen la sala de terapia y continúa la conversación con E. Le parece un buen momento, la tensión se ha calmado y no tiene claro que E. pudiera mantenerse coherente en caso de volver a producirse.

E. habla de independizarse de sus padres, de alquilar un piso o compartir piso con alguien, dice que está harto de estar en casa. Nos cuenta *“todo lo que tiene dentro”*. Todas las cosas lo inducen a estar con aquella chica, no consigue sacársela de la cabeza. Los amigos no le llaman por lo que pasó con ella, solo uno lo acepta (de él hemos hablado bastante, su modo de vida no agrada a sus padres, aunque reconocen que siempre le ha ayudado). ¿Qué podría hacer para desahogarse y pensar menos? pregunta el terapeuta.

Salen diversas opciones en la conversación: fútbol, gimnasio, autoescuela, hacer una vida normal. *“Yo antes veía cosas raras, cuando iba andando por la calle me sentía raro, la gente me hacía cortes de mangas, me decían cosas”*. El terapeuta le dice que a veces la mente nos juega malas pasadas, frase que repetirá ante comentarios de este tipo.

En un momento de la sesión la madre nos pregunta cómo se llama lo que tiene E. Le explicamos que en nuestra forma de trabajar no hacemos diagnóstico, lo que sí hacemos es evaluar las dificultades desde distintas perspectivas y tratar de buscar soluciones a los problemas que generan. No obstante, le indicamos, lo que muy probablemente le dijeran otros profesionales que sí diagnostican es que E. ha tenido un brote psicótico, que hay bastantes estudios que dicen que, siendo una enfermedad grave, tiene un 50% o más de probabilidades de una mejoría significativa y quizá de recuperación y que recientes estudios en Finlandia parecen tendentes a indicar que las recaídas pueden estar más relacionadas con la medicación antipsicótica que con la enfermedad en sí.

En las sesiones 7 a 11 E. mejora, asiste a su trabajo los sábados por su cuenta. Sus amigos se distancian, pero busca nuevos amigos. Los enfrentamientos con la madre disminuyen y tanto ésta como el padre informan de mejorías. Familia, vecinos y compañeros de trabajo les comentan que encuentran mejor a E.

La madre habla de la posibilidad de acudir a tener una consulta con un psiquiatra de prestigio de otra ciudad. Pregunta el parecer del equipo. El terapeuta les dice que es una decisión que ellos han de tomar. El padre no se muestra muy conforme con las medicaciones y los recorridos de profesional en profesional. La madre insiste y el terapeuta propone mantener en la recámara la consulta, por si fuera necesario más adelante, *“lo peor ya ha pasado gracias al esfuerzo de toda la familia y lo habéis conseguido sin necesidad de que E. tome medicación”*.

En las sesiones se va repartiendo el tiempo entre ellos. Las conversaciones con E. vienen generadas por preguntas del terapeuta del tipo:

¿Cómo ha llegado a la situación de hace año y medio?

¿Cómo puede hacer para seguir ganando autonomía, “agencia”, y aumentar su red social?

Se le habla a su parte “sana” (Gutiérrez 1998b), que progresivamente va aumentando. Se trabaja con sus propios recursos para solucionar las dificultades, especialmente los que le pueden servir para evitar los enfrentamientos con la madre. Se apoya el sacrificio que la madre hace para no chocar con E. y se le pide que disminuya las críticas y que se fije en cómo crece su parte sana. Se le pide al padre que la ayude. El padre cuenta como a las pocas “salidas de guión” de E. se les puede encontrar un sentido si se sigue conversando con él calmadamente.

Entre las sesiones 12 y 16 se entra en una fase en la que el avance parece detenerse. El terapeuta normaliza la situación como un momento del proceso y pide a los padres que no se desanimen. El terapeuta dice a la familia que su formato habitual de trabajo es de pocas sesiones y que a él también le cuesta este ritmo pero el proceso



tiene estos momentos<sup>7</sup>. E. dice no estar suficientemente centrado para ponerse a sacar el carnet de conducir (tiene un coche parado desde que lo compró hace dos años, el terapeuta había hablado con la familia de lo interesante que sería que E. obtuviera el permiso de conducir)<sup>8</sup>.

La madre al ver el interés del terapeuta en el tema no paraba de insistirle siendo fuente de conflicto entre ellos. El terapeuta rectifica su postura respecto al carnet de conducir. Considera que si E. no se encuentra con fuerzas para emprender esta tarea, se debe respetar su ritmo. Se conversa con la familia de la importancia en los próximos meses de la recuperación de la red social de E.

En la decimoséptima sesión nos informan que se le termina el contrato. Esto puede ser una fuente de problemas al coincidir más tiempo en casa E. y la madre, que todavía mantiene un alto nivel de críticas. Al mismo tiempo E. podría empezar a darle más vueltas a la cabeza de lo que sería adecuado.

La decimoctava sesión se aplaza al comunicarnos E. telefónicamente que se va unos días de vacaciones con unos amigos (entre los que están la chica del Amor Loco y su actual novio), le decimos que adelante y hablamos un momento con el padre en el sentido de que puede ser muy positivo para E. esta experiencia, aunque naturalmente tiene sus riesgos. Cuando finalmente tiene lugar la sesión nos enteramos de que todo ha ido perfectamente y E. está asimilando correctamente el estar en el paro. Nos cuenta que le da un poco de miedo abrirse a la gente y se siente incómodo en bastantes situaciones sociales.

En la decimonovena sesión nos enteramos de que E. ha ido al INEM por propia iniciativa y se ha apuntado a un curso de carpintería mientras se encuentra en el paro. La madre nos cuenta que le ha preguntado a lo largo de esta semana para qué vienen ellos. Preguntamos a E. si lo que quiere decir con esto es que quiere más tiempo en las sesiones para él y nos contesta que “algo así”. Acordamos entre todos que venga solo, al menos, a la siguiente sesión. Los padres informan de cómo familiares, amigos y vecinos les han comentado lo bien que han encontrado a E. últimamente.

E. se encuentra cada vez mejor, está estableciendo nuevas relaciones sociales y manteniendo/mejorando las de siempre. En la sesión 26 nos cuentan que está asistiendo regularmente a la autoescuela y se encuentra más adaptado en el curso de carpintería. Decidimos de forma consensuada suspender las sesiones, dejando claro que si en algún momento necesitaran llamarnos, estaríamos dispuestos a seguir trabajando con toda la familia.

Meses después el padre nos informa en una breve visita de cortesía que la cosa marcha y que las conversaciones con E. son ya siempre coherentes.

---

<sup>7</sup> Pensamos que la transparencia del terapeuta ante la familia sobre el contenido de las conversaciones del equipo tuvo como efecto una mayor confianza de la familia en el terapeuta y el equipo, con el consiguiente aumento de la alianza terapéutica.

<sup>8</sup> Consideramos de especial importancia identificar estos momentos del proceso, el trabajo desde atrás de Juan Daponte fue especialmente relevante en este período de sesiones ayudando al terapeuta a desacelerar su ritmo habitual para ajustarse al de E.. Tengamos en cuenta que los efectos iatrogénicos producidos por esta falta de ajuste con E. por parte del terapeuta podrían tener su importancia.

Han pasado los años y a finales de 2013 viene toda la familia porque E. ha convencido al hermano para tener unas sesiones para intentar solucionar el problema de ansiedad que presenta.

E. que en este momento se encuentra en el paro, está haciendo una vida normal, muy activo y con una buena red social, vive con sus padres y hace un relato crítico de las ideas delirantes que manifestaba cuando empezó su trabajo con nosotros.

### **A CARRO PASADO: UNA VISIÓN DESDE LA RESPONSABILIDAD DEL TERAPEUTA Y EL RESPETO AL CLIENTE.**

“Sois como egipcios: veis la realidad de perfil”  
(Gonzalo Martínez Sande, a los autores)

Podemos pensar en la realidad que nos atañe como una visión arbitraria construida por cada cual a partir de sus propios moldes, más que en una entidad objetiva mayoritariamente compartida por todas las personas y con existencia independiente del observador: Von Glasserfeld (1988) y Watzlawick, entre otros, nos invitaron a pensar que estas construcciones hablan más del ojo que mira que de una supuesta realidad externa fundamentadora. Este asunto tiene su aquel, puesto que dichas visiones están implicadas en las acciones que emprendemos, como personas y como profesionales; aunque a primera vista podría parecer que son muchos los elementos consensuadamente objetivos, el terreno en que se mueve el oficio de hacer psicoterapia pertenece a las extensas llanuras de la realidad de segundo orden (Watzlawick, 1979).

Siguiendo un reportaje de El País (2010), si paseáramos por cierto barrio periférico de San Petersburgo quizá nos encontraríamos con un hombre que vive con su madre en un apartamento destartalado, que camina con la apariencia de un vagabundo, la mirada perdida, introvertido y con dificultades para comunicarse con los demás... Por otros datos aportados en el reportaje sabremos también que se llama Grigori Perelman y está considerado como el mayor matemático de los últimos tiempos; su trabajo tuvo gran influencia en sus colegas de profesión, desarrolló herramientas que abrieron nuevas vías a la investigación, y resolvió la conjetura de Poincaré (sea esto lo que sea), entre otros méritos.

Si alguien toma la primera parte de la información, y además se fija en algunos otros datos curiosos, como dejar su trabajo en la universidad no se sabe muy bien la razón, o no aceptar otros en universidades occidentales porque le parecía sorprendente que le pidieran el currículum, o rechazar premios importantes y reconocimientos, incluido el millón de dólares otorgado por el Instituto Clay de matemáticas... este observador podría acabar acusando al personaje -como de hecho ocurrió- de padecer (o tener, o portar, o comportarse como, o ser...) un Síndrome de Asperger.

Otro observador puede argumentar la comisión de una imprudencia por información insuficiente, al no tener en cuenta el segundo grupo de datos, y acabar concluyendo que realmente estamos hablando de un genio con las rarezas propias de la genialidad... a lo cual el primer observador respondería que este interés enfermizo por las matemáticas justamente confirma su diagnóstico.

A propósito de la cantidad de información, podría defenderse la necesidad de acopiar toda la posible antes de iniciar un curso de acción. Sin embargo también hay quien mantiene que el conocimiento adicional puede ser inútil o incluso tóxico; Oskamp

(1965, citado en Taleb, 2008, pág 216 y siguientes) proporcionó a psicólogos clínicos una serie de archivos sucesivos que contenían cada vez más información sobre los pacientes, y concluyó que la habilidad para diagnosticar no aumentaba con la información añadida: los diagnosticadores simplemente se reafirmaban más en su juicio inicial.

### *Múltiples Visiones*

De todas formas, y más afortunada que desgraciadamente, la limitación de nuestros sentidos nos impide recoger toda la información; solucionamos el asunto de la cantidad fijándonos en determinado corte de datos, y sobre ellos fundamentamos nuestras acciones. Para los clínicos, los modelos de referencia –más o menos ortodoxos, más o menos explícitos- funcionan como chinchetas clavadas en un mapa, marcando la información relevante (Rodríguez-Arias y Venero, 2006), y nos permiten realizar una gestión económica de la información. Nos dicen a dónde tenemos que mirar, y cuándo tenemos información suficiente.

Por ejemplo, si pensáramos que la enfermedad mental es una posesión demoníaca haríamos un exorcismo, y si hubiera que llevar a alguien a la hoguera, procederíamos. Si nuestro modelo nos dijera que la base de la enfermedad se encuentra en los aspectos bioquímicos del cerebro utilizaríamos psicofármacos; consideraríamos los efectos perniciosos de esos productos farmacéuticos como un mal necesario, e ignoraríamos sistemáticamente las chinchetas que indicasen otros accidentes geográficos. Si nuestro modelo ajustase la lente para analizar los problemas revelando el contexto relacional de una organización social, serían otros los datos que quedarían fuera del encuadre: quizá nos la pasásemos estudiando la geometría de las organizaciones jerárquicas en busca de triangulaciones, y si hubiera que acusar a una madre de esquizofrenógena, se la acusaría, que tampoco aquí quedamos libres de responsabilidades. Desde una visión actual nos tienta pensar que algo hemos avanzado desde los tiempos de la hoguera -aquello era puro delirio-; sin embargo no dejan de ser realidades de segundo orden, mapeos de un territorio inaprensible (Korcybski, 1951).

No sólo se hacen diferentes mapeos en diferentes momentos históricos. Actualmente conviven más de un estilo de mapear: a quien interesa el subsuelo mapea el sustrato geológico, a otros interesa más la superficie y registra el suelo, hay también quien se interesa por las densidades del aire y otras coyunturas más etéreas. Por supuesto, no podemos ignorar la tendencia a elaborar teorías integradoras a base de superponer distintos elementos de mapas diferentes; lamentablemente, el elogiado deseo de crear mapas más representativos (integradores) del territorio se queda en un mero borrón en la ventanilla que impide ver el paisaje, como en su día expuso Gutiérrez (2003).

### *Nuestras Visiones*

Nosotros estamos más cerca de la consideración de los aspectos comunicacionales de una conducta y su valor pragmático en contextos relacionales (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1981), a veces de modo quizá excesivamente minimalista en su traducción clínica, como nos acusaron en la cita que encabeza este apartado. Que consideremos esta visión más útil, incluso más ajustada a cómo funcionan las cosas, y que simpaticemos con los procedimientos clínicos de determinados autores (la lista sería larga) se debe únicamente a que es nuestra visión, nuestro delirio, y le tenemos cariño. Procuramos, eso sí, recordar de vez en cuando que

no son más que supuestos (Gutiérrez, 1998). O delirios. Pero a veces lo olvidamos, y aunque nos gusta pensar que somos flexibles, la verdad es que nuestro delirio está bien estructurado.

A pesar de compartir elementos teóricos, con frecuencia estamos en desacuerdo, y ante la misma entrevista nos encontramos viendo y proponiendo cosas diferentes: después de todo, somos máquinas no triviales (Von Foerster, 1991). Cuando estamos entrenando un grupo en formación nos gusta mantener la desavenencia, exponemos los aspectos que tomamos en cuenta y la línea de acción derivada. Nos gusta pensar que la teatralización de estas diferencias alienta el espíritu crítico y la irreverencia hacia los propios modelos (Cecchin, 1993). Y si la propia visión no fuera suficiente aún nos queda tomar prestadas otras pensando: “¿Qué haría el terapeuta X en esta situación?”, como proponía Keeney (1992).

Sin embargo, a pesar de tener visiones distintas en el nivel más inmediato, utilizamos el mismo lenguaje, el mismo nivel de mapa, y esto nos permite entendernos. Keeney llama “Efecto de Moare” al producido cuando se superponen dos visiones (tramas) y emerge una nueva que no es exactamente ninguna de las utilizadas, y que no podría lograrse sin esta superposición; Bateson, Watzlawick y de Shazer se refieren con otros términos al mismo fenómeno (Ceberio y Wainstein, 1993). Aunque dichos autores utilizan esta metáfora con un objetivo diferente, nosotros la contamos para expresar la convicción de que las personas expuestas a estas divergencias corren menor riesgo de equivocarse el mensaje y el mensajero, y pueden obtener una suerte de meta-aprendizaje que sobrepasa la puesta en escena personal que hacemos cada uno de nosotros.

#### *Nuestra visión de E (y su entorno)*

Quien haya leído las Crónicas marcianas de Ray Bradbury quizá recuerde el relato de “Los hombres de la Tierra”: aquellos hombres de la Tierra que llegan a Marte son tratados de una forma que no les cuadra, hasta que poco a poco se dan cuenta que los toman por locos: la forma de enloquecer en Marte es delirando con que se es de otro planeta. El tratamiento, la eutanasia, es una buena metáfora de lo mal que nos tomamos que los demás vean las cosas de forma diferente (aunque en general elijamos reacciones menos radicales). Cuando intentan convencer de la equivocación al especialista se encuentran con una gran dificultad: cada detalle que mencionan como muestra de su cordura es reinterpretado para confirmar cada vez más su diagnóstico (¿os acordáis del experimento de Oskamp?).

Aunque volvamos a la Tierra, tampoco E. se libra del asunto de las visiones: él tiene su propia visión del mundo, y actúa de una forma determinada; esta actuación restringe, a su vez, las posibles actuaciones de los demás hacia él, que restringen sus propias actuaciones... y así sucesivamente. Cuando dice que maquiniza a los jugadores para que la pelota vaya a él, restringe las posibles acciones de los demás de una forma diferente que si contara un chiste; y los demás actúan de forma que a su vez implica restricciones en su propia conducta... Dicho de otro modo, sus conductas (comunicaciones) tienen un efecto pragmático sobre los demás y, de rebote, sobre sí mismo.

Una forma de encarar una conversación terapéutica con E. consiste en responder de una forma diferente a como suelen hacerlo los demás. Podemos hablar a un loco de atar sin conciencia de enfermedad y posiblemente recorramos caminos ya trillados. Pero también podemos verlo como un hijo correcto y atento que viene acompañando a sus

padres, quizás solo de visita. Considerarlo de esta forma (en vez de una cualidad esencial de E.) nos permite hacer algo al respecto; el terapeuta elige plantear una conversación diferente que finalmente da lugar a resultados diferentes (después de todo, la locura también puede definirse como hacer lo mismo de siempre y esperar que ocurra algo diferente): si queremos que E. responda de modo diferente, hablemos con él de forma diferente. En vez de verlo como una entidad clínica individual a quien el terapeuta le arroja sus intervenciones, podemos considerar al profesional como jugando un papel en la definición de dicho problema. Como El Padrino, hagámosle una proposición que no pueda rechazar: ¿qué pueden ver las personas que le rodean y le quieren bien, para preocuparse tanto por él? Esta pregunta permite a E. volver a una siguiente sesión, sin confrontar su maestría a la hora de maquinizar a los jugadores.

Los padres, un elemento muy importante en la definición del problema (son ellos quienes demandan una consulta), también se pueden ir tranquilos escuchando una respuesta diferente a la dada por otros profesionales anteriormente. En su visión, hay que tratar a E.: si E. vuelve, ellos vendrán a acompañarle.

Explorar la perspectiva comunicacional de la situación implica tomar en consideración la conducta de E. en el entramado de relaciones en que está inmerso como participante. Viendo la relación entre el padre y la madre es tentador pensar en términos de triángulo en la jerarquía (Haley, 1980): el conflicto marital es desviado a través de la existencia de un hijo problemático, y cuanto más grave sea el problema presentado más grave será el conflicto que desvía. Están bien las hipótesis, mientras no nos comprometamos demasiado con ellas (Pakman, 1993), nos proporcionen elementos viables de acción, y no sean una disculpa para desviar nuestra responsabilidad sobre el proceso.

Lo malo de algunas hipótesis es que se confunden fácilmente con el establecimiento de relaciones causales que acaban culpabilizando a los familiares, como se entendieron algunos planteamientos teóricos en la historia de la Terapia Familiar. A veces pueden describirse algunas observaciones como ejemplo del concurso de mecanismos homeostáticos, aunque también pueden describirse desde otras perspectivas, como por ejemplo desde la expresión de emociones (pueden consultarse las fuentes citadas por Carlos Álvarez, 2002). Al margen de su justificación teórica, a veces una mejoría del paciente va seguida de una reacción negativa por parte de un familiar. En este caso la mejoría de E. informada por el padre coincide con la ausencia de la madre en esa consulta; más adelante la madre reinterpreta conductas de E. típicas de su edad que podrían tomarse como indicios de normalización, como señales de empeoramiento o, cuando menos, motivo de nuevas quejas. Como antes, podemos pensar en la madre en todos los términos peyorativos que se nos ocurran; también podemos elegir verla, como a los demás, en un entramado interaccional en que sus actuaciones restringen y a su vez son restringidas por las personas con las que interactúa: si verla desde este punto de vista nos permite conversar con ella cortésmente sobre lo difícil que debe ser sufrir a diario los choques con E., igual a continuación está dispuesta a hacer alguna cosa que le pidamos. Una vez más, la opción elegida será dirigirnos a la interlocutora armados de respeto y aceptación. Como en el caso del padre, al que también se le podría acusar de periférico, se decide valorar la potencial utilidad de sus reacciones más frías y desapegadas respecto a E.; no así con respecto a la madre, a la que acusa de no pasar una. Pedir cambios a los padres no significa culparlos por la conducta de E., sino presentarlos como una petición para ayudarlo: igual que nosotros trabajamos en equipo, ellos también pueden trabajar juntos para lograr cambios

entre todos. Para no entrar en el enfrentamiento entre ellos, se respetan ambas posturas como legítimas y habituales entre progenitores.

No fundamentamos nuestra práctica en términos diagnósticos; en el caso de la esquizofrenia éste no tiene valor predictivo respecto a su curso ni nos ayuda en la toma de decisiones clínicas de una forma diferenciada a otras casuísticas, mientras que en su contra está el estigma social que supone. Pero también entendemos como respeto contestar a una pregunta directa sobre qué le ocurre a E; el terapeuta decide contestar, y centra su tarea en cómo hacerlo: a la palabra brote psicótico añade una serie de matizaciones (puede ser el único, las estadísticas hablan de diversos cursos posibles, hay elementos que permiten pensar en una buena evolución...) que permiten encajar la noticia de forma provechosa para el proceso terapéutico, y encontrar sentido a lo que está pasando sin hundir sus perspectivas de futuro.

Si nuestra relación con los padres está cargada de respeto, con E. esta postura es mayor si cabe. De entrada, lo mínimo que se merece es ser tratado por el terapeuta como un interlocutor válido, responsable de sus actos: si queremos un paciente actor, no podemos tratarle como parte del decorado. Podemos elegir verle como una persona con virtudes y bondades, que pasan desapercibidas si uno no está dispuesto a valorar los recursos (o lo positivo, o la parte sana, como quiera decirse) como informaciones relevantes. Una persona que consigue mantener la situación sin tomar medicación, mérito atribuible a sus padres también en buena medida. Una persona lo bastante atenta como para intentar alegrar las comidas cuando comía en presencia de sus padres y éstos callaban, que se preocupa por la relación entre ellos. Una persona capaz de mantener su trabajo, a pesar de las dificultades. Una persona que vale la pena lo suficiente para que una parte de su red de iguales mantenga contacto con él, capaz de conseguir que parientes y vecinos se interesen por su estado. Una persona que tiene salidas de guión y a la que un amor loco (y seguramente otros hechos desgraciados) le han infligido un gran daño...

Este respeto incluye también el ritmo de la terapia; aunque los primeros cambios significativos son informados en la tercera sesión el proceso se extiende más allá de lo que habitualmente identificamos con terapias breves. Entendida como filosofía podemos mantener que sigue siendo terapia breve; pero tampoco habríamos forzado un menor número de sesiones porque “nuestro modelo no nos dejara”. Con frecuencia se presentaron altibajos, vaivenes, que ponen a prueba el aguante de un terapeuta impaciente. Ellos tenían su propio ritmo, y E en particular se ocupó de transmitir al terapeuta cuando no podía tolerar sus intentos de avanzar.

#### *Nota Final*

Por si quedase cualquier género de duda, insistimos en la arbitrariedad de nuestras opiniones. Las referencias bibliográficas mencionadas quieren ser un homenaje a nuestros maestros y el reconocimiento de nuestra falta de inventiva, no una forma de desviar responsabilidades. Incluso, y sobre todo, cuando hablamos de E., es de nosotros de quien hablamos.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alvarez, C. (2002): 25 años de expresión de emociones: notas para una reflexión. *Mosaico* 24, 10-14.
- Bradbury, R. (2008) *Crónicas Marcianas*. Barcelona: Minotauro.

- Ceberio, M y Wainstein, M. (1993) Conversaciones en Palo Alto con Steve de Shazer. *Perspectivas Sistémicas* 28 (6).
- Cecchin, G. et al. (1993) De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Sistemas Familiares* 9 (3).
- Fernández, R. (2010, 3 de Octubre): La conjetura Perelman *El País*, 2- y sigtes.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1984): La táctica del cambio. Barcelona: Herder.
- Gutiérrez, E (1998): La familia: ¿quejas o problemas?. En Ríos, JA La familia: realidad y mito (pp 13-36). Madrid: Ed Universitaria Ramón Areces.
- Gutiérrez, E.(1998) La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo. *Sistemas familiares* 1(14).
- Gutiérrez, E. (2003): Psicoterapia sistémica y psicoterapia cognitiva. En I Caro (coord): Psicoterapias cognitivas: evolución y comparaciones. Barcelona: Paidós
- Haley, J. (1980): Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Harding C.M. (1996): La interacción entre los factores biopsicosociales, el tiempo y la evolución en la esquizofrenia. En Shriqui, C.L. y Nasrallah, H.A. "Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia" (pp. 745-775). Madrid: EDIMSA.
- Jervis, G. (1997): Manual crítico de Psiquiatría. Barcelona: Anagrama.
- Keeney, BP (1992): La improvisación en psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Korzybski, A. (1951): The Role of Language in the Perceptual Process En Blake, RR y Ramsey, GV (eds): *Perception: An approach to personality*. Nueva York: The Ronald Press Company.
- Lopo, M. (1999) Restricción de alternativas y prácticas sistémicas. *Sistemas Familiares* 1(15).
- Pakman, M. (1993) Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. En Delgado J.M. y Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Arias J.L. y Venero M. (2006): Terapia Familiar Breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico. Madrid: CCS.
- Schön, Donald A. (1992): La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones. Barcelona: Paidós.
- Seikkula, J. et al (1998): Tratamiento de la psicosis mediante el diálogo abierto. *Sistemas Familiares* 2(14).
- Shazer, S. de (1987): Pautas de terapia familiar breve. Buenos Aires: Paidós.
- Shazer, S. de (1992): Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa.
- Taleb, NN (2008): El cisne negro. El impacto de lo altamente improbable. Barcelona: Paidós.
- Von Glasersfeld E. (1988) Introducción al Constructivismo Radical. En Watzlawick P y otros: La realidad inventada: ¿Cómo sabemos lo que creemos saber? pp 20-37 Barcelona: Gedisa.
- Von Foerster, H. (1991): Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick P. (1979): ¿Es real la realidad? Barcelona: Herder.
- Watzlawick P, Bavelas JB, y Jackson DD (1981): Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.