

CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12 N° 6 (2012)

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

Guía de tratamiento psicoterapéutico sistémico en trastornos psicósomáticos en niños, adolescentes y familias



Francisco Gómez Holgado

INDICE

Prólogo

Parte 1: Paradigma y modelos sistémicos en los trastornos psicosomáticos

1. Introducción
2. Etimología: "¿Psico, soma, qué?"
3. Epistemología: "De la cultura biomédica a la óptica de la complejidad"
4. Diferentes escuelas sistémicas:
 - 4.1. La *Philadelphia Child Guidance Clinic* de Salvador Minuchin
 - 4.2. El grupo de Roma de Luigi Onnis
 - 4.3. La escuela estratégica: el MRI de Palo Alto y el CTS de Arezzo
 - 4.4. Otras aportaciones
5. Conclusiones

Parte 2: Psicoterapia sistémica en trastornos psicosomáticos infanto-juveniles

6. Introducción
7. Trastornos diana: "¿Dónde intervenir?"
8. Justificación: "La excepción del por qué"
9. Objetivos y evaluación: "Mamá, papá, ¿hemos llegado ya?"

10. Terapia sistémica en trastornos "psicosomáticos": "¿Un espejo dónde mirarse?"

10.1. Terapia estructural y transgeneracional

10.2. Terapia estratégica

10.3. Terapia facilitadora

Parte 3: Protocolo de tratamiento psicoterapéutico sistémico en niños, adolescentes y familias con trastornos "psicosomáticos"

11. Protocolo

12. Problemas y precauciones

13. Conclusiones

14. Anexos

15. Bibliografía

PRÓLOGO

Agradezco la amable invitación que el Dr. Vega y el Dr. Ramos me hicieron para leer y escribir unas líneas sobre el trabajo de Francisco Gómez Holgado *“Protocolo de tratamiento psicoterapéutico sistémico en trastornos psicósomáticos en niños, adolescentes y familias”*.

Conocí al autor cuando llego al SSM de Usera en su primer año de formación PIR. Traía un poco del Mediterráneo a nuestro canalizado Manzanares que como saben, en su orilla derecha, es un límite de nuestra área. Recordarán que para Tales, el de Mileto, el agua, lo húmedo, era el alma de las cosas.

Releí el trabajo en Mundaka, al borde del Cantábrico, donde una persona buena, nacida en Madrid, experta en el “tres cubano”, historiador de historias tristes, y abertzale apasionado, me explico que la famosa ola izquierda había perdido su fuelle a consecuencia de un dragado realizado hacia ocho años en la ría. Tenía padre y ansiedad. Al primero intentaba no tratarle y con la segunda convivía dolorosamente.

Creo que fue un buen lugar y una buena compañía para releer este trabajo que contiene mucha información y esfuerzo en organizarla, tarea nada fácil dada la polivocalidad que existe en la teoría sistémica.

El autor nos acerca a una visión, una epistemología, en la que el cuerpo, la mente y el ambiente constituyen el escenario en el que la enfermedad psicósomática sería el punto, el doloroso punto, de integración de factores biológicos y psicosociales. Nos adentra en ese cuerpo como símbolo, como lenguaje que se inserta en la totalidad, en el sistema. Nos recuerda que la elección de la familia como el sistema de intervención preferido, pero no el único, se debe a que ésta es un lugar primario de aprendizaje, de transmisión de valores y de historias, subrayando la importancia de las pérdidas.

En su trabajo nos va llevando de la visión biomédica de la enfermedad al paradigma de la complejidad en el que el terapeuta se ve inevitablemente incluido en la construcción de la misma.

La terapia sistémica nos remite, entre otras, a la teoría de la comunicación. Según el sociólogo Harold Lasswell (1902-1974) un teórico de la comunicación debe formular y responder la siguiente pregunta: *“¿Quién dice qué a quién y con qué efectos?”*. Los efectos suelen ser particularmente difíciles de averiguar.

La comunicación, por supuesto, es tan antigua como el lenguaje y quizá mucho más. Los homínidos llevamos comunicándonos, de manera más o menos efectiva, durante muchos miles de años, pero solo desde los dos o tres últimos milenios nos hemos dedicado a medir la efectividad de las comunicaciones. Tal vez por esto los Romanos colocaban a la retórica en la cúspide de la pirámide educativa.

Marshall McLuhan (1911-1980), profesor de inglés en la universidad de Toronto, generó una gran polémica y se le tildó de exagerado cuando afirmó que *“el medio es el*

mensaje”, es decir que el medio a través del cual se comunica un mensaje afecta al contenido y a los efectos de la comunicación, a veces de forma radical. No solo los receptores de la comunicación perciben la diferencia, también el emisor la percibe según el medio que emplee para comunicar lo que en apariencia es el mismo mensaje.

John Dewey (1859-1952), filósofo norteamericano, propuso tratar de situar y pensar la conducta humana considerando a la biología, donde el pensamiento es producto de la evolución biológica, y a la cultura, porque el pensamiento siempre es un hecho comunicativo y social. Consideraba que el ser humano vive en un drama basado en el riesgo, la ambigüedad y la crisis, es decir en la incertidumbre. El conocimiento tiene como función mitigar la incertidumbre, es decir tiene una función práctica. A esta forma de pensar se le ha llamado pragmatismo, término acuñado de forma más explícita más tarde por William James. Sin embargo es crítico, el pragmatismo, en la identificación de lo verdadero con lo útil, es decir lo verdadero es útil, pero no se identifica con la utilidad, porque aunque la verdad es siempre útil, lo útil no es siempre verdadero.

Dicen que inspiró a Richard Rorty y que el posmodernismo ha recuperado la doctrina pragmática. En su biografía, ya que el tema habla de la familia, destaca el hecho que se caso por segunda vez a los ochenta y siete años y adoptó a dos niños.

En una primera parte el autor desarrolla la idea de paradigma sistémico y los distintos modelos sistémicos en los trastornos psicósomáticos, en una segunda parte y entrando ya en la población infanto-juvenil se pregunta donde intervenir, con qué objetivos y como evaluar estos y finalmente un tercer apartado en el que se centra en un protocolo de tratamiento sistémico en esta población. Este último apartado tiene a mi juicio un interés especialmente valioso dado que intenta acercarse a la práctica para no perderse en la complejidad de la teoría.

Albert Einstein demostró que el universo es finito pero carece de límites y que ninguna línea, si se prolonga lo suficiente, es recta. Todas las líneas se acaban curvando sobre sí mismas y, al final, al menos en teoría, retornan a su punto de partida. Consideraran conmigo que este es un buen ejemplo de cómo una teoría precisa de un esfuerzo “práctico” para sobrevivir intelectualmente.

El autor, desde una prometedora actitud humilde, nos va introduciendo en lo que se considera trastorno psicósomático, el por qué de la intervención, como se puede evaluar a la familia, que objetivos plantear y con qué técnicas, considerando las diferentes escuelas de pensamiento sistémico (estructural, transgeneracional, estratégico...) y teniendo en cuenta el contexto psicoterapéutico así como el estilo terapéutico del profesional.

Nos recuerda las características clásicas de la familia psicósomática, es decir la aglutinación, la hiperprotección, la evitación del conflicto y la rigidez, así como el papel fundamental del terapeuta en las mismas.

Nos habla del terapeuta como un constructor de realidades, de narrativas, limitado por su propia biografía, en colaboración con la familia y el paciente, recordándonos como las soluciones con frecuencia mantienen los problemas e incluso son causa de estos.

El paradigma sistémico incorpora una visión, otra visión, en constante proceso de construcción, tal vez no tan revolucionaria como la que introdujo un paisano del autor, Pablo Picasso, muerto hace ahora 30 años, que junto a Braque revolucionó la idea de que una pintura

tenía que representar algo. En sus manos, los cuadros no eran representaciones de cosas sino cosas en sí mismas.

Cita en su introducción, entre otros, a René Descartes (1596-1650) como padre de la filosofía moderna marcando el final del pensamiento antiguo y medieval, y como a lo largo de su vida trato de reconocer la verdad, la certeza de esta, con discreción, tal vez para no despertar la atención de la inquisición. Viene al caso recordar que también fue padre de una niña que murió a los cinco años, cuando el tenía cuarenta y cuatro. Sufrió, según sus propias palabras, “la pena más honda de su vida”. De la madre solo he leído que se llamaba Elena y que había sido inicialmente sirvienta del filósofo. Para superar el dolor, cuentan que se refugió en el trabajo y un año después publicó sus *Meditaciones de filosofía primera*. Descartes conmociono el mundo con un propósito aparentemente modesto: conocer cuál es el camino que se puede seguir para llegar al conocimiento y a la verdad. La clave de su búsqueda es el método, que proviene de la palabra griega *méthodos*, que quiere decir camino. Sus libros, a instancias de los jesuitas, fueron incluidos en el Índice y durante un tiempo fue pecado declararse cartesiano.

La reina Cristina de Suecia le invitó para que la diera clases sobre su filosofía. Las clases comenzaban a las cinco de la mañana. El filósofo murió al cabo de un año a causa de una neumonía a los cincuenta y tres años de edad. Sin embargo dar clases y/o madrugar entiendo que no necesariamente tiene siempre estas complicaciones, sobre todo en países con climas más cálidos.

En un reciente libro titulado *Ingenuidad aprendida*, su autor, Javier Gomá Lanzón señala que “frente a un exceso de lucidez, que corre el riesgo de ser paralizante y mineralizar aquello que toca, la ingenuidad es osada y se atreve a atravesar un poco ciegamente la nube luminosa del escepticismo, el relativismo, el particularismo y el pluralismo que nos rodea, y a alargar su mano confiadamente hacia la objetividad de las cosas mismas. Y como lo objetivo es aquello que todos comparten, la ingenuidad abre el camino a una experiencia universal.”

En fin, leer este trabajo ha sido para mí un agradable viaje intelectual que comenzó en el Mediterráneo, hizo escala en el Cantábrico y que quiero terminar en otro mar, en el Egeo. El mar de los números, tan presentes hoy, donde hace mas de 2.500 años nos dijeron que “*las cosas son números*” “y que estos podían ser bellos o feos, masculinos o femeninos...y que, para nuestra tranquilidad, también podían ser amigos. Los pitagóricos, que como saben compartían con los sistémicos el interés por los triángulos, descubrieron dos números amigos, el 220 y el 284, luego, siglos después, se descubrieron más e incluso René Descartes descubrió otros dos. Nos hablaron también de los números amigos de sí mismos, él 6 por ej., que denominaron números perfectos y que probablemente son menos simpáticos.

Con este trabajo el autor nos alivia de la melancolía que el irlandés W.B.Yeats (1865-1939) expresó en estas estrofas:

*Los mejores carecen de toda convicción, mientras los peores
están llenos de fanática osadía.*

Antonio Muñoz de Morales Serrano

Parte 1:

Paradigma y modelos sistémicos en los trastornos psicósomáticos

1. Introducción

Los trastornos “psicosomáticos” han sido, y todavía lo son, un misterio, una realidad de comprensión limitada. Para poder explicar ese conglomerado de manifestaciones “mentales” y “corporales” representado por el trastorno “psicosomático” se han recurrido a numerosos modelos patogenéticos como, por ejemplo, los modelos psicológicos o los modelos psicodinámicos. Pero, y a pesar de la abundante literatura y de los esfuerzos empíricos y clínicos al respecto, el término “psicosomático” sigue sin estar totalmente claro. Tanto es así que ante la palabra “psicosomático” se activan varias preguntas:

“¿Qué es la psique?”

“¿Qué es el soma?”

“¿La psique es o no somática?”

“¿El soma es o no psíquico?”

Estas cuestiones (Ferrari y Adami, 1996) son sólo una muestra de toda la incertidumbre y ambigüedad que generan el concepto de “psicosomático”. Como es de suponer, todo este desconcierto asociado a la parte más básica de la realidad “psicosomática”, esto es, a la construcción de teorías y modelos, se contagia a la faceta más práctica: cómo tratar los trastornos “psicosomáticos”. La realidad clínica dice que la tratabilidad de los trastornos “psicosomáticos” desde los tratamientos médicos tradicionales es, cuanto menos, limitada, existiendo un alto riesgo de recaídas y, por ende, de cronicidad. No menos halagüeños son los resultados obtenidos desde disciplinas “menos somáticas”, esto es, desde la Psiquiatría y la Psicología Clínica, por medio de sus dos herramientas mejor valoradas clínica y empíricamente: la psicofarmacología y la psicoterapia. Todo apunta hacia la duda razonable de un fallo en el diseño de modelos teóricos y/o en su aplicación clínica sobre los trastornos “psicosomáticos”.

Desde este marco, desde esta “realidad”, nace la intención del presente trabajo: el cuestionamiento de los modelos clásicos de explicación y tratamiento de los trastornos psicosomáticos. Y todo ello bajo el interrogante que Luigi Onnis (Onnis, 1988) plantea:

“¿Y si la llamada intratabilidad de los trastornos psicosomáticos no fuese, en realidad, una falta de tratamiento, y si la incurabilidad no fuese, más bien, una ausencia de cura?”

Esta pregunta, aún desde lo más inquietante de su reflexión, no tiene ánimo de desprestigiar ni de subestimar al sistema sanitario actual, sino mejorar la eficiencia de los tratamientos clínicos disponibles para los llamados trastornos “psicosomáticos”. Y para este propósito esta guía va a proponer pasar de una visión biomédica a una óptica de la complejidad (Morin, 1977). El paradigma teórico elegido para intentar recoger todas las vicisitudes de lo “psicosomático” y así intentar un trabajo terapéutico más rico, es el sistémico, que pasa de

concepciones de causalidad lineal a constructos enmarcados en realidades de causalidad circular.

Definida la intención de este trabajo, de cuestionamiento de formas tradicionales de trabajo en “psicosomática”, y el medio, el paradigma sistémico, lo siguiente es presentar la estructura de este trabajo, su “esqueleto”. Como primer punto, se antoja necesario definir y delimitar con exactitud, desde un punto de vista etimológico, qué es eso de “psicosomático”, con el fin de renunciar a construcciones lingüísticas puramente reduccionistas o, en su defecto, en exceso vagas y que acaban convirtiendo el término “psicosomático” en un cajón de sastre. A reglón seguido se propondrá un cambio de visión en la percepción de los trastornos “psicosomáticos”, siendo este un punto central del cuestionamiento teórico-clínico anunciado previamente. De esta nueva epistemología, más circular, más *sistémica*, emanarán diferentes modelos y, por consiguiente, diferentes maneras de trabajar con y desde lo “psicosomático”, procedentes de las distintas escuelas de terapia de familia. Finalmente, y con motivos de síntesis y resumen de todo lo expuesto, se desarrollarán las conclusiones en un ejercicio, también, de desambiguación de lo “psicosomático”.

2. Etimología: “¿Psico, soma qué?”

Como punto de partida cabe decir que la palabra “psicosomático” consta, desde un punto de vista etimológico, de dos partes bien diferenciadas: “psico” y “soma”. Por “*psico*” se entienden todos aquellos factores asociados a la esfera de lo “mental” como, por ejemplo, aspectos cognitivos o emocionales. A su vez, “*soma*” hace referencia a la faceta más “corporal” de la existencia humana, vinculada, por lo tanto, a lo orgánico, a lo tangible. Aunque parezca evidente, el constructo de “psicosomático” define una diáfana distinción entre mente (“psico”) y cuerpo (“soma”). Hoy por hoy, el término “psicosomático” está tan generalizado, se abusa tanto de él, que es difícil ser consciente de la visión separatista que ofrece de la naturaleza humana.

Sin embargo, esta división “cuerpo y mente” no es reciente, viene de lejos, en concreto de la Antigua Grecia: la más probable cuna del término “psicosomático”. Posiblemente fue Platón (siglos IV y III a.C), filósofo griego, el mayor exponente en su época del **dualismo cuerpo y alma**, dentro de su dualismo antropológico. Platón afirmaba que en el hombre se encontraban dos principios opuestos: el cuerpo, vinculado a la realidad material y al *Mundo Sensible*, y el alma, inmaterial, divina e inmortal y vinculada al *Mundo de las Ideas*.

Otro filósofo griego, Aristóteles (siglo III a.C), alumno de Platón, intenta recuperar la unidad que este último rompió al considerar al hombre como compuesto por alma y por cuerpo pero de forma indisoluble. El alma (*psyché*) no se consideraría como algo separado o separable del cuerpo (*sóma*). El alma es al cuerpo lo que la función al órgano. Pese a su intención “unitaria” y a su intento de desmarcarse de Platón, Aristóteles no logra superar el dualismo cuerpo y alma ya que no desaparece la concepción bipolar de los dos coelementos (“substancias”) que componen la unidad del hombre.

La visión dualista del ser humano fue capaz de sobrevivir siglos, pasando de la Edad Antigua a la Edad Media y llegando a la Edad Moderna. Es aquí donde luce la figura de René Descartes (1596-1650). Descartes, filósofo, matemático y físico francés, puede ser considerado como el padre de la filosofía moderna, además de un gran contribuyente a la revolución científica de la época. Dentro de su “teoría de las sustancias”, defendió una visión dualista del ser humano.

Para Descartes en el hombre había una **res cogitans** y una **res extensa**; o lo que es lo mismo: “psico” y “soma”. Ambas sustancias encontrarían su conexión en un órgano, la glándula pineal. Según Descartes:

“En el concepto de cuerpo no está incluido nada que pertenezca al alma; ni en el concepto de alma está incluido nada que pertenezca al cuerpo”

Esta sentencia constituye toda una declaración de intenciones a favor del dualismo cuerpo y alma. Esta dualidad es fruto del método de Descartes, puramente analítico, ya que busca explicar fenómenos complejos “reduciéndolos” a sus componentes elementales (Onnis, 1996). El método analítico y la dualidad cartesiana se acabaron convirtiendo en el caldo de cultivo ideal para el nacimiento de la concepción biomédica reduccionista, imperante en nuestra cultura sanitaria hasta hace pocos decenios. Sin entrar en profundidad en este tema (véase apartado 2), se ofrece al lector la siguiente reflexión de Descartes:

“Yo considero que el cuerpo humano es una máquina. Mi pensamiento confronta mi idea de un hombre enfermo y un reloj mal construido, con mi idea de un hombre sano y un reloj bien construido”

Parece ser que el cuerpo, desde el punto de vista cartesiano, queda reducido a “pura extensión material”, a “dato de naturaleza”, a “objeto” (Onnis, 1996). Esta óptica reduccionista y mecanicista del ser humano ha dado lugar a la actual (super) investigación y clínica: genética, bioquímica molecular, oftalmología, urología, etc; y por supuesto a la Psiquiatría y a la Psicología Clínica, como “disciplinas expertas en arreglar los problemas de la psique”, desde un punto de vista cartesiano.

De todo esto se extrae que durante siglos, muchos siglos, ha imperado una forma de ver al ser humano netamente dualista, donde se estableció una clara dicotomía entre cuerpo y alma, entre “psique” y “soma”. Además, esta dicotomía estaba impregnada de un **dualismo positivo-negativo**, ya que se ha considerado a la “psique” como la portadora de valores positivos y al “soma” como el conjunto de manifestaciones negativas.

Todo este legado filosófico, científico y cultural es recibido por el Psicoanálisis a finales del siglo XIX. En el contexto del estudio y tratamiento de la histeria Sigmund Freud introdujo el concepto de **conversión**, concibiendo los síntomas orgánicos como consecuencia de una *“representación incompatible que se hace inofensiva debido a que su suma de excitación es transformada en algo somático”* (Freud, 1894). Con ello Freud abre la posibilidad de que los fenómenos “mentales” tengan su repercusión, su manifestación, en lo “somático”, ejerciendo una potente influencia recíproca en lo que él denominó *“el salto misterioso desde la mente al cuerpo”* (Freud, 1909).

Freud, en su brillante intuición y labor clínica, inaugura todo un campo de estudio y trabajo: el diseño de modelos psicoanalíticos y psicodinámicos de las manifestaciones psicósomáticas. Aunque conviene hacer justicia a un autor “pre-freudiano”: Georg Groddeck. A pesar de ser contemporáneo de Freud, puede considerarse, con total certeza, como el pionero de la Medicina Psicósomática, de la cual se hablará más adelante. Groddeck, en “El libro del Ello” (Groddeck, 1923) llega a hablar del *“cuerpo como símbolo”*, categorizando los síntomas somáticos como un elemento de trabajo análogo a los sueños o a la formación del síntoma neurótico.

En la misma línea F. Deutsch acuña la expresión de “*lenguaje del cuerpo*”, introduciendo el concepto de simbolización para poder comprender mejor el fenómeno psicósomático (Deutsch, 1975). A todos estos autores de corte psicoanalítico o psicodinámico se les debe agradecer el hecho de cuestionar la visión clásica y reduccionista que dicotomizaba la mente y el cuerpo, siendo capaces de ver la interdependencia entre ambas parcelas, la psicológica y la somática. No obstante, dejaron una pregunta sin responder (Onnis, 1985):

“¿Por qué el conflicto neurótico elige en algunos casos el camino de la exteriorización somática en vez de la psíquica?”

Además, desde este punto de vista psicodinámico, los trastornos psicósomáticos se circunscribían, casi con exclusividad, a la etiqueta diagnóstica de histeria. En el presente trabajo la categoría de “*trastornos psicósomáticos*” estará conformada por un grupo nutrido de trastornos que van desde el asma crónica, hasta la diabetes, pasando por el síndrome del intestino irritable, la obesidad, el acné severo o la alopecia infantil, por citar sólo algunos. No obstante, aún es temprano para profundizar y concretar en esta “lista de los elegidos”, con sus diferentes matices, tanto teóricos como técnicos.

De forma casi imperceptible se ha pasado del estudio lingüístico del concepto “psicósomático” a ahondar en diferentes modelos y visiones del mismo; esto es, se ha completado la transacción de la etimología a la epistemología del término. Las aportaciones de los autores psicodinámicos han puesto en tela de juicio la supuesta y tradicional dicotomía cuerpo-mente, mostrando la naturaleza recíproca y bidireccional de ambas entidades. De la misma manera, silenciosa y sutil, también parece haber una notable interdependencia entre cómo se etiqueta al concepto y desde qué óptica se estudiar. Es decir, entre etimología y epistemología.

3. Epistemología: “De la cultura biomédica a la óptica de la complejidad”

A parte de las teorías e hipótesis psicodinámicas, que interpretaban el síntoma orgánico como la manifestación, vía conversión, simbolización u otros procesos intrapsíquicos, de un conflicto neurótico, hubo otros grandes “mecenas” de la causa “psicósomática”. Uno de los más importantes, sin lugar a dudas, es Lipowski, como gran impulsor de la **Medicina Psicósomática** (Lipowski, 1968). La Medicina Psicósomática surge del empeño de buscar nuevas metodologías de estudio y trabajo que permitan una visión más integrada y plural de los fenómenos “psicósomáticos”, ante el desencanto por la dicotomía cuerpo-mente, tan reduccionista. Para paliar dicha “lacr”, la del reduccionismo, la Medicina Psicósomática se define como ciencia integradora y busca la unidad del ser humano. Desgraciadamente, con el tiempo, la Medicina Psicósomática cae en el mismo error que con tanto ahínco y buena intención buscaba enmendar: vuelve a la dicotomía entre cuerpo y mente.

¿Qué llevó a esta prometedora y voluntariosa disciplina al fracaso? Con total certeza el hecho de caer en una contradicción fatal (Onnis, 1996), en una auténtica “paradoja”: la exigencia inspiradora de “unidad” y “totalidad” no pudo sostenerse bajo interpretaciones dicotómicas y metodologías reduccionistas. Se buscaban “productos revolucionarios” pero usando las “tecnologías de siempre”. El resultado fueron *teorías somato-genéticas* que reducían cualquier manifestación del cuerpo a un simple código de simbolización.

Entre las “tecnologías” de una disciplina científica se encuentra la epistemología, esa “ciencia o teoría del conocimiento” que sirve de prisma a través del cual se observan y se manipulan los fenómenos objetos de estudio. Posiblemente el “fallo” de la Medicina Psicosomática residió en las “gafas” que usaba para mirar la realidad psicosomática. Dichas “gafas” tenían dos limitaciones: la causalidad lineal y el énfasis en lo particular. Así pues, el callejón sin salida estaba servido y con ello el fracaso, traducido en el reduccionismo del estudio y tratamiento de los trastornos “psicosomáticos”.

Para salir de este “atolladero”, decenas de investigadores y clínicos, desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, han propuesto una revolución epistemológica que, a grandes rasgos, se basa en dos cambios radicales (véase figura 1):

- Pasar de la causalidad lineal a la causalidad circular.
- Pasar de la particularidad y del individuo a la totalidad y al sistema.

Para Onnis (Onnis, 1996) este cambio epistemológico se centra en tres puntos:

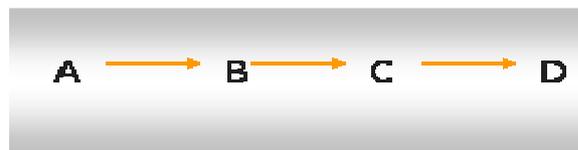
1) **La concepción biomédica reduccionista**. Producto del mecanicismo del método analítico cartesiano y de las doctrinas de Newton, en las ciencias físicas. Redundando en lo previamente comentado, la visión dualista y dicotómica del ser humano concibe el cuerpo como un mero agregado de órganos y la enfermedad como una señal de este, un “accidente natural”. Ante tal “avería” de dicha “máquina” sólo queda una posibilidad: la intervención o cura como acto de “reparación” (Engel, 1977). En definitiva, si el cuerpo enferma sólo puede ser “descrito” o “enmendado” pero no, por ejemplo, “interpretado”.

Varias son, por consiguiente, las limitaciones de esta concepción cartesiana reduccionista del modelo biomédico en el tratamiento de los trastornos “psicosomáticos” (Onnis, 1996):

a) *La negación de la relación con el paciente*: El dualismo cuerpo-mente provoca la oferta de “médicos que curan el cuerpo” y de “médicos que curan la mente”. El paciente “psicosomático”, en esta coyuntura, es escindido y disociado. El profesional sanitario, sin quererlo, está en condiciones de enviar un mensaje peligroso al paciente:

“Tú no existes sino en cuanto cuerpo enfermo”

Ante tal marco relacional y comunicacional, al paciente no le queda más remedio que alejarse de sí mismo, de la enfermedad que le genera sufrimiento, dicotomizándose como “cuerpo” o “mente”.



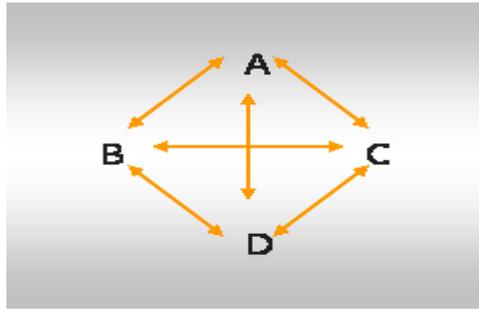


Figura 1: Causalidad lineal versus causalidad circular.

b) *La relación dual médico-paciente en “psicosomática”*: La cultura biomédica, dada su naturaleza reduccionista y mecanicista, promulga relaciones de asimetría entre el **sanitario**, el “experto”, el que “hace” o “tiene que hacer” algo, y el **paciente**, el que “recibe”. Cualquier fracaso en el tratamiento aplicado será atribuido a las resistencias del paciente o a la incompetencia del médico ya que dicha visión reduccionista es incapaz de tener en cuenta el contexto del paciente y del síntoma “psicosomático” y, ni mucho menos, la diada médico-paciente como un sistema, con reciprocidad en la relación.

c) *La relación terapéutica como “sistema terapéutico”*: Desde el surgimiento del principio de incertidumbre de Heisenberg y de la segunda cibernética a mediados del siglo XX quedó claro que una descripción totalmente objetiva de la realidad es imposible debido a la inevitable subjetividad por la participación del observador. Más que observar realidades, éstas se construyen. Según esta nueva visión constructivista de la realidad la relación clínico-paciente/familia es algo que se define, más que venir dado. El binomio “médico/curante activo” versus “paciente/objeto de cura pasivo” va demostrando su ineficacia, por su potencial de escisión “psicosomática”.

Todas estas deficiencias de la cultura biomédica han sido los “padres” de los dos terribles problemas que azotan al tratamiento sanitario de los problemas “psicosomáticos”: la **intratabilidad** y la **cronicidad**. Y es que el sistema sanitario, desde su vocación de cuidado y apoyo, cae en la peligrosa trampa de, para optimizar su rendimiento, separar el tratamiento del cuerpo del tratamiento de la mente, negando la posible interacción mutua entre ambos. Permítase ilustrar todo esto con un ejemplo procedente del trastorno “psicosomático” por antonomasia: el asma crónica.

Cuando un paciente, por ejemplo, un niño de entre cinco y diez años, comienza a presentar síntomas asmáticos, ante la preocupación y cuidado de los padres, este entra en el circuito sanitario. Es probable que, después de una primera cita con el médico de atención primaria (MAP) este sea derivado a un médico especialista, por ejemplo, a un médico especialista en neumología infantil. Esta fase es clave, ya que la enfermedad del paciente empieza a ser definida como un suceso totalmente corporal, en el que no son reconocibles (ni tratables) componentes que no sean orgánicos. Llegados aquí, la respuesta del técnico se sobrepone a la demanda de la familia (“*quítele estos síntomas a nuestro niño*”), influenciándola y modelándola (Onnis, 1986).

Con su tratamiento medicofarmacológico pautado (broncodilatadores, por ejemplo) la sintomatología asmática puede remitir, al menos de manera parcial. En un número significativo de casos, el tratamiento médico más un adecuado seguimiento, puede ser suficiente para dar de alta al chico. Pero, desgraciadamente, existe un notable número de casos que, de acuerdo con el

argot médico, se “cronifican”. Pero también se ha cronificado la percepción y respuesta que la familia da ante ello, al aprender la ideología y metodología médica. Los aumentos de dosis, cambios de tratamientos e, inclusive, empleo de terapias alternativas hacen acto de presencia entonces. Aún así, la literatura científica y la experiencia clínica más cotidiana muestran casos “rebeldes” que, ni con esas, mejoran. Es más, la gravedad puede ser llamativa: ingresos de urgencia frecuentes, absentismo escolar, comorbilidad, etc.

Es en estos momentos de frustración, impotencia y confusión, cuando las “ciencias del estudio y del tratamiento del cuerpo” chocan con las limitaciones de sus metodologías y tecnologías. Al diagnóstico de “asma crónica” se le puede añadir, entonces, el apellido de “funcional” o “psiquiátrico”, para hacer referencia de una hipótesis:

“La mala evolución de este caso, en un principio somático, se asocia a factores psicológicos o psiquiátricos”

El traspaso, como si de una carrera de relevos se tratase, está hecho: neumología infantil seguirá con el tratamiento médico pautado, en régimen de seguimiento, pero se hace imprescindible el tratamiento del psiquiatra y/o psicólogo clínico. Primero el paciente, y por supuesto su familia, reciben la definición del problema como médico, como “somático”, para después, al no dar el éxito esperado sus tratamientos, redefinir el problema como “psíquico”. Pero, desde esta óptica biomédica, es imposible salir del juego “psíquico o somático”. Desde esta óptica es imposible “trascender” y superar la dicotomía.

Por otro lado, el tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, de acuerdo con el formato y la orientación, también tiene peligro de volver a caer en el reduccionismo y minimizar, o hasta negar, la parte somática, para centrarse en la psíquica, como causa de lo somático:

“La mala evolución somática de este caso es el resultado de un conflicto psíquico, en el área intra e interpersonal, sin resolver”

Craso error, tanto el del reduccionismo como el de la causalidad lineal. Ya que la cronicidad estará servida y, con ella, esa sensación de impotencia ya conocida por otros colegas sanitarios de “aquí no hay nada que hacer”; es decir, de intratabilidad. Sin embargo, un nutrido grupo de profesionales de distintas especialidades no se dieron por vencido y creyeron en una solución para estos problemas que se definían por naturaleza como “crónicos e intratables”. En otras palabras, el ser humano no estaba condenado a seguir siendo concebido como un “*homo duplex*” (Moravia, 1986).

2) **El pensamiento de Bateson y la concepción sistémica.** Ya serán de sobra conocidas por el lector las deficiencias y, en definitiva, la “derrota” del modelo biomédico en el estudio y tratamiento de los tratamientos psicosomáticos (Minuchin y otros, 1975). Parece evidente que ante un “mal multifactorial” lo peor es un “remedio reduccionista”. Sobre todo si el “mal” o el “enemigo” contra el cual luchar no es necesariamente maligno...

Por otro lado hay que reconocer la impagable contribución que aporta el psicoanálisis de Freud y la antropofenomenología de Merleau Ponty al señalar la reciprocidad en la influencia entre las instancias “psíquicas” y “somáticas” y cómo la manifestación somática puede tomarse como un símbolo o palabra de un conflicto psíquico. Sin embargo, el cambio epistemológico y clínico que innovan las posturas psicodinámicas puede no ser suficiente por dos razones. La primera, ya vista, estriba en la inespecífica relación entre conflicto neurótico y manifestación

somática y en el recurso excesivo, para explicar tal interacción, de constructos tales como histeria, conversión o simbolización. Y la segunda, bastante vinculada con la primera, es el insuficiente grado de apertura de su visión sistémica. El psicoanálisis tuvo el mérito de superar la dicotomía cuerpo-mente, siendo capaz de ver su relación recíproca. Es más, supo ver relaciones entre el cuerpo del “paciente”, el “paciente” y, por ejemplo, la madre, al estudiar la diada madre-hijo. De ahí emergió el concepto de “*madre psicopatogena*” (Ammon, 1974), como una figura incapaz de funcionar como un yo auxiliar con el niño. Esto, de una manera u otra, predispondría al infante para sufrir trastornos “psicosomáticos”. Sin duda alguna, la visión psicopatológica se enriquecía, pero no era suficiente: parecía que se culpaba a la madre, como si fuera la responsable (causalidad lineal) de la manifestación “psicosomática” de su hijo.

De “culpar” a la madre se pasó a culpar a la familia. Con Titchener (Titchener y cols., 1960) se inaugura la coetivilla de “*familia nociva*”, atribuyendo el trastorno “psicosomático” del niño/adolescente a las tensiones emotivas de las dinámicas familiares, todo ello en el contexto de una investigación con casos de colitis ulcerosa y diferenciando entre tres tipos de familias: “especialmente sobroprotectoras”, “especialmente rechazantes” y “ambivalentes”. El trabajo de Titchener es, sin ninguna discusión, interesante, a la vez que alentador, pero vuelve a ceder ante el viejo enemigo del reduccionismo. De hecho, fruto de ello, surgieron terapias dirigidas a enmendar esta influencia negativa de dicha familia nociva, como es el caso de la **parentectomía** (Peshkin, 1930), que consistía en separar, transitoriamente, a estos niños “psicosomáticos” de sus familias nocivas. Los resultados fueron buenos pero, como era de esperar, temporales (Peshkin y Tuft, 1956).

Daba la impresión que la dicotomía, ese impulso de poner el acento en algo sin ser capaz de trascender y de lograr la integración, seguía estando imperante en el trabajo científico de los trastornos “psicosomáticos”. Era necesario “dar un manotazo en la mesa” y proponer un cambio tanto cualitativo como cuantitativo en la visión y manipulación de esta problemática. Ese cambio, esa revolución, la protagonizaría el paradigma sistémico.

El paradigma sistémico, en contraposición con el modelo biomédico, ofrece “tres dimensiones”: habla de una **realidad bio-psico-social**. Se rompe, por fin, con una concepción dicotómica y se da la bienvenida a una visión dimensional de la realidad, donde “cuerpo”, “mente” y “ambiente” se relacionan en un continuo circular. El objeto de estudio dejar de ser organismo para ser el organismo en su ambiente (Bateson, 1968). Fuera del ámbito de estudio y aplicación de la Psicología Sistémica han sido muy llamativas otras críticas al modelo biomédico tradicional, como el “SOS” lanzado por la comunidad científica en forma de un modelo bio-psico-social (Engel, 1977).

Por si fuera poco, el concepto de mente evoluciona. La mente individual es sólo un subsistema dentro de la correlación entre organismo y ambiente y adquiere la categoría de metafunción (Bateson, 1978), dentro de una dinámica de autoorganización sistémica. ¿Dónde queda la enfermedad “psicosomática” en todo este nuevo escenario? Según Onnis (Onnis, 1996), gracias a la introducción del paradigma sistémico, a la enfermedad “psicosomática” se le ha restituido su característica fundamental, **la de punto doloroso de integración de factores biológicos y psicosociales**, de encrucijada entre naturaleza y cultura (Onnis, 1996).

La enfermedad “psicosomática” abandona su rol de avería que arreglar o enemigo contra el que luchar, “el viejo traje” que le prestó, durante mucho tiempo, el modelo biomédico, para exhibir ahora un papel de indicador de malestar. Malestar que no sólo se adjunta al paciente, esto es, a su portador “oficial”, sino también al sistema, al contexto al que pertenece.

3) **El sistema familiar.** Al paradigma sistémico se le debe el honor de haber rescatado al trastorno “psicosomático” de la cárcel de la “descontextualización” y haberle hecho un hueco en su sistema de origen, donde tiene razón de ser. Al contextualizarse, dejar de tener sentido que fuera tomado por “avería” o por “enemigo” y sí, por el contrario, como señal o mensaje que, antes de todo, debería ser interpretado. Pero el ser humano vive en una realidad compleja, con numerosos sistemas y subsistemas y desde distintos roles. Para un trabajo más clínico, tanto teórico como práctico, era necesario precisar un contexto. Y el elegido fue el contexto familiar, el favorito de los terapeutas sistémicos, aunque se puede (y a veces se debe) trabajar desde otros sistemas. El sistema familiar es el elegido por dos razones (Onnis, 1996). La primera razón reside en la consideración de la familia como contexto primario de aprendizaje, de experiencia, de diferenciación e individuación, con una clara circularidad entre el paciente, su síntoma y la familia. La segunda razón se basa en las intersecciones de diferentes planos y niveles que confluyen en la familia: historias individuales y colectivas, valores, mitos y fantasmas, pasado y presente, etc. De todo ello se extrae que *el síntoma tiene un significado simbólico dentro de una metáfora familiar*, ya que sintetiza reglas y características del sistema familiar (Onnis, 1985). Tanto es así que, posiblemente, el cuerpo del paciente y la familia hablen el mismo lenguaje (Onnis, 1985). Ese “feeling”, esa conexión, entre paciente, síntoma “psicosomático” y sistema, no se da con tanta finura en otro sistema que no sea la familia.

A lo largo de estos tres puntos, de manera resumida, se ha evolucionado desde una perspectiva reduccionista y mecanicista del problema “psicosomático” a una **óptica de la complejidad** (Morin, 1977). Del excesivo énfasis en lo particular se pasa al reconocimiento de una multiplicidad de niveles que son, al mismo tiempo, autónomos e interrelacionados. La superación de las distintas dicotomías descritas más arriba (“mente vs. cuerpo”, “psicológico vs. médico”, “natural vs. cultural”, “familiar vs. individual”, etc.) se ha hecho más desde la complementariedad que desde la síntesis, es decir, más por integración y totalidad que por simple sumatividad. Dicho en otras palabras, las dialécticas *o/o* se han transformado en intersecciones del tipo *y/y*. La figura 2 muestra un diagrama con una representación gráfica de esta concepción sistémica de lo “psicosomático”.

Como apunte final de esta parte el lector debe ser consciente de los riesgos que entraña el empleo de una óptica sistémica, ya que no está exenta de caer en la prisión del reduccionismo. Las tentaciones que llevarán al investigador y/o clínico a volver a la casilla de inicio son buscar una concepción demasiado holística y omnicomprensiva de la realidad, alejándose del estudio de las correlaciones recursivas entre diferentes niveles de realidad que, a su vez, son autónomos y específicos. Quizá la sistémica no sea la panacea de los trastornos psicosomáticos y sí, simple y llanamente, un óptica de la complejidad (Onnis, 1996).

Se dice que, probablemente, la sistémica no sea la solución final de los trastornos “psicosomáticos” ya que aplicar terapia familiar sistémica a todos los trastornos “psicosomáticos” sería retroceder al reduccionismo biomédico, porque se eliminaría de un plumazo el abordaje de correlaciones recíprocas entre múltiples niveles sistémico y se anularía la autonomía y especificidad de cada uno de estos niveles. Con esto último se aboga por un modelo de explicación e intervención desde lo **interdisciplinar**. El paradigma sistémico no tiene la intención de negar la alteración biológica documentada ni su terapéutica médica pertinente, ya que eso sería ir en contra de sus principios, al volverse reduccionista. Sólo insiste en que el dato biológico no basta por sí solo para dar razón de toda la realidad del fenómeno, de su *complejidad* (por ejemplo, de su persistencia crónica).

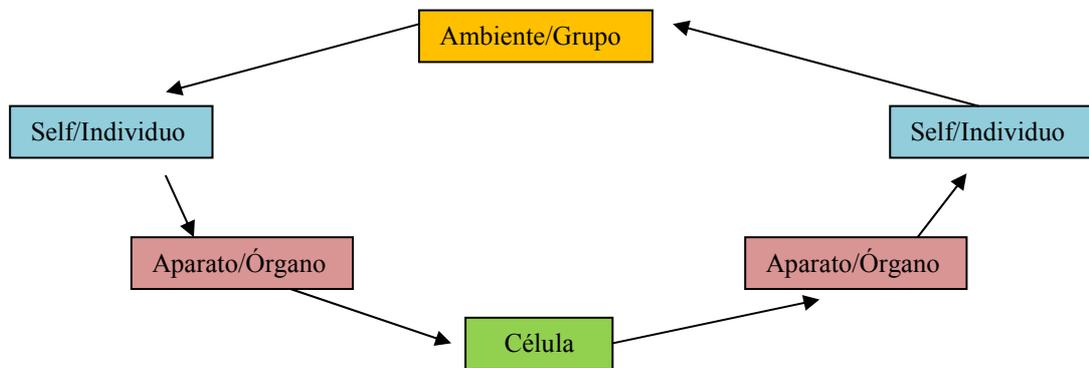


Figura 2: Interdependencia circular entre diferentes subsistemas (Ferrari y Adami, 1996).

Tanto es así que la investigación sistémica ha demostrado (Onnis y cols., 1989, 1993; Onnis, 1994) que más eficaz que la terapia de familiar, como técnica, por ejemplo, es la **integración** entre psicoterapia familiar y el tratamiento medicofarmacológico, la **colaboración** entre las competencias del psicoterapeuta y el médico (por ejemplo, el pediatra). Sobre todo si este último cree en la utilidad de la terapia de familia. La integración y la colaboración parecen ser condiciones necesarias para la interdisciplinariedad, como mejor antídoto contra el reduccionismo, pero no suficientes. La última pieza que faltaría sería la **formación**, una adecuada formación de los operadores o sanitarios (Onnis, 1985; Onnis, 1996). Contra el reduccionismo se invertiría en una formación más integradora, más sistémica, sobre todo para el estudio y tratamiento de los trastornos “psicosomáticos” pero que también puede ser generalizable a todo tipo de fenómenos que cumplan la característica de la complejidad.

Queda claro, por tanto, y a modo de conclusión, que el paradigma sistémico ofrece una óptica capaz de captar toda la complejidad del fenómeno “psicosomático”. La integración de los distintos factores y niveles, en lugar de la dicotomía, y el reconocimiento de la autonomía y especificidad de los mismos, amén de su interdependencia, sientan las bases de una nueva manera de abordar los trastornos “psicosomáticos”: la interdisciplinariedad. En este tipo de problemáticas, y en otras también, el tratamiento medicofarmacológico no es más importante que el psicoterapéutico, en concreto, el sistémico familiar, ni viceversa. La integración deberá emerger, por encima de la tendencia científica a la dicotomía y al dualismo, como heredera de la cultura biomédica. Todo ello, no obstante, requerirá un esfuerzo inconmensurable para no volver a caer en reduccionismos típicos de posturas lineales. Esta ambiciosa empresa se vería favorecida por una nueva formación de los operadores sanitarios, sin importar la “especialidad”. Una formación inspirada por la óptica de la complejidad.

4. Diferentes escuelas sistémicas

Descrito y justificado el cambio epistemológico preciso para un abordaje más eficaz de los trastornos “psicosomáticos”, al comprobarse la rigidez del modelo biomédico cartesiano, con su énfasis en la linealidad y en lo particular, y al apostar por un modelo sistémico que permite captar toda la complejidad del fenómeno “psicosomático”, el siguiente paso es recorrer varias de las más importantes escuelas de terapia de familia. El objetivo es que, al final del apartado, el lector tenga una visión cosmopolita de los trastornos “psicosomáticos” desde una orientación sistémica, conociendo los principales postulados teóricos y básicos de las diferentes escuelas.

4.1. La *Philadelphia Child Guidance Clinic* de Salvador Minuchin

Salvador Minuchin es, posiblemente, el más famoso terapeuta de familia. Su obra, sus aportaciones técnicas, así como su estilo terapéutico y su carisma, lo convierte en todo un símbolo para estudiantes y clínicos del ámbito sistémico, incluso de distintas escuelas. Natural de Argentina, Minuchin es pediatra y psiquiatra y ha desarrollado la mayor parte de su carrera profesional en los EE.UU. Aunque podría decirse que la “*Philadelphia Child Guidance Clinic*” ha sido su “centro de comandos”, siendo su trabajo con niños y adolescentes y familias de estatus socioeconómico bajo muy importante, la experiencia clínica de Minuchin y su equipo ha abarcado prácticamente todo el espectro de familias y patologías psicológicas. Incluido, por supuesto, lo que él mismo acabará llamando como “familias psicossomáticas”.

Con Minuchin se inaugura no sólo una forma diferente de hacer terapia de familia, sino, incluso, toda una escuela de terapia familiar, que en la actualidad aún tiene vigencia. Podría decirse que Minuchin es el padre de la escuela de terapia de familia **estructural**. El estructuralismo, como corriente de la terapéutica familiar, recoge muy bien toda la esencia de la epistemología sistémica. Prueba de ello es toda la lexicología que utiliza. Por ejemplo, distingue con gran nitidez entre el ***paciente identificado*** (PI, a partir de ahora) y la familia. El PI es, según Minuchin, el miembro de la familia que porta el síntoma, al que se designa como necesitado de ayuda. Sin embargo, el PI es sólo una parte de la familia. Eso sí, quizá, la parte más “brillante”, la que más llama la atención.

A parte del concepto de PI, Minuchin divide la familia, como sistema, en distintos subsistemas u ***holones***: el holón individual, el conyugal, el parental, el de los hermanos, etc. Estos holones, que constituyen los “órganos” de la familia, y están organizados en base a unos ***límites***. Los límites son aquellas “barreras” que permiten la independencia, especificidad e intimidad de los distintos subsistemas. Lo ideal es conseguir un equilibrio en límites demasiados estrictos y límites en exceso laxos.

Cada subsistema, incluso dentro de él, cada individuo, tiene su ***jerarquía***. Los padres ejercen mayor control, mayor mando, que los hijos. U, otro ejemplo, el hermano mayor tiene mayor responsabilidad y contribución que el resto de hermanos, con el peligro de caer en la trampa de convertirse en un hijo “adultizado”. Los subsistemas también marcan qué ***roles*** y qué ***funciones*** cumplen cada miembro de la familia, teniendo que haber notables diferencias en ello para un correcto funcionamiento de la dinámica familiar. Y todos estos conceptos tienen sentido en el marco del **enfoque del ciclo vital**, especificándose tres ciclos vitales: el individual (tabla 1), el conyugal (tabla 2) y el familiar (tabla 3).

Todos estos constructos, y algunos más, dibujan un escenario teórico que permite interpretar la “danza” de la familia, su funcionamiento como sistema. Según Minuchin, el PI, el portador del síntoma, no es sino una manifestación de toda la estructura de la familia: cómo la familia ha

fijado los límites, cómo se comunican los diferentes miembros, qué reglas siguen, cómo han establecido la jerarquía, etc. Producto de una disfunción en estas vicisitudes, es decir, como consecuencia de una estructura disfuncional, emerge el PI con su síntoma. Esta premisa teórica da lugar a una intervención (o “metaintervención”) básica: centrar el potencial terapéutico en un cambio de estructura antes que en una erradicación del síntoma del PI. Si no, el riesgo sería evidente: si se lograra eliminar el síntoma del PI sin “tocar” la estructura familiar, podría darse una *rotación del síntoma* o migración del síntoma (Jackson, 1957) dándose nuevos síntomas en el mismo PI o apareciendo un nuevo PI con idéntico o diferente trastorno.

Etapas del ciclo vital individual (Erikson)
Confianza básica versus desconfianza
Autonomía versus vergüenza y duda
Iniciativa versus culpa
Laboriosidad versus inferioridad
Identidad versus confusión de roles
Intimidad versus aislamiento
Generatividad versus estancamiento
Integridad del Yo versus desesperación

Tabla 1: Etapas del ciclo vital individual (Erikson, 1956).

Etapas del ciclo vital de la pareja (Troya)
Enamoramiento
Negociación
Consolidación

Tabla 2: Etapas del ciclo vital conyugal (Troya, 2001).

Etapas del ciclo vital familiar (Haley)
Nacimiento de los hijos
Edad escolar de los hijos
Emancipación de los hijos
Matrimonio de los hijos
Jubilación de los hijos

Tabla 3: Etapas del ciclo vital familiar (Haley, 1976).

La elección de la estructura familiar como foco de atención, tanto para fines de investigación, en el desarrollo de modelos teóricos cada vez más sofisticados, como para fines clínicos, induciendo una reestructuración en el sistema familiar, va en la misma sintonía, como ya se dijo antes, con los principios básicos del paradigma sistémico: la totalidad en vez de la particularidad, la integración de niveles de explicación en lugar de la elección dicotómica y reduccionista de uno de ellos, el síntoma como mensaje que sintetiza las reglas y dinámicas del sistema, etc. La estructura, por tanto, emerge de entre las múltiples (falsas) dicotomías, situando a la familia en un espacio dimensional, en un continuo. Ejemplo perfecto de esta

naturaleza no categorial de la familia es el constructo de **límites**, ya comentado previamente y que queda gráficamente representado de la siguiente manera en la figura 3:



Figura 3: Continuo de aglutinamiento-desligación de la estructura familiar (Minuchin, 1974).

Como puede apreciarse en la Figura 3 la fijación de límites en una familia puede oscilar entre dos polos, que marcarían dos tipos de familias: familias aglutinadas y familias desligadas (Minuchin, 1974). En las *familias aglutinadas* los límites entre subsistemas, e incluso entre individuos, serían difusos, no estando bien definidos. Este tipo de familias tienen poco contacto con el exterior, es decir, constituirían sistemas cerrados. En esta cerrazón, la sobreprotección y la proximidad e implicación emocional serían excesivas. Todo ello provocaría grandes dificultades para la individuación y para la autonomía. De manera muy simplificada, este tipo de estructuras son típicas de familias con trastornos “psicosomáticos” o con síntomas psicóticos.

Por el contrario, en las *familias desligadas* la distancia emocional entre las personas es significativa, producto directo de la existencia de límites rígidos. Las interacciones entre los diferentes miembros de la familia son escasas, con una alta probabilidad, derivada de ello, de “desnutrición emocional” y con tendencia al aislamiento. Este tipo de estructuras suelen darse con elevada frecuencia en familias “multiproblemáticas”, así como en casos de abuso de drogas, psicopatía, delincuencia, etc. Cabe decir, que esta distinción que se hace entre aglutinamiento y desligación es cuantitativa y no cualitativa y que, por encima de todo, es una construcción teórica, con el componente de arbitrariedad que conlleva eso. Conviene no leerla desde el reduccionismo y, por ejemplo, concebir la posibilidad de la presencia de subsistemas “desligados” y subsistemas “aglutinados” en una misma familia.

Del estudio del continuo “aglutinamiento-desligación” se extrae lo capital que es el análisis de los límites para el **diagnóstico estructural** de la familia. También, aunque de forma precoz, se establece desde ya cierta correlación entre “sistemas aglutinados” y trastornos “psicosomáticos”. Para explorar este leve indicio hay que recurrir a la **tipología de estructuras familiares** propuestas por el equipo de Minuchin (Minuchin y Fishman, 1982), detallada en la tabla 4.

Destaca, como era de esperar, la mención de un tipo de estructura familiar: la **familia psicósomática**. Todos los casos de diabetes, asma, obesidad, trastornos de la conducta alimentaria, etc; encajarían con el modelo de “familia psicósomática”. Habría dos tipos, según esto, de trastornos “psicosomáticos”:

- **Primarios.** Hace alusión a todos aquellos trastornos “psicosomáticos” en los cuales existe una disfunción o vulnerabilidad biológica presente, como es el caso del asma o la diabetes, la cual, en absoluto, no se debería negar, so pena de caer en reduccionismos. Lo único que se escapa de los límites de la comprensión biomédica es la persistencia crónica o la intensidad de la sintomatología, esto es, la “exacerbación emocional del síntoma”.

- **Secundarios.** Se definen así a esos trastornos “psicosomáticos” donde no hay, al menos de forma documentada, una predisposición o sustrato biológico, como, por ejemplo, la

obesidad. La hipótesis más sencilla, a priori, sería la de una transformación de los conflictos emotivos en síntomas somáticos.

Minuchin define este tipo de familias a partir de cuatro características (Minuchin y cols. 1975):

- 1- *Aglutinamiento*: Escasa definición de las fronteras generacionales e interindividuales, con miembros superinvolucrados, intrusivos y dependientes.
- 2- *Hiperprotección recíproca*: Cuando el PI manifiesta el síntoma psicossomático toda la familia se moviliza en torno a él.
- 3- *Rigidez*: Resistencia al cambio, a pesar de dar una imagen de “familia ideal”. No relaciones abiertas con el exterior
- 4- *Falta de resolución del conflicto*: Baja tolerancia al estrés y evitación de discusiones.

Tipos de familia
Familias de <i>pas de deux</i>
Familias de tres generaciones
Familia con soporte
Familia acordeón
Las familias cambiantes
Familias huéspedes
Familias con padrastro o madrastra
Familias con un fantasma
Familias descontroladas
Familias psicossomáticas

Tabla 4: Tipología de familias (Minuchin y Fishman, 1982).

Así sería, estructuralmente, el funcionamiento de una “familia psicossomática”. El PI con su sintomatología “psicossomática” ejercería un rol de “*chivo expiatorio*”, a través del cual se

depuran todos las desavenencias y conflictos de la familia, lo cual sostiene una imagen de “familia perfecta”, cuyo único defecto es tener un miembro, casi siempre un infante o un adolescente, con manifestaciones “psicosomáticas”.

Llama la atención, como ya Don D. Jackson casi una década antes propuso un modelo de familia al que etiquetó como **familias restringidas** (“*Restricted families*”) (Jackson, 1966) y que guarda gran parecido con las “familias psicosomáticas” de Minuchin. Sus características, en este caso, serían:

- Aparente armonía.
- El apego recíproco de los miembros con una declarada necesidad de “estar cerca”.
- El evitar cuidadosamente el desacuerdo.
- La inhibición, a través de reglas, de la expresión emocional.

Otra forma de clasificar a las “familias psicosomáticas” es usando la distinción entre familias centrípetas y familias centrífugas empleada por Robert Beavers. Para este autor centrípeto y centrífugo son análogos de aglutinado y desligado. Obviamente, las “familias psicosomáticas” podrían tomarse como **familias centrípetas**, con sus correspondientes rasgos (Kelsey-Smith y Beavers, 1981), que amplían y profundizan el término clásico de Minuchin:

1. Poseen rígidas fronteras externas.
2. Se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación y se atribuye un máximo de importancia a la cohesión.
3. Los miembros proyectan sobre la familia sus deseos de satisfacción de necesidades emocionalmente significativas; el mundo exterior se considera como una amenaza.
4. Se evitan los conflictos.
5. La coalición materno-paterna es sumamente eficaz y las relaciones con los progenitores se dan dentro de un modelo de dominación-sumisión.
6. Se asigna gran valor a las palabras.
7. Las familias recurren a terapia pero suelen delegar sus problemas en los terapeutas.

Un estudio clásico sobre dinámicas familiares en trastornos “psicosomáticos” es el realizado por Minuchin y Baker (Minuchin, Baker y cols., 1976) con diabetes infante-juvenil. En el mismo se procedió a la medición de los FFA (ácidos grasos libres) en sangre de niños diabéticos que presenciaban (por ejemplo, a través de un espejo unidireccional) secuencias de interacción entre sus padres. Esta metodología se aplicaba a dos grupos. El primer grupo constaba de niños y niñas que jugaban un rol de triangulación con sus respectivos padres. El segundo grupo, por contra, estaba formado por niños que tenían relaciones “sanas”, no triangulizadas, con sus padres. Cabe recordar al lector que en ambos grupos los infantes padecían de diabetes, uno de los trastornos “psicosomáticos” por antonomasia. El resultado más llamativo de la investigación fue observar cómo en situaciones de tensión de los padres (por ejemplo, discusiones) los FFA subían más en los niños triangulizados que en los no triangulizados, siendo ambos grupos diabéticos. Da la sensación, a la hora de interpretar este tipo de datos, que la familia funciona como un “cuerpo”, desde su totalidad como sistema, con la consecuente interrelación de los diferentes miembros u “órganos”.

Resulta especialmente alarmante la ausencia de una jerarquía claramente definida y de una estructura de liderazgo en este tipo de familias. En situaciones de crisis, en aquellas circunstancias donde se producen cambios, hay un vacío de liderazgo. Este apunte permite

enlazar los problemas de jerarquía de las “familias psicósomáticas” con su total falta de flexibilidad ante situaciones novedosas. Como se iba diciendo, en dichos momentos de crisis los progenitores se sabotean entre sí, particularmente en lo que atañe a cuestiones referidas a la crianza de los hijos. Por ejemplo, en cuanto un progenitor le plantea ciertas exigencias a un hijo el otro pasa directa o indirectamente a la defensa de ese hijo, acusando al otro progenitor de actuar con demasiada severidad o de manera injusta, insistiendo en que el hijo (o hija) es incapaz de llevar a cabo lo que se le ha pedido, rompiendo a llorar o gritar, y así sucesivamente (Minuchin y cols. 1978; Selvini Palazzoli, 1974). Más adelante se abordará un concepto básico para entender este tipo de dinámicas, como es el de las “coaliciones” (véase apartado 4.2).

El trabajo sistémico estructural de Minuchin con sus “familias psicósomáticas” ha sido clave para el posterior desarrollo de modelos teóricos y de terapias en el campo de los trastornos “psicósomáticos”, sobre todo desde una vertiente más sistémica y, en concreto, familiar. De estos trabajos pioneros pueden sintetizarse las siguientes **conclusiones**:

1º Las familias con miembros, por general, de edades infanto-juveniles, que presentan un trastorno “psicósomático”, como asma, diabetes, obesidad o anorexia, entrarían en la tipología familiar estructural de “familia psicósomática”.

2º Los trastornos “psicósomáticos”, a su vez, se diferencian en primarios y secundarios, de acuerdo con la presencia o ausencia de una clara y evidente predisposición o vulnerabilidad biológica, la cual, en caso afirmativo, necesitaría su adecuado tratamiento medicofarmacológico.

3º Las “familias psicósomáticas” se definen en base a cuatro características básicas: aglutinamiento, rigidez, sobreprotección y evitación del conflicto. La ausencia de límites es tal que estas familias podrían llamarse familias de “puertas sin cerrar” (Aponte y Hoffmann, 1973), por la tremenda falta de intimidad, predominando vínculos fusionados o simbióticos.

4º Los estudios y la clínica sistémica estructural de las familias psicósomáticas apoyan la concepción bio-psico-social de los trastornos “psicósomáticos”, dentro de una orientación sistémica y de la óptica de la complejidad.

4.2. El grupo de Roma de Luigi Onnis

Si Salvador Minuchin puede considerarse, además del padre de la terapia de familia estructural, uno de los iniciadores del movimiento sistémico, básico y aplicado, de los trastornos “psicósomáticos”, Luigi Onnis es, posiblemente, su sucesor más fiel. Nacido en Italia, Onnis inició su carrera sanitaria como neuropsiquiatra para después formarse como terapeuta de familia. Quizá, todo el cambio epistemológico que él mismo promulga, con la conveniente formación de los operadores clínicos en la óptica de la complejidad, es el que él mismo en sus propias carnes experimentó. Insatisfecho por la limitada visión biomédica que le ofrecía su rol profesional de neuropsiquiatra, sobre todo al recibir derivaciones de pacientes “psicósomáticos”, decidió emprender una revolución personal, tanto en el plano teórico como en el terapéutico. Y desde la Universidad de Roma trató de proyectar a toda la comunidad científica su nueva óptica sistémica en los trastornos “psicósomáticos”, siendo un experto de los mismos.

Minuchin tuvo el acierto genial de “abrir la veda” de la aplicación de la terapia familiar en el campo de los trastornos “psicosomáticos”. Años después, Onnis se encargó de recoger el testigo y se acabó convirtiendo en el máximo exponente del siguiente epígrafe (Onnis, 1985):

“El cuerpo del PI y la familia hablan el mismo lenguaje”

Para Onnis no cabían dudas de que el síntoma “psicosomático” no era, sino, un mensaje en el sistema. Además, le confirió a éste un matiz simbólico, al entender que la manifestación “psicosomática” sintetiza las reglas y las características del sistema (Onnis, 1985). La carga del síntoma “psicosomático” como “mensaje” y a través de una plataforma “simbólica” acompañará a la investigación de Onnis durante toda su obra. En particular, centró su investigación en pacientes “psicosomáticos” infanto-juveniles y en sus familias. Dicha investigación tiene un recorrido dividido en cuatro etapas (Onnis, 1996):

1º) El estudio de los modelos interactivos. Esta etapa de la investigación estuvo muy influenciada por la primera cibernética, con sus nociones de circularidad y retroalimentación. De esta fase destacan los estudios de estilos comunicativos y estructuras organizativas de familias con miembros “psicosomáticos”, apoyándose en el constructo de Minuchin de “familia psicossomática”. Onnis amplía y operativiza el concepto de “familia psicossomática”, usando una nueva forma de evaluación o diagnóstico: las **tareas familiares**. En lugar de usar instrumentos tradicionales de evaluación, como tests o entrevistas, se procedía a observar (a través de un espejo unidireccional) secuencias de interacción de la familia en torno a un problema o conflicto concreto. Esto permitió la extracción de una serie de variables:

· *Aglutinamiento* → Determinado por conductas de **intrusión**, de interferencia de un miembro de la familia sobre los pensamientos, sentimientos o comportamientos de otro miembro y las transacciones de **mediación**.

· *Hiperprotección* → La manifestación de **protección, preocupación o premura** en las interacciones entre miembros y los mensajes para **llamar la atención**.

· *Falta de resolución del conflicto* → Las transacciones que tienden a **evitar, mantener bajo control y no permitir la resolución** del conflicto, cuando éste ya ha sido previamente explicitado.

· *Rigidez* → El grado de **rigidez/flexibilidad en las alianzas** totales codificadas y redundantes, en torno a secuencias interaccionales relativas al conflicto.

La “herencia” de Minuchin es respetada para posteriormente ser reformulada a tenor de las normas del “tapete” de la investigación más empírica. La realidad sistémica del fenómeno “psicosomático” se va despegando de su halo de “alternativa científica” para cumplir con las estrictas exigencias de la comunidad científica.

2º) La influencia de la intervención terapéutica. El trabajo del grupo de Onnis choca con un “iceberg” de proporciones mastodónticas: el problema de la (supuesta) **cronicidad e intratabilidad** de los trastornos psicossomáticos. El uso de la primera cibernética se antoja insuficiente y se tira de la segunda cibernética, anulándose el mito de la “neutralidad” del terapeuta. Se alcanza la conclusión de que la cronicidad no es el resultado de la evolución inevitable de la enfermedad, sino más bien el producto de una relación, la interacción con el terapeuta y con el sistema sanitario, que disgrega la globalidad del fenómeno “psicosomático”,

tal como ya se comentó al presentar la epistemología sistémica (véase punto 3). La **relación enfermedad-demanda del paciente** adquiere su protagonismo en la ecuación de la manifestación y tratamiento del fenómeno “psicosomático”.

La intratabilidad dependería pues más del reduccionismo de la intervención terapéutica que de la propia evolución de la enfermedad, en el contexto de la interacción entre el paciente, su familia, el terapeuta y el servicio sanitario. Por supuesto, avisa Onnis, el reduccionismo puede actuar como un boomerang, ya que en el esfuerzo de librarse de él, el clínico y la institución pueden reproducirlo a mansalva, por ejemplo, al buscar la causa en la familia (“*familia nociva*”) o al plantear la siguiente ecuación:

$$\text{Trastorno psicosomático} = \text{Terapia de familia} + \text{Negación del tratamiento} \\ \text{medicofarmacológico}$$

De nuevo, el profesional sanitario caería en las redes del reduccionismo al aplicar razonamientos de causalidad lineal, balanceándose el “dedo acusador” de un extremo a otro del espectro de niveles de explicación implicados en la complejidad de la sintomatología “psicosomática”. Para “vacunar” al operador sanitario de este riesgo real el grupo de Onnis aboga por una formación más integrada, más sistémica, y que, perfectamente, pudiera ser empleada en otro tipo de problemáticas complejas.

3º) La exploración de los mitos familiares y de las vivencias individuales. La segunda cibernética permitió introducir la influencia del clínico en el sistema e, incluso, como parte del mismo: el sistema terapéutico (Minuchin, 1974). Pero se echaba en falta un componente más semántico en la investigación, aparte del cariz pragmático de las interacciones. Es entonces cuando Onnis y su equipo echan mano de los paradigmas evolutivos (Prigogine y Stengers, 1986) y de las orientaciones constructivistas, que serán examinadas más adelante (véase punto 4.3). Fruto de esta ampliación teórica nacen los términos de *mitos* y *fantasmas*. Por mito familiar se entiende toda una concatenación de actitudes, ideales y formas de relación, que pueden resumirse en un “eslogan” o palabra clave. Por ejemplo, en muchas familias el mito familiar se puede simplificar en un “trabajar y esforzarse”. El fantasma, por su parte, hace referencia al peor temor de una familia. Por ejemplo, es frecuente en el ámbito familiar el fantasma de la ruina o del desprestigio. En este sentido, la cuestión central del grupo de Onnis fue determinar qué mitos y fantasmas reinan en las “familias psicosomáticas”.

El principal mito de las “familias psicosomáticas” es el **mito de la unidad familiar**. Según este mito, la familia está “obligada” a dar una imagen de perfecta armonía, sin quejas. Detrás de esta aparente imagen de armonía, de “pseudoarmonía”, se esconde una auténtica fobia a la discusión. En el otro lado de la moneda se encuentra el **fantasma de la ruptura**. La familia teme, por encima de todas las cosas, su desintegración, la separación y el distanciamiento. Como puede observar el lector, mito y fantasma se complementan a la perfección. Son los motores, los auténticos “ideólogos”, del funcionamiento familiar. Algunos de los mitos familiares de la “familia psicosomática”, recogidos en forma de lemas o eslóganes podrían ser estos (Stierlin y Weber, 1990):

“Mejor dar que recibir”

“La abnegación eleva a la persona”

“Mis propias necesidades y deseos no son tan importantes como los de los demás”

“Sólo me siente bien si los demás se sienten bien”

“Somos un grupo de gente unido por el destino: ninguno debe ser abandonado en el camino”

“La envidia y el odio están prohibidos”

“A todos los hijos se deben querer por igual”

La ascendencia que la “familia psicósomática” puede tener sobre conceptos como la cohesión familiar, el autosacrificio, la abnegación o renuncia personal y el control puede ser espectacular, desembocando todo ello en una única salida: la unión. El culto al control está cercano de ser patognomónico de estas agrupaciones familiares. Puede tomar forma de *heterocontrol*, a través de componentes estructurales como la intrusión y la sobreprotección, y de *autocontrol*, con demostraciones de “virtuosismo” que van desde la expresión de afectos (véase el término de alexitimia en el apartado 4.4) hasta el desempeño de actividades laborales, académicas o lúdicas. Sin embargo, el mejor de los escenarios para demostrar tal ansia y habilidad de control es el cuerpo, propio o ajeno, y en tres áreas:

- **Comida.**
- **Funciones corporales autónomas.**
- **Apariencia externa.**

En efecto, no hay mejor actor para encarnar la seducción del control humano que el cuerpo. Más adelante se tratará de conectar el control como metodología del mito de la unidad familiar y del fantasma de la ruptura con las estrategias ineficaces del PI para ponerle límites a su propio organismo (véase el concepto de “*¡Sé espontáneo!*” del apartado 4.3). Es decir, cómo se pasa del heterocontrol al autocontrol.

La profundidad sistémica en la comprensión y postrero tratamiento de las “familias psicósomáticas” estaba alcanzando su punto álgido pero Onnis y sus colaboradores detectaron cierta imperfección en sus modelos. Hacía falta poner “la guinda al pastel”. La complejidad sistémica en el “aquí” y el “ahora”, en el presente de la familia, estaba muy conseguida. Pero ¿cómo encajaba todo esto con el pasado?

4º) El retorno al pasado y el intento de correlacionar una pluralidad de niveles sistémicos. Las preguntas que guiaban esta última etapa de la investigación eran: ¿Cómo se construye el mito de la unidad familiar? ¿Cuál es su historia? Desde un punto de vista teórico, la “guinda al pastel” era el **modelo transgeneracional** (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973; Bowen, 1978). Con el estudio de las historias de la *familia de origen* se localizan acontecimientos traumáticos, como duelos tempranos y no elaborados correctamente, además de separaciones prematuras, enfermedades graves o abandonos. La impresión, a groso modo, es que el tema de la **pérdida**, a pesar del paso del tiempo, estaba muy presente en este tipo de familias.

La pérdida, así como todos sus “secuaces”, como enfermedad, separación, divorcio, abandono o muerte, plantea una serie de interrogantes, centrados en una pregunta central: ¿Se habrían podido evitar con conductas diferentes o una mayor vigilancia? Este tipo de razonamiento fáctico crónico, típico de los duelos no elaborados, puede ser como un eco que viaja a través del tiempo, de distintas generaciones, y llegar a la familia nuclear en cuestión,

provocando una serie de medidas compensatorias o preventivas, para que no vuelva a suceder la peor de las fantasías. Entre estas conductas está la sobreprotección y la fusión desaforada de todos los miembros de la familia. En concreto, este sentido de interés y de responsabilidad tiende a centrarse en el bienestar físico de los demás, esto es, en el cuerpo, como más arriba se había señalado. Es decir, en aquella área donde más evidente se hace el cuidado y la vigilancia. La parte “somática” del cuidado puede tener distintas variantes: la comida, la evitación de enfermedades y de accidentes, el culto a la belleza, el control matemático de las funciones corporales, la huida de lo desagradable, etc. El cuerpo emerge entonces como el principal vehículo de la voluntad de unión de la “familia psicósomática”.

El grupo de Onnis había descubierto, por fin, dos variables que explicaban satisfactoriamente el *cómo* y el *para qué* (en detrimento del *qué* y el *por qué* de la cultura biomédica) de la sintomatología “psicósomática” en el contexto familiar (Onnis, 1985):

- El **miedo al conflicto**, derivado del fantasma de la ruptura.
- El **juego de la triangulación**, como metodología del mito de la unidad familiar para evitar el fantasma de la ruptura.

El miedo al conflicto nace, como ya se sabe, de la amenaza al mito de la unidad familiar que se le presupone al desacuerdo, a expresar diferencias. Una hipotética vivencia de separación en la familia es tan atroz debido a la presencia, de manera transgeneracional, de duelos y pérdidas no adecuadamente elaborados. Y para que este fantasma de la ruptura siga siendo eso, un fantasma, y no una realidad, la familia es capaz de emplear todo tipo de artimañas y argucias. El eslogan de este tipo de familias, por tanto, podría resumirse así:

“La unidad a cualquier precio”

Esta maquiavélica declaración de intenciones sitúa en la escala de valores de familia la unidad por encima de la individuación y de la autonomía con el tremendo riesgo que conlleva esto. Por eso, independientemente del importe, la familia tratará de dar una imagen de familia perfecta: familia educada, vecinos perfectos, unanimidad exquisita, sonrisas y amabilidad, nada de gritos, etc. Todo ello configura el llamado *mito de la armonía*. Pero ¿qué función, o sea, para qué sirve el síntoma “psicósomático” en esta confluencia de miedo a la separación y devoción por la unidad? El síntoma “psicósomático”, y su portador, el PI, cumplen una función protectora para evitar conflictos. Y llegados a este punto, conviene presentar el juego de los triángulos.

Un triángulo, desde la noción básica matemática, es una figura geométrica que consta de tres lados. La trigonometría muestra cuán interesante y cuánto juego puede dar el triángulo. Pero el “encanto” de los triángulos no sólo se limita al campo de las matemáticas. Psicológicamente también existen los triángulos, y con ellos sus derivaciones. Cuando dos personas entablan una relación, por ejemplo, en un determinado espacio y tiempo, según la teoría sistémica constituyen una diada. Las diadas son, aparte de inevitables, imprescindible para el desarrollo y la cotidianidad humana ya que suponen un vehículo, un medio de comunicación, para la expresión de emociones, puntos de vistas, conductas, etc. Y, además, de conflictos. La diada es una forma de interacción donde el conflicto, *per se*, es inherente y donde puede alcanzar cotas de intensidad muy elevadas. La introducción de personas en un conflicto diádico, sin entrar en el estudio de dinámicas de grupos (como la polarización, por ejemplo), puede tener el efecto de diluir la fuerza del conflicto.

Como ya irá adivinando el lector, la fobia desarrollada por las familias “psicosomáticas” al conflicto, como plataforma distorsionada para la separación y el abandono, la predispone a evitar situaciones de transacción diádicas, sobre todo aquellas en las que el conflicto está servido. Qué mejor remedio, entonces, que incluir en el intercambio cognitivo-afectivo de la diada a un tercero para rebajar la tensión emocional y, con ello, el peligro de desacuerdo. Una pregunta interesante, llegados a este punto, es cuál es la principal fuente de generación de conflictos en la familia. La respuesta no debería de caer en el reduccionismo de señalar a un único subsistema pero sí señalar cuál de los diferentes subsistemas tiene más papeletas de producir desavenencias, como, inclusive, una forma natural de funcionamiento y evolución del mismo. Y el ganador es el subsistema conyugal.

Los padres son los miembros del sistema familiar que más discuten. Por su papel multifacético, al desempeñar roles tan dispares como padre, madre, esposo, esposa, hijo, hija, etc; están más sometidos a tensiones tanto internas como externas, que cualquier otro holón familiar. Luego, en segundo lugar, ocupan una posición jerárquica dentro de la totalidad de la familia, teniendo que tomar decisiones y ser consecuentes con sus riesgos e inconvenientes. Por último, el desencuentro es importante porque desde él emerge una herramienta básica para la buena salud y crecimiento tanto de la pareja como de la familia: la negociación. Sin conflicto no hay negociación y, por tanto, no hay crecimiento de la familia. La homeostasis del sistema tendería más a la morfostasis que a la morfogénesis, en términos de la Psicología Sistémica, o sea, a la estabilidad y a la rigidez, si se evita el conflicto y la postrera negociación. No es descabellado que se haya encontrado un estancamiento en el ciclo vital de las “familias psicossomáticas” (Onnis, 1985). La dificultad en la transición de una etapa del ciclo vital a otra se debe a la rigidez y a la no flexibilidad en las normas y reglas del sistema, sin posibilidad de negociación o re-negociación.

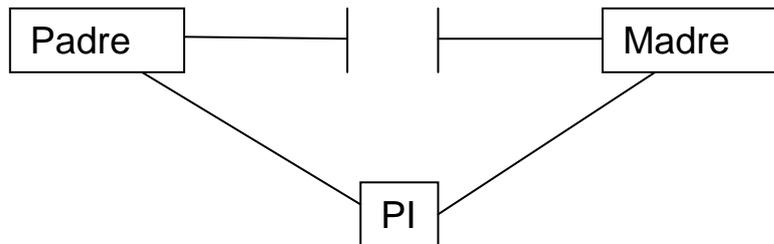
Curiosamente, aquellas etapas en las cuales las “familias psicossomáticas” encuentran mayores dificultades de transición son las que van desde la primera infancia a la escolaridad a la llegada de la adolescencia. Son etapas críticas, donde las exigencias cambian y aumentan y donde la familia tiene que “reinventarse”. El peso de esta reestructuración del sistema recae, fundamentalmente, en la pareja de padres, los cuales tendrán que renegociar reglas ya desusadas para los “nuevos tiempos”. Por lo general, cualquier situación estresante que coloque a la familia frente a un cambio “sí o sí”, como la muerte de un familiar, el nacimiento de otro hijo, un cambio de trabajo o de domicilio, el paro o una enfermedad crónica, conducirá a los cónyuges a una “mesa de debate”, para poder modificar las reglas del juego familiar.

El PI y el síntoma “psicosomático” pueden llegar a ser la “*tapadera*” y el “*cemento*” de la familia. La “*tapadera*” porque permitirá cubrir todos los conflictos. Por ejemplo, las dificultades sexuales entre papá y mamá quedarán en segundo (o tercer, o cuarto) plano en comparación con el episodio de colitis ulcerosa de su hijo. Y el “*cemento*” porque, en torno al PI y a sus manifestaciones “psicosomáticas”, la familia se une, crea frente común. Pero, sin intención de perder la *gestalt* de la familia, ¿qué rol desarrolla el PI, con su síntoma “psicosomático”, en una posible problemática conyugal? De acuerdo con el modelo estructural, la organización correcta de la familia sería así:

Padre-Madre

Hijos/hermanos

La distancia entre los dos subsistemas, gracias a una delimitación de los límites firme pero flexible, permitiría una comunicación vertical y recíproca, manteniendo intacta la jerarquía de los padres y respetando su intimidad como pareja. En lugar de eso, en las “familias psicósomáticas” se ha observado lo siguiente:



El resultado es un “bonito” pero a la vez “terrible” triángulo. Su apariencia es tranquilizadora, ya que permite la evitación del conflicto y salvaguardar la imagen de familia perfecta, sumiendo al sistema en una armonía que la aleja del fantasma de la ruptura. Sin embargo, su trasfondo es patológico, ya que impide el crecimiento de la familia, como algo más que la concatenación de subsistemas y miembros, anulando la individuación e instrumentalizando el síntoma “psicósomático” como la cúspide de la estructura disfuncional de la familia. Entonces, el PI se convierte en un “*chivo expiatorio*”, como lo único que falla en esta familia tan ideal, perpetuando su sufrimiento. Pero, desterrando la concepción de familia nociva, el PI, gracias al rol de vértice de triángulo que le otorga su “enfermedad”, también goza de ciertos beneficios secundarios: atención, hijo/a adultizado, armonía familiar, etc. Esta ambivalencia, entre sufrimiento y beneficio, abre la puerta a una hipótesis hasta entonces tabú: ¿favorecerá el PI esta situación, aunque sea inconscientemente?

El grupo de Onnis no tiene dudas: **el PI tiene un rol activo** en todo este juego familiar (Onnis, 1985). A pesar del malestar innegable de su sintomatología “psicósomática”, el PI cuenta con privilegios que, por ejemplo, no tienen ni otros chicos/as de su edad ni, por supuesto, sus hermanos. La circularidad de la concepción sistémica del fenómeno “psicósomático” anula cualquier intento de buscar culpables en los padres o en el hijo, señalando que ambas partes, si acaso, son “*víctimas y verdugos*”, al mismo tiempo, de este juego. Ya se señaló la inutilidad de vocablos como “familia nociva” o “chivo expiatorio”, ya que suscitan búsquedas de causalidad lineal, es decir, de una etiología. No en vano, etiología es un término cuya raíz es la palabra griega “*aitia*” que significa tanto causa como culpable.

Tras desecharse el “reparto de culpas” y vislumbrar un papel activo del PI en todo el entramado familiar cabría preguntarse la siguiente cuestión: ¿Qué beneficios secundarios obtiene el PI de toda esta situación? Aunque el sufrimiento y la interferencia vital del PI (y del resto de la familia) son evidentes, teniendo que ser validados, parece que también se favorece de su posición en la estructura familiar, completándose así los dos lados de la ambivalencia. En las “familias psicósomáticas”, y de acuerdo con el mito de la unidad familiar, la autoabnegación se convierte en una manera de ganar prestigio dentro del sistema. El poder será obtenido por el miembro de la familia que de más, se sacrifique más y satisfaga menos sus propias necesidades personales. El individuo que mejor se ajustaría a esos requisitos podría ser,

perfectamente, el PI. Él sería el vencedor, el “campeón”, de los mitos familiares, su seguidor más fiel, y a la vez el mejor representante del “fracaso” de la familia, en tanto en cuanto a estrategias de relación y de organización obsoletas.

No desentonaría, por consiguiente, que el PI pudiera ser el hijo más deseoso de cumplir las expectativas de los padres y el más influido por las actitudes y valores de estos. Este infante o adolescente sobrecargado de expectativas paternas no es sólo el vencedor en una lucha de poder, importancia y atención, con el consecuente precio del síntoma “psicosomático”, y el fiel escudero del credo familiar, sino que su supremacía puede trascender a su plano generacional y superar las barreras del tiempo. Su manifestación “psicosomática” le encumbra como el mejor contribuyente a los mitos familiares y el mejor “cazafantasma” (de la ruptura) de muchas décadas, superando a sus padres y posiblemente a sus abuelos como “defensores de la unidad a toda costa”. En esta competición de autosacrificio, con tintes de ***dinámica multigeneracional acumulativa*** (White, 1983), se aprecia una cadena transgeneracional de exigencias cada vez más grandes e interiorizadas de los mitos familiares.

Los padres de PI funcionan como “modelos de restricción”, como paladines del autocontrol, la abnegación y el sacrificio. Posiblemente luzcan estos valores en áreas no necesariamente “corporales”, como puede ser el campo laboral (hiperactividad profesional/académica), la vida social (sistema cerrado al exterior), las actividades lúdicas (rutina y poca exploración), la expresión del afecto (alexitimia y temor al conflicto), etc. El PI, a través de su síntoma “psicosomático”, dará buena cuenta de lo huraño, obsesivo y temeroso que es el sistema, pero mediante una faz que difícilmente facilita la noción de conexión y complementariedad, de conexión “síntoma del PI-estructura del sistema”: el cuerpo. El PI tiene la enorme responsabilidad, desafortunadamente, de ser heraldo de un presente y pasado familiar que, sencillamente, no funciona, oprimiéndole y encerrándole en su propio cuerpo. Como contrapunto, el PI se comportará a veces como más pequeño que lo datado por su edad biológica, cobijándose bajo la fusión y la pseudoindividuación y aprovechándose de los beneficios secundarios de su “enfermedad”, para exhibir en otros momentos conductas propias de un individuo más mayor, protegiendo con su síntoma a sus padres incapaces de resolver su conflicto conyugal y ayudando a la “congelación” del sistema. La ambivalencia toma cuerpo de niño y de hombre.

Volviendo más atrás, y sin perder el hilo de la triangulación como escenario de luchas de poder transgeneracional que libran sobre el cuerpo del PI, podría decirse que tres son los vértices de este triángulo: padre, madre e hijo. Sin embargos, no sólo de actores vive una obra. Se precisa, también, un buen guión: la comunicación. Con anterioridad se han descrito los conflictos conyugales como los más frecuentes dentro del seno familiar y aquellos imprescindibles para la morfogénesis del sistema. Cuando el conflicto entre los adultos, el matrimonio, se explicita, haciendo alusión a diferentes puntos de vistas y emociones y sentimientos asociados, como paso previo fundamental para la posterior negociación que permitirá convertir el conflicto en crecimiento, se da lugar a una comunicación directa. Pero el lector ya es conocedor del miedo al desacuerdo que reina en este tipo de familias y, por tanto, cuan peligrosa es considerada la comunicación directa. La tendencia será, por consiguiente, a evitar la mayor parte de la comunicación directa, con sus componentes de apertura y asertividad, por el temido fantasma de la ruptura.

En lugar de una comunicación directa, este tipo de familias muestran su preferencia por modelos de interacción en los que predomina una comunicación indirecta. La mejor forma, entonces, de expresar malestar o disparidad es a través de mediadores o salvoconductos.

Probablemente, el PI y su síntoma “psicosomático” son los mejores canales de comunicación indirecta que esta familia ha encontrado ya que permite una fidelidad, casi extrema, al mito de la unidad familiar y, de paso, eliminar cualquier resquicio para la evocación del fantasma de la ruptura. De esta manera, como pudo observarse en las figuras anteriores, los padres no definen su relación, se “desresponsabilizan” de ella, al recurrir insistentemente al trastorno “psicosomático” del PI:

“¿Cómo podemos pensar en otra cosa mientras él / ella está enfermo/a?”

La no definición de la relación conyugal concluye, paradójicamente, no en una auténtica armonía, sino en una clara “pseudoarmonía”, ya que debajo de la tela de perfecta imagen, de “no dar una voz más alta que otra”, se esconde un subterfugio de tensiones, reproches y, como era de esperar, de conflictos sin resolver entre los padres, posiblemente desde hace mucho tiempo. La agresividad, el enfado y la culpa, esto es, emociones “prohibidas” en este sistema, quedan así soterradas. Esta situación no tiene fin mientras el PI siga en medio de los padres, jugando a ser su mediador. Se persiste, por la circularidad del sistema y, consecuentemente, en el rol activo del PI, en cómo éste “se pone y se deja poner” en esa posición triangulada. El juego de la triangulación funciona gracias a dos mecanismos:

· Mecanismo de desviación: Cualquier ademán o reseña a los conflictos conyugales es repelido en dirección al PI y a su “trastorno médico”. Por ejemplo, en terapia, no es raro que al explorar las posibles desavenencias parentales los padres inmediatamente recurran al PI y a su síntoma, impidiendo una mayor profundidad en la evaluación. Paralelamente, ante un aumento de la tensión emocional del sistema, el PI reacciona con una mayor intensidad del síntoma “psicosomático”. La familia, y en particular el “triángulo”, reaccionará con la evasiva “psicosomática” ante cualquier amenaza de su armonía.

· Mecanismo de coalición: El PI, dado su rol de “hijo de”, no puede ejercer como mediador eficaz, como “juez justo”, de sus padres. Lo afectivo de su posición, por otro lado, natural y evolutiva, le impide ser objetivo y racional. Su subjetividad y el ansia de recibir reconocimiento y apoyo por parte de los padres le convertirán en diana de alianzas y coaliciones. No sería extraño que, en estas condiciones, hubiera alianzas de uno de los padres con el PI en contra del otro. Uno de los padres en cuestión usaría al PI y a su síntoma “psicosomático” como un mensaje indirecto para el otro cónyuge. Tan implícito y encubierto es el mensaje que la comunicación no es fluida, no dejando a los padres que definan y se responsabilicen de su relación.

Las coaliciones son perfectas para mantener el equilibrio en las “familias psicossomáticas” pero tendrían una enorme pega: en teoría, están prohibidas en estos sistemas. El mito de unidad familiar, y en concreto el sentido de justicia, es incompatible con el mecanismo de la coalición, ya que podría ser tomado como una prueba de que no todo el mundo es tratado y amado por igual por todos los demás. Y sin embargo aquí, como en todas las familias, habrá casos naturales de afinidades específicas entre miembros individuales y, por ende, divisiones, preferencias y favoritismos. La solución a este dilema pasa necesariamente por relegar todo tipo de coalición a un nivel subterráneo, a través de *alianzas encubiertas*.

Un eslogan clásico de los estudiosos de la terapia de familia es el siguiente (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1965):

“Cuando hay hijos con trastornos hay siempre un matrimonio con trastornos,

aun cuando no todos los matrimonios con trastornos producen hijos con trastornos”

Esta afirmación, a todas luces vehemente y potencialmente polémica, señala la conflictiva de la pareja como condición necesaria pero no suficiente para los trastornos psicológicos infanto-juveniles, como lo son, por ejemplo, los trastornos “psicosomáticos”. La incorrecta solución dada por la pareja de padres a esta tensión, sin un enfrentamiento directo, acarrea una situación de *impasse*, en la cual los cónyuges juegan a una partida de ajedrez eterna, donde la falta de verdaderas crisis y de escenas catárticas los coloca en un equilibrio patógeno. En estas problemáticas conyugales se dibujan dos figuras, la del provocador activo, el aparente “padre malo”, y la del provocador pasivo, la posible “víctima”, tomando el PI partido por este último e intentando corregir un problema que no es suyo y sí de sus padres (Selvini Palazolli y otros, 1988). La “solución psicosomática” permitiría al PI dar una lección al provocador pasivo sobre cómo hay que actuar con el provocador activo.

¿De qué tipos de conflictos se esconden los padres? En teoría de cualquier expresión emocional lo suficientemente fuerte que haga tambalear los cimientos de la familia, esto es, que atente contra los mitos de unidad y armonía familiar, despertando así al fantasma de la ruptura. No obstante, Onnis y su grupo encontraron algunos conflictos conyugales “favoritos” que suelen ser evitados (Onnis, 1985):

- **¿Inexistencia de vida de pareja?** Detrás del mito de la unidad y la armonía familiar pueden darse dificultades en la intimidad de la pareja, como problemas sexuales, escasez o ausencia de espacios y tiempos para los dos cónyuges, no intereses o actividades compartidas, etc. Todo esto, de capital importancia, quedará relegado al olvido por “culpa” de la, por ejemplo, diabetes de su hijo adolescente.
- **¿Posible descompensación de responsabilidades de los padres?** El PI y el síntoma que porta puede ser un intento de llamar la atención de uno de los padres sobre el otro, “regañándole” por su poca implicación en las tareas domésticas o, lo que es más importante, en la educación y cuidado de los hijos. Al ser el contexto sociocultural español eminentemente machista, el mensaje suele ir desde la figura materna hacia la paterna. La coalición, por ejemplo, madre-hijo, a través del síntoma “psicosomático”, puede ser una reclamación al padre del tipo “*necesito tu ayuda*”, “*si tu estuvieras más tiempo aquí obedecería*”, etc. Como resulta obvio, la madre no se atreverá a comunicar directamente esta queja, legítima, por el dogmatismo del juego de los triángulos y el miedo al conflicto.
- **¿Posible padre periférico?** Muy relacionado con lo anterior. La problemática de este tipo de familias trasciende a la cultura machista de la coyuntura sociocultural. Aunque, evidentemente, está totalmente imbuida y reforzada por ella. No obstante, conviene no olvidarse de las nociones de circularidad y totalidad del modelo sistémico y del peligro constante de reduccionismo. La interdependencia es un hecho innegable en este triángulo, de forma que el padre también emite un mensaje a través del PI, un mensaje conyugal. Es relativamente frecuente que los padres de estas familias muestren un comportamiento de **hiperactividad laboral y lúdica**. Es decir, pasan mucho tiempo fuera de casa, con la “excusa” del trabajo y del ocio, mandando un mensaje al sistema familiar, y sobre todo a su esposa, del tipo de “*necesito estar fuera de casa*”. Es posible que el clima de pseudoarmonía, con tanta tensión encubierta, cree bastante desagrado en este padre y opte por escapar de él, a través de una dedicación minuciosa a su profesión

y a sus necesidades sociales y lúdicas. Una vez más, y paradójicamente, este tipo de comportamiento refuerzan aún más la dinámica del sistema.

A pesar de los positivos avances en materia de igualdad de género y de derechos sociales que el país ha vivido en los últimos treinta años, como consecuencia sin duda de la instalación progresiva de la democracia y de la inclusión definitiva de la mujer en el mundo laboral, España sigue presentando cierto trasfondo sexista, aunque probablemente no más que el resto del mundo. A todo esto hay que sumarle la inercia conservadora del modelo de la “familia psicósomática”, claramente tradicional y machista. El credo familiar en estas casas no tiene reparos en encasillar a la mujer como la encargada de las tareas domésticas y al padre como el que trae el dinero a casa. Esta ideología retrógrada, junto con la evitación del conflicto y el miedo a la separación, dan lugar a una filosofía “anti-divorcio” para mantener la estabilidad estructural y que va a juego con la rigidez y dificultades para asumir cambios de estos sistemas. En resumen, los vestigios machistas de la sociedad española, a pesar de todo lo caminado hasta ahora, más los frenos tradicionales de las llamadas “familias psicósomáticas” crean una eficaz maquinaria de conflictos conyugales que, por el contexto estructural, difícilmente salen a la palestra en busca de una solución si no es a través de canales indirectos.

Como se ha señalado en este último punto, la tendencia *ad infinitum* de esta tipología de familias es muy significativa ya que el círculo vicioso es inevitable debido a la confluencia de factores naturales (la necesidad de conflictos conyugales como motor de crecimiento sistémico, por ejemplo) y de mitos y fantasmas adquiridos transgeneracionalmente (mito de la unidad familiar y fantasma de la ruptura, principalmente). Sin embargo, el estudio pormenorizado del equipo de Luigi Onnis con familias y niños y adolescentes con patologías “psicósomáticas” no pretende sembrar pesimismo, sino una comprensión global y compleja de un fenómeno que se presta con suma facilidad a la disociación, tanto teórica como clínica. Las aportaciones psicoterapéuticas del trabajo de Onnis son, cuanto menos, notorias y serán examinadas con todo lujo de detalles más tarde. Por ahora, conviene resaltar las principales **conclusiones** de su trabajo más teórico-básico, que son:

1º Las “familias psicósomáticas” presentan, desde un modelo transgeneracional, el mito de la unidad familiar y el fantasma de la ruptura. El PI se descubre, a través de la patología “psicósomática”, como el ganador simbólico de una dinámica multigeneracional acumulativa de abnegación y control.

2º El trastorno “psicósomático” comprende al PI, su cuerpo, su familia y la relación médico-paciente. No hay razones para pensar en una “familia nociva” y sí, en cambio, en un sistema terapéutico (familia + operador sanitario) más o menos eficaz.

3º La familia aboga por un estilo de comunicación indirecta, sustentado por el miedo al conflicto y con tendencia a la triangulación. En “silencio”, se protagonizan luchas de poder subterráneas que transforman el mito de la armonía en una pseudoarmonía.

4º La principal fuente de conflictos familiares surgen de la díada conyugal y, como pretexto, el PI y la sintomatología “psicósomática” impiden la definición y la responsabilización de la relación conyugal, mediante mecanismos de desviación y coalición.

5º El PI gracias a su “enfermedad psicósomática” juega un papel de mediador entre los padres pero desde un rol activo, con la ambivalencia que despierta el trastorno

“psicosomático”: dolor pero al mismo tiempo beneficios, como atención, posición privilegiada, adultización, pseudoarmonía, etc.

6° El síntoma “psicosomático” como mensaje simbólico: el cuerpo del PI y la familia hablan el mismo lenguaje. Probablemente no haya mejor portavoz de la familia, en tanto en cuanto hablar acerca de las reglas y normas, que el PI y su síntoma “psicosomático”.

4.3. La escuela estratégica: el MRI de Palo Alto y el CTS de Arezzo

Aunque la terapia de familia estructural es la orientación teórica-técnica más conocida y representativa de la Psicología Sistémica no es, ni mucho menos, la única forma de entender y de trabajar desde el paradigma sistémico. Sí es cierto que la escuela estructural ha sido de las primeras piedras de toque de la terapia familiar sistémica, principalmente, como ya se ha comentado, por la labor de Salvador Minuchin. Contemporáneos a este fantástico terapeuta y divulgador fueron un grupo de investigadores y clínicos, procedentes de distintos campos (Psiquiatría, Psicología, Antropología, Ciencias de la Comunicación, etc.), que fundaron allá por finales de los años cincuenta y principios de los sesenta la archiconocida “Escuela de Palo Alto”, en California, también conocida como el “*Mental Research Institute*” (MRI, a partir de ahora). Entre esos ilustres profesionales se encuentran autores de la talla de Don Jackson, Jay Haley y, como cabeza más visible, el prolijo Paul Watzlawick.

El MRI se definió como una escuela de terapia de familia sistémica, a pesar de que su metodología, e incluso su “ideología”, por así decirlo, eran claramente distintas de la escuela estructuralista. El MRI no reniega de conceptos “estructurales”, como límites, funciones o roles, pero prefiere pivotar la mayor parte de su teoría y de su práctica alrededor de dos conceptos clave: la Teoría de la Comunicación Humana (TCH) y las soluciones intentadas ineficaces (SII).

El mejor ejemplo posible de la conexión entre las “Ciencias de la Comunicación” y las “Ciencias de la Salud” ha sido, sin dudar, la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1967). La comunicación, como acto comportamental que se emite entre dos personas, cumple a la perfección los requisitos epistemológicos del paradigma sistémico y en este caso ha sido estudiada y empleada por las diferentes escuelas de terapia de familia. Sin ir más lejos, la escuela estructural se interesaba por los modelos comunicacionales, desde Minuchin hasta Onnis. Sin embargo es con la escuela de Palo Alto cuando se alcanza el mayor grado de finura en el estudio de la comunicación humana, con cotas de profundización casi, podría decirse, “moleculares”.

La TCH se ha convertido en un marco sobre el cual el MRI ha desarrollado todo su arsenal teórico y terapéutico. Para repasarla, aunque sea de forma somera, se remite el lector a la tabla 4:

Teoría de la Comunicación Humana
La imposibilidad de no comunicar
Los niveles de contenido y las relaciones de la comunicación
La puntuación de la secuencia de los hechos

Comunicación digital y analógica
Interacción simétrica y complementaria

Tabla 4: Axiomas de la TCH (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1967).

A pesar de haber pasado más de cuarenta años desde su desarrollo, la TCH y sus cinco axiomas están aún vigentes. No obstante, su aplicación y estudio en el campo de los trastornos “psicosomáticos” ha sido limitada, a pesar de lo relevante del componente comunicacional en el fenómeno “psicosomático”, como ya se vio en anteriores apartados. Todo esto no quiere decir que una preciada e interesante herramienta como la TCH no pudiera ser aplicada en los trastornos “psicosomáticos”. A continuación, se tratará de hacer una lectura comunicacional del fenómeno “psicosomático”, ayudado por los **axiomas** de la TCH.

1º **La imposibilidad de no comunicar** → El ser humano, al igual que no puede dejar de elegir, no puede escapar de la conducta. Cualquier acción que emprenda, incluso la ausencia de movimiento, se puede catalogar como conducta. De aquí se concluye que, por tanto, al no existir lo opuesto de comportarse, el ser humano no puede no comportarse. No hace mucho se ha englobado la comunicación humana como un acto comportamental: comunicar es algo que se hace, una conducta. Con todos estos ingredientes, el resultado de la fórmula es sencillo: no es posible no comunicarse. Por supuesto, esto atañe a elementos como el silencio o no atender el mensaje del otro, por ejemplo.

Vincular “psicosomático” y comunicación, como ya se ha mencionado, no es nuevo. Para Onnis el síntoma “psicosomático” es un mensaje, desde un estilo simbólico, que sintetiza las reglas y la estructura de la familia. Esta concepción informacional del síntoma “psicosomático” es un salto cualitativo en la comprensión de los trastornos “psicosomáticos”. Pero, a pesar de tan notable avance, no se logra captar toda la esencia comunicacional ya que si bien es cierto que la manifestación “psicosomática” habla, y muy bien, de la estructura de la familia no es menos cierto que también da información de las interacciones diádicas. Es decir, se puede hacer un análisis comunicacional más fino del fenómeno “psicosomático”.

Por ejemplo, una mala adherencia terapéutica en un caso de un adolescente de quince años puede dar mucha información sobre una posible estructura aglutinada de la familia, con tendencia a la triangulación y con estilos de comunicación invasivos. Pero, también, puede hilarse más fino e interpretar que cada vez que este chaval se niega a cumplir estrictamente las exigencias de sus padres, en lo referente a la diabetes, les envía un mensaje del tipo:

“Yo ya soy mayor; dejadme crecer y aceptarme tal como soy”

No cabe duda, como ya mostraron los estructurales, que el síntoma “psicosomático” es la “bandera” de la familia, dando información muy precisa de la misma. Sin embargo, con cada ataque de asma, con cada brote de colitis ulcerosa o con cada incumplimiento del régimen insulínico, el PI no puede escapar de comunicar sobre él mismo y sobre sus “circunstancias”.

2º **Los niveles de contenido y las relaciones de la comunicación** → La comunicación humana puede dividirse en dos grandes bloques: aspectos referenciales y aspectos conativos. El aspecto referencial se asocia con los “datos” de la comunicación, con el contenido. Mientras que el aspecto conativo con cómo debe entenderse la dicha comunicación anterior, con lo relacional y, por ende, con la **metacomunicación**. Las relaciones “enfermas” se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante.

Esta distinción entre la “información sobre los objetos” y la “información acerca de esa información” recuerda a la adicción que la “familia psicósomática” tiene por temas de conversación, en apariencia, triviales e inocuos y cómo desvía la atención hacia el PI y su síntoma, con tal de no activar el fantasma de la ruptura. Sin embargo, ese excesivo énfasis en el contenido de la comunicación ya es, en sí, un aspecto conativo de la misma, definiendo la relación. El problema es la falta de consciencia y, por ende, de metacomunicación. Por ejemplo, durante la entrevista con el terapeuta la familia puede recurrir a temas de conversación irrelevantes, llenado ese “vacío”, para no acceder a temas espinosos. Quedarse en el nivel de contenido conllevaría una interpretación superficial, del tipo:

“En esta familia se habla de cosas cotidianas ¡Qué simpáticos son!”

Este clínico, aparte de haber entrado, sin saberlo, en la entropía del sistema, ha renunciando al nivel más importante de la comunicación, esto es, el conativo, que vendría a decir algo así:

“Hagamos un trato: no pregunte sobre temas que nos duelen, que nos puedan separar, y a cambio nosotros, a través de respuestas de contenido intrascendentes, le prometemos dar una imagen magnífica: Seremos la mejor familia que atenderá este día”

La metacomunicación, en esta secuencia de la interacción terapeuta-familia, ha brillado por su ausencia. Con la renuncia, inconsciente y consciente, de la metacomunicación todo el sistema terapéutico, y no sólo la “familia psicósomática”, se acomoda al mito de pseudoarmonía y evita los susurros del fantasma de la ruptura, es decir, la amenaza del conflicto.

3º La puntuación de la secuencia de los hechos → Para un observador externo (por ejemplo, un terapeuta) una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios. Algo así como una cadena de estímulos y respuestas. Sin embargo, desde dentro (por ejemplo, los miembros de la familia), se ve desde diferentes prismas. Véase un ejemplo práctico con la intención de desambiguar lo dicho.

Imagínese el lector la siguiente escena: unos padres critican el comportamiento de su hijo, con diabetes tipo I, basado en negativismo a la hora de colaborar en las tareas domésticas, mal rendimiento escolar y cumplimiento insuficiente del régimen insulínico. Según ellos, su comportamiento de “estar encima de él”, regañarle e insistirle está causado por la mala conducta de su hijo. Para el hijo la historia es diferente, aludiendo que su no excesiva implicación en las labores de la casa y en sus deberes y exámenes, así como no ser tan meticuloso con su cuidado físico, es producto de la “pesadez” de sus padres y de cómo lo exasperan.

También, por supuesto, puede darse este fenómeno entre la pareja de padres con respecto a la valoración que se hace tanto del comportamiento como del “carácter” del PI. Por ejemplo, un progenitor puede ver al hijo como un ser débil o enfermo y el otro como desobediente o insuficientemente motivado. Las estrategias educativas desplegadas por cada uno de los dos padres a partir de esta divergencia en la “versión de los hechos” serán diametralmente opuestas y a buen seguro que contribuirán a la cronicidad del trastorno “psicósomático” del PI.

Averiguar por todos los medios, tanto personales como terapéuticos, quién dice la verdad y quién miente es una tentación gigantesca. No obstante, existe una posibilidad que trasciende a

la dicotomía de “sinceros o mentirosos” y que tiene que ver con una concepción constructivista del asunto: cada parte de la comunicación realiza un puntaje particular de un mismo hecho “objetivo”. Y como era de esperar, ambos lados del “debate” no son conscientes de este fenómeno y sin poder trascender a ello quedan atrapados en una “serie alternada infinita”. De nuevo, la ausencia de metacomunicación condena al fracaso un proceso transaccional familiar.

4º Comunicación digital y analógica → La noción más popular de qué es la comunicación tiene que ver con aquello que se dice o se hace. Afortunadamente, el axioma de “*es imposible no comunicar*” permitió categorizar como comunicación también aquellas conductas humanas que, antaño, se consideraban no interaccionales. Pero este cuarto axioma pretende ir más allá y distingue entre dos formas de lenguaje: uno explícito y otro implícito. O lo que es lo mismo, entre lenguaje digital y lenguaje analógico.

Por lenguaje digital se entienden todos aquellos mensajes que tienen que ver con la comunicación oral y escrita, es decir, la comunicación verbal. Es una forma de lenguaje “descarado”, por así decirlo. Cuando, por ejemplo, un adolescente le dice a su madre “mamá, no quiero que papá y tú discutáis delante mía” estaría haciendo acopio de un mensaje digital. Sin embargo la comunicación humana es compleja (afortunada o desgraciadamente) y existen otras formas de lenguaje, como es el caso del lenguaje analógico.

El lenguaje analógico es, por contraste con el digital, implícito y no verbal. Es más “silencioso” que el digital y está más relacionado con gestos, posturas, expresiones faciales, así como todos los elementos paralingüísticos, como son el tono y el timbre de la voz, la prosodia y el ritmo de la pronunciación, el uso de pausas y de inflexiones a la hora de hablar, etc. Además, lo analógico tiene que ver con aspectos más extralingüísticos, como el tema de conversación elegido, el contexto en el que se da el encuentro comunicacional, el manejo del espacio personal, etc.

Todo ello podría resumirse diciendo que el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero que carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, no definiéndola del todo. Por contra, el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. Da la sensación que ambas formas de lenguaje se necesitan, son imprescindibles, para una correcta definición del acto y la relación comunicacional.

El ser humano es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógicos como los digitales. Así pues, el adolescente goza de más alternativas que expresar de forma clara y concisa, *digitalmente*, su malestar ante un conflicto de sus padres que él tiene que presenciar y perfectamente puede decantarse por una opción más sutil y, por ejemplo, manifestar un aumento de su dolor de espalda horas o días después de contemplar una conversación acalorada entre sus padres. En este caso habría comunicado de forma encubierta, *analógicamente*, el mismo mensaje, sin necesidad de abrir la boca y exponerse a las críticas paternas.

El lector habrá captado el paralelismo que se da entre este cuarto axioma y el segundo, el referente a los aspectos relacionales y conativos del lenguaje. Y es que parece ser que la parte del mensaje que tiene que ver con el contenido se transmite de forma digital, mientras que la parte relacional es de naturaleza predominantemente analógica. La preferencia de las “familias psicósomáticas” por las formas analógicas de comunicación, en detrimento de las digitales, es

coherente con sus maniobras de evitación del conflicto. Todo lo explícito tiene riesgo de encender disputas y de, imaginariamente, hacer saltar por los aires a la familia.

5° Interacción simétrica y complementaria → Desde la pragmática de la comunicación humana las interacciones pueden describirse como basadas en la igualdad o en la diferencia, naciendo de ello la distinción entre interacción simétrica y complementaria. La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

En la interacción complementaria habría una persona que ocuparía una posición superior o primaria y otra que ocuparía una posición inferior o secundaria. Nada tiene que ver esto con etiquetas como “bueno” o “malo”, “fuerte” o “débil”, aunque los participantes de la relación sí lo pueden vivir así. Por ejemplo, la enfermedad médica, sobre todo si es crónica, puede asociarse a asunciones lingüísticas como “necesitado de ayuda”, “paciente” o “no capaz”. El trastorno “psicosomático” no anda muy lejos de esta realidad sociolingüística.

Parece ser que existe un caldo de cultivo idóneo para que alrededor de una sintomatología “psicosomática” aparezcan relaciones basadas en la diferencia máxima y, por consiguiente, en la igualdad mínima. Es decir, de interacciones complementarias. Ya se han tratado temas como la sobreprotección que la familia ejerce sobre el PI y la rigidez de este tipo de relaciones, que no cambian en el tiempo. Además, como era de esperar, cada participante justificaría su rol (posición superior versus posición inferior) en la relación, impidiendo su adecuada definición, así como posible modificación.

Los cinco axiomas de la TCH dibujan la infraestructura sobre la cual funciona un análisis comunicacional de las transacciones humanas. Ya se ha observado como el síntoma “psicosomático” supera la capa de lo biológico para reclamar una autoría relacional, en el sentido de ejercicio de comunicación, de “mensaje”. La manifestación “psicosomática” tiene que ver más con lo relacional y con lo analógico y permite distintos puntajes de las secuencias de interacción de ambos “bandos”: los “sanos” y el PI. La asimetría con la que funciona este sistema de intercambios es significativa, impidiendo el crecimiento y la evolución de la familia dentro de una suerte de anacronismo protagonizado por un *silencio*, el de la ausencia de metacomunicación, que impide desbloquear el sistema y una correcta definición de las relaciones dentro y fuera (*inter e intra*) los diferentes holones.

La “radiografía” comunicacional que ofrece la TCH respecto al trastorno “psicosomático”, sin embargo, no tiene por qué acabar aquí. La TCH ofrece otra cara de la pragmática humana: la **comunicación patológica**. Cada axioma de la TCH, más o menos, tendría, paralelamente, una o más patologías comunicacionales.

Así, por ejemplo, ante la **imposibilidad de no comunicar** una persona tiene cuatro opciones de responder (o “responder”). No hay alternativa patológica en sí misma, sino en función del marco relacional y del contexto del sistema familiar. Las opciones serían:

- 1) Rechazo de la comunicación.
- 2) Aceptación de la comunicación.
- 3) Descalificación de la comunicación.

4) El síntoma como comunicación.

El PI, como miembro de una “familia psicósomática”, no puede rechazar una interacción comunicativa. El mito de la unidad familiar, con el terrorífico fantasma de la ruptura como telón de fondo, no permite conductas de descortesía, que violenten u ofendan al prójimo, sobre todo si es un “camarada”, un familiar. El PI debe ser fiel al propósito de armonía a toda costa, incluso si ello supone su tensión o incomodidad. Pero rechazar la comunicación no debe suponer, directamente, su antónimo, es decir, la aceptación (total) de la comunicación.

Ya señaló Onnis como el PI era, a través de su síntoma, el “rebelde” de la familia, el que manifestaba, implícitamente, el fracaso de las actuales dinámicas familiares y la necesidad de cambio en el sistema (Onnis, 1996). Pero también, está imbuido por los mitos y fantasmas familiares. Ello se traduce en no rechazar la comunicación, por imposibilidad *per se* y por el fantasma de la ruptura, pero tampoco en aceptarla al 100% ya que ello supondría un acto de fusión, de desaparición de límites, y tener que depositar sus pensamientos, sentimientos y creencias, su intimidad, “encima de la mesa”. Ante este panorama, ¿qué alternativas le quedan al PI? Podría anular la comunicación.

A través de la descalificación de la comunicación el PI, por decirlo de alguna manera, “se iría por las ramas”. La comunicación se invalida con instrumentos como el cambio de tema, las autocontradicciones, las incongruencias, la tangencialidad, etc. Podría, si se diese el caso, emplear artimañas muy depuradas, como la “irracionalidad” o la “perturbación cognitiva”, como pretexto perfecto para posponer eternamente la responsabilidad de la definición de la relación. El PI, y sobre todo su familia, no verían con malos ojos esta estratagema, que no es más que una patología comunicacional. Toda la corriente familiar encaminada a evitar conflictos mediante alusiones al PI o a temas extrafamiliares funcionaría como descalificación de la comunicación.

La familia vio colmada sus deseos de “unión como forma de vida” gracias al recurso de la descalificación de la comunicación. La no individuación, la morfoestasis, la pseudoarmonía y la no definición de las relaciones fueron *peccata minuta* en comparación con la peor de las fantasías: la separación y desintegración de la familia. Pero, por suerte o por desgracia, para el PI no era suficiente. La biología y la biografía, como diría Castilla del Pino, le hicieron más sensible, más doliente, al ambiente asfijante y a la presión encubierta del sistema y, en consecuencia, *habló*. Es ahí cuando el PI descubre la cuarta y última alternativa: el **síntoma como comunicación**.

Margaret Mead señaló, al describir la diferencia entre las personalidades norteamericanas y rusas, que un norteamericano podría utilizar la excusa de una cefalea para abandonar una reunión, mientras que un ruso sentiría realmente el dolor de cabeza. Muy probablemente el PI tenga bastante de “ruso”, al convencerse a sí mismo de que se encuentra a merced de fuerzas que están más allá de su gestión: un asma incontrolable, una colitis ulcerosa explosiva, un insaciable estómago, un dolor de espalda martirizante, etc. Parecería que el síntoma “psicósomático” dejaría “fuero de juego”, y con total *justificación*, al PI del juego comunicacional, ese juego que ya está empezando a aborrecer, aunque el resto de su familia aún no haya “tocado fondo”. Pero a pesar del talante sacrificante del PI y de su especial sensibilidad sigue siendo un mortal, un humano, y nunca podrá escapar de la imposibilidad de no comunicar. De forma que el juego interaccional del sistema no sólo no se detiene por su “enfermedad” sino que se retroalimenta.

Mucho más accesible parece el siguiente candidato en la terna: **acuerdo en el nivel de contenido, desacuerdo en el nivel relacional**. Siguiendo el ejemplo anterior, y retomando conceptos ya vistos anteriormente, padre y madre pueden estar de acuerdo en designar a su hijo asmático como el chivo expiatorio o emisario, pero estar en total conflicto en el plano conyugal. Es decir, puede haber acuerdo en los roles de padres pero no en los roles de esposos. Este acuerdo en torno al contenido (“*lo problemático que es nuestro hijo asmático*”) es, en realidad, en pseudoacuerdo, que da estabilidad a la relación matrimonial. Una estabilidad, como bien sabe el lector, vacía: una pseudoestabilidad. Una armonía que realmente es una pseudoarmonía. Con una certeza casi absoluta, una mejoría importante de la sintomatología del hijo llevará a una crisis conyugal y, por retroacción, a un empeoramiento del hijo, ante el miedo que provoca la inestabilidad.

Otra posibilidad es **confundir contenido con relacional**, es decir, tratar de resolver un problema relacional buscando una solución, sea como sea, en un conflicto de contenido que, probablemente, no exista. Padre e hijo saben, perfectamente, la necesidad imperiosa de seguir un tratamiento médico a rajatabla. El padre ama a su hijo y quiere su bienestar y el hijo aspira a una mejora calidad de vida y a preservar su existencia. El conflicto de contenido puede alargarse en el tiempo porque, como ya se explicó, lo que está en juego no es, en sí, tomar la medicación o no, sino quién manda en la relación. Es un problema, por tanto, de no definición de la relación como complementaria o simétrica.

Por último, también pueden surgir **dudas de las propias percepciones en el nivel de contenido, a fin de no poner en peligro una relación importante con la persona** en cuestión. Ya se ha comentado de sobra la sombra tan alargada de los mitos y fantasmas de la “familia psicósomática”, con el afán tan intenso de unión a los seres queridos y el inefable miedo a la pérdida y a la separación. El PI, a pesar de su metodología de rebeldía indirecta, esto es, su síntoma, sigue siendo fiel a esos mitos y fantasmas y es capaz de hacer lo que sea para estar unido a su familia y evitar el apocalipsis de la soledad. Para ello, al igual que sus familiares, no dudará en hacer todo lo que esté en su mano para no renunciar al mito de la unidad familiar y, a la vez, no activar el fantasma de la ruptura. Pero, ¿hasta dónde sería capaz de llegar el PI para no perder a un ser querido? Si hiciera falta, ¿se “traicionaría” a sí mismo?

Una forma de “traicionarse” a sí mismo es través de la disociación, separando su cuerpo y su mente, o a través, también, de un estilo de comunicación basado en la alexitimia, concepto que se abordará más tarde (véase punto 4.4). Por ahora, simplemente mencionar que la alexitimia permite a la persona un estado de desconocimiento de su “mundo interior”, desconectándose de sus emociones y sentimientos. El PI es capaz de dudar de sus propias percepciones, de “renegar” de toda su esencia (“cuerpo” o “mente” y no “cuerpo” y “mente”) con tal de seguir el dogma familiar. Un dogma que se articula a través de una peligrosa herramienta: el **doblo vínculo**.

El doble vínculo supone una contradicción entre los mensajes captados por un receptor en los niveles de contenido y relación. El término nació a mediados de los años 50, fruto de una investigación sobre el papel de dinámicas interpersonales en la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). Una de las conclusiones de este estudio es que la comunicación no convencional del paciente esquizofrénico (su *trastorno del pensamiento*) tenía un sentido, una coherencia, en su contexto familiar. Gracias a este artículo, se pudo escapar del reduccionismo biológico que encajonaba a la esquizofrenia como “enfermedad del cerebro” para incluir otros niveles de explicación, en este caso, el sistémico-comunicacional.

A pesar de ello muchas voces críticas han querido ver en el doble vínculo un reduccionismo familiar atroz, como visión teórica y clínica de la esquizofrenia. Conviene no olvidarse que el paradigma sistémico, el auténtico paradigma sistémico, nunca abogaría por el reduccionismo: el doble vínculo no causa la esquizofrenia. Lo que sí que es cierto es que este grupo de profesionales de la Psicología Sistémica quisieron ofertar una visión de la esquizofrenia que transitara desde “una enfermedad misteriosa de la mente individual” a “**un patrón específico de comunicación**”.

La esquizofrenia no goza de la “fortuna” de poseer en exclusividad el doble vínculo y, por el contrario, es una patología comunicacional bastante frecuente, pudiéndose dar en una amplia gama de trastornos, incluidos, por supuesto, los “psicosomáticos”. Y es en este momento cuando ayudaría recordar como en la tipología de familias aglutinadas de Minuchin este autor ponía como ejemplos las “familias psicósomáticas” y las “familias psicóticas”. Parece ser que hay más de un elemento común en ambos tipos de estructuras.

Pero, ¿cómo funcionaría un doble vínculo en una “familia psicósomática”? Por ejemplo, recordando el caso anterior, el hijo asmático puede recibir un doble mensaje por parte de sus padres, siendo la primera parte así:

“Tómate la medicación; se responsable, se independiente, se un adulto...”

El nivel de contenido queda bien definido, transparente y sin interferencias. La segunda parte, sin embargo, provoca la incertidumbre y la ambigüedad:

“...pero no te alejes de nosotros; permítenos distraernos de nuestros propios problemas, quédate en casa, se un niño”

El chico, irremediamente, quedará atrapado en una situación insostenible. Es imposible acatar un mandato sin incumplir el otro. Esta instrucción paradójica tendría los siguientes ingredientes:

- Una fuerte relación de complementariedad: padres-hijo. A parte de la asimetría de este vínculo paterno-filial, las relaciones suelen caracterizarse por ser intensas, de gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de uno o más miembros de la familia. Recuérdese cómo el fantasma de la ruptura es capaz de provocar los peores terrores y las pesadillas más espantosas en el seno familiar.

- Dentro del marco de esa relación, se da instrucción de que se debe obedecer, pero también desobedecer para obedecerla: si se cuida, tomando la medicación, se hará adulto, pero entonces no podrá ser niño, para ser el “cemento” y la “tapadera” de sus padres; y viceversa.

- La persona que ocupa la posición de inferioridad en esta relación, esto es, el chico, no puede salir fuera del marco y resolver así la paradoja haciendo un comentario sobre ella, es decir, metacomunicando acerca de ella ya que metacomunicar supondría romper el mito de la unidad familiar e invocar al fantasma de la ruptura.

La situación insostenible a la cual se hacía referencia más arriba tiene tintes de *conflicto de evitación-evitación* debido a que, sea cual sea la acción emprendida, el resultado siempre conlleva angustia, culpabilidad y tensión. No puede dejar de reaccionar ante él, pero tampoco puede reaccionar a él en forma apropiada (no paradójica). Una hipótesis es que el cuerpo del PI

funcione como termostato, comunicando analógicamente y regulando dicha tensión y discomfort.

El doble vínculo, así como otras patologías en lo referente al grado de acuerdo/desacuerdo en los niveles de contenido/relación ponen de manifiesto, una vez más, lo flagrante de la ausencia de metacomunicación y de no hablar acerca de sí mismos y de la relación, es decir, de la no definición y responsabilización de las relaciones. La inercia de la “familia psicósomática” por los pseudoacuerdos, es decir, acuerdos en el contenido pero no en la relación, no es sino un mecanismo para mantener fuera del sistema todo conato de conflicto. El acuerdo en el contenido, gracias a la emergencia del PI y de su síntoma “psicósomático”, que funcionan como chivo emisario o expiatorio, permite la estabilidad de la relación conyugal. Una falsa estabilidad o pseudoestabilidad, debido a la no metacomunicación y definición de la relación. El doble vínculo abre las puertas a la familia a una forma de comunicación que permite salvaguardar sus mitos, pero acosta de una situación paradójica, a la vez que límite, que encierra a sus participantes en un juego sin fin.

Parece ser que ciertos tipos de contradicciones están preprogramadas en la “familia psicósomática”, por sus características estructurales y comunicacionales. Por ejemplo, debido al exacerbado sentido de justicia de estas familias, como mandato autoimpuesto de amar y tratar a todos los hijos por igual, se prepara el terreno para dobles vínculos. Los hijos pueden estar recibiendo en el plano de contenido ese mensaje, el de “*os queremos a todos por igual*”, y sin embargo ser conscientes como el PI es el hijo que más atención y cuidados recibe, denotándose una clara desigualdad.

La triangulación padre-PI-madre, por ejemplo, es otra situación estructural-comunicacional propensa a doble vincular (Haley, 1967), debido a lo incongruente de los mensajes paternos sobre la figura filial, ya que le invitan a “alejarse”, para hacerse mayor y ser, en definitiva, feliz, pero le seducen a “acercarse” para que su matrimonio no se desmorone, debido a la posición capital que el hijo ejercer en ese triángulo.

Otro ejemplo es el choque que surge del miedo a lo desconocido y al cambio de la “familia psicósomática”, plasmado comportamentalmente en hermetismo y fobia a lo exterior, y el deseo de los padres de que sus hijos estén sanos y muy bien cuidados, con la tendencia conocida a la sobreprotección y a la intrusión. Sobre este contexto podría observarse como los padres animan a sus hijos a que se socialicen, en aras de que se realicen (“*Por supuesto que queremos que estés con gente de tu edad y te diviertas*”), y a la vez se les coacciona para que no abandonen el nido familiar, fomentando en ellos conductas regresivas. Ese doble mensaje de “*hazte adulto, pero sigue siendo niño*” puede vivirse con mucha angustia por el PI y sus hermanos.

Otro grupo de patologías de la comunicación son las asociadas a la **definición del self y el otro**. El término *self*, desde la pragmática de la comunicación humana, y eludiendo concepciones psicodinámicas (por ejemplo, el *yo*), sería el equivalente del “sí mismo y mismidad”. Todas las transacciones que giran en torno a la identidad de uno o más participantes de la comunicación podrían adscribirse a este epígrafe. Las opciones comunicativas de la definición del self serían:

- 1) Confirmación.
- 2) Rechazo.

3) Desconfirmación.

La confirmación es aquel acto comunicativo en el cual un participante de la relación, *A*, acepta (confirma) la definición que otro participante, *B*, da de sí misma. El grado de intromisión habitual en los sistemas aglutinados, como lo es el “psicosomático”, hace poco común este tipo de transacciones. La capacidad de las “familias psicossomáticas” para que todos sus miembros hablen de los pensamientos, emociones y conductas de los demás, pero nunca de los propios, es, como ya se ha dicho, inaudita. Por esta razón, la confirmación puede brillar por su ausencia en esta clase de familias, a pesar de ser considerado por el MRI como un factor clave en el “desarrollo y estabilidad mental” de la comunicación humana. En la misma línea, pero desde un punto de vista más terapéutico, Virginia Satir consideraba un requisito imprescindible que todas sus terapias de familia empezaran con la prescripción a todos sus participantes de intentar hablar desde el “yo”, con intervenciones verbales que sólo hagan referencia a los pensamientos, emociones y comportamientos de uno mismo.

La trascendencia de la confirmación en la comunicación humana no parece tener límites. En opinión de Martin Buber, filósofo y teólogo, “*una sociedad puede considerarse humana en la medida en la que sus miembros se confirman entre sí*”. Parece claro, por alusiones, que la confirmación es una herramienta clave para la autopercepción y la autoestima. Tristemente, en sistemas tan disfuncionales como los “psicosomáticos” la confirmación que *A* realiza de la definición o visión de sí mismo que *B* tiene puede ser sustituida por una respuesta de rechazo. Por ejemplo, *A* puede comunicar a *B* que esos pensamientos o sentimientos que experimenta o esas conductas que ejecuta “no son así”. *A*, por tanto y a priori, sabría mejor que *B* (o al menos esa es la impresión) los propios eventos privados y públicos del mismísimo *B*.

El rechazo, ese mensaje de “tú estás equivocado con respecto a lo que piensas o sientes”, es muy frecuente en la realidad sistémica del PI con su familia. Y puede ir desde la usurpación de cogniciones y actitudes (“*No, lo que realmente le gusta a mi hija es X*”, por ejemplo) hasta la adivinación de vivencias somáticas (“*Mi hijo con su asma no puede jugar al fútbol porque se asfixia*”, por ejemplo). De nuevo, la intimidad de los diferentes miembros de la familia queda “destripada”, obra y gracia de la patológica falta de límites. Sin embargo, hay cosas peores que el rechazo...

Más arriba ya se ha condensado el rechazo en el mensaje descalificador de “*Estás equivocado*”. El rechazo, a pesar del notable ataque que infringe al autoconcepto del receptor, no es, ni por asomo, el peor de los males. Hay algo más terrible que ser el depositario de un “*Estás equivocado*” y es ser víctima de un “*Tú no existes*”. De eso trata la desconfirmación. En la desconfirmación *A* no trata la realidad de *B* en criterios de verdad o de falsedad, sino que simple y terroríficamente la niega. En un ejercicio de indeterminación (que trasciende a la verdad y a la falsedad), se provoca la “pérdida de la mismidad”, ignorando *A* a *B* como ser humano. La desconfirmación ha sido ampliamente estudiada en “familias psicóticas”, siendo un proceso comunicacional muy típico de la esquizofrenia. Recuerde el lector la “hermandad” existente, por parecido estructural, entre “familias psicóticas” y “familias psicossomáticas”.

Pero, a pesar de los pesares, ¿cómo podría darse una desconfirmación en la “familia psicossomática”? A groso modo, la mayor desconfirmación que puede darse en el seno de la esta tipología de familia es ignorar, ser inconsciente, del rol que ocupa el PI en el sistema y la incapacidad de interpretar el síntoma somático con un mensaje que alude no sólo al portador, esto es, al PI, sino a toda la estructura familiar. La designación del PI como chivo expiatorio es

algo más que decirle “*estás equivocado*”. Es todo un acto de “cerrarle la boca”, de ignorarle como fuente de comunicación y de realidad; es comunicarle un invalidante “*tú no existes*”. En particular, la desconfirmación en la problemática “psicosomática” envía un mensaje al menor de “*tú sólo existes como un cuerpo enfermo*”.

Curioso es el concepto de “triangulación desconfirmadora” de Juan Luis Linares (Linares y otros, 2001). La “triangulación desconfirmadora” es la etiqueta científica que representa el “cruel” juego familiar de la instrumentalización que se hace de la negación de la identidad (desconfirmación) que funciona al servicio del conflicto conyugal (triangulación). Tiene, como señala Linares, un “agravio comparativo”: él que la sufre (el PI) suele tener a su alcance a alguien (uno o los dos padres) que disfruta de la atención y el interés que a él se le escapa. Se le añade el vocablo “curioso” a la “triangulación desconfirmadora” ya que es un constructo muy usado en la construcción teórica y en el abordaje práctico de la terapia familia de la psicosis, redundando, aun más, el interesante parecido sistémico entre las realidades “psicosomática” y “psicótica”.

Sin alejarse mucho de la importancia de la “mismidad” el axioma de la TCH de la **puntuación de la secuencia de los hechos** es, quizá, el de mayor poder explicativo de las realidades sistémicas. Como no podía ser de otra forma, sus patologías adquieren cotas relevantes, tanto desde una vertiente teórica como práctica. La convicción de que sólo debe reinar una única visión del mundo, la de uno de los protagonistas en cuestión, y que cualquier realidad alejada de ese “ideal” obedece a un acto de “maldad” o de “locura” es de los mejores combustibles para alimentar círculos viciosos de problemática interpersonal.

Una de las posibles disfunciones es la concepción imperante de causa-efecto. Así por ejemplo, los padres de un adolescente con fibrosis quística entenderán que el comportamiento de su hijo caracterizado, según ellos, por mellas físicas importantes, como el cansancio y la falta de actividad, justificaría, plenamente, su sobreprotección y su intromisión. En el otro lado de la moneda la versión del PI se nutriría de argumentos del tipo de “mis padres son unos pesados”, “mis padres me quitan las ganas de hacer nada” o, el más explícito de todos pero, a la vez, *rara avis*, por su brutal sinceridad, “¿para qué voy a hacer nada si ya están mis padres?”

No muy desencaminada anda la archiconocida profecía autocumplida. La habilidad de estas familias, las “psicosomáticas”, para arropar al más necesitado, al más débil, en este caso al PI, es asombrosa. Pero más sorprendente aún es la nula conciencia de cómo ese tipo de puntuación de la secuencia de los hechos, con las consiguientes conductas, alimentan ese fenómeno que, en un principio, se intentaba evitar. Y es que la sobreprotección es el camino más fácil para sembrar dependencia, no aprendizaje por afrontamiento y, en definitiva, falta de individuación.

La última de las patologías vinculadas a la puntuación de la secuencia de los hechos es el error en la “traducción” entre material analógico y digital. Algo tan antitético como un mensaje analógico puede ser objeto de múltiples e incompatibles interpretaciones digitales. Además, todos los mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional y son susceptibles de fomentar reglas futuras en la relación. Por si fuera poco, el “no”, la negación en una sentencia, es muy fácil de comunicar digitalmente pero imposible de transmitir a través del lenguaje analógico, al carecer éste de funciones lógicas de verdad.

Este último punto es de especial relevancia para la vinculación de esta categoría de patología comunicacional con el fenómeno “psicosomático”. No poder comunicar “no” analógicamente abre la puerta a una vía intermedia entre el proceso digital y el mismo proceso analógico: el

ritual y el mundo de lo simbólico. De acuerdo con Bateson y Jackson, la formación de los “síntomas histéricos” depende de la importancia de la codificación digital versus analógica. Recuérdese a la “histeria” como precedente psicodinámico de los trastornos “psicosomáticos”. Según estos autores, en la patología histérica habría una **retraducción** de los mensajes digitalizados al modo analógico. La incapacidad de metacomunicar aspectos relacionales hace probable, y hasta comprensible, ese “regreso a lo analógico” que podría suponer el síntoma “psicosomático”. Parece ser que la simbolización tiene lugar cuando la digitalización ya no es posible. Esto es coherente con la reticencia del sistema “psicosomático” a la metacomunicación, a la digitalización de las diferencias, por el terrorismo ejercido por el fantasma de la ruptura, vía mito de unidad familiar.

Finalmente se encuentran las *patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria*. Una vez más, se asegura que simetría y complementariedad no son, en sí, ni buenas ni malas, ni normales ni anormales. Ambas, superando toda falsa dicotomía, tienen que estar presentes, aunque en alternancia mutua y actuando en diferentes áreas. No obstante, existen alternativas disfuncionales.

Una de ellas sería la escala simétrica. La simetría, como paladín de la igualdad, genera riesgo de competencia y de “escapada”. Escaladas simétricas conocidas son las discusiones que van *in crescendo* entre dos cónyuges, normalmente por un motivo “anecdótico”. Dentro de una “familia psicosomática” las escaladas simétricas de los dos padres son excepcionales, debido a la poca tolerancia a la tensión y al miedo a la separación. Sin embargo, no son anormales este tipo de escaladas simétricas entre otras diadas, como las de “padre-PI”, “madre-PI”, “abuelo/a-padre/madre”, etc. Como bien puede observar el lector, habrá de todo menos lo concerniente al meollo de la cuestión: el conflicto conyugal. De esta manera se desvía toda la tensión familiar.

La escalada simétrica también puede alcanzar a los mitos familiares. Por ejemplo, puede haber una “simetría de escalada en los sacrificios” por la abnegación (Selvini Palazolli, 1974), con competiciones, totalmente encubiertas, de autocontrol y no satisfacción personal y cuyo origen puede remontarse a varias generaciones atrás, como ya se aludió previamente a través del concepto de “dinámica acumulativa transgeneracional”. Este patológico juego de “*haber quién reniega más de su persona en pos de la familia*” tendrá lamentables consecuencias y el PI no dudará en hacer saber lo inútil de ese sufrimiento mediante una plataforma analógica, su síntoma “psicosomático”.

La otra posibilidad es la complementariedad rígida. La asimetría inherente a las relaciones complementarias las induce a un problema idiosincrático de las mismas: cuando *A* exige que *B* confirme una definición que *A* da de sí mismo y que no concuerda con la forma en que *B* ve a *A*. Por ejemplo, no puede haber una madre sin un hijo. Pero los patrones de la relación madre-hijo se modifican con el tiempo, a no ser que se pretenda un anacronismo, un estancamiento del ciclo vital, como suele darse en las “familias psicosomáticas”. La rigidez no permitirá el cambio adecuado en la relación. Así pues, una serie de interacciones madre-hijo pueden ser confirmadoras en una etapa del desarrollo para, más tarde, llegar a convertirse en desconfirmadoras. Este tipo de relaciones, marca de la casa en los sistemas “psicosomáticos”, están cargados de ambivalencia, pudiendo ser etiquetados por diferentes clínicos como vínculos de “fusión” o de “simbiosis”, con un trasfondo de amor/odio muy intenso.

Se ha observado como las “familias psicosomáticas” evidencian diversas patologías comunicacionales: el síntoma como comunicación, la presencia de doble vínculo, la tendencia al rechazo y a la desconfirmación, el énfasis en la complementariedad rígida, etc. En honor a

este abanico de matices transaccionales, se defiende una concepción compleja, no reduccionista, que no caiga en cantos de sirenas, luchando, por ejemplo, contra los:

“Familia psicósomática = doble vínculo”

O, todavía peor:

“Niño/adolescente con trastorno médico crónico = Problemas comunicacionales en la familia”

Y todavía queda el mayor de los despropósitos:

“Niño/adolescente con trastorno médico crónico = Padres con problema de pareja”

La TCH, con su descripción y explicación de los axiomas y de sus principales patologías, sólo busca enriquecer esa óptica de la complejidad tan anhelada para los trastornos “psicósomáticos”. No cabe duda de lo específico, “molecular” y, a veces, brillante, del análisis pragmático del fenómeno “psicósomático”, pero esto no llega a ser un nivel de explicación más en este “universo”. Precisamente, un nivel de explicación que apuntilla la hipótesis del síntoma “psicósomático” como un mensaje del sistema.

Tras esta disección pragmática del fenómeno “psicósomático”, y sin ánimo de desentonar mucho, se presenta una pareja de conceptos muy interesantes, “cosecha propia” de la escuela estratégica, y que busca ahondar más en la explicación de la realidad circular de la sintomatología “psicósomática”: la diferencia entre **dificultad v problema** (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Desde un punto de vista léxico da la sensación de que dificultad y problema son parecidos, dos términos análogos. No sería ninguna temeridad afirmar que incluso son sinónimos. Para el MRI, por cuestiones técnicas, no lo son.

Por “***dificultad***” se entendería aquel estado de malestar que, o bien puede resultar transitorio o, por el contrario puede ser indefinido y que conllevaría un comportamiento de aceptación del mismo. Las dificultades, de acuerdo con lo dicho, se referirían a situaciones normales, naturales, a circunstancias típicas del “vivir”. La dificultad, como consecuencia inevitable de la existencia, no precisaría solución ninguna.

El “***problema***”, sin embargo, supondría un estado de malestar, en principio, permanente. El sufrimiento que arrastra es considerable y suele ir acompañado del intento del sujeto por solucionarlo. Para los estratégicos la transición entre dificultad y problema es, desgraciadamente, muy simple: hacer un “mal afrontamiento” de una inclemencia natural convierte a una dificultad en un problema. Se tratará de clarificar la distinción con un ejemplo, para más *in ri* adaptado a la temática “psicósomática”.

Se le pide al lector que visualice la siguiente viñeta: después de un día normal, sin mayores incomodidades que las surtidas por el día a día, usted llega a casa bien entrada la tarde. En pocas horas la tarde deja paso a la noche y tras una entretenida y no copiosa cena se dispone a llevar a cabo los prolegómenos de turno (conversación con la pareja, revisión del correo electrónico, visionado de televisión y lectura). El cansancio, así como la amenaza de una pronta

venida del próximo día, le sugieren meterse en la cama, esperando que el sueño, como si de un acto divino se tratase, le invada y ponga punto y final a este día.

Sin embargo, en ocasiones el dios Morfeo puede ser caprichoso y jugar con los mortales. El sueño se retrasa, no llega, y este es sustituido por la desesperación. En pleno uso de sus facultades mentales usted decide usar una estrategia popular, de esas que se transmiten de generación en generación: forzar el sueño. Se abriga más con la manta o se destapa, aumenta más la oscuridad de la habitación, se levanta a hacer uso del urinario o le da por comer. Pero la picardía de este dios no tiene fin (al menos esa noche) y no consigue conciliar el tan preciado sueño. Ante tanto sadismo divino no queda otra sino aplicar “*más de lo mismo*”, reforzando la tarea de pelear cara a cara con una entidad sobrenatural, a pesar de su sospecha más profunda de que en este enfrentamiento “divino-mortal”, usted, humano, aunque racional donde los haya, está condenado a la derrota. Finalmente, y con el despertador y su “tic-tac” martirizante como telón de fondo, se rinde ante la evidencia, esa que dicta que ya es de mañana y que, inoportunamente, usted tendrá que afrontar un nuevo y duro día en pésimas condiciones.

Este caso de “insomnio puntual” es, como bien sabrá el lector, algo habitual, “*una de las incomodidades de ser persona*”. Lejos de ser una patología o una manifestación de un trastorno psicológico se trata de una circunstancia natural y en la mayoría de los casos pasajera. Sin embargo, la etiqueta diagnóstica de “insomnio crónico” no es menos conocida por la cultura no médica y haría alusión a un estado de malestar significativo cuyo mantenimiento en el tiempo lo descarta como algo anecdótico. La diferencia entre este “insomnio puntual”, relativamente frecuente y normal, y el otro “insomnio crónico”, más clínico y asociado a una interferencia vital, ilustra perfectamente la división entre dificultad y problema.

Una vez arrojada luz sobre la distinción entre dificultad y problema dos preguntas pueden sobrevolar la mente del lector. A saber:

1º) *¿Cómo se puede pasar de un estado de dificultad a un estado de problema?*

2º) *¿Cómo puede aplicarse esta terminología al campo de la “psicosomática”?*

Para la primera pregunta, en relación a la transición entre “estado de malestar natural” y “estado de malestar crónico”, inexorablemente hay que rescatar el constructo de **solución intentada ineficaz** (SII) (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Merece la pena tener en cuenta que la dificultad, por mera definición teórica, no requiere intento de solución por parte del protagonista o protagonistas (si se tratará., por ejemplo, de una familia) ya que por si sola desaparecería o, simplemente, tendría que ser aceptado por el individuo sin más, sin un “sobreesfuerzo” añadido. Así pues, la mejor receta contra una noche de insomnio, de dificultades para iniciar y/o mantener el sueño, que no goza de explicación grandilocuente y que será pasto del tiempo, es, ni más ni menos, no tratar de forzar el sueño. El intento deliberado de conseguir el sueño sería, en este caso, contraproducente ya que revertería en un mayor insomnio. A esto, a la forma de “inventarse” un problema a partir de la aplicación de una solución errónea es lo que se conoce como solución intentada ineficaz.

La SII, como piedra angular de la terapia estratégica, también puede ser empleada como herramienta heurística para el fenómeno “psicosomático”. La presencia de diferentes molestias corporales además del insomnio, tales como episodios de diarrea, de estreñimiento, de temblores, de dolores de cabeza, de tensión muscular o de ganancia ponderal, por citar algunos ejemplos, y respetando una temporalidad limitada, son hechos y circunstancias a las cuales el

ser humano tiene que habituarse en el devenir de su existencia. Como situaciones naturales, con un principio y un fin, o “infinitas” pero no terribles, no es necesario aplicar soluciones o intentos de solución sobre ellas ya que, de lo contrario, podría ser contraproducente. El MRI, en definitiva, ve en el trastorno “psicosomático” una paradoja, concretada en el concepto de SII.

Por ejemplo, en un caso de “síndrome de intestino irritable” (también conocido, curiosamente, como SII) con la presencia de repetidos episodios de deposición el sujeto reacciona operando la siguiente lógica:

- 1- “*Ir al baño tantas veces es malo*”.
- 2- “*Tengo que hacer algo para evitarlo*”.
- 3- “*Si no funciona, tengo que aplicar más de lo mismo*”.

Se parte de una concepción muy negativa de un estado que, biológicamente, puede ser natural, no patológico, como es el caso de ir con una frecuencia “alta” al baño. La construcción de esa realidad como negativa, no deseada, activa el siguiente paso: intentar erradicarla. Y ahí es donde entra en acción la SII. Es posible que el paciente modifique su dieta, haga una ingesta masiva de medicamentos, cambie su rutina vital o tense más músculos de lo normal, todo para evitar esa realidad “dolorosa”. La guerra ha empezado, con un lamentable resultado paradójico: un aumento de las veces que va al baño, con la consiguiente interferencia vital.

El constructo de SII no implica una realidad universal. En primer lugar, las SII han de personalizarse según el sujeto y el sistema. Cada persona, así como sus familiares, pareja o compañeros, pueden reaccionar muy diferentemente ante una misma “realidad de primer orden”. El diagnóstico de las SII imperantes ha de hacerse *ad hoc*, individualizando el caso. En segundo lugar, las SII no niegan la existencia de otros niveles de explicación. Por ejemplo, en un caso de diabetes un enfoque estratégico no ignoraría una evidencia biológica palpable, como tampoco lo haría en un caso de asma. En ambos trastornos la predisposición o vulnerabilidad biológica es el escenario donde actúan las SII. Por tanto, la SII como constructo teórico-práctico no es una herramienta del temido reduccionismo.

Hechas estas aclaraciones, al reconocer el no omnisciente poder explicativo de la SII y la necesidad de ajustarla a cada realidad sistémica, es necesario progresar hacia dos conceptos claves para entender la “danza” entre dificultad y problema, con la SII como “bisagra”. Se trata del cambio-1 y el cambio-2 (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). El cambio-1 supone un cambio desde *dentro* del sistema. Es de naturaleza cuantitativa y funciona según el principio de hacer “más de lo mismo”. El cambio-2, por el contrario, se realiza desde *fuera* del sistema. Es claramente cualitativo y, por así decirlo, se “salta” las leyes de la lógica, mostrándose por tanto como algo paradójico. Supondría un “metacambio”. La mejor manera de entender el contraste entre cambio-1 y cambio-2 es la metáfora del barón de Münchhausen y de su coleta (Watzlawick, 1988).

Dice la historia que el barón de Münchhausen en pleno viaje a caballo tuvo la mala fortuna de toparse con un agujero de proporciones bíblicas. Tuvo tan “mala sombra” que, en su intento por esquivarlo, se precipitó en él, quedando atrapado. La situación para el barón era preocupante: en condiciones angostas, con el anochecer acechando, tenía que apañárselas para escapar, con las únicas herramientas de su mente y su cuerpo. Desamparado, sin ayuda ni asistencia externa, comprendió que los gritos de socorro carecían de sentido. Sin embargo, y a pesar de lo desesperado de su estado, el barón no desistió y tuvo una “curiosa” idea: ya que nadie le podía sacar del agujero sería él mismo quién se sacaría, tirándose de la coleta. La lógica del plan aún

no siendo aplastante sí era atractiva. El barón decidió emprender tal acción, encontrándose, como era de esperar, con el fracaso de su procedimiento.

Pero, lejos de arrugarse, el barón no se dio por vencido y siguió confiando en su plan, con el razonamiento subyacente de que lo que fallaba no era la idea, perfecta y brillante a su juicio, sino la ejecución y el actor. De acuerdo con esto, decidió aplicar “*más de lo mismo*”, tirando de su coleta con más y más fuerza. El final de esta historia se dejará abierto, evitando melodramas innecesarios, basta con decir que el barón acabó agotado, maldiciéndose a sí mismo y con una reducción drástica de su cuero cabelludo...

La historia del barón de Münchhausen, en tono metafórico y desenfadado, explica muy bien la diferencia entre cambio-1 y cambio-2. El barón se vio en un contexto en el cual se requería una acción desde el exterior para “desbloquear” el sistema. Él mismo decidió anular esa necesidad con una conducta autorreflexiva, es decir, tirándose de su propia coleta. Los resultados no contradicen la lógica ordinaria: fue incapaz de salir del agujero de esa manera. Esto constituye un claro ejemplo de cambio-1, donde el sistema trata de modificarse desde dentro, a través de una vertiente cuantitativa y basada en el principio de hacer “más de lo mismo”. El cambio-1 puede resumirse en la siguiente sentencia:

“Cuanto más cambia algo, más permanece lo mismo”

En contraposición, el cambio-2 supone una variación del sistema desde fuera, necesitando, ahora sí, de ese elemento externo, ajeno a lo normal. Lo cuantitativo deja paso a lo cualitativo, a lo distinto y, por qué no, a lo sorprendente e irónico. El cambio-2 es, por naturaleza, ilógico y paradójico. Lo chocante del cambio-2, que puede vivirse como algo incontrolable e incomprensible, es el precio a pagar por un cambio de la estructura del sistema, un auténtico cambio o “metacambio”, como alternativa al “juego sin fin” del barón de Münchhausen en su esfuerzo por lograr el cambio del sistema desde dentro (o sea, un cambio-1) que produce un mero “cambio superficial”. El lema del cambio-2 pues, es así de sencillo y de potente a la vez:

“Hacer algo diferente”

El lector, en un alarde de anticipación, ya sabe que la solución al problema del barón de Münchhausen pasaba por la ayuda de un “buen samaritano”, alguien que le tendiese la mano y le ayudara desde fuera a salir de la zanja. Asociar el final feliz con el cambio-2 es tentador, pero incurriría en un error epistemológico, esto es, considerar el cambio-1 como “malo” y el cambio-2 como “bueno”: en pocas palabras, la amenaza del reduccionismo. Se tratará de desmitificar esto con un ejemplo muy conocido:

Aprender a conducir un automóvil es uno de los rituales que, simbólicamente, ayuda al paso de la adolescencia a la adultez. Instrumentalmente, el automóvil es un recurso de las ciudades occidentales. Además, conducir un coche se ha convertido, por derecho propio, en un icono de la cultura pop, evocando una serie de valores muy bien aprovechados por el mundo de la publicidad y del marketing. Consciente de todo ello, los psicólogos usan la conducción y el mundo del motor para generar un montón de metáforas, símiles y analogías. Por ejemplo, para este menester interesa tratar el tema de la aceleración y el cambio de marchas. Cuando un conductor busca más velocidad, por motivos experienciales o por exigencias viales, simplemente tiene que acelerar más, “pisar a fondo”. Sin embargo, llegará un momento en el que ese “pisar más” ya dejará de ser efectivo para su propósito y requerirá un “algo más”, bajo el peligro de “gripar” el motor. Ese “algo diferente” lo representa el cambio de marchas, que

supone la introducción de un elemento externo, la palanca de cambios, para ejercer una modificación en el sistema de correas de distribución.

Como puede apreciarse en esta analogía el cambio-1 tiene que ver con el acto de acelerar, de hacer “más de lo mismo”, pisando más fuertemente el pedal, y el cambio-2 con hacer “algo diferente”, es decir, el cambio de marchas. La experiencia del conductor le dice que ambas acciones son imprescindibles y que no hay una mejor que otra. De la misma manera, cambio-1 y cambio-2 no son rivales, no habiendo “vencedores” ni “vencidos”. Llegados a este punto, y con toda la información desplegada, no hay evidencias que asocien el cambio-2 a la “normalidad” y a lo saludable y el cambio-1 a la patología o, específicamente, a los trastornos “psicosomáticos”. Esto último resultaría, por enésima vez, un intento de explicación de la realidad reduccionista.

En función de todo lo mencionado hasta ahora, vincular trastornos “psicosomáticos” con “problema” y no con “dificultad” es lo único que está claro. Sin embargo, “rizando el rizo”, se puede aspirar a integrar un mayor número de niveles de explicación, correlacionando díadas de conceptos como los de “dificultad-problema” y “cambio-1-cambio-2”. ¿Cómo puede coordinarse este baile de parejas? Gracias a la SII, es decir, a cómo se transforma una dificultad en un problema. Para la escuela estratégica hay tres maneras de convertir una dificultad en problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974):

a) La *simplificación* → Esta forma de “mal afrontamiento” de un problema consiste, sencillamente, en negar la existencia del mismo. Desde la perspectiva estratégica supondría la no aplicación de una solución cuando realmente sí se necesita. Como es de suponer el problema irá en aumento y, para colmo, cualquier persona que intente señalar el problema al protagonista o protagonistas será tomado por “loco” o por “malvado”.

b) La *utopía* → Representa la búsqueda de un estado final de cosas libre de sufrimiento y de problemas. Un estado, por definición, no factible. Este afrontamiento, técnicamente, conlleva aplicar soluciones a situaciones que no son problemáticas *per se* y sí dificultades normalizadas o inexistentes. Se ejecutaría una acción cuando no se debería emprender. El fracaso de la utopía se introyecta, en forma de ataque a la aptitud personal, o se proyecta, atacando a familiares, amigos y/o sociedad, colgándoles el cartel de “locos” o “malvados”.

c) La *paradoja* → En este tipo de problemas sí hay un requerimiento “objetivo” de solución pero el protagonista o protagonistas lo aplican en el nivel lógico inadecuado. Así pues, se intenta un cambio-1 en una situación que tan sólo puede modificarse a partir de un nivel lógico superior, o bien, se intenta un cambio-2 cuando resultaría adecuado con simple un cambio-1. Con ello, los objetivos anhelados no sólo no se consiguen sino que, poco a poco, se alejan más.

De estos tres estilos de crear problemas a partir de dificultades “naturales” es la **paradoja** la que mejor se encuadra con el fenómeno de los trastornos “psicosomáticos”. Para ahondar en esta tesis hay que trasladarse hasta la clasificación de los problemas psicológicos que el MRI tan sintéticamente propone (Fisch, Weakland y Segal, 1982) y que puede observarse en la tabla 5.

La categoría problemática que con mayor probabilidad se pudiera asociar con la sintomatología “psicosomática” es la primera, conocida como “*el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo*”. Las dolencias adjuntadas a este grupo suelen ser, en

un principio, intrapersonales, es decir, relativas a uno mismo. Actúan en un escenario muy particular: sobre el funcionamiento corporal o el rendimiento físico. Las “patologías” de esta categoría pueden ser:

Categoría	Ejemplos
Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente.	Depresión, dolor crónico, insomnio, impotencia, etc.
Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.	Fobias.
Intento de llegar a un acuerdo mediante oposición.	Escaladas simétricas.
Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.	Conflictos pareja, padres/hijos.
Confirmación de la sospecha mediante la autodefensa.	Celos.

Tabla 5: Clasificación de los problemas psicológicos del MRI (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

- Rendimiento sexual (trastorno de erección, eyaculación precoz, vaginismo, anaorgasmia, etc.).
- Funcionamiento intestinal (estreñimiento, diarrea, etc.).
- Función alimentaria (obesidad, anorexia, atracones, etc.).
- Función urinaria (urgencia, frecuencia o imposibilidad de miccionar).
- Función psicomotriz (tics, temblores, espasmos, tartamudeo, etc.).
- Funcionamiento respiratorio (hiperventilación).
- Dolor crónico.
- Trastornos del sueño (insomnio de conciliación o de mantenimiento).
- Sudor excesivo.

Estos y otros problemas obedecen a la paradoja de “*¡Sé espontáneo!*”. En la mayoría de los casos se tratan de funciones orgánicas que no están bajo el control directo del ser humano y que experimentan fluctuaciones normales. Por ejemplo, recordando el celebre (e incomodísimo) ejemplo del insomnio, nadie, ningún ser humano, está libre de padecer épocas, o simplemente noches, donde le cuesta en mayor o menor medida conciliar y/o mantener el sueño. Es lo que entraría en el campo de las “dificultades”, por su carácter natural y transitorio, y no en el coto de los “problemas”, ya que no precisan solución. El problema, el auténtico “problema”, llega cuando se intenta poner fin o arreglar esta situación inevitablemente dolorosa pero normal.

La hipótesis estratégica avenida a los trastornos “psicosomáticos” viene a decir que este tipo de “personas psicosomáticas”, que padecen de insomnio crónico, colitis ulcerosa u obesidad, experimentan en un principio situaciones orgánicas usuales, que son incapaces de tolerar y que en sus empeños de escapar de ellas, paradójicamente, quedan atrapados crónicamente en ellas. Ello no niega, por supuesto, la existencia de otros niveles de explicación, fundamentalmente el biomédico. Ni tampoco la influencia del resto de elementos del sistema, como padres, pareja o amigos que pueden aplicar SII sobre el problema “psicosomático” del paciente, al pedirle que, deliberadamente, sea espontáneo, esto es, que concilie el sueño esforzándose, que no tenga que ir al baño asiduamente, que no tenga hambre, que no vea la comida como apetitosa, etc. En otro

momento podría tratarse el tema de la anorexia y otros TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) y de cómo los familiares (los padres, esencialmente) en su intento bienintencionada para que su hija coma contribuyen aún más a desnaturalizar la comida, despojando a la paciente de las pocas ganas de comer que podría tener.

Este tipo de pacientes, “sobreesforzadores” por naturaleza, con tendencia a desnaturalizar lo espontáneo y automático, pueden por ejemplo, intentar controlar su función intestinal al milímetro, facilitando episodios de incontinencia, adentrándose así en un circuito de control-descontrol. El ansia control total se traduce, comportamentalmente, en un resultado totalmente opuesto: la “invasión” masiva que el paciente sufre por parte de esas manifestaciones corporales, lo que garantiza una interferencia vital significativa. Aún así, no sólo de paradojas tiene que vivir la “psicosomática” y también puede “pecar” de simplificadora y de utópica. Por ejemplo, y en relación con la **simplificación**, cómo el sistema “psicosomático” se esconde detrás del mito de la armonía, evitando todo tipo de conflictos, se define también como negador de problemas, jugando al “*juego de no querer ver el juego*”, haciéndose estos cada vez mayores. Y pobre de aquel que los intente solucionar, porque será acusado de “loco” o de “malvado”.

También, a su vez, puede haber a parte de simplificación un ejercicio de **utopía**, al desear un futuro sin problemas, sin conflictos y sin riesgos, donde la discusión o la separación sean palabras de otro mundo. Se aspiraría a un imposible, o sea, a permanecer siempre unidos y, a la vez, saludablemente. Para ello la “familia psicosomática” se abandonaría a la “*solución última y absoluta*”, es decir, a la ofertada por el mito de la unidad, y que tiene que ver con conductas de hermetismo, intrusión y sobreprotección. Todos los valores de abnegación, de sacrificio y de puritanismo tienen como núcleo central un razonamiento utópico, el de que la vida es dura y los éxitos tienen que pagarse caros, viendo la ausencia de problemas como un problema mismo. Por supuesto, y concluyendo, la “familia psicosomática” jamás tendría la osadía de cuestionar los mitos familiares de unidad y armonía familiar, y en caso de fracaso recurrirían a la fórmula de intentar localizar el defecto en la ejecución (y no en el plan) para luego redoblar esfuerzos, en un acto de “más de lo mismo” (cambio-1). Todo ello se concentraría en:

“El fallo no está en la doctrina, sino que esta ha caído en manos impuras”

Una mayor profundización de los trastornos “psicosomáticos”, desde un punto de vista estratégico, lo puede aportar el “**Centro de Terapia Estratégica**” (CTS) de Arezzo, en Italia, dirigido por Giorgio Nardone y co-fundado con Paul Watzlawick. Con semejantes “padres” es lógico pensar que el CTS es un fiel heredero de la tradición teórica-clínica del MRI o, por qué no, una versión mejorada del mismo. Lo cierto es que Nardone y su equipo, siguiendo una metodología de “*intervención-investigación*”, han tratado de elevar la terapia estratégica al estatus de “científica”, realizando estudios de eficacia y de eficiencia y operativizando las “soluciones ensayadas” (SII), buscando la explicación de los trastornos psicológicos a través de las intervenciones clínicas. Esta forma de “conocer un problema a través de su solución” ha permitido al CTS desarrollar protocolos de tratamiento psicoterapéutico para distintos grupos de trastornos: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimenticia, trastornos psicóticos, etc.

Lamentablemente, todo el rigor científico del grupo de Arezzo no ha podido ser aplicado, al menos directamente y hoy por hoy, a los trastornos “psicosomáticos”, al no existir protocolos para ellos. No obstante, es posible trasladar algunos de los principios “teóricos” más importantes del CTS al campo de la “psicosomática”, a sabiendas de que lo fundamental del

grupo de Nardone no es la teoría sino la práctica, es decir, las formas de bloquear las SII y solucionar un problema. A pesar de que más adelante se dedicará todo un apartado a la práctica de este tipo de terapia en los trastornos “psicosomáticos”, merece la pena destacar una serie de términos básicos.

El primero de ellos es el **sistema perceptivo-reactivo** (Nardone y Watzlawick, 1993). El sistema perceptivo-reactivo representa la circularidad existente entre la forma de percibir las cosas, el proceso de categorización del mundo y el repertorio comportamental, de funcionamiento, del sujeto/sistema. En términos constructivistas se definiría como la manera en la que la realidad de segundo orden condiciona nuestra forma de vivir en el mundo. Muy en la línea del determinismo recíproco de Bandura (Bandura, 1989), el equipo de Arezzo rompe con las doctrinas lineales que colocan primero el pensamiento y luego, como consecuencia, la conducta, enfatizando la bidireccionalidad.

El sistema perceptivo-reactivo, como constructo, puede ser receptor, de forma genérica, de dos calificativos: abierto o estrecho. El grado de apertura o de cerrazón de esta forma “circular” de percibir y de reaccionar ante el mundo constituye, obviamente, un continuo. Una “estrechez de miras”, es decir, una forma rígida y limitada de categorizar el “mundo de las cosas”, correlacionaría con un rango de conductas disponibles muy reducido. Todo ello es el contexto ideal para el surgimiento, desde este planteamiento estratégico, de las SII. Se presupone que en los trastornos “psicosomáticos” habría una considerable rigidez en el sistema perceptivo-reactivo del individuo y/o familia. Sin ánimo de cansar al lector, se insiste en que la existencia de SII no es sinónimo de rigidez en el sistema perceptivo-reactivo, ahuyentando fantasmas de causalidad lineal y de reduccionismo.

Una forma gráfica, casi “experiencial”, de comprender esta rigidez del sistema perceptivo-reactivo es intentar resolver el *problema de los nueve puntos* que según el CTS (Nardone y Watzlawick, 1993) ejemplifica muy bien el problema de la fijación funcional, que en términos de la Psicología del Pensamiento, se produce en los trastornos psicológicos y, por tanto, en los trastornos “psicosomáticos”. Este “endurecimiento de las categorías” (Cade y O’Hanlon, 1995) explicaría muy bien, en definitiva, la parte más cognitiva de los trastornos “psicosomáticos”.

Una de las aportaciones más enriquecedoras del grupo de Nardone es el rigor en la operativización de las variables clínicas. Así pues, el sistema perceptivo-reactivo puede concretarse en un **triple sistema de relaciones** (Nardone y Watzlawick, 1993). El ser humano, desde esta óptica perceptivo/conductual, se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo (o con su visión del mundo). La rigidez que muestra el paciente “psicosomático” está presente en su interacción con su propia realidad, incluyéndose pensamientos, emociones, sensaciones físicas, etc; y también en su vinculación con otras personas y en su manera de entender y de discurrir por el mundo. Probablemente, la paradoja de “*¡Sé espontáneo!*” lejos de acotarse a, por ejemplo, la relación que el paciente tiene con su propio aparato digestivo, se contagia a todo su realidad interpersonal y sistémica.

El alumno (esto es, Nardone) supera al maestro (Watzlawick) al trasladar la visión sistémica de las relaciones con los demás a la relación, intrapersonal, de uno consigo mismo, es decir, con su propia “mente” y “cuerpo”. La sintomatología “psicosomática”, por lo tanto, desvela un tipo de funcionamiento intra e interpersonal rígido, dominado por el afán de control y por la paradoja. Ya poco importa qué fue antes, “si el huevo o la gallina”, es decir, si la relación desnaturalizada con el propio cuerpo fue antes que la manera de vincularse con los demás

desde la estrechez o si fue al revés. Tampoco es necesario hacer un juicio sobre qué nivel de funcionamiento es el preponderante, si el intrapersonal o el interpersonal.

De cara a la “tormentosa” relación que el paciente “psicosomático” mantiene con su cuerpo, y sin entrar en viajes retrospectivos de causalidad lineal, parece relevante saber cómo se mantiene esa circularidad paradójica tan nociva. En este sentido, puede ayudar la conceptualización teórica que Nardone y su grupo proponen para los trastornos de ansiedad (Nardone, 1997). Según este autor, los trastornos de ansiedad se basan en una serie de SII caracterizadas por la focalización excesiva de la atención a pensamientos, emociones y sensaciones categorizadas, subjetivamente, por el paciente como “aversivas” o “angustiosas”. Por ejemplo, centrar la atención de forma predominante en el latido cardíaco o en la tasa respiratoria provoca un incremento de la misma, con la natural reacción de desasosiego. Siguiendo esta lógica, los pacientes “psicosomáticos” emplean la mayor parte de sus recursos cognitivos a rumiar y a atender sus funciones orgánicas.

La hiperfocalización de la atención en los movimientos y procesos gastrointestinales sería una de las SII que ayudaría al mantenimiento y cronificación del síndrome de intestino irritable o la colitis ulcerosa. Da la sensación que un proceso que un principio es automático e inconsciente acaba convirtiéndose, de manera contranatural, en algo controlado y consciente, con la consiguiente carga perniciosa. El escuela de Arezzo habla de la **espiral del miedo** (Nardone, 1997) para hacer referencia al proceso mediante el cual el sujeto se sumerge en el intento ineficaz de controlar su cuerpo y su mente por miedo a descontrolarse, produciéndose una profecía autocumplida, esto es, dándose un auténtico trastorno de ansiedad. A continuación se aprecian perfectamente los pasos de esta “bajada a los infiernos”:

1º Primer hecho, real o imaginario, que provoca **la primera sensación, o sospecha de sensación, de miedo**.

2º **Primeros intentos de solución personales e interpersonales** para reducir o controlar el miedo.

3º **Alivio momentáneo del miedo** a causa de las soluciones intentadas, pero aumento y **agravamiento de la sintomatología**.

4º Incremento de las soluciones intentadas y posterior agravamiento del problema. Aparecen **ventajas secundarias** (evitación de responsabilidades, atención familiar, etc.)

5º Las soluciones intentadas se convierten algo **automático y espontáneo**, que ya no exige esfuerzo cognitivo y no pueden detenerse, irrefrenables, a pesar de la consciencia del sujeto, ya no sabe actuar de otra manera.

6º Constitución del sistema perceptivo-reactivo frente a la realidad, con su equilibrio disfuncional. **Un sistema rígido e incapaz de modificarse por la razón**.

Aunque esta espiral del miedo se ajusta como un guante el intento de explicación de las variables que actúan sobre la persistencia de los trastornos de ansiedad no parece muy desviada como posible heurístico de comprensión del fenómeno “psicosomático”, de cómo, poco a poco, la persona y sus circunstancias van girando en torno a una sintomatología, en principio, totalmente “sana”.

El CTS, tan amante de los recursos lingüísticos como poderosas herramientas psicoterapéuticas, suele emplear dos grandes metáforas para hacer patente esos inconvenientes del “exceso de atención”, del paso de procesos automáticos a procesos controlados. Una de esas metáforas es la fábula de la hormiga y el ciempiés (Nardone y Watzlawick, 1990), que viene a decir lo siguiente:

“En una bonita mañana primaveral una hormiga decidió salir a la superficie, cansada de su oscura y laboriosa vida. En plena travesía campestre tuvo la fortuna, no sólo de toparse con los rayos del sol y con el colorido del escenario, sino también con un ciempiés. Largo e imponente, como él solo, el ciempiés levantaba la admiración de la diminuta hormiga. A pesar de las diferencias de tamaño la hormiga se atrevió a preguntarle al ciempiés la siguiente cuestión, fruto de su interés genuino: ¿Cómo haces para andar tan coordinada y elegantemente con todas tus cien patas y sin caerte? El ciempiés sorprendido por la pregunta del tan “ridículo” ser decidió dar una respuesta. En su intento por corresponder a la hormiga comenzó a reflexionar sobre aquello que se le preguntó y con ello a prestarse atención a su forma de mover todas sus extremidades. Al poco tiempo el ciempiés cayó al suelo, sin saber ni cómo había acabado tirado ni cómo podría volver a andar otra vez”.

Otra de las metáforas es la del gato en el saco (Nardone, 1997), que viene a comparar las funciones corporales autonómicas (las que se escapan del control directo humano) con el hecho de intentar meter un gato en un saco, de forma deliberada. El hecho de tratar de controlar al gato es contraproducente ya que el gato reaccionará desde la agresividad, volviéndose cada vez más difícil la empresa de meterlo en el saco y recibiendo cada vez más arañazos y mordiscos. En vez de todo esto, lo más útil es cesar en el intento de encerrar al gato y en cambio tratar de amaestrar al gato a través de su aceptación, haciéndose amigo de él. Quizá, de esta manera, nunca se llegue a gobernar absolutamente sobre la voluntad del felino pero rara vez seremos atacados por él, manteniendo entre ambos una relación cordial.

Ambos relatos hacen alusión a lo pernicioso de una hiperfocalización de la atención en aquellas partes o funciones del cuerpo que se escapan del control más voluntario y directo del ser humano, con graves consecuencias. Las “familias psicósomáticas”, por alusiones, son expertas en intentar meter sus emociones y contrariedades físicas en un saco, con sus correspondientes y perniciosos efectos. Es decir, se está haciendo alusión a todas aquellas SII que el paciente “psicósomático” acata sobre su propio cuerpo y que, paradójicamente, ayudan a crear la cuna del trastorno “psicósomático”.

Una vez cerradas las posibles aportaciones del CST al campo de los trastornos “psicósomáticos” es hora de hacer un balance sobre los conceptos estratégicos más interesantes de cara a la sintomatología “psicósomática”, buscando **conclusiones**:

1º El síntoma psicósomático es una forma de comunicar: La ausencia de metacomunicación impide contemplarlo e interpretarlo como tal.

2º Doble vínculo, rechazo, desconfirmación y complementariedad rígida son, comunicacionalmente, los principales “pecados” de la familia psicósomática, todo ello en el contexto de la triangulación.

3º El trastorno psicósomático nace, originariamente, de una “dificultad” que se acaba convirtiendo en un “problema”. El “problema” es, en esencia, la paradoja de “¡Sé espontáneo!”,

la aplicación de una solución en un nivel lógico equivocado: es decir, inducir un cambio-1 cuando se requiere un cambio-2 o provocar un cambio-2 cuando lo necesario es un cambio-1.

4º El sistema “psicosomático” puede participar adicionalmente de simplificaciones, con el “juego de no querer ver el juego”, y de utopías, buscando la “solución última y absoluta” y viendo en “la ausencia del problema un problema”.

5º Las soluciones intentas ineficaces a este problema son, en sí mismas, el auténtico problema. Pueden darse en un contexto interpersonal y también intrapersonal y sobre la base de una rigidez perceptiva-reactiva.

Antes de finalizar este epígrafe estratégico en los trastornos “psicosomático” merece la pena tratar la figura de Cloé Madanes y su particular aplicación del enfoque de la terapia estratégica al campo infanto-juvenil. Madanes, la que fuera pareja profesional (y sentimental) del genial y controvertido Jay Haley, supo llevar toda la magia y eficacia de la terapia estratégica al área de los niños y adolescentes, con una curiosa propuesta: el síntoma del PI como la manera que tiene el infante o adolescente de “proteger” a sus padres (Madhanes, 1992). El PI estimaría que sus padres son incapaces de resolver un conflicto, en la mayoría de las ocasiones de pareja, y ante tal inoperancia actuaría desde su síntoma, para salvaguardar a sus padres de un “mal mayor”.

Esta **función protectora del síntoma** del PI, por supuesto, puede trasladarse a la noción de los trastornos “psicosomáticos”. La tesis de Madanes podría conceptuarse como “estratégica-estructural”, ya que recoge gran parte del legado estructural sobre el cómo y el para qué de la sintomatología psicopatológica del niño/adolescente en el sistema familiar y además añade elementos estratégicos, sobre todo de cara a la práctica clínica, recurriendo a intervenciones paradójicas que en algún caso podrían considerarse como “lúdicas”. La función protectora del síntoma “psicosomático” va más allá del clásico “que mis padres no se separen”, que también pudiera ser. Más allá de convencionalismos típicos de la psicología popular, el beneficio del síntoma del PI debe ajustarse a la configuración sistémica de la “familia psicosomática” y, en concreto, a un serio problema de jerarquía.

4.4. Otras aportaciones

En este apartado se dedicará un reducido espacio a cuatro términos cuya vinculación a los trastornos “psicosomáticos” podría enriquecer esa preciada y anhelada óptica de la complejidad. Los conceptos en cuestión son cuatro y serían estos:

- 1º) El espectro de “familias psicosomáticas” y la individuación.
- 2º) El conflicto de roles.
- 3º) El constructivismo.
- 4º) La alexitimia.

Otra de las figuras ilustres en el área de la terapia de familia que ha estudiado con gran ahínco los trastornos “psicosomáticos” ha sido Helm Stierlin. En el contexto de la Universidad de Heidelberg (Alemania), Stierlin intentó trazar los mapas de la “psicosomática” sobre todo en relación con la llamada “**psicosomática del cáncer**”. En palabras de este autor, el cáncer es algo

Por **individuación** se entiende la capacidad de definir las propias fronteras, de diferenciarse y de autoafirmarse. La individuación, como “acción”, se da *con* y al mismo tiempo *contra* las personas de referencia de la persona. Sintetizando, habría una individuación con y una individuación contra, independientemente de la edad y de la etapa del ciclo vital. La individuación con es necesaria porque el ser humano no puede evolucionar si no es en un contexto interpersonal, con otros como él, ya que nadie nace, crece y muere en un vacío. La individuación contra, por su parte, también es imprescindible debido al legítimo derecho del ser humano de tener y expresar sus propios pensamientos, emociones y sensaciones y de poder ejecutar las conductas que desee, estableciéndose límites correctos entre los eventos privados y públicos de unas personas y de otras. La individuación contra supone, por tanto, la habilidad de poder criticar y defenderse.

En las denominadas “familias psicósomáticas”, el PI, como “cabeza más reluciente”, no tiene inconvenientes en desarrollar adecuadamente un proceso de individuación con, cercano y apoyado por sus figuras significativas, pero encuentra severas dificultades para llevar a cabo la individuación contra, debido a lo prejuicioso de estos sistemas con el desacuerdo, la disparidad de opiniones y, en definitiva, el conflicto.

No hay, a juicio de Stierlin, individuación sin **delegación**. La manera en la que cada uno de nosotros internaliza los distintos tipos de tareas que nos han sido delegadas, determina si somos capaces o no de crear en nosotros un espacio libre de la individuación contra, o sea, una afirmación de sí vivida conscientemente, sin sentimiento de culpa, con entusiasmo y satisfacción. De la delegación, consecuentemente, se deriva la **vinculación** o **rechazo**. Stierlin, en este sentido, diferencia entre delegados “*atados*” (su misión es permanecer prisioneros permanentemente del círculo familiar) y “*rechazados*” (obligación de aceptar misiones que implican un esfuerzo excesivo y con poco reconocimiento) se privan o pierden sus espacios libres. Los proyectos de vida, o sea los escenarios dentro de los cuales se desarrollan sus misiones, implican que ellos bloqueen continuamente su energía vital de tal manera que hagan que se sientan cada vez más estresados. Así, las aspiraciones de ver realizadas sus propias necesidades vitales se disipan continuamente. Esto sería la expresión y la consecuencia de un sistema familiar y relacional “congelado”.

La individuación significa la percepción, tolerancia y aceptación de las diferencias y la individualidad, así como de la ambivalencia. Pero, sobre todo, la individuación conlleva implícitamente la idea de separación (Stierlin y Weber, 1990), algo horrible, sólo de pensarlo, para las “familias psicósomáticas”. Para Stierlin lo más problemático en las “familias psicósomáticas” es, por tanto, lo que él mismo llamó como el “**asesinato de la identidad**” que el PI, principalmente, sufre. Quizá sea esa incapacidad del paciente con sintomatología “psicósomática” de tener “voz y voto” en su entorno más cercano la señal de identidad más típica del fenómeno “psicósomático”.

Otro referente imprescindible en la Psicología Sistémica aplicada a los trastornos “psicósomáticos” es Mara Selvini Palazzoli. Esta autora, fundadora de la prestigiosa Escuela de Milán, en Italia, ha desarrollado una prolífica obra en torno a, entre otros, los trastornos psicóticos y los trastornos de la conducta alimentaria. Para los trastornos “psicósomáticos” en general, Selvini tiene un concepto muy interesante: el **conflicto de roles** (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1998). Otros términos susceptibles de ser aplicados a la teoría sistémica de los trastornos “psicósomáticos” han sido introducidos anteriormente, como el *impasse* de la pareja de padre, por ejemplo. Desde una orientación estratégico-estructural, Selvini entendía que el PI podía jugar en su familia más de un rol. El PI, por ejemplo una chica

enurética de 10 años, puede desarrollar intrafamiliarmente dos roles: el de hija de sus padres, y el de hermana de sus hermanos. Pero, como consecuencia de la difusión de límites que caracteriza, como sistema aglutinado, a la familia, esta chica puede llegar a desempeñar más roles de los estrictamente “naturales”.

Además de tener los roles de hija y de hermana, no es descabellado pensar que pudiera desarrollar otros roles como, por ejemplo, confidente/amiga de su madre o pseudoesposa de su padre. En este ejemplo no cabe duda que la hija estaría actuando un conflicto de sus padres, que como subsistema no son capaces de autoabastecerse y recurren a un tercero. Las consecuencias de esta triangulación pueden ser desastrosas: parentalización, déficit de habilidades con los iguales y doble vínculo. **Parentalización** es sinónimo de “hacerse mayor antes de tiempo”.

Como resulta lógico, si esta chica pasa de admirar a sus ídolos musicales del *pop* a ser la portadora de las angustias de su madre y a intentar satisfacer las necesidades afectivas de su padre se estaría comportando como una adulta, aunque su cuerpo sea el de una pre-adolescente. Y si vive en el mundo de los mayores poco o nada le interesarán las cosas de la gente de su edad, ya que le parecerán mundanas y aburridas. En este estado de cosas, el **déficit de habilidades con los iguales se hará muy patente**. Desde el punto de vista del ciclo vital, esta chica estará “condenada” a realizar tareas impropias de su momento evolutivo. El tiempo, psicológicamente, está distorsionado.

Por último, hablar y comportarse como una adulta en las carnes de una niña tiene un precio devastador, relacionado con la contradicción: el **doble vínculo**. Recibirá mensajes opuestos, del tipo:

- 1) “¡Sé adulta!”. Esto es, que se haga cargo del conflicto parental, emulando a una psicóloga o mediadora.
- 2) “¡Sé una niña!”. Por ejemplo, se le obliga a quedarse en la casa, a recortar su vida social externa, por el miedo a la separación y al peligro. Además, los padres gobernarán sobre sus hábitos, sus comportamientos y, si les dejan, sobre sus pensamientos, emociones y sensaciones.

Es fácil ver, según lo relatado, estos padres como totalmente “enfermizos”. Sin embargo nunca está de más recordar la ambivalencia del PI y cómo, por un lado, sufre con su situación y, por el otro, disfruta con ese “trono” que los adultos le proporcionan. De todo este caldo de cultivo es esperable que emerja un síntoma “psicosomático” que permita a la chica quejarse pero sin abrir la boca y a los padres tener a su eterna niñita a su vera sin sentirse culpables. Todo se hará más enrevesado y confuso cuando los padres, sobre todo al acudir a terapia, se quejen amargamente del síntoma físico de su querida hija y de cómo todo iría de maravilla si ese síntoma cesase.

Una nueva forma de concebir los trastornos “psicosomáticos” es a través del **constructivismo**. Merece la pena decir que no entra dentro de los objetivos divulgativos de este trabajo el torturar al lector con infinitas parrafadas y que, al igual que con la psicooncología, se tratará de definir lo más brevemente posible el constructivismo. El constructivismo es una epistemología que nace a mediados del siglo pasado de la mano de científicos procedentes de distintas especialidades: Watzlawick, Von Foerster, Bateson, Von Glasersfeld, Piaget, etc. Su premisa fundamental es que, en esencia, la realidad, desde un punto de vista objetivo, no existe. En su versión más radical, el constructivismo se atreve a afirmar que lo único que se conoce de

la realidad es aquello que no es realidad. La realidad, por tanto, es el resultado de un proceso de interacción entre el sujeto y el ambiente donde la persona, de forma activa, dibuja la realidad que después vive. En palabras de Watzlawick:

“El ser humano construye la realidad que después sufre”

Esta frase abre las puertas a una nueva división de la “realidad”: la realidad de primer orden versus la realidad de segundo orden (Watzlawick, 1979). Por realidad de primer orden se entiende la percepción más “física” y “sensorial” de la realidad, relacionada con lo tangible e irreductible. La realidad de segundo orden, sin embargo, entra de lleno en lo relativo. Supone un proceso de categorización de la realidad de primer orden, mediante el cual se le asigna un significado afectivo. La categorización de la realidad se hace a través del lenguaje, el gran “constructor” de realidades.

Esto del lenguaje no es, por consiguiente, un asunto baladí. Las orientaciones constructivistas dan un enorme peso al lenguaje, debido a su potencial tanto para hacer disfrutar al ser humano como para condenarlo al sufrimiento más infernal. El manejo que la Psiquiatría y la Psicología Clínica hacen de las etiquetas diagnósticas puede ser, como bien es sabido, iatrogénico. La profecía autocumplida y el efecto pigmalion no son sino dos ejemplos de toda la capacidad destructiva que es capaz de generar el lenguaje como herramienta clínica. Más arriba ya se comentó el “flaco favor” que la cultura biomédica a hecho a los trastornos “psicosomáticos”. Probablemente el reduccionismo se nutra de un mal uso del lenguaje, con tendencia a la dicotomía y al dualismo y encasillando realidades de primer orden en realidades de segundo orden totalmente estrechas, sin salida.

Pero el constructivismo no sólo es capaz de arrojar luz sobre los perjuicios del modelo biomédico en el tratamiento de los trastornos “psicosomáticos”, sino también dar un giro más en el conocimiento del papel jugado por la familia. De sobra es sabida ya la distinción entre “dificultad” y “problema” y cómo todo el sistema, en mayor o menor medida, juega a descalificar cualquier sensación somática o conducta que atente contra los mitos de unidad y armonía familiar. También la familia puede ser una máquina de construir realidades de segundo orden de las que luego sólo pueden surgir alternativas comportamentales problemáticas (recuérdese el concepto de sistema perceptivo-reactivo rígido).

El constructivismo, como resumen, puede ofrecer la siguiente “versión” de los trastornos “psicosomáticos”: son formas de dolor humano donde lo psicológico y lo biológico, lo individual y lo familiar y el pasado y el presente se citan en una construcción sociofamiliar y biomédica de una realidad de segundo orden que, comportamentalmente, tiene todas las papeletas de autoperpetuarse. Y todo ello en honor de los “dioses” de la familia: el mito de la unidad familiar y el fantasma de la ruptura.

Por último, y capitulando este apartado de información “extra” sobre los trastornos “psicosomáticos”, merece la pena hablar de la **alexitimia**. La alexitimia, término acuñado por Sifneos allá por 1972, se define como una estructura de personalidad de pacientes psicosomáticos que impide verbalizar o expresar emociones. Como siempre ocurre, la etimología es el mejor abogado defensor de una palabra:

- “*Alexia*” → Falta
- “*Thymos*” → Afecto

Literalmente, por tanto, alexitimia significa “ausencia de verbalización de afectos” y no la ausencia de los mismos, como erróneamente se concibe popularmente. Al lector le debe de sonar esa dificultad que una persona tiene para poder decir qué siente y con qué intensidad. Y, por supuesto, no le sorprenderá al avezado lector la correlación existente entre trastornos “psicosomáticos” y la alexitimia. Las principales características de la alexitimia son (Sifneos, 1975):

1. Dificultad para identificar emociones y sentimientos.
2. Dificultad para describir emociones y sentimientos.
3. Dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional.
4. Reducida capacidad de fantasía y pensamiento simbólico.
5. Preocupación por los detalles y los acontecimientos externos.
6. Utilización de la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto.

La alexitimia probablemente haya sido el concepto más empírico que se haya asociado a la problemática “psicosomática”. La hipótesis de base es que la limitada conciencia y capacidad de diferenciación de los estados afectivos amplifica y prolonga los componentes somáticos de la activación emocional. La idea, así como el concepto de base, supone un avance en la comprensión del fenómeno “psicosomático”. Pero para la “causa sistémica” de la “psicosomática” se comete un craso error epistemológico: atribuir la manifestación “psicosomática” a un “rasgo” o “estructura” de la personalidad. Dos “pecados” exhibe este marco:

- a) Se excede en su acento intrapersonal, no tomando en consideración factores interpersonales.
- b) Funciona a través de una causalidad lineal: Personalidad primero, trastorno “psicosomático” después.

Para Onnis, como alternativa a todo esto, la alexitimia emerge del plano individual e invade toda la realidad familiar (Onnis, 1996). Pasaría, por consiguiente, de ser un rasgo inherente del PI a una característica típica de las “familias psicossomáticas”. No es que exista una incapacidad para expresar emociones, sino que estas están cuidadosamente filtradas de forma que eviten la tensión conflictiva y mantengan la armonía familiar. Obviamente, esto se da en todos los miembros de la familia y no sólo en el PI. Es más, puede que el PI sea el más “rebelde” al respecto, ya que su expresión analógica de malestar y descontento es muy intensa, a través del síntoma “psicosomático” claro está. No es de extrañar que el PI sea en multitud de ocasiones el chivo expiatorio, esa “oveja negra” y ese traidor, capaz de no ser fiel a los mitos de unidad y de armonía familiar o, mejor dicho, no tan fiel.

5. Conclusiones

El biólogo Francisco Varela, famoso por sus contribuciones teóricas al marco de la Psicología Sistémica (por ejemplo, la autopoiesis de los sistemas), tituló a una de sus conferencias “*el cuerpo que piensa*” (Varela, 1996). En ella trataba la supuesta “capacidad cognitiva” del sistema inmunológico, en relación a un acercamiento en red de este. Maturana propone abandonar la metáfora militar del sistema inmunológico, esto es, abandonar una concepción defensiva del mismo para adoptar una visión del sistema inmunológico como una actividad creativa y positiva. Para ejemplificar su tesis propone lo problemático de las enfermedades

autoinmunes, como un caso típico de cambio-1, donde lo importante no es la cantidad de leucocitos a emplear sino cómo se relacionan entre sí. Maturana concluye su exposición reinterpretando las enfermedades autoinmunes, alérgicas e hipertensas, entre otras, no como un problema de defensa sino como un problema de falta de contexto, donde la “solución” no se residiría en un ataque inmunológico masivo y sí en tratar al virus como si nos fuera familiar su existencia. En pocas palabras, habría que decirle al sistema: “*esto es corriente, no se debe responder*”.

A lo largo de toda esta exposición teórica se ha intentado transmitir la idea de la posición que la manifestación “psicosomática” y su portador, es decir, el paciente identificado (el PI), ocupan en un contexto dado. Ese contexto reúne una multitud de niveles de comprensión en un acto de superación de dicotomías: lo biológico y lo psicológico, lo individual y lo familiar, el pasado y el presente, la familia propia y la familia de origen, el médico y el paciente, etc. En ese escenario el “y” es el que marca el rumbo. El “o”, por su parte, queda relegado al baúl de aquellos artefactos científicos que antaño tuvieron sentido y utilidad pero que ahora se revelan como inútiles. En ese baúl de “soluciones intentadas ineficaces” debe caer, por el bien profesional y sanitario, el reduccionismo y la cultura biomédica que tanta iatrogenia han causado y causan con sus “tijeras de recortar la realidad”. El paradigma sistémico, a modo de “paraguas”, ofrece tener en consideración el mayor número posible de niveles de explicación de la realidad y de operar sobre aquella pieza del sistema que mayor probabilidad de cambio ofrece: la familia.

Por supuesto, hasta el más sistémico “de la clase” tiene el peligro de caer en terribles reduccionismos, equiparando trastorno “psicosomático” con problema de familia o, más perverso todavía, con conflictiva conyugal de los padres, en el caso de que el PI fuese un menor. La óptica de la complejidad sólo busca sacar del laberinto, de la estrechez, al propio sistema “entrampado”. Más arriba se han comentado aspectos como la asignación de los trastornos “psicosomáticos” al marco de una “familia psicosomática”, con sus características peculiares de rigidez, de evitación del conflicto, de sobreprotección, etc. En este contexto “psicosomático” hay dos fuerzas imperantes: el mito de la unidad familiar y el fantasma de la ruptura. En resumidas cuentas “*todos juntos y sin quejarse*”, no vaya ser que ocurriese una desgracia...

La comunicación de estas familias supera con creces los malabares pragmáticos y lingüísticos usados por políticos y publicistas, abusándose del doble vínculo, de la desconfirmación y el rechazo y con terribles errores en la traducción del lenguaje analógico al digital (y viceversa). La paradoja llega a ser un invitado más en estas casas, provocando la espantada de lo espontáneo, convirtiendo lo natural en un problema y el problema en algo crónico. Todo vale para ondear, cada vez con más fuerza, la bandera del control. En estas familias hay un prejuicio incesante y transgeneracional hacia ese dicho de “más vale maña que fuerza”. En lugar de ello, el lema que preside en el seno familiar es “*hacer más de lo mismo*”. Todo sacrificio es poco para evitar un cisma familiar, hasta incluso renegar de los propios eventos privados y convertir la intimidad psicológica en comida familiar.

El síntoma del PI se acaba considerando como la mejor manera que este individuo y toda su familia han encontrado para comunicar una serie de “realidades”, que van desde el sufrimiento físico más inmediato hasta lo gravemente disfuncional de las reglas y normas estructurales de la familia. El síntoma “psicosomático” es, por encima de todas las cosas, un mensaje y como tal conviene ser interpretado antes que destruido. Este “virus” antes que ser *eliminado* tiene que ser *leído*, y todo ello con ayuda del contexto que le enmarca.

No es mala idea acabar esta primera parte introductoria, de cariz teórico, con un apunte constructivista. De acuerdo con las ópticas constructivistas, lo “psicosomático” no es más que una realidad construida por un contexto sociocultural y biomédico, con una clara función para la homeostasis de los sistemas, y todo ello sin negar la tremenda carga de dolor y sufrimiento humano. “Psicosomático”, a fin de cuentas, no es más que una palabra, al igual que “cuerpo” y “mente”. Se pide al lector que sea consciente de que las palabras no son los hechos y que las personas, según esto, no tienen porqué atarse a las palabras. No cabe duda, desde esta perspectiva más constructivista, que desde el chico de ocho años con diabetes hasta el más experto médico endocrino en diabetes, todas las personas, sean “profesionales” o “pacientes”, están influenciados por el enorme poder de las palabras.

“Familia psicosomática” no es más que, como recuerda Stierlin, un constructo, un bastón en el que los clínicos interesados en el tratamiento de una determinada problemática se apoyan para no caer en garras de lo infinito y desconocido de la “realidad”. Es, por así decirlo, un cuadro que no pretende ser reflejo absolutamente fiel de la realidad. La “familia psicosomática” se descubre entonces como un tipo ideal (Weber, 1914), como un prototipo perfecto de una categoría psicopatológica. Por ejemplo, en un estudio se descubrió que sólo alrededor de la mitad de las familias con hijos jóvenes que padecían trastornos “psicosomáticos” se encuadraban en el concepto tradicional de “familia psicosomática” de Minuchin, con sus características ya conocidas (sobrepotección, rigidez, evitación de conflicto e intrusión) (Wirsching y Stierlin, 1982).

Así pues la familia Pérez Rodríguez, ficticiamente, no tiene porqué ser encajonada en un disfraz que no recoge toda su riqueza de matices, la mayoría de ellos lejos del modelo de *Enfermedad Mental* o de *Familia Disfuncional*. No es justo que esta familia pague las limitaciones y vicios de una disciplina científica adicta a formas lingüísticas reduccionistas. Ni tampoco parece coherente que se le pida a este grupo de personas que integren el cuerpo en su forma de vivir y de digerir la vida cuando puede observar en el técnico sanitario todo lo contrario: fusión y falta de conciencia sobre el uso y el impacto de etiquetas. “Familia psicosomática” es un mapa, pero no el territorio, como conclusión.

“Psicosomático”, como etiqueta, escinde “mente” (*psico*) y “cuerpo” (*soma*). “Psicosomático” lleva a decirle al PI “*en ti está el problema*”. “Psicosomático” no hace sino desnaturalizar dificultades normales de la vida y dar relevancia a lo biológico, negando lo experiencial y afectivo. Ese apego del ser humano por construir constantemente realidades de segundo orden ha contribuido, sin duda alguna, a reificar y cronificar los trastornos “psicosomáticos” hasta la actualidad. Por ello, y sin intención de sentar precedentes, un servidor ha entrecomillado hasta la extenuación la palabra “psicosomático” en todas sus derivaciones y formas, como una forma de dudar de esa realidad que ha generado la comunidad científica. Quién sabe si algún día dejará de tener sentido hablar de “psicosomático” o si, por el contrario, se llega a la conclusión de que todo ser humano y todo sistema es, por antonomasia, “psicosomático”. Quizá el primer paso para ayudar a estas familias no esté en manipular variables de ellas mismas y sí en la visión y en el lenguaje que los profesionales usan.

Parte 2:

**Psicoterapia sistémica en trastornos
psicosomáticos infanto-juveniles**

6. Introducción

El mundo de los aforismos puede ser fascinante. Desde Hipócrates, su “inventor”, hasta Twitter, su “redescubridor”, los aforismos han gozado del beneplácito de cientos y cientos de generaciones que han visto en ellos verdades absolutas condensadas en “pequeños frascos”. Un aforismo muy famoso, muy “universitario”, es el creado por el psicólogo Kurt Lewin y que viene a decir:

“No hay mejor teoría que una buena práctica”

Conciso, atractivo y contundente. Poco se le puede objetar. Salvo que parece ser que todo aforismo tiene su opuesto, su *alter ego*. Y este no iba a ser una excepción, sobre todo al encontrar el:

“No hay mejor práctica que una buena teoría”

¿En qué quedamos?, ¿Qué es mejor, una buena teoría o una buena práctica? Este choque de aforismos, como si de dos palos se trataran, es una intelectual y sutil forma de encender la llama del reduccionismo: O una buena teoría o una buena práctica. Avisado de los peligros encubiertos de los “o/o” el lector sabe perfectamente que deberá “elegir no elegir” y promulgar un razonamiento de tipo “y/y”. De esta manera teoría y práctica quedan conciliadas como si fueran las dos caras de una misma moneda. Y tanto es así que al igual que ocurre con la palabra “psicosomático”, quién sabe si las palabras “teoría” y “práctica” algún día, como entidades separadas, dejan de tener sentido, promulgándose una continuidad entre el área básica y el área clínica, al igual que la continuidad entre “cuerpo” y “mente”.

Con el objetivo de no dejarse “cegar por los árboles para poder ver el bosque”, la primera parte de este trabajo ha tenido un claro cariz teórico. Todas las reseñas teóricas anteriores tienen que funcionar como estructura estable para poder construir sobre ella un auténtico proyecto con fines prácticos que de auténtico sentido a toda esta empresa. Tras esta breve reseña de “calentamiento” se procederá a justificar una intervención psicoterapéutica en trastornos “psicosomáticos” infanto-juveniles. Más tarde se desvelará qué trastornos cumplen “*curriculum*” para ingresar en la etiqueta diagnóstica de “trastorno psicosomático”. A continuación, y como forma de guiar toda ese tratamiento, se van a diseñar una serie de objetivos, generales y específicos, así como de los instrumentos necesarios para cerciorar su cumplimiento o no. Por último, en el tercer punto de este trabajo, se presentará todo un protocolo de terapia sistémica breve-estratégica y estructural en pacientes infanto-juveniles con trastorno “psicosomático” y en familiares, que incluirá fases y técnicas. Los anexos y la bibliografía, finalmente, echarán el cierre a este trabajo.

7. Trastornos diana: “¿Dónde intervenir?”

El combate entre “teoría” y “práctica” ha quedado zanjado, dándose por nulo por la sospecha bien infundada de que ambos supuestos contrincantes no lo son en realidad y sí son,

curiosamente, miembros del mismo bando. Como se ha dicho más arriba, se “elige no elegir”. Sin embargo no siempre es buena acción eso de trascender a la dicotomía entre dos alternativas, es decir, no siempre es recomendable un cambio-2, y, en honor al contextualismo, la intervención necesita tener un foco, un problema que intentar resolver. Y el depositario de esta ayuda es el susodicho trastorno “psicosomático”.

No obstante, ya se ha comentado como la etiqueta diagnóstica de “trastorno psicosomático” es una forma lingüística que además de potencialmente reduccionista e iatrogénica, y precisamente por ello también, puede ser laxa y poco concreta. La pregunta, en definitiva, de *¿cuáles son los trastornos “psicosomáticos”?* es muy pertinente. Sin remover antiguos razonamientos básicos y teóricos podría configurarse, a priori, una lista que englobe los principales trastornos “psicosomáticos” infanto-juveniles. Esta lista constaría de los trastornos:

- Asma.
- Diabetes (Tipo I y II).
- Dolor crónico.
- Síndrome del intestino irritable.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Trastornos del sueño: insomnio de conciliación y de mantenimiento, pesadillas, etc.
- Enuresis y encopresis.
- Tics.
- Trastornos dermatológicos.
- Cefaleas y migrañas.
- Bruxismo.

De esta lista se podría decir que “son todos los que están pero no están todos los que son”. Esto es, todos los trastornos que acaban de ser presentados pueden ser “carne” de tratamiento por parte de esta guía de intervención psicológica. Sin embargo, es posible que otros problemas que no figuren en esa lista sí puedan ser tratados a través de esta metodología de trabajo. A groso modo, cualquier trastorno que se presente durante la infancia o la adolescencia donde el cuerpo haga acto de presencia, con o sin la necesidad de una terapéutica médica y que se esté acercando peligrosamente a los supuestos de **cronicidad** e **intratabilidad** merece la pena poder ser tratado siguiendo estas lides. Incluso si el clínico (MAP, pediatra, interconsultor, psiquiatra, etc.) competente estima que aun no existiendo una actual situación de riesgo para el trastorno “psicosomático” sí la pudiera haber en un futuro a medio o a largo plazo también podría entrar en el programa psicoterapéutico.

Ya sea desde la prevención terciaria o desde la prevención secundaria lo relevante es combatir la cronicidad e intratabilidad de los trastornos “psicosomáticos” en estos niños y adolescentes. Qué es crónico y qué es intratable se deja a juicio del clínico correspondiente. Nadie mejor que el especialista (por ejemplo, el neumólogo) para determinar hasta qué punto el

trastorno está superando la duración esperada y es resistente al tratamiento biológico. Llegado este estado de cosas, el trastorno médico con “nombre propio”, por ejemplo asma, adquirirá uno o más de estos “apellidos”:

- Psicogénico.
- Funcional.
- Psicológico.
- Psiquiátrico.
- Psicossomático.

El favorito, por cultura psicoterapéutica, es el de trastorno “psicosomático”. Una vez producida la evolución diagnóstica el siguiente paso es la derivación a Salud Mental. En consonancia con todo lo anterior varios serían los criterios de inclusión para poder participar en este protocolo de psicoterapia sistémica:

- 1) Paciente (PI) infantil o juvenil, **menor de dieciocho años**.
- 2) Con trastorno médico que cumple los supuestos de cronicidad e intratabilidad por parte de la terapéutica biológica (“**trastorno psicossomático**”).
- 3) El trastorno ha de estar presente en la **lista previa**. Si no lo estuviera se deja a **juicio del clínico** la necesidad de que ese trastorno pudiera beneficiarse del tratamiento psicoterapéutico debido, por ejemplo, a la “mala” relación que el paciente (y/o la familia) tiene con su propio cuerpo.
- 4) Derivación a Salud Mental y **contacto con Psicología Clínica**. La familia y el PI han de aceptar la propuesta psicoterapéutica vía **llamada telefónica**.

En definitiva todos los trastornos “médicos” o “psicológicos” que cumplan estos requisitos constituirán la población clínica objeto de tratamiento psicológico por parte del protocolo de psicoterapia sistémica en niños, adolescentes y familias con trastornos “psicosomáticos”.

8. Justificación: “La excepción del por qué”

La causalidad lineal ha sido para los defensores del paradigma sistémico una de las mejores maneras que la ciencia ha encontrado para sabotearse a sí misma. Es tanta su linealidad que las posibilidades teóricas y prácticas que surgen de la misma son limitadas, sobre todo si se compara con la apertura ofrecida por la causalidad circular, el principal paladín de la epistemología sistémica.

Una de las peores herencias que la causalidad lineal ha dejado en el campo de las ciencias del comportamiento ha sido el abuso del *por qué*, debido a que de forma implícita refuerza una concepción de la realidad dominada por la secuencia “causa y efecto”, rompiendo la noción de sistema. Con el *por qué* se anula la retroalimentación y el feedback y se vuelve a las cavernas, académica y clínicamente hablando, al dotar de inmenso poder al pasado y sembrando el terreno para un terrible razonamiento:

“Hasta que no se sepa la causa no se podrá resolver el problema”

En las antípodas de este tipo de planteamientos se sitúa, por ejemplo, el método “**intervención-investigación**” del CTS (Nardone y Watzlawick, 1993) que prioriza el **cómo** y el **para qué** en detrimento del iatrogénico por qué. Ese énfasis en cómo se mantiene y se resuelve un problema y la contextualización del mismo en un sistema, esto es, qué función cumple, es de capital importancia a la hora de entender cómo teoriza y hace terapia la Psicología Sistémica. Parecería, entonces, que el por qué debiera pertenecer a los libros de Historia y no al cupo de herramientas propias del método científico más vanguardista. Pero, lejos de absolutismos, no hay nada útil o inútil en sí, dependiendo todo del prisma desde el cual se mire. Dependiendo, por tanto, del contexto.

Eso abre la puerta, por consiguiente, de una posible utilidad del por qué, todo ello supeditado a una buena instrumentalización del mismo y en el contexto oportuno. ¿Podría, entonces, ser útil el por qué para este protocolo? La respuesta es que indudablemente sí. Este programa de intervención psicoterapéutica en trastornos “psicosomáticos” sólo pudiera llegar a ser eficaz si se encuadra adecuadamente en un determinado contexto, que no es otro que el del sistema sanitario público. Y en este escenario hay varios factores a tener en cuenta y que afectan a la justificación de este tipo de intervención:

- La distribución **multiprofesional** del sistema sanitario, con técnicos procedentes de distintos campos (medicina, psicología, enfermería, trabajo social, etc.) y con diferentes especialidades.
- La **formación** académica y práctica de estos técnicos sanitarios, todavía sesgada por los residuos del modelo biomédico clásico y que peca, en ocasiones, de poco integradora.
- La **comunicación y coordinación** interdisciplinar, totalmente mediatizada por “automatismos” burocráticos y protocolos de actuación.
- La **población** clínica atendida, de acuerdo con el Área del servicio y con los recursos sanitarios ofertados.

Sin quererlo, el sistema sanitario público se rige a día de hoy, al menos en parte, desde una cultura organizacional que escinde al paciente, dividiendo las patologías en “psíquicas” o en “somáticas”. Hay todo un batallón de profesionales, unidades, programas y tratamientos que, inconscientemente, siguen escindiendo al paciente en su “cuerpo” y su “mente”, con todos sus inconvenientes ya citados con previamente. Esa clasificación oficial de “profesionales del cuerpo” y “profesionales de la mente” no es más que una consecuencia de todo lo expuesto.

Por si fuera poco, tanto la formación como la comunicación entre los operarios sanitarios no es en demasía integradora. Las carreras universitarias abogan por la superespecialización, rompiendo las características de totalidad y de *gestalt* de las realidades estudiadas y/o manipuladas. La coordinación entre estos profesionales, congruentemente, se hace desde las “trincheras”, es decir, desde lo experto que es cada técnico en su área, perdiéndose la visión de conjunto.

Por último, la población favorece este reduccionismo al defender una cultura popular de “enfermedades del cuerpo” versus “enfermedades de la mente”. Probablemente el perfil de paciente atendido en el Área 11, con las vicisitudes sociodemográficas y económicas típicas de las zonas correspondientes, también influirán en todo ello pero no serán objeto de estudio en el presente trabajo.

En definitiva estos cuatro factores, y otros más a buen seguro, constituyen el caldo de cultivo ideal para el surgimiento y, sobre todo, el mantenimiento de los llamados trastornos “psicosomáticos”. Aunque las intenciones gerenciales y los recursos humanos y técnicos son inmejorables a veces chocan con una metodología y una forma de funcionamiento claramente reduccionista, rememorando viejos tiempos de la cultura biomédica. Las dosis de hacer “más de lo mismo” ante una reducida respuesta biológica de un tratamiento médico en un caso de colon irritable, por ejemplo, ubicando el problema en lo estrictamente orgánico y favoreciendo una construcción sociofamiliar de “enfermedad” y de “enfermo” son una representación muy nítida de como sistema sanitario, PI y familia juegan a favor de la dicotomía y de la desconexión.

Urge, según todo lo mencionado, la imperiosa necesidad de presentar y ejecutar una maniobra terapéutica que trascienda a toda una multitud de obstáculos, en forma de falsas dicotomías, para el buen tratamiento y evolución de los trastornos “psicosomáticos” en población infanto-juvenil. Este protocolo de tratamiento psicoterapéutico sistémico intentará superar todas estas falsas dicotomías:

- “Biológico” versus “psicológico”
- “Cuerpo” versus “mente”
- “Médico” versus “psiquiátrico”
- “Individual” versus “familiar”
- “Intrapersonal” versus “interpersonal”
- “Pasado” versus “presente”

Todas estas dicotomías son las responsables de encerrar al PI, a la familia y al operario o equipo sanitario en la trampa y en la paradoja de lo “psicosomático”. Mediante este tipo de tratamiento psicológico se pretende reencontrar todos estos niveles de comprensión de la realidad sin renegar de ninguno de ellos y favoreciendo así una óptica de la complejidad. Esa óptica de la complejidad que se revela como el mejor instrumental para el manejo de problemáticas basadas en la complejidad, como lo es el trastorno “psicosomático”. Por supuesto, hay otras problemáticas que también cumplen las características idiosincráticas de la “complejidad” y que pueden ser analizadas y/o tratadas desde este tipo de enfoque, esto es, desde un abordaje psicoterapéutico sistémico.

Con esta forma de trabajar psicoterapéuticamente se busca rescatar una concepción del síntoma “psicosomático” no ya como “enemigo”, en términos de Valera, sino de algo a reconocer y a interpretar, como un “mensaje” escrito en un contexto. Ahora es cuando conviene recordar la visión de Luigi Onnis al respecto, esa que defendía el cuerpo del PI como punto de encuentro de una enorme variedad de niveles de explicación. Ese cuerpo que intenta decir algo al clínico, algo acerca del sufrimiento individual, la desesperación familiar, la disfunción en las relaciones, la impotencia y frustración del médico, las lagunas del sistema sociosanitario, etc. Esta propuesta de tratamiento aspira a conjugar todas estas “porciones” de la varianza de la realidad, rechazando el reduccionismo y con un modelo de trabajo que busque la eficiencia por encima de la eficacia, parcial y seductora, del “más de lo mismo” de las intervenciones biomédicas. Este es el *por qué* de este protocolo. Un por qué bien justificado.

9. Objetivos y evaluación: “Mamá, papá, ¿hemos llegado ya?”

*Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de pisar.
Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar.*

En estos versos del “*Caminante no hay camino*” Antonio Machado rechaza una visión estática del paso del tiempo, señalando que lo vital no es el “camino”, esto es, el sendero, sino el acto de “caminar” y, por ende, el “caminante” como actor principal. La psicoterapia, como un proceso de cambio, a ser posible, “inevitable”, se basa más en la fluidez y en el movimiento que en lo prefijado. La flexibilidad de la terapeuta, del paciente/familia y de la terapia, a fin de cuentas, es más un fin que un medio. Más si cabe si los trastornos a tratar destacan por su tendencia a la rigidez y por el inmovilismo, como es el caso de los trastornos “psicosomáticos”. En este tipo de patología, la que atañe a “cuerpo” y “mente”, los protagonistas (PI, familia y equipo sanitario) se encierran en angostos pasadizos que bloquean toda capacidad de maniobra y de buen afrontamiento, con la esperanza de ahuyentar una serie de fantasmas.

Por esta razón, para no perpetuar un estilo rígido de resolución de problemas, le flexibilidad debe imperar en toda la metodología de trabajo. Y esto, por supuesto, debe alcanzar a los objetivos, buscando más bien “estelas en la mar” que destinos milimétricamente soñados. La espontaneidad y el trabajo del día a día debe conjugarse con unas directrices y orientaciones, a modo de metas, suaves pero firmes. Por si fuera poco, toda terapia sistémica, ya sea individual, de pareja o familiar, debe ajustarse al problema y al tipo de sistema que acude a consulta. Los tratamientos *ad hoc* tienen que imponerse a los estandarizados. Es imposible, para ilustrar todo esto, intentar transmitir la flexibilidad suficiente a la familia para que rompa su estancamiento y, al mismo tiempo, seguir dogmáticamente una serie de objetivos “políticamente correctos”.

No obstante, y como ya se ha apuntado ligeramente, el trabajo con este tipo de pacientes y de familias necesita de una agenda de **objetivos**, tanto generales como específicos, que organicen el caos del aglutinamiento y que den seguridad ante el terrorismo del fantasma de la ruptura. Por ejemplo, si hablamos de objetivos generales estos podrían ser los siguientes desde las distintas escuelas de terapia de familia:

1) **Enfoque estructural** → Reestructuración del funcionamiento intra e intersistémico de la familia. Supone la modificación de variables tales como límites, jerarquía, roles, individuación, vinculación, etc.

2) **Enfoque estratégico** → Bloquear las soluciones intentadas ineficaces (SII); favorecer la metacomunicación y romper la rigidez perceptiva-reactiva.

3) **Enfoque transgeneracional** → Conectar a la familia con sus mitos y fantasmas; encontrar asociación entre la familia propia (FP) y la familia de origen (FO) y deshacer juegos de lealtades invisibles patológicos.

4) **Enfoque facilitador y narrativo** → Detectar y aumentar las excepciones, facilitar el surgimiento de narrativas ricas y potenciar los recursos positivos personales y familiares.

Estos objetivos generales no son, en absoluto, verdades incuestionables. Dos razones pueden aludirse. La primera estriba en la clasificación, totalmente arbitraria, de los objetivos como “estructurales”, “estratégicos” o “narrativos”, por citar algunos. En resumidas cuentas, todos los objetivos son, por ejemplo, “estructurales” y ninguno lo es de forma aislada, debido a la interdependencia de las variables a trabajar. La segunda razón es más teórica y usa como capote el constructivismo más epistemológico, que toma los términos de “estructural”, “facilitador” o “transgeneracional” como simples etiquetas, con un peligro de reduccionismo en ciernes y de, por tanto, rigidez en la teorización y práctica de la psicoterapia. Por todo ello esta clasificación de objetivos conviene ser tomada como instrumental y nunca como destino obligado, intentando boicotear el fatal error de confundir los medios con el fin.

En cuanto a los objetivos específicos podría decirse que su determinación es todo un problema. Principalmente porque dependen de la etapa o fase de intervención en el protocolo de tratamiento. Por esa razón en el apartado once de este trabajo se esgrimirán todos los objetivos específicos en cada una de las tres fases de la psicoterapia, al comienzo de las mismas. Por otro lado, aunque sí es muy factible que prácticamente todos los objetivos generales se cumplan al acompañar a la familia al denominado “éxito terapéutico” no es posible decir lo mismo con los objetivos específicos. El planteamiento de una serie de objetivos específicos depende fundamentalmente de las vicisitudes intrínsecas de cada paciente/familia, requiriéndose objetivos específicos diseñado *ad hoc* y no sirviendo generalidades que no recojan las características y necesidades propias de cada familia. Aún así, antes de cada fase del tratamiento se propondrán un conjunto de objetivos específicos para “alumbrar” el camino del terapeuta y de la familia, sin intención de que ahoguen lo particular y diferente de ese sistema y el juicio clínico del profesional de turno en su evaluación e intervención.

Si difícil es el tema relacionado con los objetivos específicos de espinoso podría etiquetarse el asunto vinculado a la **evaluación**. La evaluación, como proceso continuo que se considera, busca una monitorización perfecta de la situación psicopatológica anterior al tratamiento, posterior al tratamiento y la dada durante el mismo. Llevar a cabo este procedimiento en un formato de psicoterapia individual y con problemáticas que afectan “sólo” a una persona es plausible. Pero con un abordaje sistémico surgen tres interrogantes:

- ¿A quién evaluar?
- ¿Qué evaluar?
- ¿Con qué evaluar?

Quién es el objeto de estudio es una cuestión de complicada respuesta en la terapia sistémica. Respetando las nociones básicas del paradigma sistémico no tendría sentido evaluar a una sola persona, salvo que se lleve a cabo una terapia sistémica individual, en cuyo caso también se incurriría en un craso error al no valorar la “onda expansiva” de la intervención. Si se opta por un encuadre familiar la dificultad de su multiplica. Valorar única y exclusivamente al portador del síntoma “psicosomático”, por ejemplo, sería entrar en el juego de la familia de buscar un chivo expiatorio. Si, por el contrario, se centra la evaluación en la pareja de padres se estaría reduciendo la psicopatología a un hipotético conflicto conyugal, provocando rabia y culpabilidad en el matrimonio. La otra opción, desde esta óptica, es pasar toda una batería de evaluación a todos y cada uno de los miembros de la familia: padres, PI, hermanos, etc. Probablemente se atentaría, mediante esta alternativa, contra el criterio de eficiencia y de validez externa de la terapia. Elegir a quién o quiénes evaluar en la terapia sistémica es una verdadera papeleta.

Otro aspecto a tener en cuenta es qué evaluar. Elegir qué variables son susceptibles de ser medidas en una secuencia pre-test y post-test también supone una dura empresa en esta terapia sistémica de los trastornos “psicosomáticos” infanto-juveniles. Factores clásicos en la clínica más empírica como los niveles de “depresión”, de “ansiedad” o de “habilidades sociales”, por citar algunos ejemplos, no tienen sentido en este tipo de actuaciones. Sobre todo porque los trastornos “psicosomáticos” constituyen mucho más que un trastorno afectivo o un trastorno ansioso y porque la hipotética mejoría obtenida por el tratamiento no debería traducirse necesariamente en una reducción significativa de la tristeza o de la inhibición social, por ejemplo. Por si fuera poco, el registro de este tipo de variables vuelve a redundar en concepciones lineales y no sistémicas, mandando el mensaje de implícito de **“cuando el PI deje de estar mal el problema de se habrá solventado”**. Sería darle demasiada responsabilidad a ese chico o chica sobre toda la estructura y dinámica familiar, entrando de lleno en el perverso juego de la parentalización. Surge la impresión de que sólo mediante la valoración de variables dependientes de tipo interpersonal, relacionales, se podría comprobar la supuesta eficacia de este programa de intervención en trastornos “psicosomáticos”.

No obstante es una opción válida, pero secundaria (o terciaria), el poder hacer una evaluación psicométrica de los factores psicopatológicos más clásicos, como la depresión o la ansiedad, en el PI y en el resto de familiares, con el riesgo reconocido de recaer en el reduccionismo epistemológico biomédico y de provocar iatrogenia terapéutica. En el apartado concerniente al protocolo de tratamiento se abordará este detalle.

De las tres preguntas iniciales dos han sido respondidas. Con respecto al quién, se concluye que debería evaluarse a toda la familia en la medida de lo posible, como sistema, no perdiéndose en los laberintos de la especificidad. Y en relación al qué, se defiende el registro de variables de corte transaccional, que presten más atención a lo interpersonal que a lo intrapersonal, aunque reservándose siempre la opción de valoraciones psicopatológicas clásicas, más “individuales”. El siguiente paso sería averiguar con qué instrumentos puede llevarse todo esto a cabo.

La metodología de evaluación a utilizar deberá respetar los dos requisitos básicos (el de *qué* y el de *quién*) y además asegurar una correcta fiabilidad y validez, desde un punto de vista psicométrico. Para esta no sencilla combinación se propone para este protocolo de tratamiento psicoterapéutico en trastornos “psicosomáticos” en niños y adolescentes el siguiente instrumental:

· **Tareas familiares** (WFT, *Wiltwyck Family Task*) → Se trata de una entrevista de psicodiagnóstico familiar en la cual se le pide a la familia la realización de algún tipo de actividad conjunta de resolución de problemas o lúdica a partir de la cual se evidenciará la forma de funcionamiento y de interacción familiar. La clase de acción que se le puede solicitar al sistema familiar puede ser física, *in vivo*, como la realización de un puzzle o rompecabezas o que los padres se sienten en el suelo con su hijo pequeño a jugar. También, más plausible, se le puede reclamar esta tarea en imaginación y que relaten cómo se coordinarían y qué conductas emprenderían. Por ejemplo, cómo llevan a cabo una compra semanal o cómo organizarían una mudanza. La versión original de este test psicodiagnóstico familiar (Elbert et al., 1964) funciona a través de una metodología de observación, del terapeuta, coterapeutas u observadores, sobre la dinámica y estructura familiar, registrándose todo tipo de variables sistémicas, desde estructurales hasta estratégicas. Más adaptada a la temática “psicosomática” (Onnis y cols., 1985) esta herramienta puede proporcionar información sobre parámetro relacionales indicativos de las dinámicas familiares disfuncionales:

- **Aglutinación.**
- **Hiperprotección de tipo 1:** Petición de hiperprotección.
- **Hiperprotección de tipo 2:** Ofrecimiento de hiperprotección.
- **Evitación del conflicto de tipo A:** Evitación total del conflicto.
- **Evitación del conflicto de tipo B:** Supresión precoz del conflicto.
- **Evitación del conflicto de tipo C:** Conflicto que emerge pero no es resuelto.
- **Rigidez.**

· **Escala del clima familiar** (FES, *Family Environment Scale*) → También conocida como FES (Moos, Moos y Trickett, 1984). Se trata de otro test de psicodiagnóstico familiar, pero mucho más estandarizado que el WFT y que se nutre de las respuestas verbales (verdadero o falso) de la familia, no necesitando ningún tipo de “escenificación” (véase anexo 1). A través de 90 ítems se miden diez subescalas a través de tres dimensiones:

- **Relaciones:** Cohesión, expresividad y conflicto.
- **Desarrollo personal:** Autonomía o independencia, actuación o dirección hacia el logro, enfoque intelectual-cultural, organización social-recreativa y ética-religiosidad.
- **Estabilidad:** Organización y control.

· **Entrevista semiestructurada** → Un ejemplo de entrevista no tan estandarizada es el diálogo estratégico empleado por el grupo de Arezzo (Nardone y Portelli, 2005). Más abajo, en el apartado correspondiente a la intervención estratégica del CTS en los trastornos “psicosomáticos” infanto-juveniles, se especificará exhaustivamente en qué consiste la técnica y cómo se puede aplicar.

· **Observación** → Con la ayuda de la coterapia o de un equipo de reflexión se puede llevar a cabo un registro, por ejemplo, de todos los fenómenos comunicacionales que se den *in situ*,

durante la sesión terapéutica. Puede realizarse con observadores que estén dentro de la sesión o fuera de la misma, a través de un espejo unidireccional o de un circuito cerrado de televisión.

· **Preguntas escalares** → Constituyen una metodología de evaluación puramente “subjetiva”, ya que consisten en preguntas que se lanzan a todos y a cada uno de los miembros del sistema para conocer el estado basal del problema, la meta deseada y la evolución entre sesiones. A pesar de ser una técnica originariamente narrativa (White y Epston, 1980), se puede usar en un contexto sistémico más integrador (Selekman, 1996). Entrando en detalle, las preguntas escalares van de 0-10 y miden la dirección del cambio, ya sea “positiva” o “negativa”. Por ejemplo:

“De un cero a un diez, entendiendo que cero representa la mayor influencia negativa que la diabetes causa en vuestro hogar y diez un funcionamiento totalmente normal, a pesar de los inconvenientes de la diabetes, ¿en qué punto os situáis?, ¿hasta dónde os gustaría llegar?”

Gracias a este tipo de intervención evaluativa, como puede observarse en el ejemplo, se toma el pulso a la familia con respecto a su motivo de consulta y sus objetivos terapéuticos. Se aplica durante toda la terapia, tanto en fase de evaluación como de intervención, y al principio y/o al final de cada sesión. Obviamente todo esto tiene que traducirse en correlatos conductuales:

“¿Cómo sabréis que habéis pasado del cinco al seis?, ¿qué tipo de cosas haréis o diréis?”

Y por supuesto tiene que aplicarse a todos los miembros de la familia que acudan a terapia, incluidos niños y adolescentes. Para edades muy infantiles se pueden emplear gráficas, colores y objetos, en un tono muy lúdico (Cade y O’Hanlon, 1995; Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

· **Escala de alexitimia de Toronto** (TAS-20) → Desarrollado en Canadá (Bagby, Parker y Taylor, 1994), el TAS-20 es un test con 20 ítems, de tipo Likert con cinco puntos (véase anexo 2). La puntuación total puede oscilar entre los 20 y los 100 puntos y el punto de corte se situaría en los 61 puntos, concluyéndose que cualquier persona que alcanzase o superase esta cifra psicométrica presentaría problemas de tipo alexitímicos. Este test, de “lápiz y papel”, se debe administrar a todos los miembros de la familia, a ser posible. Hay que evitar que sólo se le pase al denominado PI, para evitar el fenómeno del chivo expiatorio. Se valoran tres constructos:

- *Dificultad para identificar sentimientos y para diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional.*

- *Dificultad para describir los sentimientos a los demás.*

- *Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.*

· **Otras pruebas** → Además de los instrumentos recientemente citados el clínico puede recurrir a otro tipo de pruebas, como por ejemplo tests, autorregistros, entrevistas estructuradas o semiestructuradas, técnicas proyectivas o pruebas neuropsicológicas. Se recomienda al clínico que no entre en el circuito de la rigidez y use, desde los preceptos de la fiabilidad y de la validez, el tipo o los tipos de instrumentos de evaluación que estime oportunos para recoger la máxima información en torno a la familia y al problema “psicosomático”. Algunas alternativas aquí ofrecidas son:

1- Test de la Casa-Árbol-Persona (HTP; Warren y Buck, 1995).

- 2- Cuestionario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1985).
- 3- Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC; Spielberger, 1973).
- 4- Child Behavior Check-List (CBCL; Achenbach, 1978; Achenbach y Edelbrock, 1978).
- 5- Escala del clima escolar (CES; Moos y Trickett, 1989).

Se le recuerda al clínico el riesgo de aplicar de manera exclusiva las pruebas de evaluación al infante o adolescente sin evaluar a los padres por el fenómeno ya comentado del chivo expiatorio. Queda, por tanto, a juicio del clínico la decisión de qué instrumentos emplear, cuándo y a quién.

Toda esta variedad y cantidad de pruebas psicodiagnósticas pretenden constituir una batería de evaluación que permita explotar ese rol de observador participante tan necesario para el terapeuta que opera desde una óptica de la complejidad. Estos instrumentos deberían acercar al clínico al sufrimiento y motivo de consulta de la familia para, al mismo tiempo, salvaguardar la distancia necesaria para facilitar un cambio-2, es decir, una genuina reestructuración del sistema familiar. La evaluación mediante procedimientos técnicos (cuestionarios, tests, etc.), por lo tanto, no ha de reducir la capacidad de maniobra del psicoterapeuta, estrechando sus miras, y sí servir de medio para “abrir su paraguas”, es decir, para tener en cuenta el mayor número de factores intervinientes en el problema “psicosomático”.

Finalmente, merece la pena comentar el buen entendimiento al que tienen que llegar “evaluación” y “objetivos”. Sin una concordancia plena entre ellos el proceso psicoterapéutico tendrá un mal comienzo, ya que ambos elementos son como las dos caras de una misma moneda y el uno sin el otro no tiene sentido. Ambos tienen que retroalimentarse y, lo más importante, estar al servicio de la familia, del problema y del clínico. Evaluación y objetivos se diseñan *ad hoc*, adaptándose al sistema terapéutico y nunca al revés.

10. Terapia sistémica en trastornos “psicosomáticos”: “¿Un espejo dónde mirarse?”

En los anteriores apartados se ha desvelado el “reparto” de esta obra: sobre qué trastornos se desea intervenir, el por qué de esa intervención, cómo se puede evaluar a la familia y qué objetivos plantear. Parece que todo está listo para que comience el espectáculo, para que los actores “dancen” sobre el escenario. Pero, ¿qué detalle falta? Queda un elemento que, aunque no necesario ni suficiente, sí puede ser muy enriquecedor: saber qué técnicas emplear y cómo usarlas. En otras palabras, queda conocer la “*mesa del carpintero y sus herramientas*”. Antes de aplicar una tecnología es de recibo aprender a manejarla.

Sin este “tutorial” sobre las técnicas psicoterapéuticas no tendría ninguna razón de ser ni el diseño de un protocolo para el uso de las mismas en los trastornos “psicosomáticos” ni, lo más relevante aún, la aplicación del mismo en un contexto real. Para este fin se describirá a continuación la manera en la que diferentes escuelas de terapia de familia intervendrían sobre el fenómeno “psicosomático”, prestando especial atención a qué técnicas tienen tradición de usar y en qué situaciones. Se tratará de ofrecer una tecnología psicoterapéutica versátil en honor a la óptica de la complejidad y a través de la descripción de la filosofía y metodología de trabajo de cinco orientaciones: estructural, transgeneracional, estratégico, facilitador y narrativo. El objetivo es que después de esta exposición el lector esté preparado para asimilar y luego aplicar

el protocolo de tratamiento psicoterapéutico sistémico en niños, adolescentes y familias con trastornos “psicosomáticos”.

10.1. Terapia estructural y terapia transgeneracional

Como máximos exponentes de la **terapia estructural** se recurrirá a las figuras ya conocidas de Salvador Minuchin y de Luigi Onnis. Para Minuchin y sus colaboradores el tratamiento sistémico de los trastornos “psicosomáticos” de niños y adolescentes se fundamenta en la modificación terapéutica de las cuatro variables relacionales vinculadas al constructo de “familia psicossomática”: Aglutinamiento, hiperprotección recíproca, rigidez y falta de resolución del conflicto. Esos serían los cuatro “caballos de batalla” para Minuchin en cualquier caso donde un menor presente sintomatología “psicosomática” desde un abordaje sistémico-familiar.

La terapia familiar estructural, según la concibe Minuchin, aplicada a cualquier trastorno psicológico se divide en dos grandes etapas: acomodación y reestructuración (Minuchin, 1974). En la fase de **acomodación** el terapeuta ha de ir acercándose progresivamente al sistema familiar, para conocerlo y formar conjuntamente con el mismo el denominado “*sistema terapéutico*”. Esto no quiere decir que el terapeuta sea uno más de la familia, avocándose irremediamente a la iatrogenia, es decir, a entrar en la entropía del sistema familiar. Nada más lejos de la realidad, el terapeuta y la familia se suman dando lugar a un tercer elemento que es distinto a todo lo anterior y además es algo más que la suma de las partes. En este sistema terapéutico el terapeuta es el líder, entendido así por la familia.

La **reestructuración**, por su parte, implica esa época de la terapia donde una vez formado el sistema terapéutico el clínico intenta provocar un cambio de los fundamentos básicos de las transacciones de la familia. La reestructuración, como su nombre bien indica, busca más un cambio de la estructura familiar que una eliminación rápida, y probablemente pasajera, del síntoma en cuestión, en este sentido, de la manifestación “psicosomática”. Esta fase de la terapia sistémica es la más difícil de llevar a cabo ya que supone lidiar con la resistencia al cambio de todo el sistema. Para hacer más llevadera toda esta etapa es necesario hacer una correcta acomodación al sistema familiar.

Esa imprescindible acomodación pasa por el empleo de una serie de técnicas. La mayoría de estas estrategias se encuadrarían en lo que se conoce como **coparticipación** (Minuchin y Fishman, 1981). La coparticipación es, a grandes rasgos, la instrumentalización que el terapeuta hace de su propia persona para poder convertirse en miembro del llamado sistema terapéutico, con la flexibilidad necesaria para no verse “arrastrado” por la familia, para no perder su poder terapéutico. Hay varias formas de no perder el poder terapéutico: empleando un coterapeuta, recurrir a observadores, ser el instructor central, etc. Algunas de sus recomendaciones son la de no trabajar con familias que estén más evolucionada en el ciclo vital que el propio terapeuta. Todo esto se deja al gusto del clínico.

La coparticipación implica trabajar conceptos como la alianza y la empatía con todos los miembros de la familia. Todos tienen que sentirse escuchados, entendidos e implicados con el devenir de la terapia, sin partidismos ni lealtades. O lo que es lo mismo, la coparticipación ha

de ser con la toda la familia como una *gestalt*. Tres son las posiciones desde las cuales se puede ejercer la coparticipación:

- 1) *Posición de cercanía*: Basada en la **confirmación**, al buscar aspectos positivos y detectar puntos de sufrimiento y tensión. Esta versión “amable” del terapeuta evita que ningún miembro de la familia se sienta criticado. El recurso de los reflejos empáticos y de las paráfrasis es básico. Desde esta posición el terapeuta tienen más papeletas de acabar siendo engullido por la dinámica familiar, al basar sus relaciones con los diferentes participantes en un alto grado de calidez emocional.
- 2) *Posición intermedia*: Aquí la técnica por excelencia es el **rastreo**. El terapeuta ya no indaga en la estructura familiar desde la intensidad emocional y sí como un oyente activo pero neutro. No es un procedimiento “frio”, ya que intenta conectar con el lenguaje típico de la familia y, por supuesto, con su sufrimiento. Disminuye significativamente el riesgo de entrar en la entropía del sistema y es compatible con una posición más cercana, vía confirmación.
- 3) *Posición distante*: El terapeuta se aleja del sistema y actúa más como un director que como un actor. Funciona desde un rol de especialista, recurriendo a la técnica de la **psicoeducación**. El talante es el de un técnico, un profesional, que sabe qué es lo que no funciona y cómo debe cambiarse. Desde esta situación más asimétrica el riesgo de perderse en el contenido de la familia es mínimo y además se conserva la capacidad para empatizar con toda la familia y poder aprender de su experiencia.

¿Qué determina el uso deliberado de una u otra posición? Hay criterios como el estilo terapéutico personal, el tipo de contexto psicoterapéutico y la presencia o ausencia de problemas que recomiendan uno u otro. Dos premisas son básicas. La primera, más general, es que la familia necesita sentirse apoyada y comprendida antes de que se les pueda cuestionar. La segunda, más específica, es que las “familias psicósomáticas” son, por definición, sistemas altamente aglutinados y con mucha resistencia al cambio con lo cual la acomodación ha de ser lenta y respetando mucho la distancia, si el terapeuta no quiere ser “devorado” a las primeras de cambios.

En resumen, la coparticipación es la principal herramienta para realizar la acomodación al sistema familiar y formar con él el sistema terapéutico. En el caso de las “familias psicósomáticas”, lo que compete ahora, la coparticipación debería cumplir ciertas condiciones:

- Al tratarse de un sistema muy hermético, con límites poco permeables hacia el exterior y con fobia a la intrusión, el clínico deberá entrar con “cuidado”, haciendo la acomodación *despacio y progresiva*.

- La evitación al conflicto es tal, sustentada por el fantasma de la ruptura, que *la crítica y el cuestionamiento deberán posponerse* a fases relativamente avanzadas de la terapia y de manera *indirecta*.

- El *PI* y su *sintomatología* “psicósomática” mediatizan tanto el contenido del discurso familiar que el clínico deberá usarlo como *llave de acceso* al sistema familiar. La mayoría de las preguntas iniciales tienen que girar en torno a la topografía del trastorno “psicósomático” (duración, frecuencia e intensidad) y conectando con todas las preocupaciones acerca de la posible cronicidad, la interferencia vital, el peregrinaje médico, etc.

Una vez en su “salsa” el clínico deberá llevar cabo un diagnóstico sistémico de la familia, que en términos de la terapia estructural se conoce como mapa estructural (Minuchin, 1974). El mapa estructural es una suerte de radiografía que ilustra rápidamente cómo se organiza interaccionalmente la familia. Por ejemplo:



Esta figura representa una familia formado por una pareja de padres (*P* y *M*), cuatro hijos (*H*, varón y *h*, mujer) y el terapeuta (*T*). Estructuralmente lo que intenta transmitir este “mapa” es cómo el padre supone una figura periférica en este sistema y cómo la madre es la “conmutadora central” o “central de operaciones” de este sistema, encargándose ella principalmente de las labores domésticas y educativas. También puede apreciarse, al aumentar el encuadre, el denominado sistema terapéutico, donde terapeuta y familia están “juntos pero no revueltos”. Como puede notar el lector el mapa estructural reniega de diagnósticos de acuerdo con trastornos psicopatológicos “individualizados”, poniendo el acento es disfunciones de corte transaccional.

El mapa estructural de la “familias psicósomáticas” ha de ir mucho más lejos de esta mera etiqueta de “psicósomático”. De sobra es conocida la tendencia de la familia a la triangulación, como artimaña para librarse de los conflictos y para desresponsabilizarse de las relaciones. Pero el mapa estructural de las “familias psicósomáticas” (y de cualquier familia, a priori) tiene que estar por encima del reduccionismo de:

“Familia psicósomática = Triangulación padre-PI-madre”

En primer lugar, porque no todas las “familias psicósomáticas” están obligadas a presentar triangulaciones y, en segundo lugar, porque puede haber otras realidades sistémicas más o menos relevante que estén ayudando al mantenimiento del problema. El mapa estructural aplicado a la “familia psicósomático” ha de recoger sus vicisitudes relacionales como familia única e irrepetible que es, sin dejarse entorpecer por simplismos como el citado más arriba.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> · Reencuadramiento. · Escenificación. · Intensidad. · Enfoque. · Reestructuración. · Fijación de fronteras. · Desequilibramiento. · Complementariedad. · Construcciones familiares. · Paradojas. |
|---|

Tabla 6: Técnicas de la terapia estructural (Minuchin y Fishman, 1981).

La coparticipación, la formación del sistema terapéutico y la realización del diagnóstico estructural pueden ser tomadas como las principales tareas a hacer en la etapa de acomodación. Una vez completada la misma no hay inconvenientes para pasar a la reestructuración y con ella, inevitablemente, al intento de cambio. Para conducir a la familia al cambio la terapia estructural de Minuchin presenta un nutrido grupo de técnicas (véase tabla 6). No tiene que utilizarse este arsenal al completo en todos los casos ni la “familia psicósomática” debiera ser objeto del empleo de todas ellas. Como ya se ha dicho antes, lo importante no es la etiqueta de “familia psicósomática” y sí su funcionamiento estructural, perfectamente registrado en el mapa estructural. Tres son las intervenciones generales que habría que realizarse sobre el sistema “psicósomático”, siendo más de una decena las intervenciones específicas al servicio del clínico en la búsqueda de la reestructuración (Minuchin y Fishman, 1981):

1º Cuestionamiento del síntoma: La familia, con la ayuda del clínico, por supuesto, deberá alcanzar la conciencia de que el problema no reside en el PI, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Los demás miembros de la familia son igualmente “patológicos”. La tarea del terapeuta, entonces, es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la naturaleza de su respuesta. En síntesis, la “familia psicósomática” debe conseguir el *insight* suficiente para conectar el sufrimiento corporal del infante o adolescente con las dificultades comunicacionales y relacionales de la familia como un todo. Esto permitirá al sistema interpretar el síntoma “médico” del menor como un mensaje de que “algo mal” y una oportunidad para funcionar de forma alternativa. Las técnicas asociadas a este bloque son:

- a) **Escenificación** → Minuchin es un gran admirador de la analogía de la danza para transmitir la importancia de lo dinámico sobre lo estático, lo relaciona frente a lo intrapersonal y el aquí y el ahora con respecto al relato del pasado. Según él, la mejor forma de conocer la problemática familiar es siendo protagonista de la “danza familiar”, es decir, contemplar en vivo y en directo fragmentos de cómo, presumiblemente, interaccionan en casa. Los miembros de la “familia psicósomática”, más que ninguna otra, dejan de bailar cuando entran en la sesión y tratan de exponer, comentar y explicar al terapeuta cómo son en casa la “música” y la “danza”, ocultándose bajo la fachada de pseudoarmonía familiar, el miedo a la evolución de la enfermedad física y la evitación del conflicto.

La escenificación es, por consiguiente, la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Una danza, como era de esperar, circular y cuya secuencia carece de un esquema de causa-efecto. El terapeuta tiene que tener muy claro dos aspectos: la observación de la danza familiar la influye, por cibernética de segundo orden, y al realizarse en el contexto de la sesión, en el presente y delante de él, este tiene poder para evaluar y reestructurar. Tres son las acciones básicas que el clínico tiene que realizar con las escenificaciones de la “familia psicósomáticas”:

1º Interacciones espontáneas: El terapeuta tiene que estar al tanto de cada movimiento que da la familia. Por ejemplo, si cada vez que el chico con asma se dispone a hablar ante una pregunta del terapeuta y su madre le interrumpe, tomando ella la iniciativa de la entrevista, mientras padre e hijo quedan en segundo lugar el clínico debería tomar nota de ello y registrarlo, para, después, poder señalárselo a la familia. Preguntas como “¿Esto suele ocurrir con frecuencia en casa?” suelen ser muy usuales en este tipo de interacciones.

2° *Provocar interacciones*: Desde un rol más activo el terapeuta solicita un movimiento concreto por parte de toda la familia o de un holón particular. Por ejemplo, puede pedirle a este marido que intente llevar a cabo una tarea familiar junto con su hijo y que, durante el transcurso de esta acción, la madre se inmiscuya en esa diada y “arrebate” a su hijo asmático de las manos de su padre. Este tipo de interacciones, buscadas deliberadamente por el clínico, tienen un poder informativo inconmensurable sobre el cómo y el para qué del síntoma en el sistema familiar, apuntalando el mapa estructural.

3° *Interacciones alternativas*: Como miembro director del sistema terapéutico el terapeuta de familia hace acopio de todo su poder para forzar una nueva forma de vincularse en la familia. Por ejemplo, le puede pedir al chico asmático que le diga su madre que él puede y debe hablar por sí mismo, sin ayuda de ella, bloqueando cualquier intrusión de esta en el discurso del menor. Este tipo de escenificaciones son las que están más cerca de la reestructuración y también, en el caso de la “familia psicósomática”, las más propicias para despertar todos los mecanismos de resistencia y, por qué no, de huida. El riesgo de este tipo de intervenciones se intenta compensar con una cálida acomodación al sistema en una etapa anterior.

- b) Enfoque → La analogía de la “danza” y la “música” comparte bastidores con el símil de la lente de un telescopio. El clínico debe elegir dónde centra su lente, si es en una persona, en una diada o en todo el sistema y si la entrevista gira en torno de un tema o de otro. Los ángulos y los ajustes son el pasaporte para pasar de un nivel de explicación a otro. En el caos que representa la familia “psicósomática” el enfoque ayuda a dotar al sistema terapéutico de organización, al darle al terapeuta una agenda de trabajo y un “salvavidas” para no ser hundido por la dinámica familiar. Lo último que se recomienda a un psicoterapeuta delante de una familia tan voraz como la “psicósomática” es tener una actividad de “picaflor”, dejándose llevar por la inercia de innumerables contenidos que esta familia le pondrá encima de la mesa: el pipi de la niña enurética, cómo se pelea con su hermana pequeña, la notita que los profesores le enviaron a los padres por su mal comportamiento, la rabieta del sábado por la noche, etc.

El terapeuta ha de tener la perspicacia para detectar estas y otras maniobras de distracción y elegir un tema y objeto de evaluación/intervención, saltando las trampas. Esto conlleva el ignorar voluntariamente ciertos contenidos, algunos “urgentes” según la familia, con la afrenta que esto puede suponer. No hay temas preferidos ni esquemas de trabajo pre-programados pero sí puede afirmarse que el enfoque está al servicio de la terapia de familia: el clínico no debe caer en el juego de la rigidez y del monotema (el PI y sus síntomas) de la familia. Si quiere enfocar su trabajo, al menos durante varias sesiones, en la delimitación de las difusas fronteras o en un desequilibramiento a favor del PI lo puede hacer, es lícito, de acuerdo con su mapa estructural trazado y del momento en el cual se encuentra la formación del sistema terapéutico.

- c) Intensidad → La resistencia al cambio de la “familia psicósomática” viene dada, al menos en parte, por su “umbral de sordera”. El terapeuta puede encontrarse con la siguiente tesitura: ha diseñado un mensaje perfecto para reestructurar el sistema pero se topa con el problema de cómo hacer llegar este “regalo” a la familia. El lance más frecuente es la perturbación emocional necesaria para que la familia registre la intervención. Es decir, el mensaje tiene que ser lo suficientemente potente para hacer “tambalearse” los cimientos del sistema. Parece ser que para que la “familia

psicosomática” asimila una intervención esta debe hacer “estremecer” a la familia, lo cual puede ser vivido por la misma como una invocación del fantasma de la ruptura.

El clínico deberá arriesgarse a todo ello, siempre respetando las posturas y los tiempos de la familia. Si no hace este ejercicio de coraje todo tipo de intervención, en una fase avanzada, será pasto de la incombustible máquina de evitar conflictos del sistema. La intensidad permitirá al terapeuta empujar al sistema a ir “*más allá de sus límites*”. Varios son los recursos para hacer llegar el mensaje a la familia:

1° *Repetición del mensaje*: Esta estrategia se basa en aumentar considerablemente la frecuencia del mensaje, señalando un aspecto estructural o comunicacional hasta la saciedad. Por ejemplo, el terapeuta puede repetir una y mil veces a la madre de este chico asmático que deje hablar a su hijo y que por favor no lo interrumpa. Con total seguridad el clínico se sentirá bruto, descortés y pesado. Sensaciones que deberá aceptar y no dejarse llevar por ellas (por ejemplo, no intentando “molestar” a esta madre apocada) por el bien de la terapia.

2° *Repetición de interacciones isomórficas*: En este caso la intensidad no se basa en el abuso de un mensaje a modo de eslogan y sí en enfocar el contenido de la sesión en un determinado tema hasta lograr cierto objetivo terapéutico. Por ejemplo, el terapeuta puede insistir en cómo la madre sobreprotege a su hijo asmático, en cómo se desresponsabiliza el marido de competencias educativas y a cómo, en conclusión, hace de madre de dos varones, uno menor de edad (el PI) y otro mayor de edad (el marido). Es, por tanto, un tipo de repetición más profunda y más vinculada a la estructura disfuncional de la “familia psicossomática”. Por supuesto, la familia ejecutará todo tipo de artimañas para desviar la atención del terapeuta hacia otro tipo de contenidos (“...si pero no es normal que este niño haga estas cosas”), a lo cual el clínico deberá persistir el tiempo que estime oportuno hasta que el mensaje cale.

3° *Modificación del tiempo*: La intensidad suele activar el sistema de alerta de la familia. A través de signos analógicos, como cambios de tema de conversación, inquietud motora, expresión facial de enfado o retirada del contacto ocular, por ejemplo, los miembros de la familia (unos más que otros), intentarán transmitir el mensaje al terapeuta de que es mejor que no siga por ahí, que eso es terreno prohibido y que se está cerca de activar un conflicto latente. A pesar de todos los pesares el terapeuta deberá hacer todo lo posible para que la interacción o el mensaje no finalicen. Ya que si aguantan lo suficiente estas personas podrán experimentar modos diferentes de interacción. Parece ser que el precio del cambio, del auténtico cambio, pasa por un periodo transitorio de dolor inusitado y temible para toda la familia. El tiempo, como variable, también puede usarse para adaptarse al estilo de comunicación de los miembros. Por ejemplo, no es raro que la familia “psicosomática” acuda a la sesión con un joven retoño etiquetado de “niño psicossomático” con el cual también es necesario empatizar y hacer alianza. Usar el recurso del tiempo para adaptar la voz del terapeuta a la del crío, por ejemplo, hablando más lento, puede ser una herramienta estupenda para “ganarse” a este niño y poder entrar así con mayor facilidad en el sistema.

2° **Cuestionamiento de la estructura familiar**: Es el objetivo/intervención estructural más clásico. Que la “familia psicossomática” ponga en tela de juicio su tradicional y asfixiante forma de convivir es de las maniobras terapéuticas más difíciles y que mayor tiempo requieren, so

pena de incrementarse exageradamente la resistencia al cambio de la familia. Tres son las técnicas que tratan de ayudar a este propósito:

- d) Fijación de fronteras → Las fronteras, esas “barreras” que separan y comunican a los distintos subsistemas, determinan dos factores básicos para la dinámica familiar: la permeabilidad entre los diferentes holones y la flexibilidad en las respuestas. En lo referente a la permeabilidad, si la delimitación de fronteras es correcta, ni demasiado abierta ni tremendamente rígida, la comunicación entre los subsistemas se hará fluida y se respetará, al mismo tiempo, la jerarquía. Por otro lado, y en relación con la flexibilidad, si las fronteras están bien situadas el sujeto podrá participar en distinto subsistemas (por ejemplo, una niña puede ser “hija”, “hermana” y “mujer”) y desde esa diversidad de roles podrá llevar a cabo varias conductas, mostrando un repertorio comportamental no rígido.

La fijación de fronteras es uno de los caballos de batalla de la terapia de familia de las “familias psicósomáticas”. El grado de aglutinamiento es tal que la familia da la imagen de un magma indiferenciado, con los consiguientes problemas de permeabilidad (en exceso) y de flexibilidad (en defecto). La delimitación de fronteras puede hacerse a través de dos instrumentos:

1º *Distancia psicológica*: El terapeuta deberá defender la premisa innegociable de que cada miembro de la familia hable por sí mismo, sin intromisiones de ningún tipo. Esto es un claro ejemplo de usar la distancia psicológica en la delimitación de límites. También, citando otro ejemplo, puede bloquear la intervención de un tercero en una interacción íntima de una diada o subsistema, como puede ser el caso de un hijo parentalizado que sale en ayuda de sus padres cuando sobre estos acecha la amenaza de un conflicto, rompiendo así la triangulación. O se le puede pedir al subsistema de hermanos que no se hagan intrusiones en el subsistema conyugal pidiéndoles que no se metan “donde no les llaman”. La distancia psicológica, por otro lado, también puede reducirse pidiendo a un padre, por ejemplo, que ayude a su mujer para que entre los dos “metan en vereda” a su hijo disruptivo.

La distancia psicológica no es antónimo de “distancia física”. Así pues, el manejo del espacio personal y de la ubicación de los miembros en la consulta es un recurso más a saber utilizar. Por ejemplo, si el terapeuta quiere que los hermanos se comuniquen dentro de su holón fraternal puede pedir al padre y/o a la madre que se levanten de sus sillas y dejen que los dos hermanos se sienten de forma adyacente.

El terapeuta también puede usar su propia distancia psicológica en su relación con los miembros, usando posturas, gestos o tonos de voz más fríos o cálidos según la situación, haciendo de modelo al ilustrar la flexibilidad necesaria que la familia debe adquirir. También se fijan límites, de una manera indirecta pero muy poderosa, cuando se planifican sesiones dirigidas para cada uno de los distintos subsistemas: para los padres, para el PI, para los hermanos, para los “hombres” de la casa, para las “mujeres” de la casa, etc.

2º *Duración de la interacción*: Muy parecido al recurso de la modificación del tiempo de la intensidad pero con la intención de prolongar una circularidad transaccional positiva más allá del contexto terapéutico. Implica la prescripción de **tareas para casa**. Por ejemplo, se le puede pedir a una madre que pase más tiempo con su hijo obeso fuera

del tiempo y el espacio de las comidas y al margen de las discusiones relacionadas con la alimentación; por ejemplo jugando o yendo al cine. O también pedirle al padre que sea él el que se encargue de controlar la alimentación de su hijo mientras la madre descansa en esos momentos, intentando romper la coalición madre-hijo y potenciando la alianza padre-hijo.

- e) Desequilibramiento → La entrada del terapeuta en la familia (formando el sistema terapéutico) modifica la estructura de poder de la misma familia. Para Minuchin es como si todos los miembros dieran un paso atrás para conceder al terapeuta el espacio y la jerarquía necesaria para poder emprender la reestructuración. El desequilibramiento, por así decirlo, es la técnica estructural que más altera la jerarquía de la familia. El cambio de la posición jerárquica induce una modificación de la perspectiva, puntuación y forma de interacción de todos los miembros del sistema.

Es un procedimiento, por definición, inequitativo, donde el terapeuta se alía con el miembro de la “familia psicosomática” situado en un lugar inferior de la jerarquía, confiriéndole poder en lugar de quitárselo. Dos son las consideraciones esenciales al respecto. La primera tiene que ver con el término de “miembro débil” o persona que carece de menor rango de autoridad. Perfectamente puede darse la situación de haber más de un “miembro débil” sobre el cual se pueda realizar el desequilibramiento y no siempre tienen que ser los mismos. La segunda consideración está más vinculada con el concepto natural de jerarquía. Es lógico que haya un sistema de autoridad innegociable en la familia, donde los padres manden más que los hijos, principalmente.

Además el desequilibramiento no tiene por qué realizarse siempre con el mismo individuo y durante toda la terapia y tiene que compatibilizarse con la empatía hacia todos los miembros de la familia. Tres son las técnicas de desequilibramiento:

1º *Alianza con miembros de la familia*: Por ejemplo, el terapeuta confirma al padre de ese chico asmático, poniendo de relieve sus lados fuertes y convirtiéndose en una fuente importante de autoestima para él al rescatarle de su posición periférica. Gracias a esto podrá empezar a cuestionar su posición rígida dentro del sistema, de dador económico pero no afectivo. Por supuesto, y según los intereses psicoterapéuticos, se puede hacer el desequilibramiento a favor de un miembro dominante del sistema familiar.

2º *Alianza alternante*: Constituye una estrategia de difícil ejecución, puesto que intenta la alianza intermitente con dos lados o subsistemas de la familia para atribuir a cada uno pericias diferentes y complementarias. Por ejemplo, el clínico puede ejercer como “mediador” en un conflicto entre una chica con fibrosis quística y sus padres, reforzando el deseo de individuación de la primera pero sin cuestionar la autoridad de sus padres en el tema de las normas domésticas. Como objetivo, en este ejemplo, podría llegarse a acuerdos sobre cuestiones como las salidas callejeras, las llamadas telefónicas de vigilancia y el permiso de conducir del ciclomotor dentro de unos límites de cumplimiento de tareas domésticas y de cumplimiento de horarios de llegada a casa.

3º *Ignorar a miembros de la familia*: En esta técnica tremendamente llamativa se trata a ciertas personas de la familia como si fueran invisibles, generando un enorme riesgo de rebelión y de intento de coalición en contra el terapeuta. Por ejemplo, en el caso de un adolescente con obesidad mórbida incapaz de respetar el turno de palabra de sus padres y hermanos se puede aplicar este procedimiento alegando el terapeuta que cuando se

comporte como una persona de su edad y no como un niño entonces se le escuchará. Lo “grosero” de esta técnica permite un realineamiento de toda la jerarquía familiar.

En resumidas cuentas, el desequilibramiento a favor de los padres facilita una urgente reorganización de la jerarquía, para que el holón parental sea el principal sustentador del poder familiar y no el PI. El desequilibramiento a favor del PI, por el contrario, se usa para estimular la individuación del menor, defendiendo a capa y a espada sus derechos; desde poder hablar de sus eventos privados sin intrusión de nadie hasta poder tener vida social fuera del hogar, y resaltando sus capacidades o lados fuertes.

- f) Complementariedad → Cuando un psicoterapeuta trabaja la complementariedad en una familia está intentando sacar a los diferentes miembros del agujero del esquema “causa-efecto”, rompiendo puntuaciones unilaterales se la secuencia de los hechos. La complementariedad es, en definitiva, la lanzadera que introduce la circularidad en la familiar. La complementariedad permite el cuestionamiento de tres aspectos de la certidumbre del sistema familiar:

1º *Cuestionamiento del problema*: Se introduce incertidumbre en la definición del problema que trae la familia a la consulta. Por ejemplo, se puede dudar que el problema sea sólo que “nuestro hijo no se controla adecuadamente la medicación insulínica” o extendiendo el problema a más de una persona, a parte del PI.

2º *Cuestionamiento del control lineal*: El objetivo con esta maniobra es que la familia sea consciente de la reciprocidad del comportamiento, de su noción de interpersonalidad. Por ejemplo, el terapeuta puede recalcar cómo cada vez que el muchacho va a salir a la calle la madre lo bombardea con expresiones de preocupación e insistencia (“¿Llevas la medicación?, que no se te olvide tomártela”, por ejemplo) favoreciendo la reactancia en el adolescente. Las llamadas **preguntas circulares** (Midori Hanna y Brown, 1995) ayudan a este propósito.

3º *Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos*: A estos padres, por ejemplo, les vendría muy bien tener en cuenta que cada vez que no se ponen de acuerdo con el tema de los límites del control de la medicación de su hijo, haciendo la guerra por separado (la madre desde la hiperprotección y el padre a través de la dejadez), actúan como un muro con grietas que favorece la tendencia natural y lógica de cualquier joven: meter las manos en esas grietas y aprovecharse del desconcierto paterno, “tonteando” con la medicación. La no toma “adecuada” del tratamiento insulínico no es sino una secuencia más de una larga película.

3º **Cuestionamiento de la realidad familiar**: El psicoterapeuta debe, en primer lugar, conocer al milímetro cómo concibe cognitivamente la realidad y cómo la vivencian afectivamente cada miembro de la familia, para después, en segundo lugar, “jugar” con esa construcción y vivencia de la realidad. En esencia lo que se propone en este conjunto de técnicas es, siguiendo un vocablo estratégico, cambiar la realidad de segundo orden ofreciendo a la familia redefiniciones o nuevas construcciones de la realidad que amplíen su horizonte de movimientos de comunicación y de resolución de problemas. Las técnicas que pudieran ser utilizadas bajo este pretexto son:

- g) Construcciones familiares → Uno de los objetivos generales de la terapia sistémica con la “familia psicósomática” es convertir a este sistema a una concepción diferente del

mundo, que no haga necesario el síntoma médico del PI y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una mayor diversidad dentro de un universo simbólico más complejo. En resumen, el terapeuta puede ayudar al PI y a su familia desde su rol de constructor de realidades, aflojando la rigidez del sistema perceptivo-reactivo de la familia. La libertad del terapeuta como constructor de realidades está limitada por su propia biografía (no es lo mismo tener veinticuatro años que pasar la treintena, por ejemplo), por la realidad finita de la estructura familiar y por su modalidad de percepción (determinada por el nivel cultural y social de la familia). Varias técnicas están al servicio de todo esto:

1° *Símbolos universales*: Aprovechar los valores, mitos y filosofías de las familias puede ser todo un filón. Se puede recurrir a aspectos tradicionales, de sentido común, que todo el mundo conoce, o bien a aquello más peculiar y que más caracteriza a la familia. El empleo de ritos, rituales y objetos para trabajar de manera implícita, simbólica, con todo aquello a lo que la familia se resiste y se defiende con uñas y dientes es un recurso inteligente de esquivar toda una serie de mecanismos de defensas. Por ejemplo, para representar la conquista de la independencia de una adolescente con asma totalmente sobreprotegida, simbolizando su paso de “la infancia a la adolescencia”, se le puede pedir que compre ella sólo, sin ayuda de nadie, un mueble pastillero para poder organizar y regir autónomamente su tratamiento, estando más cerca de ser una mujer que de seguir siendo un bebé.

2° *Verdades familiares*: En tono estratégico, se le puede solicitar a la “familia psicósomática”, por ejemplo, que como lo último que desean es el mal de su prole, en función del mito de la unidad familiar y del fantasma de la ruptura, que deberán darle el espacio necesario al PI para que aprenda a cuidarse de sí mismo y pueda ayudar a su familia el mayor tiempo posible. La “venta” de una forma de trabajar en la terapia o, simplemente, de tareas para casa en base a los mitos y fantasmas familiares ha de ser tomado en cuenta por el clínico como una manera de contribuir a un cambio sutil, no “doloroso”, de la familia, más si cabe si se es sabedor del lema con el que la “familia psicósomática” acude a terapia: “*cámbienos pero sin cambiarnos*”.

3° *Consejo especializado*: Desde la experiencia, conocimiento y profesionalidad el terapeuta puede presentar explicaciones de la realidad a la familia alternativas a las reinadas por la rigidez y el miedo. Con un encabezamiento de “*he visto otros casos que...*” el clínico puede vender toda una serie de tareas, desde prescripciones directas hasta paradójicas. Y no ha de ser un recurso tan solo aprovechable por psicoterapeutas veteranos. Lo importante no son ni las canas ni las arrugas, sino el discurso emitido desde una posición distante y que aproveche el liderazgo del clínico en el sistema terapéutico. Por ejemplo, se le puede recomendar a los padres de un chico con colitis ulcerosa que le dejen más autonomía en aras de potenciar la individuación del PI y rompiendo la triangulación y vendiendo dicha tarea como una experiencia muy conocida por todo el equipo terapéutico en este tipo de casos.

- h) Paradojas → A pesar de ser “santo y seña” de la terapia estratégica, las técnicas paradójicas o paradojales también pueden usarse en contextos psicoterapéuticos estructurales. La condición es simple: ante cualquier sistema familiar con pautas interactivas de larga data, repetitivas, que no responden a prescripciones directas “lógicas” las intervenciones paradojales pueden ser un excelente recurso. Es decir, son el arma terapéutica ideal para altos grados de resistencia al cambio. Y aunque parezca

una obviedad, conviene resaltarlo: si la familia es sensible a las intervenciones directas no hay razón para emplear las paradojas. Tres son las partes de una prescripción paradójica:

1º *Redefinición*: El primer paso consiste en adscribir una connotación positiva al síntoma del PI, en este caso al síntoma “psicosomático”. De elemento ajeno y perjudicioso se pasa a una percepción del mismo como parte esencial del sistema. Por ejemplo, se puede redefinir la encopresis de un chico de diez años como la única manera que la familia tiene de “evacuar” problemas y que, por tanto, su eliminación induciría el riesgo de una “explosión” que podría hacer resquebrajarse los cimientos de toda la casa. El PI se transmutará en alguien que se “sacrifica” por toda la familia, abandonando el cliché del chivo expiatorio.

2º *Prescripción*: Una vez definido el síntoma “psicosomático” del PI como el “salvador” de la familia el siguiente paso es “recetararlo”. De involuntario y aversivo se pasará a consciente y deliberado, liberando de toda carga aversiva al síntoma “psicosomático”. Por ejemplo, se le puede pedir a toda la familia que cese en sus esfuerzos para que el PI defeque en el WC, de vigilar constantemente si se ha manchado o no o para que consuma una dieta rica en fibra. Para esta fase es fundamental conocer la relación que hay entre el síntoma y el sistema y el modo en que se retroactivan entre sí.

3º *Restricción*: Toda manifestación de cambio tiene que ser refrenada por el terapeuta. El clínico deberá enumerar todas y cada una de las consecuencias “negativas” del cambio, así como la premonición de nuevos problemas y dificultades que surgirían tras la desaparición del síntoma “psicosomático”. Por ejemplo, se le debe advertir a la familia de las posibles complicaciones de la erradicación de la encopresis, como podrían ser que el chico empezara a salir más a fuera de casa, que renaciera su vida social, que comenzará a “crecer”, etc. Justamente se tocarían los fantasmas familiares, sus peores pesadillas.

Queda claro entonces que las intervenciones paradójicas no son de uso exclusivo de un enfoque terapéutico estratégico y que pueden obedecer a empresas de otras orientaciones sistémicas, como por ejemplo la estructural. Sin embargo, una explicación más detallada de esta tecnología será pospuesta al siguiente apartado, al correspondiente a la terapia estratégica aplicada a los trastornos “psicosomáticos”.

- i) Lados fuertes → Si más arriba desmitificaba las técnicas paradojas como exclusivas de la psicoterapia estratégica ahora le toca el turno a la intervención denominada como destacar los lados fuertes de la familia, por su parecido razonable con la técnica de las “excepciones” del enfoque facilitador. Las excepciones, las cuales gozaran de su pertinente espacio y tiempo más tarde, son aquellos momentos en los cuales el síntoma no esté presente y todos los recursos y virtudes familiares que se pudieran atribuir a ese “milagro”. La terapia estructural también tiene su particular búsqueda de excepciones en este fortalecimiento de los lados fuertes de la familia. No todo puede ser intensidad y exigencia de cambio para la familia, debiendo imperar un equilibrio entre desafío y protección: “*una de cal y otra de arena*”.

Hay dos grandes grupos de lados fuertes en las familias “psicosomáticas”. Los primeros, los más generales, tienen que ver con los mitos de unidad y de armonía

familiar y con todo el repertorio interactivo propio para mantener en situación boyante a ambos mitos. La manera que tiene la “familia psicossomática” de estar juntos hasta la muerte, de sobreprotegerse unos a otros y de parar el tiempo evolutivo pueden ser redefinidos de manera positiva o simplemente señalados por el terapeuta. El segundo grupo de lados fuertes tiene que ver con las particularidades de cada familia, al margen de la etiqueta diagnóstica de “psicossomática”. Todo sistema, por muy “patológico” que sea, tiene puntos positivos que pueden y deben ser aprovechados por el clínico.

Con el reconocimiento de lo saludable de la “familia psicossomática” se finaliza el desglose de la mayor parte de las técnicas propias de la terapia familiar estructural. La intención ha sido doble: por un lado, presentar la tecnología psicoterapéutica estructural y, por otro lado, versionarla a la temática “psicossomática”, mediante ejemplos y recomendaciones. Esta última labor, esto es, la de adaptación de la terapia estructural a los trastornos “psicossomáticos”, en especial a los infanto-juveniles, y en un contexto familiar, tiene un gran precursor: Luigi Onnis.

El tratamiento psicológico que el grupo de Onnis hace con las familias cuyo uno de sus miembros presenta un trastorno “psicossomático” es básicamente un trabajo de corte estructural, apoyándose en todas las herramientas “minuchistas” más arriba descritas. No obstante, existe un elemento diferenciador entre la terapia estructural aplicada por Minuchin sobre las “familias psicossomáticas” y la llevada a cabo por Onnis: el uso de **esculturas**. Las esculturas representan una técnica, en esencia, psicodramatista, aunque el uso que Onnis le da para ayudar a las “familias psicossomáticas” es diferente al dado por los terapeutas psicodramatistas. Para el equipo de Onnis lo interesante de las esculturas es la asociación de la metáfora espacial con la dimensión diacrónica del tiempo. El empleo de esta técnica en los trastornos “psicossomáticos” se justifica con dos razones:

1º De acuerdo con la variable “**tiempo**”, cabe decir que la “familia psicossomática” sufre una detención evolutiva expresada a través del síntoma “psicossomático”. El uso de esculturas permite retomar la integración de niveles como el aquí y el ahora y aspectos históricos y evolutivos que ya hace el síntoma del PI pero de un modo mucho más sano. En otras palabras, se le invita a la familia a romper su estancamiento pero de una manera que no suscita resistencia.

2º En función de la variable “**espacio**”, las esculturas facilitan un estilo de comunicación analógico al utilizar el cuerpo, alejándose de formas digitales de comunicación. El discurso hablado puede levantar mucha resistencia al cambio en familias como las “psicossomáticas”, debido al mito de la unidad y de la armonía familiar. De esta manera todo el sistema terapéutico (familia y terapeuta) hablaría un mismo “idioma” (el analógico).

Por el uso terapéutico que las esculturas hacen de la corporeidad queda clara la gran apuesta que se hace a favor de un tipo de comunicación no verbal o analógica, tanto como método de evaluación, al obtenerse lo “no dicho”, la imagen mítica compartida por toda la familia, como de intervención terapéutica, al permitir sortear las resistencias típicas de lo “dicho” y al conectar distintos niveles de explicación de la realidad compleja del trastorno “psicossomático” (presente y pasado, familia propia y familia de origen, etc.), superándose la disociación y la alexitimia propias de estos sistemas. En definitiva, la escultura permite a la familia “mirarse a sí misma”.

Las esculturas fueron introducidas como técnica en el campo de la terapia de familia por autores de la talla de Satir, Duhl, Kantor y Papp a lo largo de toda la década de los setenta y consisten en solicitar a la familia que represente espacialmente la imagen que posee de sí misma, a través de la disposición de los cuerpos en el espacio, la adopción de fisionomías y posturas, las distancias entre los miembros y la dirección de las miradas. Eventualmente se puede completar esto con un comentario de cada participante sobre lo que ha experimentado.

Las esculturas usadas por Onnis están compuestas por una escultura del presente, sobre el momento actual, y una escultura del futuro, sobre cómo se imagina la familia, por ejemplo, en diez años. El “escultor”, es decir, el miembro que “diseña” espaciotemporalmente la familia puede ser tanto el PI como el resto de personas que integran el sistema. A diferencia del modelo de Papp, no se solicita una representación que proyecte un “deseo” de cambio en el futuro porque en base a las características de estas “familias psicósomáticas” la proyección en el futuro no constituiría una representación de cambio, sino una *representación de la resistencia o el temor a un cambio*. Parece ser que la capacidad de las familias de verse en evolución está bloqueada o que el cambio supone una amenaza muy intensa, activando intensos miedos. Lo importante es que analógicamente, implícitamente, emerjan las emociones, la mayoría de miedo. Surgen los mitos y fantasmas familiares, como el mito de la unidad familiar y el fantasma de la pérdida, de la separación o de la disgregación.

Posteriormente, una vez realizadas las esculturas, se procede a la connotación en positivo del síntoma, por ejemplo, aquello que el PI hace para ayudar a su familia. Pero a diferencia de las intervenciones paradójicas clásicas que prescriben el síntoma, aquí se propone una **alternativa** de funcionamiento interaccional. A veces, es posible que el síntoma psicósomático “rote”, se “desplace”: por ejemplo, después de una mejoría significativa en una sintomatología asmática en un hermano puede comenzar un síntoma alimenticio de tipo anoréxico en otro hermano. Algunas recomendaciones con respecto a las esculturas son:

a) Cuándo proponer las esculturas familiares → Debido a las características de la “familia psicósomática” el grupo de Onnis no estima oportuno realizar esculturas en las primeras sesiones, por la gran intensidad emocional que implican. Estas primeras sesiones debieran, por contra, ser invertidas en la acomodación al sistema familiar. Para la cuarta o quinta sesión sí se puede proceder a ello. Se realiza la escultura y se acaba la sesión con un: *“Creemos que se han dicho muchas cosas, no tenemos nada más que agregar”*, sin comentar lo realizado. Para la siguiente sesión sí se retoma y se comenta el material dado por las esculturas, cuando la familia ha “sedimentado” la riqueza de lo intercambiado.

b) La redefinición del síntoma como metáfora “específica” familiar → Ampliar el significado del síntoma psicósomático y establecer conexiones con un malestar general de la familia. Es decir, la identificación del significado simbólico del síntoma (la “cualidad del síntoma”) y luego la amplificación de éste en modo tal que constituya una metáfora del problema familiar. Es esencial para este menester haber podido realizar de forma previa una **interpretación** sobre la conexión entre el síntoma “psicósomático” del PI infanto-juvenil y la estructura disfuncional de la familia. Dicha interpretación ha de formularse en clave simbólica, a través de una metáfora, de manera que se puedan sintetizar el mayor número de niveles de explicación de la compleja realidad “psicósomática”, rompiendo así con la desconexión clásica de este tipo de familias en este sentido y sin generar grandes resistencias al cambio.

Se aconseja no pecar de precocidad ni de “salvajismo” en las interpretaciones que se devuelven a la familia. Una interpretación muy temprana provocará el rechazo frontal de la

familia y un refuerzo de su hermetismo. Por otro lado, una interpretación muy intensa, capaz de publicar secretos de “alcoba”, destapando las cartas de la familia, es peligrosa debido a su capacidad de hacer experimentar a sus miembros emociones muy intensas, como enfado, miedo, vergüenza, etc; es decir, sensaciones que no están dispuestos a tolerar. Un ejemplo de interpretación podría verse en la siguiente viñeta.

En una familia donde hay un PI con colitis ulcerosa, el padre y la madre “hacen la guerra por su cuenta”: cada uno imparte autoridad desde un estilo educativo muy diferente. Mientras la madre tiende al grito y a la repetición de ordenes, invirtiendo un gran esfuerzo, el padre opta por una estrategia silenciosa en un principio, evitando cualquier tipo de regañinas, para después “explotar” al contemplar los sucesivos fracasos en el intento de imponer orden por parte de su esposa, recurriendo a maniobras más bruscas. La interpretación que se le puede hacer a esta familia podría ser algo así:

“Tengo el honor de daros una buena noticia (dirigiéndose a los padres): vuestro hijo es normal. Como buen adolescente, intentará aprender a través de la mejor de las estrategias de su edad, que no es otra que siendo rebelde y poniendo a prueba a sus padres. Felicidades (dirigiéndose a los padres y al PI). Sin embargo hay un problema y no es otro que vosotros, como padres, no sabéis funcionar como un muro sólido. Los padres tienen que trabajar como un equipo, acordando cómo educar a sus hijos, mostrando así una imagen de muro infranqueable. Juan (el PI) es consciente de las grietas que hay en vuestro muro, de cómo os desautorizáis mutuamente y de la falta de apoyo que a veces goza vuestros intentos de que haya orden en la casa. Si Juan no tiene límites en el exterior, los que les dan sus padres, difícilmente podrá aprender a ponerse límites en su interior, en el control y manejo de su propio aparato digestivo, ya que la única manera que Juan ha encontrado para ayudaros a que os pongáis de acuerdo es a través de su intestino”.

Esta interpretación recoge varios aspectos interesantes. En primer lugar conecta el síntoma “psicosomático” (colitis ulcerosa) y el funcionamiento familiar a través de una metáfora, la del muro con o sin grietas. El contenido simbólico impide levantar ampollas, que los padres se sientan ofendidos. Los mensajes metafóricos tienen la capacidad de ir directamente hacia el hemisferio derecho cerebral, evitando el tránsito racional por el hemisferio izquierdo, y, por tanto, ganando mayor impacto sugestivo (Haley, 1986). La escultura introduce la circularidad en el sistema, en concreto entre el PI, su cuerpo y la estructura de la familia. Además, normaliza y redefine positivamente tanto la figura del PI, despojándolo de su rol de chivo expiatorio, como el síntoma “psicosomático”, como la manera que el PI tiene de ayudar a sus padres. Por supuesto esta interpretación se haría en una fase intermedia de la terapia, posterior a la acomodación al sistema y a la realización de las esculturas terapéuticas.

c) La fase final de la terapia → Esta fase se dedica al trabajo con los diferentes subsistemas familiares y, en particular, cuando el paciente designado es un niño o adolescente, con el subsistema de la pareja de padres. Sobre todo al principio, no es ciertamente posible focalizar directamente los conflictos de la pareja conyugal, debido al temor de “espantada” de la pareja de padres y de todo el sistema, pero sí trabajar con los padres para que logren una mayor cohesión parental en función de los hijos, aún cuando los conflictos entre los padres permanecen no explicitados. Es decir, se les invitaría a trabajar más como padres que como pareja. Curiosamente, y mediante este planteamiento estratégico, es posible realizar una excelente terapia de pareja de “contrabando”.

Después de todo lo dicho, la terapia del equipo de Onnis con familias de miembros infanto-juveniles con trastornos “psicosomáticos” podría dividirse en tres etapas:

- **Fase inicial**, de obtención de información y de establecimiento de alianza terapéutica.
- **Fase central**, donde se efectúan las esculturas del presente y del futuro y se construye una redefinición metafórica del síntoma.
- **Fase conclusiva**, donde el trabajo terapéutico se centra en el subsistema parental y cuando es posible lleva a elaborar los conflictos de la pareja conyugal.

Una de los grandes aspectos positivos del trabajo psicoterapéutico de Luigi Onnis es la integración que hace de heurísticos teóricos y de técnicas clínicas procedentes de diferentes orientaciones sistémicas. El esfuerzo, aparte de encomiable, ha dado lugar a un trabajo original y, de acuerdo con la investigación realizada por el grupo romano, eficiente (28 de 30 familias se favorecieron con este modelo de terapia). Sin embargo no sólo es interesante cómo introduce una técnica “casi psicodramática” en un contexto científico, sino como, además, hace hueco a una corriente que para muchos autores está más cerca de la astrología que del método científico más exigente: la **terapia transgeneracional**.

La terapia transgeneracional ofrece una perspectiva multigeneracional (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973; Boszormenyi-Nagy y Krasner, 1986; Sperling y cols., 1982) de la problemática “psicosomática”: los lazos particularmente fuertes y característicos de la “familia psicosomática” se mantienen a través de varias generaciones. La gran aspiración psicoterapéutica es que la familia tome consciencia de este “legado”, que le fuerza a comportarse de una manera rígida y disfuncional, para poder separarse del mismo y poder intentar nuevas alternativas de interacción, imprimiendo su auténtico sello de identidad y no el forzosamente heredado. De forma muy breve y resumida se tratará describir todo el trabajo clínico de la terapia transgeneracional en este campo de los trastornos “psicosomáticos” infanto-juveniles.

La principal herramienta en la que se apoya la terapia transgeneracional para poder alcanzar ese objetivo es el **genograma**. El genograma no es más que una representación gráfica que se hace de la familia, que reflejaría algunos datos de la familia como:

- Número de miembros.
- Sexo de los miembros.
- Quiénes viven juntos.
- Cuántos subsistemas existen.
- Cómo se relacionan los miembros entre sí.

Quizá la mayor aportación de esta técnica es poder contemplar no sólo una imagen estática de la familia propia o nuclear, sino poder entrelazar a la misma con la llamada familia extensa o familia de origen (a partir de ahora FO), a lo largo de tres generaciones. Hay muchas formas de “dibujar” un genograma y una de las más fiables es la aportada por Mónica McGoldrick y Randy Gerson (McGoldrick y Gerson, 1985). En ella se explica cómo simbolizar las distintas variables e hitos sistémicos, a través de una serie de figuras y formas. Para mayor profundidad en este tema se remite al lector a la referencia bibliográfica de las autoras.

Gracias al genograma y a otras técnicas la familia será consciente de sus *lealtades invisibles* (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973). Por lealtad se entiende la manera en la cual no sólo se vinculan los miembros de una familia entre sí, sino cómo ejercen un compromiso con el credo y los mitos familiares. La “familia psicósomática” es, por definición, de las más leales que hay: todos unidos, sin dejar a nadie en la estacada. El apellido de invisible es algo más difícil de comprender, sobre todo para la propia familia. Hace referencia a cómo todos los miembros de la familia, sobre todo el PI, tratan de honrar el credo familiar sin que sean totalmente conscientes de ello, dibujando una red de luchas de poder sobre el cuerpo del PI como escenario de batalla.

Se había tratado antes el concepto de dinámica transgeneracional acumulativa (Sperling y Massing, 1970), esto es, de cómo la familia, a lo largo de varias generaciones, habría ido perfeccionado su ajuste a los mitos familiares, siendo el PI el “campeón”, el mejor representante hasta ahora del credo familiar. Además, la familia, desde este plano encubierto e *invisible*, puede regir su comportamiento para pagar *deudas* generacionales. Como si se tratará de un libreto de deudas, la familia propia del presente puede estar compensando carencias de sus predecesores a través de manifestaciones de sacrificio, abnegación y autocontrol. Es probable que el PI esté actuando un conflicto que no le compete, ya que es responsabilidad de su pareja de padres. Y no es imposible que estos mismos padres también, tanto en el pasado como en el presente, hayan tenido que pagar la deuda de sus padres. Una frase de la psicoanalista francesa Françoise Dolto resume breve pero brillantemente el cariz transgeneracional en el fenómeno “psicósomático”: ***lo que calla una generación lo dice la siguiente en el cuerpo.***

Esta “cadena de retribuciones desplazadas” tiene que parar, así lo verbaliza simbólica y analógicamente el PI mediante su síntoma “psicósomático”. Este mensaje del PI, que como ya bien sabe el lector supera los límites del tiempo, habla de un disfuncionalidad interaccional familiar de larga duración, cuya culminación se encarna en el cuerpo del infante o adolescente. No es raro ver cómo alguno de los padres o los dos padres (mayoritariamente la madre) y otras figuras de la FO (casi siempre materna, por ejemplo, la abuela) también han exhibido conductas de negación de sus necesidades personales, en el marco de una filosofía de vida marcada por el ascetismo y el rigor espartano. Localizar en la FO antecedentes de casos de trastornos “psicósomáticos” y de pérdidas, algunas de ellas traumáticas, como divorcios, enfermedades, muertes, abandonos, etc; suele ser lo común y ayudará a la familia a ser consciente de sus mandatos automáticos y a poder elegir forjar su propio destino.

Puede ser muy psicoterapéutico, por tanto, descifrar el mensaje que el PI manda a una serie de “realidades” sistémicas:

1º A la pareja de padres.

2º A la familia propia completa.

3º A la familia de origen.

De todos estos mensajes el que más debería interesar al clínico es el dirigido a los progenitores, por la necesidad de anclar a la familia en el aquí y el ahora de su problemática relacional. Por ejemplo, el PI puede decirle a la madre, a través de la plataforma comunicativa del síntoma “psicósomático”, que no es necesario guardarse todo lo que le molesta y al padre que actúe como un “hombre”, como el auténtico padre de la casa (y no él) para imponer orden

y ayudar a mamá. Por consiguiente, el mensaje del menor ha de interpretarse metafóricamente en clave de una problemática de varios niveles (conyugal, familia propia y familia de origen) que aún no se ha desvelado, por respeto al mito de la armonía, y que ni mucho menos se ha resuelto. Este mensaje ha de adecuarse a la familia, con sus propios mitos y fantasmas, y sobre todo, encuadrándolo en un contexto que vá más allá de la puerta de casa.

10.2. Terapia estratégica

Las intervenciones psicoterapéuticas anteriores, adscritas a movimientos estructuralistas y transgeneracionales, conciben el síntoma “psicosomático” del PI como la consecuencia más llamativa de toda una maquinaria disfuncional subyacente. El trastorno “psicosomático” sería la punta de un iceberg conformado por una multitud de niveles de explicación correlacionados, a pesar de su especificidad y su autonomía. De ahí que el tratamiento esté dirigido a deshacer este conglomerado de factores encubiertos, buscando un cambio profundo en la familia (un cambio “estructural”) y conectando el sistema con su historia pasada, es decir, con la FO.

La terapia estratégica, como buena portadora del paradigma sistémico, no peca de reduccionismo. Es decir, asume la existencia de diferentes niveles de explicación, no cayendo en falsas dicotomías. Los psicoterapeutas estratégicos no reniegan de conceptos como “estructura”, “familia de origen”, “lealtades” o “coaliciones”, por citar varios. Sin embargo prefieren poner el acento en dos aspectos, según ellos, claves para entender la formación y el mantenimiento de los problemas psicológicos (Cade y O’Hanlon, 1995):

- Los constructos a través de los cuales se ven la dificultades.
- Las secuencias conductuales repetitivas que rodean a tales constructos.

De todo ello se deduce que la escuela de terapia estratégica evita la elaboración y uso de teorías de la personalidad o la disfunción, sea en el nivel individual, familiar o del sistema global. Por tanto, poco sentido, desde el punto de vista estratégico, tiene referirse a términos como “familia psicossomática” o, simplemente, “trastorno psicossomático”. Construcciones de la realidad de ese tipo no sólo gozan de un poder iatrogénico peligroso, como ya se aviso de antemano, sino que son más descriptivas que explicativas, no aportando datos significativos de cómo funcionan esos problemas y cómo se pueden resolver. La pregunta esencial sería (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974):

“¿Cómo se puede producir del modo más eficaz un cambio, en el sentido deseable, del comportamiento presente?”

Los “trastornos psicossomáticos”, como constructo psicopatológico, no sería sino un tipo de comunicación disfuncional. No existiría en el individuo aislado (en el PI) sino sólo en cierta clase de interacción patológica entre los miembros de la familia y de otros sistemas. En esta forma de relacionarse “patológica” el concepto más importante es el de solución intentada (o ensayada) ineficaz (SII), ya comentado anteriormente. Lo que el paciente/familia hace o dice para salir de una situación “problemática” es lo que constituye en problema en sí mismo. La SII es, en palabras de Nardone, un **reductor de la complejidad** (Nardone y Portelli, 2005).

La terapia estratégica trabajaría con la supuesta “familia psicossomática” desde una conciencia operativa, importando más averiguar qué comportamientos son los disfuncionales, cómo se mantienen y cómo se pueden reducir o eliminar que tratando de saber el por qué del síntoma en

la encrucijada de niveles de explicación, tal como harían los estructurales y los transgeneracionales. El diagnóstico que se haría de la “familia psicósomática” es, por tanto, un diagnóstico operativo, perfectamente resumido en la siguiente analogía:

“El marinero no conoce ni puede conocer las verdades profundas que contiene el mar, ni las razones de sus cambios”

Poco relevante es saber cómo ha sido capaz de “hablar” el cuerpo del niño o adolescente y qué tipo de mensaje ha sido capaz de sintetizar. Lo capital es saber cómo se puede resolver ese problema y que el cuerpo del PI ya no sea necesario para enviar ningún mensaje de ningún tipo de “patología” familiar. Para los estratégicos la única forma de conocer una realidad es interviniendo sobre ella. O lo que es lo mismo, se conocerá el problema “psicósomático” mediante su solución. Esto alude directamente a la metodología de **intervención diagnóstica** que guiará todo el enfoque estratégico.

Este tratamiento centrado en el problema, que gira en torno a las SII, ha recibido varias críticas, la mayoría de ellas aludiendo a una hipotética superficialidad del cambio obtenido, alegando poca durabilidad de los resultados. Es fácil caer en un “sesgo de representación” y creer que al ser el fenómeno “psicósomático” algo grave y crónico las soluciones a emprenderse deberán ser muy ambiciosas (“*A grandes males, grandes remedios*”). La terapia estratégica se desmarca de todo ello, apostando por una “**política de pequeños detalles**” al definir muy operativamente los problemas, diseñar objetivos concretos y contrastables y alegar tiempo y gradualidad. Además, el trabajo en prevención de las recaídas, consolidando todo lo obtenido, es una etapa fundamental de la terapia.

El tratamiento sistémico estratégico de niños y adolescentes con trastornos “psicósomáticos” y con sus respectivas familias va más allá de la mera erradicación del síntoma biomédico. No conviene olvidar la devoción que este tipo de programas de intervención sienten por el **cambio-2**. Toda la anterior política de pequeños detalles va dirigida a encumbrar al sistema en un cambio-2, ese auténtico cambio o “metacambio”. No se pretende el cambio exclusivo de las reacciones (cambio-1), es decir, de las conductas, sino también de las modalidades perceptivas, que incluye tanto aspectos cognitivos como emocionales. Algunas de los efectos terapéuticos del cambio-2 son (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974):

- a) El cambio-2 es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio-1 parece constituir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del cambio-2, tal **“solución” se revela como la causa del problema que se intenta resolver.**
- b) Mientras que el cambio-1 parece basarse siempre en el sentido común (y en la receta de “más de lo mismo”), **el cambio-2 aparece habitualmente como extraño, inesperado, desconcertante y paradójico.**
- c) **Aplicar técnicas de cambio-2 a la “solución” significa que se aborda la situación en su “aquí y ahora”.** Lo que importa son los efectos (y no las causas) y el qué (y no el por qué).
- d) La utilización de técnicas de cambio-2 libera la situación de la trampa engendradora de paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base diferente.

La “familia psicósomática” hace todo lo posible para evitar un acontecimiento indeseable, presuntamente vinculado a un suceso de pérdida o separación. Para eliminar esa posibilidad se embarca en un conjunto de estrategias regidas por la lógica del “más de lo mismo” (cambio-1). Finalmente queda atrapada en una ilusión de alternativas, en una falsa dicotomía de “a” (acontecimiento indeseable) y “no a” (la SII). Esa rigidez en el sistema perceptivo-reactivo puede ser destruida con intervenciones de corte estratégico, que ofrecen a la familia la posibilidad de rechazar la elección en sí misma: ni “a”, ni “no a”. Las técnicas estratégicas que se van a proponer para el tratamiento sistémico de los trastornos “psicósomáticos” infanto-juveniles se centran en la **paradoja** como mejor plataforma para la consecución de un cambio-2.

Paul Watzlawick define la paradoja como una contradicción que se sigue de una deducción correcta a partir de premisas coherentes. La paradoja crea un *dilema*: para obedecer a una de las comunicaciones hay que desobedecer a la otra. La paradoja más común es el requerimiento de que otra persona (o uno mismo) produzca una cierta respuesta emocional, actitudinal o conductual que, por otro lado, sólo será posible si aparece espontáneamente. Esta versión más simple de recurso paradójico se conoce como “*¡Sé espontáneo!*”. Las técnicas paradójicas promueven la continuación o incluso empeoramiento de los problemas, en lugar de su revisión. Se inserta un mandato claro de mantener o empeorar un problema, o de hacer más lenta alguna mejoría.

Los antecedentes históricos de la paradoja terapéutica son las técnicas de Adler, la práctica negativa de Dunlan y la intención paradójica de Frankl. Una de las técnicas paradójicas más comunes es la **prescripción del síntoma**: Al paciente o a la familia se les aconseja o se les instruye para que continúen con las conductas sintomáticas o asociadas por el síntoma, o que las incrementen. Esta técnica plantea al paciente la tesitura de hacer voluntariamente lo que por lo general se sostiene que es involuntario. También es posible prescribir la conducta sintomática con la explicación de que procura evitar la posibilidad de que, si el problema original desaparece, surja otro problema diferente o peor. Se basa en la teoría de la reactancia psicológica de Brehm (Brehm, 1966; Brehm y Brehm, 1981) y sus dos parámetros son:

- La medida en que el paciente tiende a ser *renuente o antagónico* a la terapia.
- La medida en que el paciente ve el síntoma como en gran medida *fuera o dentro de su control*.

Estas dos variables dan lugar a cuatro posibilidades:

- Oposición baja y locus de control externo → Prescripciones basadas en la obediencia (en las que se pide una continuación o incremento de las conductas sintomáticas, con una expectativa razonable de que el paciente intentará cooperar con el terapeuta).
- Oposición alta y locus de control interno → Prescripciones basadas en el desafío (en las que se espera que el paciente desafíe, abierta o encubiertamente, el requerimiento del terapeuta)
- Oposición baja y locus de control interno → No necesidad de intervenciones paradójicas.
- Oposición alta y locus de control externo → Lo más difícil; intentar suscitar cierto grado de obediencia.

Las denominadas “familias psicosomáticas” jugarían un papel de **oposición alta y locus de control interno**, debido a sus rasgos estructurales de aglutinamiento y rigidez. El lector ya irá advirtiendo como se relacionan estos conceptos con la alta resistencia al cambio de este tipo de sistemas. Véanse varias clases de resistencias (Nardone y Portelli, 2005):

- a) La persona/familia colaboradora: Está altamente motivada para cambiar y posee recursos cognitivos para superar el problema.
- b) La persona/familia que quiere colaborar pero que no puede: Por ejemplo, los fóbicos. A un nivel racional entienden lo que deberían hacer para cambiar, pero son incapaces de llevarlo a cabo a un nivel práctico.
- c) La persona/familia que no colabora y se opone: Sujetos que invalidan, protestan y dejan de seguir deliberadamente nuestras instrucciones.
- d) La persona/familia que es incapaz de colaborar ni de oponerse: Pacientes cuya narración personal está fuera de la realidad o cuya rigidez mental limita por completo su punto de vista de la realidad. Por ejemplo, psicóticos o maniacos.

El constructo de “familia psicosomática” encajaría con la segunda y tercera categoría, es decir, **familias que quieren colaborar pero que no pueden o que no colaboran y se oponen**, recomendándose en esos casos maniobras indirectas y paradójicas. El enfoque estratégico en los trastornos “psicosomáticos” no se limitaría únicamente al empleo de la prescripción del síntoma, pudiendo recurrir a otras intervenciones paradójicas como:

· **Restricción** → Consiste en desalentar el cambio o negar la posibilidad de que se produzca. Por ejemplo, se le insistiría a la familia “psicosomática” en que no buscarse el cambio de manera repentina, sino tomándose su tiempo, o que fuese consciente de las consecuencias negativas de un cambio (“lo malo de lo bueno”).

· **Posicionamiento** → Se trata de afirmar la postura o visión del paciente/familia hasta extremos aún más radicales que los defendidos por el propio sistema. Por ejemplo, en una “familia psicosomática”, donde la unión y el sacrificio son tan valorados, el terapeuta puede felicitar a los miembros de la familia, y en especial al PI, por tal demostración de abnegación y fusión, animándoles incluso a manifestarse más intensamente en ese sentido.

· **Redefinición** → Supone la asignación de un significado o interpretación positiva al síntoma en cuestión, considerándolo pieza básica para el mantenimiento de todo el sistema. Por ejemplo, se puede definir el síntoma “psicosomático” del PI como el intento del menor de que los padres no entren en conflicto e impidiendo una “desintegración” del núcleo familiar.

· **Escalada** → Se induce una crisis en el sistema al reforzar la realización del síntoma en una frecuencia, duración y/o intensidad inusitada. Por ejemplo, se puede prescribir de sobremanera la coalición madre-hijo hasta que provoque la expresión iracunda del padre, con un “manotazo sobre la mesa” asertivo de este. Con esto se autorregulará el sistema por sí mismo, rompiéndose la triangulación padre-hijo-madre.

· **Reorientación** → Se prescribe el síntoma pero con una pequeña desviación que provoca su distorsión. Por ejemplo, en la familia donde el PI, un chico de seis años con asma crónica,

evidencia un vínculo simbiotizado con la madre se puede “recetar” que se siga tratando a este chico como a un bebé pero que ahora sea el padre, y no la madre, el que haga de “niñero”, prohibiendo a la madre todo tipo de actuación para que pueda “descansar”.

Las intervenciones paradójicas, como intervenciones basadas por tanto en la oposición, se diseñarían en función de unas **fases** (Papp, 1983):

1º **Redefinición**: El síntoma “psicosomático” se reconstruye como un “gesto afectuoso” del PI consagrado a preservar la estabilidad familiar. En una familia tan próxima como la “psicosomática”, la patología del PI puede interpretarse como una conducta de amor, sufrimiento o autosacrificio extremos o como un modo de reforzar la unión.

2º **Prescripción**: Tanto el síntoma como el sistema, ahora conectados gracias a la redefinición, se “recetan”. La instigación ha de ser breve, concisa y violenta para la familia, ya que si fuera aceptable, no habría retirada, esto es, crítica y movilización. La sugerencia paradójica ha de hacerse desde el discurso sincero y convincente, sin sarcasmos. Nada de usar mensajes complejos y largos y sin que se conecte el síntoma sin ninguna transacción particular del sistema o prescribir distintas conductas (para la madre, para el padre, para el PI, para los hermanos, etc.) por separado, sin conectarlas.

3º **Restricción**: Ante el más mínimo cambio positivo el terapeuta deberá refrenar a la familia. Para ello se recurre a los mitos y fantasmas familiares, advirtiendo peligros de separación o de conflicto si el síntoma se reduce o se elimina. Si, por el contrario, la familia muestra signos de retroceso a su antigua pauta tras la introducción de la paradoja, el terapeuta puede autocastigarse, metacomunicando cómo ha sido influenciado por la familia en contra de su propia y mejor (psicoterapéuticamente hablando) opinión.

Estas y otras técnicas estratégicas más se detallarán más adelante en las proposiciones de tratamiento del MRI y del CTS. Las técnicas paradójicas tienen ciertas **contraindicaciones** (Rohrbaugh y otros, 1977; Fisher y otros, 1981; Weeks y L'Abate, 1982 y Papp, 1983):

- Familias caóticas con estructuras laxas y variables.
- Familias infantiles, en las que todos los miembros, incluso los adultos, son muy inmaduros y buscan el cuidado parental del terapeuta.
- Familias impulsivas, con miembros abiertamente hostiles.
- Familias que aceptan las responsabilidades y presentan una oposición mínima.
- Clientes no comprometidos activamente en la terapia.
- Sociopatía y violencia.
- Paranoides.
- Tendencias homicidas o suicidas.
- Situaciones de aflicción y pérdida aguda de estatus (por ejemplo, pérdida de empleo).
- Embarazo no deseado.

Respetándose este “encuadre”, lo peor que pueden generar las prescripciones paradójicas es mantener el estatus sistémico de la “familia psicosomática”. Es decir, ningún cambio. Aunque es importante no prescribir tareas paradójicas desde el enfado o la frustración, cuando una familia no coopera o la familia no avanza. El criterio de administración de la paradoja ha de ser puramente terapéutico y no guiado por la contratransferencia. También hay que ser consciente del impacto terapéutico de la paradoja tanto en el PI como en todo el sistema. El cambio suministrado a través de la intervención paradójica puede producir sentimientos de confusión y

de desorientación. La intensa preocupación que antaño generaba el síntoma “psicosomático” desaparece para dejar un vacío. Por ejemplo, el PI puede alegrarse de su mejora “médica” pero tener una “crisis de identidad”, al perder un elemento sustentador de su yo y captor de tanta atención e importancia (Papp, 1983).

Además, la paradoja ha de prescribirse desde la **neutralidad** del terapeuta ante los resultados (Cade y O’Hanlon, 1995). No sólo se ha de mostrar imparcialidad dentro del sistema terapéutico, no tomando partido por ningún miembro de la familia sino, también, de cara a los cambios obtenidos. Cuando un terapeuta se identifica claramente con los argumentos a favor del cambio, sea que comunique esta posición explícita o implícitamente, es como si colonizara esos argumentos dejando disponible para el cliente sólo los argumentos en sentido contrario (los “sí, pero...”), junto con los afectos concomitantes producidos por tal argumentación opuesta al cambio. Y a la inversa, cuando un terapeuta se identifica con los argumentos a favor de la cautela o contrarios al cambio y los valida después de haberse sumado efectivamente a los miembros de la familia, por así decir, sólo le quedan los argumentos opuestos a esas advertencias (o los “sí, pero...”), es decir, sólo le quedan los argumentos favorables al cambio.

De acuerdo con las características idiosincráticas de la “familia psicossomática”, desde su imperante resistencia al cambio fruto del miedo al crecimiento y a la individuación, las tareas paradójicas se desvelan como excelentes herramientas para el manejo terapéutico de esta tipología de sistémicas. Encuadradas en un enfoque estratégico, las prescripciones paradójicas son capaces de inducir un cambio-2 en las familias con miembros infanto-juveniles con trastornos “psicosomáticos”, trabajando sobre la base aportada por los mitos de unidad y armonía familiar y sin activar, por lo menos descaradamente, el fantasma de la ruptura. La tecnología estratégica, que por supuesto va más allá de la mera aplicación de técnicas paradójicas, permitiría un cambio tanto en las secuencias conductuales interaccionales que se repiten, manteniendo el problema (las SII), como en las modalidades perceptivas y construcciones de la realidad de las cuales surgen. A continuación se presentarán proposiciones de tratamiento psicoterapéutico estratégico en “familias psicossomáticas”, de acuerdo con los trabajos del MRI y del CTS.

El grupo de Palo Alto (el *Mental Research Institute*, **MRI**), por desgracia (o por fortuna, según se mire), no contempla, en primer lugar, una tipología de problema que incluya vocablos tales como “familia psicossomática” o “trastorno psicossomático” y, en segundo lugar, y en coherencia, tampoco formas de tratamiento ajustadas a esa problemática. Lo más parecido, desde una perspectiva psicopatológica y psicoterapéutica, es la categoría de problemas psicológicos de “*el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo*” como cajón de sastre donde pueden ubicarse todas las dificultades de orden “psicosomático” y cuya intervención pasa por la anulación de la paradoja de “*¡Sé espontáneo!*”, esto es, por el control desmedido de las funciones corporales. Más adelante se tratará este aspecto en su justa profundidad.

El MRI propone tratamientos psicoterapéuticos más centrados en los procesos interactivos y comunicativos que en los contenidos “sintomáticos”, no participando de la utopía de pseudoarmonía de la “familia psicossomática” de “*el problema médico de nuestro hijo es lo único que falla en nuestra casa*”. Dentro de un enfoque más operativo y funcional, se ofrece un modelo de intervención dividido en las siguientes etapas (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974):

- 1) Una clara **definición del problema** → La traducción a términos concretos de un problema vagamente formulado permite la distinción crucial entre problemas y pseudoproblemas o dificultades. Esto no excluye que queden dificultades para las cuales no exista remedio conocido y que se hayan de acompañar con la mayor “normalidad” posible.
- 2) Una investigación de las **soluciones hasta ahora intentadas** → Ya se sabe cómo se crean los problemas y cómo son mantenidos mediante tentativas erróneas para resolver una dificultad. Debe saberse qué clase de cambio no ha de ser intentado, qué es lo que mantiene la situación y dónde ha de ser aplicado el cambio.
- 3) Una clara **definición del cambio concreto** a realizar → Esto es, la fijación de una meta definida y concreta, que pueda dar lugar a un efecto Rosenthal positivo o profecía autocumplida. Normalmente los pacientes suelen describir el cambio deseado en términos al parecer plenos de sentido, pero en realidad carentes de utilidad práctica: desean ser más felices, comunicar mejor con sus cónyuges, sacar más provecho de la vida, preocuparse menos, etc. Es, por consiguiente, necesario que especifiquen. También se intenta poner un límite de tiempo al proceso de cambio, ya que eso aumenta las posibilidades de éxito (por ejemplo, un máximo de diez sesiones).
- 4) La formulación y puesta en marcha de un **plan para producir dicho cambio** → Los dos principios básicos de este enfoque son: el objeto del cambio es la solución intentada ineficaz, y la táctica elegida que ha de ser traducida al propio “lenguaje” de la persona, es decir, le ha de ser presentada en una forma que utilice su propio modo de conceptualizar la “realidad”. La *paradoja* desempeña un papel tan importante en la solución como en la formación de un problema. La prescripción del síntoma es, en definitiva una importante alternativa terapéutica.

Estas cuatro fases representan una síntesis de los siete factores psicoterapéuticos a los que mayor relevancia otorga el MRI (véase tabla 8). Los dos primeros hacen alusión a la **capacidad de maniobra del terapeuta** y la **fijación del marco terapéutico**. Por capacidad de maniobra del clínico se entiende el establecimiento y defensa de un encuadre terapéutico particular y el trabajo realizado desde una determinada postura de “poder”. La “familia psicósomática”, a pesar de su fachada de armonía, de “familia ideal”, tiene resortes muy eficaces para captar al terapeuta y “devorarlo”, con la virtud además de hacerlo sutilmente. El psicoterapeuta deberá mostrarse firme en todo momento a la hora de solaparse a los límites del encuadre, so pena de abandono de la familia. El sistema con un miembro que padece una enfermedad “psicósomática” puede ser muy ansioso, llenando toda la sesión con un discurso repetitivo sobre la queja corporal o el mal comportamiento del PI infante-juvenil. Esta circunstancia es el cebo perfecto para que el terapeuta caiga en la trampa de actuar desde la rapidez y, por ende, desde la imprudencia.

Capacidad de maniobra del terapeuta
Fijación del marco terapéutico
Entrevista inicial
Postura del paciente
Planificación del caso
Intervenciones
Terminación del caso

Tabla 8: Factores terapéuticos del MRI (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Un enfoque estratégico recomienda tomarse el tiempo necesario y no buscar resolverlo todo de inmediato, ya que el tiempo juega a favor del terapeuta y de la familia y en contra del problema. Bajo el lema de “*no dispararse*” el terapeuta deberá cotejar qué tipo de intervenciones está dispuesta a seguir la familia y sobre qué conductas. Antes de emprender interpretaciones “salvajes” o técnicas muy movilizadas le tiene que quedar claro al clínico por qué cree la familia que existe su problema. La familia puede exigir una pronta intervención, sobre su “desesperada” situación, y el terapeuta no debería de caer en la tentación de la premura debido al enorme riesgo de ejecutar un tratamiento “a ciegas”, con su potencial iatrogenia. La maniobra más pertinente en estos casos es un, por ejemplo, “*hoy por hoy no puede arriesgarme a recomendarles nada hasta que no goce de más información sobre el problema que les aqueja y sobre ustedes mismos*”. Con ello se asegura el tiempo de evaluación pertinente previo a la intervención.

Todo esto tiene mucha relación con la comprensión de la postura del paciente/familia que se abordará más tarde. En las primeras sesiones el terapeuta deberá vender la psicoterapia como una posibilidad, desde la sugerencia y sin ninguna imposición, y nunca prometiendo ningún resultado. Disfrazar el tratamiento como una “cosa distinta a poder probar” y no como un “mandato médico” disminuye el nivel de resistencia y aumenta considerablemente la adherencia terapéutica. Frases como “*bueno, déjenme pensar un poco en ello*” o “*creo que no puedo contestarle a eso en este momento*” pueden causar mucha angustia en este tipo de familias pero conservan la capacidad de maniobra del terapeuta. Es imposible poder ayudar a la familia a que salga de la paradoja del fenómeno “psicosomático” si el propio clínico se lanza sobre las arenas movedizas de la prisa y la urgencia.

Además, el terapeuta ha de presentarse desde una actitud igualitaria y no desde una posición de superioridad. Que la “familia psicósomática” perciba al clínico como un “doctor” más, otro experto al que puede devorar, no ayuda, ya que la función es ofrecerle al sistema una alternativa al “más de lo mismo”. Por supuesto, y en situaciones de crisis, se puede recurrir a un rol de superioridad, planificado de antemano. Dentro del mantenimiento de la capacidad de maniobra estaría la negociación del tipo de sesiones. La terapia sistémica no debe ser necesariamente familiar, pudiendo recurrirse a sesiones individuales (Boscoso y Bertrando, 1996). La “familia psicósomática” puede ser una experta en delegar las responsabilidades en el PI, como “chivo expiatorio”, reclamando sesiones individuales para el mismo. El terapeuta debe de tener la libertad y la firmeza de elegir qué tipo de sesiones quiere llevar a cabo como, por ejemplo:

- Sesiones individuales con el PI.
- Sesiones de pareja con los padres.
- Sesiones con un único padre.
- Sesiones de familia.
- Sesiones de diadas: madre-PI, padre-PI, etc.
- Sesiones de fraternidad.
- Alternar entre todas.

El clínico no debe privarse de ninguna de estas opciones, rigiéndose más por criterios terapéuticos que por temores, como el del abandono de la familia o el del empeoramiento médico del PI. Si se dejara llevar por estas últimas circunstancias habría entrado de lleno en el

funcionamiento circular del problema, como alguien que forma parte del problema pero no de la solución. Aún así es interesante responder a la siguiente pregunta:

“¿Cuál es el miembro de la familia que está más interesado en solucionar el problema?”

Dicho miembro, que en la práctica clínica suele ser con mayor frecuencia la madre del PI, por el contexto social de naturaleza machista en el cual se desarrollaría este protocolo, es la principal “palanca de cambio” del sistema, ese elemento con mayor capacidad de influencia y, por tanto, de cambio en el mismo. Si la familia entera se negase a venir quedarían, según lo dicho, tres opciones:

1º Metacomunicar que en estas condiciones no se puede trabajar y derivar el caso a otro tipo de profesional, que centre el tratamiento en un solo miembro de la familia (por ejemplo, en el PI). Si se participase del deseo de la familia, esto es, tratar al niño o adolescente únicamente, se estaría participando de una narrativa del problema donde el PI es el que falla, desresponsabilizando a los padres y a toda la estructura familiar del núcleo sistémico del problema. Se previene al clínico de la posibilidad de que la familia acepte el encuadre a pies juntillas, en función de su mito de la armonía y su faz servicial, para luego cobrarse la deuda de la obediencia comportándose de acuerdo a patrones “pasivo-agresivos”, sobre todo ante la amenaza de conflicto y de revelación de “secretos”.

2º Tener sesiones individuales con la madre o con ese miembro más interesado en el cambio. Aquí hay que tener cuidado porque habría dentro del sistema personas que “quieren cambiar” y sujetos que “QUIEREN CAMBIAR”, resaltándose así la distinción entre miembros que comunican su deseo de cambio aunque, consciente o inconscientemente, no lo busquen y miembros que sí desean realmente el cambio, pese a sus consecuencias nocivas a corto plazo. Habrá de calcular estratégicamente los beneficios secundarios y la ambivalencia.

3º Tener sesiones individuales con el PI. Esto podría funcionar con adolescentes, siendo una estrategia más improbable con niños, sobre todo con menores de seis años. El PI funcionaría como un “comprador fingido”, que normalmente acude a terapia obligado o coaccionado por los padres, el médico o los profesores. Se le daría la oportunidad de que verbalizase su auténtica dolencia, lo que le preocupa realmente. Puede darse el caso de que el PI, tras un buen trabajo de alianza terapéutica, confiese que él verdaderamente no tiene ningún problema y que concibe como una pérdida de tiempo el acudir a Salud Mental. La maniobra estratégica entonces podría ser ofrecerle que él pueda convencer a los padres de que no necesita venir a terapia, trabajando estrategias terapéuticas dirigidas a “librarse” de los padres, pero que esconderían un profundo trabajo clínico con el cuerpo, el conocimiento de las emociones, la individuación, etc.

Algunas de las recomendaciones de Mara Selvini Palazzoli al respecto, extraídas de su trabajo con los TCA, son (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999):

- No convocar hermanos cuando hay hermanos muy pequeños o cuando la diferencia de edad entre el PI y el resto de los hermanos es mucha.
- No convocar a la familia y sí al PI solo en casos de negligencia, abusos y una total no colaboración.

Queda en mano del terapeuta decidir qué camino escoger, con la opción de poder reservarse un “as en la manga” y sin caer en el atropello de una familia tan controladora como la “psicosomática”. La firmeza ha de metacomunicarse desde una postura de supuesta incapacidad y de disculpa: *“me siento incapaz de poder ayudar a su hijo si no tengo la información suficiente del tipo de convivencia que mantiene en casa, información a la que sólo podré acceder si conozco a toda la familia”*. Este ejemplo ilustra muy bien la mezcla de sutileza, respeto y firmeza que se presupone no a las personas que llevan a cabo intervenciones de tipo estratégico, sino a las intervenciones en sí, propiamente dichas. Sin ofender a unos padres totalmente preocupados se les sitúa en una posición donde la pelota está en su tejado y en la cual el terapeuta es el que decide qué sucede en sus sesiones. Esto es un claro ejemplo de cómo mantener la capacidad de maniobra, fijándose el marco terapéutico de acción.

En cuanto a la **entrevista inicial**, la meta primordial es poder contestar a la siguiente cuestión:

“¿Qué es lo que las personas hacen y dicen en sus intentos de evitar que se plantee el problema, o de hacerle frente cuando se presenta?”

Formular el problema de manera operativa tiene varios obstáculos. Uno de ellos puede ser la apatencia de la “familia psicosomática” por los motivos de consulta vagos y difusos. El terapeuta deberá rescatar el recurso de la “supuesta incapacidad”, metacomunicando disculpas acerca de su limitada habilidad para comprender el problema. Sin activar resistencias se intentaría definir el problema en términos de las 6 w:

- Qué (what)
- Quién (who)
- A quién (whom)
- Cómo (how)
- Dónde (where)
- Cuándo (when)

Lo capital de cara a descubrir las SII y a poder hacer una prescripción basada en un giro de 180° es conocer la secuencia o las secuencias de interacción que ayudan al mantenimiento del problema. En función de la política de pequeños detalles, interesa más bloquear pautas donde, por ejemplo, padres e hijo se enzarzan en disputas para que este último se tome su medicación broncodilatadora que aspirar, por lo menos inicialmente, a un autocuidado perfecto y digno del menor como un ser “maduro”. Averiguar quién empieza la discusión, qué tipo de expresión emplea, en qué tono la formula y cómo reacciona al comportamiento del otro es esencial para poder inspirar un cambio-2, y no sólo un cambio-1, en todo el sistema. Y para ello hay que pedir a la familia ejemplos de episodios en los cuales el PI, por ejemplo, se niega a acudir a la escuela por sus dolores de tripa, pidiendo a la familia que relate qué sucede exactamente y que orden, como si se tratara de una película. Insistir en esta concreción puede levantar suspicacia y molestia en la familia pero es una inversión inmejorable. Todo ello se puede aderezar, de nuevo, excusándose en la “supuesta incapacidad”: *“le ruego que me ayuden, tengo una mente muy concreta y me pierdo con tantos detalles”*.

Otra de las posibles complicaciones para formular operativamente un problema es la rapidez con la que la “familia psicosomática” puede retornar al pasado, relatando las innumerables peripecias médicas que ha supuesto la queja somática del PI. Un buen reverso podría ser:

“En cierto modo me resulta más fácil comprender la cuestión si primer me explican ustedes cómo se hallan las cosas y después avanzamos hacia atrás en el tiempo que si procedemos al revés”.

Partiendo de la base de la supuesta inferioridad del terapeuta se ha podido solicitar una definición precisa del problema en el aquí y el ahora sin menospreciar la importancia de la historia pasada. El presente tiene un protagonismo inigualable en el motivo de consulta y se descubre conociendo cómo afecta el problema en la vida cotidiana, en áreas como la familiar, la afectiva, la académica, la social, la laboral, etc. La interferencia vital dará muchas pistas sobre qué variables contribuyen al reforzamiento del trastorno “psicosomático”. En relación con esto sería interesante averiguar por qué la familia ha pedido consulta ahora y no antes o después. Esa motivación actual quizá hable de un alto grado de ineficacia de las soluciones ensayadas, hasta el punto de provocar gran hastío o incomodidad en uno o más miembros del sistema.

Un viejo y conocido enemigo de la operatividad es el bombardeo de quejas. No es descabellado que la “familia psicossomática” haya descargado toda su problemática funcional en el PI, asignándole a este toda una gama de etiquetas y comportamientos “insaludables”: mal estudiante, riñe con su hermano, tiene su cuarto como una pocilga, etc. La creatividad de la familia puede rozar lo infinito, comportándose como una máquina de construcciones obtusas e iatrogénicas de la realidad, que, para colmo de males, serán susceptibles de generar profecías autocumplidas. El terapeuta deberá trascender a todo ello y pedir a la familia que establezca prioridades, por ejemplo así:

“¿Podrían decirme cuál es en este momento preciso su problema principal, aquel que resulta más importante cambiar si ello fuera posible?”

El apartado “estrella” dentro de un enfoque estratégico de psicoterapia es el conocimiento, y postrero aprovechamiento, de la postura del paciente/familia. La postura del paciente o de la familia significa cómo el sistema es capaz de categorizar y percibir la realidad. Se refiere, por tanto, al conjunto de valores, ideales y opiniones que rigen la visión de sí mismo, del mundo y de las relaciones. Principalmente viene dada por los mitos y los fantasmas familiares, por el credo familiar, pero no es justo equiparar postura de la “familia psicossomática” con los mitos de la unidad familiar y el fantasma de la ruptura, ya que supondría un nuevo ejercicio de reduccionismo. La postura de la “familia psicossomática” está claramente imbuida por estos mitos y fantasmas pero va más allá de estos constructos. Probablemente dos sistemas encorsetados en el cliché de la “familia psicossomática” tengan menos en común de lo que sus mitos y fantasmas, supuestamente, compartidos digan, presentando una serie de elementos diferenciadores propios de la naturaleza única e irrepitible de cada una de estas dos familias.

Tan compleja y variada puede llegar a ser la postura de la “familia psicossomática” que debería contestarse varias preguntas:

1º *¿Cuál es la principal postura de la familia (actitudes, opiniones, motivaciones, etc.) con respecto al problema?*

El mejor método para conectar con la postura de la “familia psicossomática” es escuchando y observando. El lenguaje que emplee el sistema, es decir, las palabras concretas que emplean los miembros, el tono y el énfasis con que la expresan, las palabras “shock” o tabú, etc; da una información inmensa sobre el sistema perceptivo y constructivo de la realidad de la familia. El

observar, también, cómo se relacionan entre sí, siendo testigos de las distintas escenificaciones de la familia es otra fuente de información sobre la postura de la misma. Todos estos datos no sólo narran cuáles son los mitos y fantasmas, sino también cómo son los estilos de atribución, las estrategias de afrontamiento, las pautas de evitación, etc.

2º ¿Cómo conseguir del mejor modo posible dejar reducida dicha postura a su valor e impulso esencial?

La postura de la “familia psicósomática” debería poder ser resumida en una palabra o frase o gracias a un par de analogías o metáforas. El cambio para cualquier sistema es una odisea, ya que supone una afrenta a su homeostasis. Por ello es necesario “canalizarlo” a través de plataformas y salvoconductos que inspiren poco o nada miedo a la familia, no levantado polvareda, es decir, resistencia al cambio. Es decir, lo ideal es favorecer el célebre “cambiar pero sin darse cuenta del cambio”. Una hipotética lista de impulsos básicos de la “familia psicósomática” con los que poder alegar el cambio podría ser:

- Control → “PI tiene todavía mucho que aprender sobre cómo poder controlar su cuerpo...”
- Sacrificio → “Conozco familias todavía más entregadas que la suya...”
- Trabajo → “Un magnífico reto podría ser...”
- Solidaridad → “Todavía queda algo más que puedan hacer para ayudar a PI...”
- Puritanismo → “En estos tiempos locos que corren una manera de protegerse podría ser...”

A estas “avanzadillas”, totalmente personalizadas para cada familia, le seguirán la prescripción terapéutica oportuna, sobre las SII que “congelan” a la familia. En lugar de luchar contra la postura del sistema, generando mayor resistencia al cambio, se usa como viento que sopla a favor del tratamiento, quedando el terapeuta ante la familia como “más papista que el Papá”, es decir, como un defensor todavía más radical de mitos y valores como la unión, la abnegación y el control que la propia “familia psicósomática”.

3º Puesto que el terapeuta sabe lo que quiere la familia hiciere para solucionar su problema ¿cómo formularlo de un modo coherente con dicha postura?

La mejor manera de “vender” una tarea, ya se paradójica, estructural, narrativa o transgeneracional, es usando la fuerza de la familia a favor de la terapia, aunque ese impulso sea, en un principio, “patológico”. Así pues, vender una tarea dirigida a la individuación del PI apelando a palabras como “unión”, “por el bien de los hijos” o “para evitar males mayores” conecta perfectamente con la postura de la familia, concretamente con los mitos y fantasmas familiares. Tal es la importancia de la venta estratégica, que de no haber conseguido éxito con la prescripción de la tarea sólo se plantearían dos opciones: o que la tarea no estaba bien diseñada, al no incidir en las SII claves o bien es que no se ha vendido correctamente, por mal manejo o ignorancia de la postura de la familia.

Por ejemplo, si un tratamiento psicoterapéutico en este tipo de sistemas estuviera orientado a que, en aras de obtener un claro *insight*, la familia fuera consciente de todo su repertorio fóbico, se correría el riesgo de enviar el mensaje de “¡No se asusten!”, invitando a la familia a que controlen el miedo. Si además se trabaja la delimitación de fronteras, con miras a una mayor individuación y una menor intrusión, y explicitando la independencia como la panacea, la familia lo podría interpretar como un “¡Sepárense!”. Pocas sistemas obedecerían dos premisas

tan amenazantes, pero mucho menos, muchísimo menos, una “familia psicósomática”, debido a su postura tan ansiosa y unionista. Además, estos mensajes inducen resistencia, debido a su contenido paradójico, ya que tratar de controlar directamente el miedo provoca más miedo y querer separarse voluntariamente genera mayor sensación de dependencia.

Sin embargo, vender todas estas tareas, surgidas de los mejores propósitos terapéuticos, desde los términos clave de la familia aumenta notablemente la probabilidad de éxito. En un caso, por ejemplo, se puede vender una tarea de negociación de responsabilidades educativas entre dos padres, pese al miedo al conflicto, como la manera más brillante de ser mejores padres de lo que ya son. En otro, se puede recomendar una mayor alianza PI-hermanos con el pretexto de que la mejor manera de sobrevivir y de hacerse fuerte es aprendiendo de los iguales y que ellos (los padres) ya no le pueden enseñar mucho más al niño/adolescente. No hay fórmulas mágicas ni ventas prefijadas y sí un conocimiento exacto de la postura y motivación básica de la “familia psicósomática”. En la misma línea podría afirmarse que, de acuerdo con el enfoque estratégico, no hay familias “imposibles” o “muy resistentes” sino terapeutas incapaces o procesos psicoterapéuticos enconados.

De hecho la mejor manera de cerciorarse del éxito de la venta estratégica es, fundamentalmente, gracias a los resultados que la familia trae a la siguiente sesión. Otro indicio puede ser la sonrisa con la cual la familia suele aceptar la tarea paradójica, que funciona como semáforo en verde del “*hemos captado la lógica de su intervención y es congruente con nuestra manera de ver el mundo*”. Contratransferencialmente el terapeuta, también, sabrá cuando ha sido capaz de danzar al son de la familia para poder cambiar, precisamente, su propio baile.

Un vez “diagnosticada” la postura de la “familia psicósomática” y aprovechada para fines terapéuticos el siguiente paso natural es la **planificación del caso**. La defensa de la capacidad de maniobra hizo ver lo inoportuno de “dispararse” y de tratar dando “palos de ciego”, como antesala de una casi certera caída en un callejón sin salida. Por tanto, se antoja imprescindible divisar todos y cada uno de los pasos que el clínico va a dar en su danza con la familia. Entre los factores a calcular se encuentran:

1º Establecer las SII → El psicoterapeuta deberá localizar todos los intentos infructuosos por solucionar el “problema” por parte de todos y cada uno de los miembros de la familia y que en esencia constituyen el verdadero problema. En este sentido es importante comentar la existencia de SII “globales” de la “familia psicósomática”, como tipo ideal de un constructo, que estarían dirigidas bajo la batuta de la paradoja “*¡Sé espontáneo!*”, y todas aquellas SII específicas de cada familia, producto de una evaluación *ad hoc*. Ni que decir que, sin caer en la trampa de las generalidades, la “familia psicósomática” se beneficiará enormemente de un diagnóstico e intervención estratégica totalmente ajustado a su idiosincrasia particular, más allá de conocimiento heurístico. Más adelante, el punto de intervención, así como en los protocolos del CTS, se analizarán al detalle SII concretas.

2º Decidir qué se debe evitar → La filosofía de este monográfico, y que pretender plasmarse en el protocolo de actuación, es la de una actuación psicoterapéutica que represente “algo distinto” a todo lo que está acostumbrado a recibir la “familia psicósomática”. Siguiendo esta línea, por ejemplo, el tratamiento no debe caer en varias trampas, a saber:

- Concebir y tratar al PI como tal, es decir, como “chivo expiatorio”.
- Separar la “patología orgánica” de la disfunción inter e intrapersonal.

- No involucrar a la familia en el tratamiento psicológico.
- Forzar a la familia al auto y heterocontrol.
- Reforzar la lucha inoportuna contra el miedo.
- Contribuir al hermetismo y la cerrazón del sistema.

Estas y otras circunstancias han de ser evitadas por el psicoterapeuta de manera prioritaria. Hablando en plata, si el clínico es capaz de no verse seducido por estas tentaciones podrá darse con un “canto en los dientes”. Simplemente acometiendo estas precauciones la familia estaría en disposición de recibir una ayuda diametralmente opuesta de la que ha sido objeto hasta entonces. Por supuesto, y en conclusión, el clínico nunca debería entrar a debatir los mitos y fantasmas de la “familia psicósomática”, criticando los deseos de fusión y el miedo irracional a la separación, ya que eso constituiría el camino más veloz para un rápido cese del proceso terapéutico. Por el contrario, apoyarse en este lado “pesado” de la familia, como si se tratara de una llave de judo, es el mejor impulso para conseguir los objetivos terapéuticos y saltarse, de paso, la resistencia al cambio.

La evitación de estos y otros “agujeros negros” va a dar lugar a un salto elegante y enriquecedor de puntos de imposibilidad del sistema familiar y sanitario: padres, tutores, sanitarios y hasta el propio PI tratan por todos los medios que cesen los ataques de tos, que se aumente de peso, que desaparezca la rebeldía en la toma de la medicación, etc. El clínico debería de ser la última persona en meterse en estas “rotondas infinitas”.

3° Giro de 180° → La erradicación de la SII no pasa por la no prescripción de la misma, en un vacío. No es factible, por ejemplo, pedirle a una madre que deje que su hijo con encopresis se encargue de su propia ropa y limpieza, de hacer los deberes, etc. El ser humano tiene más facilidad para pasar de una conducta a otra que para dejar de emitir una conducta. Por tanto, el objetivo es diseñar y aplicar una respuesta incompatible a esa SII. Una conducta cuya realización pueda constatarse con un sí o un no que durante ese lapso de tiempo impida la SII. Por ejemplo, en ese mismo caso de encopresis el giro de 180° podría ser que la madre trate “infantilmente” a su hijo en todas las facetas de la vida, desde en el tema de la defecación y la limpieza hasta en aspectos como la comida, la educación, la salida al exterior, etc. Que lo trate como si tuviera cinco años y no, por ejemplo, doce. Es esperable que el PI reaccione, desde la famosa reactancia, reclamando una mayor autonomía y responsabilizándose más de sus actos y deberes.

El giro de 180° es la base de la *prescripción del síntoma*, como contrapunto al intento contraproducente de su eliminación (SII), y se sustenta teóricamente sobre el doble vínculo terapéutico (Watzlawick et al., 1967). El lector ya conocerá los efectos tan perniciosos del doble vínculo, “patológico” de por sí. En este caso se optaría por la artimaña de usar el poder de la paradoja en contra del problema y a favor del sistema y de la terapia, colocando al PI y a todo el sistema familiar en el siguiente dilema:

“¿Cómo demonios me provocho un ataque de asma voluntariamente?”

La prescripción de la conducta “psicósomática” ataca la parte del sufrimiento asociada a la sensación de falta de control que provoca el síntoma. Pedirle a la familia que conscientemente, con los cinco sentidos puestos, sigan en su estado de inmovilismo y de homeóstasis, es imposible. El funcionamiento sistémico de la “familia psicósomática” se basa en la comunicación indirecta, el secretismo, la desconexión emocional y, en definitiva, la inconsciencia. El no querer prestar atención a ciertos procesos, por evitación del conflicto, llevó

a la familia a la paradoja “psicosomática”: un conflicto mucho mayor que el previamente eludido. El exceso de consciencia y la voluntariedad serán, precisamente, lo saque a la familia de la paradoja. Esto constituiría un claro ejemplo de intervención isomórfica: tratar un doble vínculo con otro doble vínculo, esta vez, terapéutico.

La eliminación directa del síntoma “psicosomático” en el sistema es, como se denominó antes, un punto de imposibilidad. El deseo “real”, digital, de mejora por parte de la familia choca con el empeño de la misma por mantenerlo, esfuerzo que no será abiertamente reconocido. Es decir, cuando la persistencia del síntoma obedece a patrones de interacción encubiertos, algo congruente con la pasión por el ocultismo de las “familias psicosomáticas” El enfoque indirecto ofrecido por la prescripción paradójica será el salvavidas del terapeuta, impidiéndole hundirse en el doble vínculo que de la familia de “cámbienos pero no nos cambie” (Papp, 1983).

Tirando de isomorfismo, con la prescripción del síntoma se envía un doble mensaje a la familia. Por un lado, se les comunica que sería bueno para ellos cambiar, y por el otro, que no sería tan bueno. Cada mensaje paradójico contiene una alternativa implícita que apunta en la dirección del cambio. Y ambos mensajes son transmitidos de forma simultánea, con absoluta convicción y sinceridad. Por supuesto, el estilo y la preferencia terapéutica deberán hacer acto de presencia en ese momento para que el clínico no se sienta incómodo y extraño.

La “retirada”, es decir, la negativa de la familia a cumplir con la tarea paradójica es una buena señal: indica que los miembros de la familia han comenzado a poner en tela de juicio su modo de manejar el problema (Papp, 1983). Por ejemplo, en una familia con un adolescente diabético con mala adherencia a la terapéutica insulínica se le puede recomendar a este PI que continúe con su conducta transgresora ya que de cesar esta, papá y mamá tendrán que dejar de perder el tiempo en él y dios sabe que podría pasar si pasan mucho tiempo juntos. Contestaciones como “¡Pero qué dice usted!” o “¡Qué ridículo!” pueden aterrar al terapeuta (y de paso a algún que otro observador) pero son el inicio del cambio.

El giro de 180° debe cumplir el principio de parsimonia:

- a) Elegir una acción fácil de incorporar en la rutina diaria.
- b) Que suponga una pequeña alteración en el manejo del problema.
- c) Y ejecutada por las personas que desempeñan el papel más estratégico. Las llamadas “palancas de cambio” o “clientes”.

4° Vender la tarea → El giro de 180° ha de introducirse en el sistema gracias al marco de referencia de la “familia psicosomática”. Los mitos de la unidad y de la armonía familiar, el fantasma de la ruptura, el credo familiar de abnegación, sacrificio, justicia y control, etc; es decir, la postura de la familia, que ya se ha desgranado antes, es la mejor llave de acceso para el cambio.

5° Objetivos y resultados → La prescripción debe centrarse en una conducta completamente discreta, no genérica, perfectamente realizable por el sistema y que pueda constatar su ejecución con un “sí” o un “no”, sin posibilidad de medias tintas.

Todo este trabajo previo de saber qué paso dar, qué efecto producirá y qué alternativas se pueden usar es un prerrequisito imprescindible para el desarrollo de las **intervenciones**. Se distinguen dos tipos: las principales y las generales. Las primeras se dirigen a los “trastornos” o “síntomas”, proponiendo maniobras terapéuticas para diferentes grupos de soluciones ensayadas (véase tabla 9). Las segundas van encaminadas a saber manejar diferentes situaciones y escenas susceptibles de darse a lo largo de todo el proceso terapéutico, con independencia del contenido de la queja.

El trastorno “psicosomático”, como ya se había mencionado, se adscribe fundamentalmente a la categoría de problema psicológico conocida como “*el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente*”. Los intentos de autoacción del PI por controlar su propio organismo, sobre toda aquellas funciones vegetativas vinculadas a los aparatos digestivos o respiratorios, acaban siendo totalmente contraproducentes, ya que provocan de manera exagerada el “síntoma” corporal que de primeras se buscaba tener reprimido. El giro de 180° nunca debería pasar por pedirle al PI que deje de esforzarse demasiado, ya que ello contribuiría a un mayor refuerzo de la paradoja “*¡Sé espontáneo!*”. La SII de control tendría que dejar paso a una conducta incompatible topográficamente, discreta y limitada en el tiempo, que conduzca al paciente/familia a un aceptación subliminal del descontrol.

Por ejemplo, en un caso de un adolescente con síndrome de intestino irritable puede hacerse patente la siguiente SII: intentar no hacer muchas deposiciones. El desesperado acto de no ir al baño en exceso, así como de ejercer mucha tensión en la parte baja del aparato digestivo conducirá, como profecía autocumplida, a una mayor afluencia al W.C. Sugerirle al PI que cese en estas conductas no gozaría de gran éxito. Sin embargo, se podría recurrir a la siguiente tarea: no prohibir, ni por asomo, el ir al baño, sino, todo lo contrario, es decir, recomendarle que vaya al baño tantas veces como quiera pero en determinados intervalos temporales, lo que se traduciría en una prescripción paradójica, más concretamente de reorientación. Esto puede venderse desde una óptica diagnóstica, para “conocer mejor el funcionamiento del problema” o para que el PI “adquiera mayor capacidad de control sobre su intestino”. Una vez más, la venta se debe adaptar a la postura del paciente. Además, sería pertinente trabajar aspectos como la interferencia vital del problema, de manera que la prescripción del síntoma no se perciba como un castigo o una broma de mal gusto.

Impulso básico	Queja	Giro de 180°	Tarea
Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente	Depresión, TOC, dolor, psicósomática	Dejar de forzar	Prescripción de síntoma, aparición controlada de síntoma, redefinición del síntoma o rituales
Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo	Fobias	Exponerse y fracasar	Exposición con fracaso
Intento de llegar a un acuerdo mediante oposición	Escalada simétrica	Introducir posición complementaria	Sabotaje benévolo, contrato o redefinición
Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación	Conflictos pareja, padres/hijos	Peticiones directas	Comunicación directa o contratos

Confirmación d la sospecha mediante la autodefensa	Celos, conductas extrañas	Eliminar la autodefensa	Interferencias
--	---------------------------	-------------------------	----------------

Tabla 9: Intervenciones principales del MRI (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Anular los intentos infructuosos de control debe saltar las barreras de la piel del PI y poder expandirse por todo el sistema familiar. De sobra es conocida la desmedida pasión de la “familia psicósomática” por el autocontrol y el heterocontrol, perfectamente representada por el trastorno médico del menor. Se puede inducir una “experiencia emocional correctiva” en la familia en torno al no ejercicio compulsivo del control, por ejemplo, mediante una redefinición positiva del síntoma “psicósomático” del PI. Recategorizar el colon irritable de este muchacho como una prueba irrefutable de “todo lo aplicado que es”, de su manera de trabajar y de sacrificarse por la familia puede rebajar las aspiraciones de control de todo el sistema y no sólo del PI. Tanto la primera intervención (reorientación y aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico) como la segunda (definir el síntoma indeseado como algo beneficioso) son dos armas muy potentes en la guerra contra el “¡Sé espontáneo!”.

Otras categorías de problemas psicológicos que tendrían vigencia en el fenómeno “psicósomático”, además del archiconocido “¡Sé espontáneo!”, y que hablan de una complejidad en la visión estratégica de la “patología familiar”, podrían ser las siguientes:

- El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.
- El intento de llegar a un acuerdo mediante oposición.
- El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.

Con respecto al “**intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo**” cabe decir que se vincula históricamente a la explicación que la terapia sistémica estratégica ha dado de los trastornos fóbicos. La evitación de los conflictos que la “familia psicósomática” hace puede catalogarse, sin problemas, como algo fóbico. No sólo se ha desarrollado un temor exagerado, con sus correspondientes conductas de evitación y escape, a toda forma de discusión y confrontación. También pueden observarse “miedos clínicos” a otras circunstancias, como a la separación, a lo externo a la familia, a lo nuevo, a la enfermedad, etc; de manera que la exhibición de comportamientos que pudieran ser tipificados como de “ansiedad de separación”, “hipocondría”, “angustia” y otros serían notables. La SII, según el MRI, consistiría en la evitación del acontecimiento temido como un acto de prepararse un mejor afrontamiento en el futuro.

Congruentemente, el giro de 180° ofrecido por el grupo de Palo Alto sería la exposición al suceso fóbico impidiendo que el sujeto/familia ejecute la acción con éxito. Por ejemplo, diversas tareas conducirán a la familia a las temidas discusiones bloqueando la emisión de conductas disuasorias o de desviación, sumergiendo de lleno así al sistema en el “estímulo temido”. El clínico deberá “forzar” al sistema, y no al PI de manera solitaria, a exponerse a todas esas situaciones que superan su umbral emocional impidiendo el éxito conductual de la familia: el logro de la armonía, la indiferenciación, la intrusión, etc. Hay estados, como es lógico, a los que no se puede exponer a la familia, como son los de separación física prolongada, enfermedad o muerte.

La “exposición estratégica” se diferencia de la exposición más tradicionalmente conductista en un pequeño pero relevante detalle: busca la “peor fantasía” del paciente/familia. Por ejemplo, si se tratará de un caso de fobia social, la exposición ofrecida por el enfoque

estratégico propondría al sujeto a buscar con “pico y pala” el rechazo de la gente, todo ello enmarcado como la mejor manera para inmunizarse ante tal evento. Se buscaría, por tanto, aquel episodio de explosión diarreica, para que el sujeto aprenda a “relajar”, a “controlar a través del descontrol” y a ceder en sus intentos de control, ya conocidos. O también se pondría a la familia delante de momentos como, por ejemplo, las ganas de un miembro de la familia por tener una vida “íntima”, alejada del unionismo.

“*El intento de llegar a un acuerdo mediante oposición*” es también típico de las llamadas “familias psicósomáticas”. En la contraluz de la armonía se encuentran una serie de pseudoacuerdos y de desacuerdos que descubren una verdadera pseudoarmonía, con altos niveles de ira y culpabilidad que se manejan en las “alcantarillas” de la familia. Este elevado grado de tensión, del que el PI y su cuerpo dan buena cuenta, se sustenta en escaladas simétricas y complementariedades rígidas. El esfuerzo por negar la individuación del PI, para que continúe siendo eternamente niño, se traduce en una dicotomía de “posición de superioridad versus posición de inferioridad”: los padres hacen de adultos y el PI está condenado a comportarse por debajo de su edad biológica. Esto es producto del miedo que la “familia psicósomática” tiene a que el PI crezca, ya que:

“↑ Crecer = % riesgo de separación”

La fusión y la unión sin límites son posibles siempre y cuando el PI se comporte como un infante o, al menos, manifieste una faceta de debilidad y de regresión. Todo esto chocará, sin embargo, con la sutil “rebeldía” del PI, con esa tendencia del niño o adolescente a atreverse a decir todo aquello que nadie en el seno de esta familia tan aglutinada tendría valor de hacer público. Una transgresión muy costosa para el propio PI, ya que emplea su cuerpo como medio de comunicación, con un sufrimiento innegable. Además, no debe ser sencillo compaginar dos roles tan antagónicos, como son los de “rebelde”, como principal crítico de un sistema familiar que pide una revolución a gritos, y el de “rey”, como máximo exponente de una dinámica transgeneracional acumulativa de mitos familiares como la abnegación, el sacrificio o el control. La ambivalencia y el conflicto, inherentes a la condición humana, alcanzan cotas demasiado altas en estos jóvenes (falsos) protagonistas.

El PI estará entre la espada y la pared. Será diana de grandes exigencias por parte de toda la familia, principalmente, del subsistema parental. Los padres le pedirán máxima adherencia al credo familiar, abusando de su postura de superioridad. El PI tendrá el dilema de obedecer a los padres, siendo el “campeón” de los mitos familiares y, por otro lado, replicar a los padres, detestando la morfostasis familiar. El resultado será un “*como si*”, eligiendo una vía indirecta de resolución del conflicto: mostrar obediencia aparente, pero crítica indirecta, a través del síntoma “psicósomático”. Sacar al PI de esa vorágine es posible mediante un giro de 180°. Si la SII es la utilización compulsiva por parte de los progenitores de una postura de superioridad o de autoridad el giro de 180° pasará por la adopción de una postura de debilidad. Los padres tendrán que aprender a pedir cosas, a ejercer su poder, con fórmulas como “nos gustaría que hicieras los deberes, pero no te podemos obligar”, en vez de con un “*es tu obligación hacer los deberes*”. Por supuesto, este uso de la postura de debilidad es, en realidad, una “supuesta” postura de debilidad, ya que les permite a los padres actuar desde la autoridad pero sin provocar la rebeldía indirecta y tan perjudicial del PI, a la vez que facilitan su individuación al tratarle como un chico de su edad y no como un niño “marioneta”.

Por último, las “familias psicósomáticas” también pueden caer en el juego conocido como “*el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación*”. No sólo el PI puede recurrir a

medios de comunicación indirectos. Como ya bien sabe el lector, la comunicación indirecta es una de las herramientas transaccionales favoritas de este tipo de sistemas. Así pues, los padres pueden trabajar su jerarquía desde peticiones indirectas. Desean máxima servidumbre a la mitología familiar de control y sacrificio, pero de manera intrínseca:

“Nos gustaría que lo hiciese, pero todavía nos gustaría más que quisiera hacerlo”.

Es decir, en términos formales, se le pide al PI un cambio-2 (que disfrute autocontrolándose) cuando lo que se requiere simplemente es un cambio-1 (que lo haga, independientemente de si le gusta o no). El PI no ha encontrado, hasta la fecha, mejor respuesta que la formación de un síntoma “psicosomático”, que utilizar su cuerpo como altavoz y como portavoz. El giro 180° consistiría en sugerirles a los padres que cesen en el empleo de peticiones indirectas y, por ende, paradójicas, y se adentren en el mundo de las peticiones directas. Con esta “sencilla” maniobra táctica se bloquearía, aunque sea sólo en parte, la maquinaria de generar dobles vínculos que la “familia psicossomática” esconde debajo de la mesa. El intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición y el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación, como ya se ha dicho, suponen todo un doble vínculo para el PI. La doble exigencia sería:

- a) Obedecer a los padres, ser fiel al credo familiar y hacerse adulto.
- b) Criticar a los padres, al sistema y no activar el fantasma de la pérdida.

Ningún mortal es capaz de satisfacer ambas demandas, contradictorias entre sí, y menos en un contexto, el de la “familia psicossomática”, donde no se legitima la asertividad, como descarado acto de individuación que es, y se presume, a la vez, de perfecta e inmaculada armonía. Las intervenciones estratégicas buscan desarmar estos dobles vínculos usando el isomorfismo de “la fuerza de la paradoja contra la paradoja”. La paradoja, por tanto, podrá ser un excelente medio para rescatar al PI de la tensión de la comunicación indirecta y acercarle un micrófono mucho mejor que su propio cuerpo. La venta de las tareas en este apartado pasa por respetar escrupulosamente la postura de la familia. Recomendar los distintos giros de 180° como “lo mejor que pueden hacer para ayudar a su hijo enfermo”, “la manera más eficaz para que aprenda a controlar su insulina” o “una intervención para evitar males mayores” será el mejor salvoconducto para “danzar” con la familia sin morir en el intento.

Las intervenciones principales son expertas en localizar y “exterminar” todas aquellas SII que colaboran en el mantenimiento y agravamiento del problema. Pero el éxito de la terapia estratégica en la “familia psicossomática” también reclama un correcto manejo del proceso psicoterapéutico en sí, de la relación terapeuta-familia. Estas “metaintervenciones” se conocen como intervenciones generales (véase tabla 10) y debido a las características estructurales y comunicacionales de la problemática “psicossomática” su uso está más que justificado, ya que abren la posibilidad de transformar la resistencia al cambio en “viento que sopla a favor”.

La tendencia homeostática de la “familia psicossomática” a la morfostasis, con modelos de funcionamiento vetustos y rígidos, puede invitar al terapeuta a azuzar al sistema, consciente éste de los peligros de su inmovilismo, bien reflejados en el cuerpo del menor. El exceso de entusiasmo por el cambio, sin embargo, puede jugarle una mala pasada al clínico, debido al potencial de este tipo de posturas de suscitar reactancia y ayudar a la cronificación del sistema familiar. La terapia estratégica trata de saltar este gran pero invisible obstáculo con la intervención de “no apresurarse”. Con ella, el terapeuta no obliga al cambio. Lo plantea como una mera posibilidad y advierte a toda la familia que, de comenzarse un proceso de cambio,

este deberá ajustarse a criterios de gradualidad, con una adaptación muy lenta a los nuevos estados y comportamientos. Incluso en situaciones de mejora sintomática el terapeuta deberá insistir en la necesidad de periodos de descanso (sin esforzarse más por mejorar) y en la conveniencia de recaídas.

El psicoterapeuta puede hasta comentar con la familia, desde una posición distante, en calidad de experto, cómo muchos casos se fueron al traste por un exceso de ímpetu y de velocidad en el cambio. Esta intervención es idónea para aquellas familias con miembros jóvenes que padecen trastornos “psicosomáticos”. Para estas familias, donde el sobreesfuerzo es tanto un medio como un fin, es toda una invitación indirecta a que cesen en sus empeños exagerados. Por si fuera poco, es una tarea que incrementa la alianza y la acomodación al sistema, al declarar públicamente que no es imprescindible cambiar e, implícitamente, que su manera de funcionar puede ser perfectamente respetable.

1. No apresurarse
2. Los peligros de una mejoría
3. Un cambio de dirección
4. Como empeorar el problema

Tabla 10: Intervenciones generales del MRI (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Esa misma línea de no exigencia de cambio y de total adherencia a la postura de la familia también se exhibe en la maniobra de “**los peligros de una mejoría**”. Cambiar ya no sólo no es obligatorio sino que, como opción voluntaria, se asocia a molestos inconvenientes. Bajo el lema de “lo malo de lo bueno” (Watzlawick, 1987) se ilustra a la familia todas las posibles inclemencias del cambio. De nuevo, se tiraría del recurso de la credibilidad y sapiencia como profesional. Ahora es un buen momento para activar el fantasma de la pérdida y amenazar a todos los mitos familiares. Por ejemplo, se puede anunciar a los padres que, de acuerdo con la experiencia profesional, la mejoría corporal del niño/adolescente se ha asociado a una mayor individuación de este. “Asustar” a estos padres con que si su hijo mejora puede pasar más tiempo fuera de casa, discutir más o echarse novia, generará en ellos una terrible ambivalencia: por un lado, estarán de acuerdo, ya que buscan “lo mejor” para su hijo, pero por otro lado, les invadirá toda una serie de miedos asociados a los peligros de la vida extrafamiliar y al posible vacío que dejaría el PI en sus vidas.

Si la familia, como en este último ejemplo, percibe que la mejoría no es un lecho de rosas, se sentirá menos coaccionada para cambiar, menos presionada, por tanto, para acosarse a sí misma en busca de la utopía de la armonía. En una familia tan entregada y sacrificada como la “psicosomática” esta maniobra induce distensión y menor necesidad de control.

Es posible, a pesar de todos los esfuerzos tácticos del psicoterapeuta, que la resistencia al cambio haya calado en la relación terapeuta-familia y que el sistema terapéutico entre de lleno en una espiral de discusiones sobre qué debe cambiarse y con qué herramientas. En ese momento, lo más probable es que la familia desestime o rechace el camino sugerido por el

terapeuta. En vez de insistir más, se recomendaría en estos casos un “**cambio de dirección**”. El cambio de dirección baja al terapeuta de una posición de superioridad (“*ustedes tienen que hacer...*”) y lo coloca en una supuesta posición de inferioridad, donde agradece a la familia su perspicacia y sabiduría sobre qué les conviene y la constancia de la que ha hecho gala para poder abrirle los ojos, para hacerle abandonar la senda incorrecta.

El cambio de dirección se acompaña, ahora sí, de un total ajuste y aprovechamiento de la postura de la familia. Por ejemplo, el terapeuta puede metacomunicar que ahora entiende lo importante que es proteger al PI y que la familia sólo necesita solventar el problema “médico” del menor (y no, por ejemplo, trabajar conflictos conyugales). El agradecimiento y la disculpa “relaja” al sistema y facilita una nueva venta de las mismas (o parecidas) prescripciones sobre la base de los mitos y fantasmas familiares que quizá antes fueron ignorados o menospreciados. Supone un recurso muy interesante para “danzar” (que no evitar) con el miedo al conflicto y la tendencia al secretismo de este tipo de familias.

El escalafón final en este manejo estratégico de la resistencia de la llamada “familia psicósomático” podría ser la prescripción de cómo hacer aún más grave la situación. Este “**cómo empeorar el problema**” se usaría ante circunstancias de máxima reticencia por parte del sistema, de boicot al trabajo terapéutico. Una manera de formularlo podría ser la expresión por parte del clínico de que ya no tiene nada más que decirle a la familia para ayudarla, pero sí se encontraría al menos en disposición de poder darle consejo sobre cómo conseguir que las cosas vayan todavía peor. De esta forma no se le dice lo que hay que hacer de forma directa, sino indirectamente. También puede utilizarse para anclar cambios cuando el tratamiento llega a su fin, de manera interrogativa:

“¿Sabes cómo lograr que el problema empeore?”

Otra posibilidad es recomendar la SII hasta un punto que provoque aversión, haciéndole ver el terapeuta al sistema que puede que él esté equivocado y que la familia esté en lo cierto, pero que sí el problema no se ha resuelto es que no han empleado la solución ensayada con la suficiente duración, intensidad y/o frecuencia. Por ejemplo, a unos padres de un hijo con vómitos se les reconocería la hipotética eficacia de mantener su conflictiva conyugal en segundo lugar (o tercero) con respeto al problema “somático” de su hijo y sugerirles que si a estas alturas no han tenido éxito es porque no se han esforzado con preciso. El terapeuta manifiesta sus dudas acerca de la SII pero da un voto de confianza a la familia al considerar que la ausencia de eficacia vendría dada por un mal empleo, cuantitativamente, de las soluciones ensayadas. Con ello se espera que sea el sistema, por sí mismo, el que adquiera la consciencia sobre lo inútil de su proposición de intento de solución y emprenda un movimiento de autocorrección por saciación y práctica negativa.

Las diferentes intervenciones, principales y generales, entremezcladas entre sí dan lugar a un paquete de técnicas que sacarían a la “familia psicósomática” del pozo de la simplificación, de la utopía y de la paradoja, buscando una corrección más en términos de un cambio-2 que de un cambio-1, volviendo así ineficientes los canales de comunicación indirectos y con ellos los terribles y patológicos dobles vínculos, de manera que el cuerpo del menor, como mayor representante de esta maquinaria psicopatológica, deje de tener sentido como portavoz y altavoz en este contexto. El último paso, como es de esperar, es la **terminación del tratamiento**.

Finalizar una psicoterapia estratégica es, para el MRI, la consecución de dos grandes objetivos:

- *Lograr la atribución de los resultados terapéuticos a lo hecho por la familia.* La “familia psicósomática” debe abandonar la terapia con la sensación de que el mérito ha sido suyo y que la aportación del psicoterapeuta se ha limitado a tener mayor campo de visión (“ver el bosque y no quedarse en los árboles”) debido a su rol profesional.

- *Trabajar la prevención de recaídas.* Paradójicamente el mejor predictor de recaídas durante o tras el proceso terapéutico es el miedo a la recaída. Definir la recaída como un acontecimiento esperado e, incluso, positivo puede ayudar a este cometido. Un buen uso del doble vínculo terapéutico sería la prescripción de recaídas. Pedirle a la “familia psicósomática” que trate al PI a veces como un hombre y otras veces como un niño puede dar lugar al efecto contrario: ni parentalización ni sobreprotección, sólo individuación. También se podría recomendar al PI, por ejemplo en un caso de diabetes, que tenga como mínimo un día a la semana en la cual se de todos los caprichos alimenticios que le plazca, olvidándose temporalmente del aburridísimo e incómodo control de la glucosa.

La prescripción de la recaída tiene dos posibles efectos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). Uno de ellos puede ser la profecía autocumplida de la recaída, produciéndose finalmente esta. Esto deberá definirse como la consecuencia de una buena adherencia de la familia al asesoramiento psicoterapéutico y a un perfecto grado de control sobre el problema, ya que sólo se puede reproducir fielmente un problema si se ejerce mucha influencia sobre el mismo. Otra posibilidad es que no se produzca la tan temida recaída, lo cual se reinterpretará como la confirmación casi definitiva de cuan ha avanzado la “familia psicósomática” en la resolución del problema que le llevó a consulta. Ocurra lo que ocurra, se le felicita a la familia. Pase lo que pase, “la banca siempre gana”.

El **CTS** (*Centro de Terapia Estratégica*) de Arezzo, cuya cabeza más visible es Giorgio Nardone, es, como ya se dijo anteriormente, uno de los mayores continuadores de la obra del grupo de Palo Alto. El trabajo de Nardone y colaboradores se basa en el arte chino de la estratagema y en la retórica de la persuasión, así como en la metodología de “investigación-intervención”, ampliamente comentada más arriba. El *problem solving* estratégico del equipo de Nardone (Nardone, 2009) podría concebirse como una versión mejorada de la manera de trabajar del MRI.

Ambas escuelas tienen en común el énfasis en lo conductual, en lo que se hace o se deja de hacer. Defienden que el cambio debe producirse en la forma de comportarse para que después, como retroacción, se produzca el cambio en la manera de pensar y de sentir. Todo ello se resume perfectamente en el aforismo de Heinz von Foerster:

“Si quieres ver algo, aprende a obrar”

Tomar consciencia del cambio antes de que este ocurra significaría poner en guardia al sistema, incrementar la resistencia al cambio. Por ello se aboga por una forma de tratamiento altamente experiencial, donde las explicaciones y la conciencia se trabajan después de alcanzar el cambio más puramente conductual, y no antes (Nardone y Watzlawick, 1990). Bajo la premisa de que diferentes acciones pueden llevar a construcciones más flexibles y menos rígidas de la realidad el cambio tiene que darse en el contexto de la interacción comunicativa con una persona que permita introducir el cambio desde el exterior: o sea, un cambio-2. Esto se

debe a la falta de autorreflexividad de los sistemas (por ejemplo, el ser humano no puede hacerse cosquillas a sí mismo).

Este escenario vital para el cambio-2 es la psicoterapia. Y en concreto el adecuado manejo del lenguaje. Sobre todo un lenguaje de carácter imperativo, para poder inducir todo el elemento comportamental necesario para el cambio. El CTS, al igual que el MRI, da gran relevancia a las prescripciones, a esas “órdenes” (sin abuso de poder) que inducen cambios perceptivos, emocionales y conductuales en todo el sistema. En resumen, las características del enfoque de Nardone son (Nardone y Portelli, 2005):

- La intervención se articula en torno a **objetivos** y no sobre una teoría psicopatológica. El diagnóstico o conciencia operativa, con la detección de las diferentes soluciones ensayadas, se impone al diagnóstico psicopatológico.

- La filosofía de la intervención es constitutivo-deductiva, y no hipotético-deductiva, es decir, **la solución se adapta al problema** y no al contrario. El tratamiento se fabrica *ad hoc*, es decir, adaptado a las SII, al sistema y al problema.

- No se trata de buscar causas del problema para, entonces después, intervenir. El proceso es el inverso: con **la solución se explica el problema**. El insight es más una consecuencia que la causa del cambio.

- El modelo goza de una autocorrección constante, que **evita la continuación de las soluciones intentadas** a través de los giros de 180° llevados a cabo a través de las diferentes prescripciones.

De esta filosofía de trabajo emerge una manera de intervenir dividida en estas etapas (Nardone y Watzlawick, 1990; Nardone y Portelli, 2005; Nardone, 2009):

1° Comienzo del juego → Para esta fase del tratamiento debería cumplimentarse todas estas tareas:

- Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.
- Definición del problema.
- Acuerdos sobre los objetivos de la terapia.
- Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.
- Identificación de las formas específicas de resistencia.
- Primeras maniobras terapéuticas.

2° Desbloqueo de la patología → El contenido de esta etapa sería:

- Redefinición del primer cambio.
- Estimulación de posteriores cambios.
- Corregir el tiro progresivamente.

3° Consolidación y reorganización de las reglas del juego → Las tareas a ejecutar son:

- Medición de efectos.
- Mantenimiento y consolidación de las mejoras alcanzadas.
- No reorganizaciones del sistema en otros equilibrios patógenos.

- Prevención de recaídas.

4º Final del juego → Se buscan:

- Recapitulación y explicación del proceso terapéutico y de las estrategias usadas.
- Asunción de la autonomía personal y de la autoestima.
- Énfasis en recursos personales y lados fuertes.
- Sistema como parte activa del tratamiento.
- Seguimiento: a los tres, seis y doce meses.

El CTS ha sido capaz de desarrollar protocolos de *problem solving* estratégico en distintos problemas psicológicos: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, etc. Como sucede con el caso del MRI, el CTS no ha trabajado, al menos de forma protocolizada, los denominados trastornos “psicosomáticos” en población infanto-juvenil, salvo, claro está, los TCA (los trastornos de la conducta alimentaria). Sin embargo existe una notable variedad de herramientas terapéuticas ofertadas por el grupo de Arezzo y que son susceptibles de poder ser aplicadas sobre el fenómeno “psicosomático” en niños, adolescentes y familias. Respetando los principios básicos del CTS, así como el estilo de emplear su tecnología, se intentará diseñar un protocolo de tratamiento psicoterapéutico estratégico para el propósito de este trabajo.

La primera etapa, ya conocida, se conoce como el **comienzo del juego**. Honrando el aforismo de “un buen inicio es la mitad del trabajo” y como si se tratara de una partida de ajedrez, donde la gran parte del éxito depende de los primeros movimientos, las primeras interacciones con la “familia psicossomática” pueden ser decisivas. Evidentemente, este primer contacto también debe de servir para la presentación del encuadre de la psicoterapia, del *setting* terapéutico. Se establece un número mínimo de sesiones, de diez, más allá de las cuales el clínico se compromete a no continuar el tratamiento si no se observan mejorías sustanciosas. Esto impediría la contribución del terapeuta al movimiento “más de los mismo”, no reforzando la homeostasis del sistema, y también funciona como elemento persuasivo para la familia, borrando de un plumazo toda ambigüedad e incertidumbre que se suele generar en el contexto de las psicoterapias de “larga duración”.

Específicamente, en un sistema como el “psicosomático” el hecho de saber de antemano la naturaleza breve de la psicoterapia tiene el potencial de echar “más leña” al fuego de los mitos y fantasmas familiares, permitiendo la emergencia de la postura de la familia/PI y pudiéndose aprovechar la misma para reajustar la resistencia al cambio a favor de la terapia.

El objetivo general de esta etapa será crear una buena alianza terapéutica con la familia y esto se conseguirá con la técnica del *calcado* (Bandler y Grinder, 1975; Nardone y Watzlawick, 1990): observar, aprender y hablar el lenguaje de la familia/PI. Si el terapeuta es capaz de comunicarse en su mismo “idioma” con la familia habrá captado su postura, en términos del MRI, es decir, sus modalidades de representación, valores, ideales, opiniones, mitos, etc. El lenguaje será la puerta de acceso a los mitos de unidad y armonía familiar y al fantasma de la separación; al credo familiar en definitiva. Palabras como “enfermedad”, “miedo”, “preocupación” o “responsabilidad” pueden ser claves.

Sobre la base del *calcado* se construye la definición del problema. El problema “psicosomático” se mantiene, desde la óptica del CTS, por el triple sistema interactivo disfuncional:

1º La interacción entre *el sujeto y sí mismo*: La relación entre el individuo (PI) y sus eventos privados y públicos (pensamientos, emociones, sensaciones y conductas) está predominantemente caracterizada por el autocontrol, con gran tendencia al sobreesfuerzo y al sacrificio.

2º La interacción entre *el sujeto y los demás*: La relación del PI con su propia experiencia interna (“psicológica” y “somática”) es fiel reflejo de la naturaleza de su vida interpersonal. El autocontrol deja paso al heterocontrol y la falta de límites familiares se corresponde con la disociación, la alexitimia y la negación del cuerpo.

3º La interacción entre *el sujeto y el mundo*: Los mitos y fantasmas que imperan tienen que ver con construcciones de la realidad que otorgan gran valor a la unión, el estoicismo y el miedo a la separación. Todo ello queda apuntalado con un sistema sanitario con cicatrices biomédicas, con potencial reduccionista en tanto en cuanto separación cuerpo-mente.

Este triple ramal de respuestas configura el rígido sistema perceptivo-reactivo del niño o adolescente con trastorno “psicosomático” y de su familia. Las alteraciones en cada uno de los distintos niveles se retroalimentan, gracias al principio de circularidad. El sistema perceptivo-reactivo “psicosomático” es la estructura sobre la cual emerge (y se nutre) las diferentes soluciones ensayadas. La operativización del problema “psicosomático” se consigue gracias al método de la *investigación diagnóstica estratégica*, que constaría de las siguientes preguntas (Nardone y Watzlawick, 1990):

- ¿Qué **pautas de comportamiento** habitual del paciente se observan?
- ¿Qué identifica el paciente/familia como **problema** suyo?
- ¿De qué **modo se manifiesta** el problema?
- ¿**Con quién** aparece el problema, o se enmascara o bien no aparece?
- ¿**Cuándo** se manifiesta normalmente?
- ¿**Dónde** y en qué situaciones?
- ¿**Con qué frecuencia** e intensidad se manifiesta?
- ¿**En qué contexto** aparece?
- ¿Qué se ha hecho y qué se ha hecho correctamente (solo o con otros) para resolver el problema? (**excepciones**)
- ¿Qué tipo de equilibrio domina el problema? ¿Para qué sirve? ¿**Cuál es su función**? ¿A quién o qué beneficia?
- ¿**Quién podría resultar dañado por la solución del problema**?

Con las respuestas a todas estas cuestiones se busca dibujar un escenario diagnóstico completamente concreto, sin ambigüedades. Estas preguntas diagnósticas funcionarían, a su vez, gracias a la fórmula del *diálogo estratégico* (Nardone y Portelli, 2005). El diálogo estratégico se conceptualiza como una entrevista semiestructurada que utiliza el recurso psicolingüístico de la “ilusión de alternativas” (Watzlawick, 1977), es decir, del planteamiento de dos opciones, en el contexto de una falsa dicotomía, pidiéndole al sistema que se decante por una de ellas, con fines evaluativos o prácticos. Por ejemplo, a un chico con mal autocuidado diabético se le podría plantear la siguiente disyuntiva:

“¿Qué temas más, que tus padres se separen o poder quedarte ciego?”

De esta manera se puede ir extrayendo los principales miedos y fantasmas tanto del PI como de toda la familia, para conocer con exactitud el núcleo vivencial del sistema. Pero también, por supuesto, puede aplicarse para averiguar qué variables comportamentales ayudan al mantenimiento del problema. Por ejemplo, el terapeuta puede dirigirse al padre de este mismo PI a través de la siguiente pregunta:

“Cuando su mujer regaña a su hijo por algún tema de la diabetes, ¿usted decide unirse a su mujer en el sermón o prefiere hacer de “poli bueno”?”

Se le está “obligando” al padre a pronunciarse por una de las dos posibilidades: colabora o no colabora con la madre en la imposición de la autoridad parental. Esto da información en bruto sobre la existencia de compatibilidad o incompatibilidad en los estilos educativos, algo básico en la problemática “psicosomática”. A parte de cómo herramienta reveladora de mitos y de dinámicas familiares, el diálogo estratégico también puede desvelar, a un nivel más molecular, las soluciones ensayadas. Por ejemplo, en un caso de asma infantil se podría preguntar a los padres:

“En un ataque de tos de su hija, ¿ustedes son los típicos padres que van corriendo a comprobar que todo va bien o dejan que su hija lo solucione sola?”

La contestación a esta cuestión puede dejar la solución ensayada del “sostén social” al descubierto, con las enormes posibilidades terapéuticas que supone eso (la aplicación de un giro de 180°, por ejemplo). No sólo da jugosa información diagnóstica al clínico, sino que también permite el autodescubrimiento de las SII por parte del sistema. La correcta aplicación del diálogo estratégico facilita el “sentir” las soluciones ensayadas por parte de las personas. No basta con que padres, PI y otros sujetos accedan racionalmente a la ineficacia de las soluciones ensayadas. Tienen que conectar emocionalmente con lo repetitivo de su intento de solución, lo poco productivo y cómo limita sus vidas. Gracias a este autodescubrimiento guiado la “familia psicossomática” llega a contradecirse a sí misma y usando las razones, el lenguaje, la postura, que mejor conocen. Y todo ello desde la supuesta postura de inferioridad del terapeuta (posición *one-down*), desde el disfraz de “antropólogo” que busca conocer una cultura. Es decir, más desde la curiosidad y el respeto que desde la autoridad. Un resumen del diálogo estratégico puede verse más abajo (véase tabla 11).

1- Preguntas discriminantes e interventoras , en forma de ilusión de alternativas.
2- Paráfrasis que reestructuran , para ver si el paciente aprueba o desaprueba nuestra visión.
3- Evocación de sensaciones (metáforas, aforismos, anécdotas, etc), para que el paciente sienta la necesidad de cambiar.
4- Recapitulación final , para resumir y redefinir.
5- Prescripciones de cambio .

Tabla 11: Los cinco componentes del diálogo estratégico (Nardone y Portelli, 2005).

Toda esta metodología va encaminada al descubrimiento, tanto por parte del terapeuta como de la familia, como ya se ha dicho, de las soluciones ensayadas que pudieran darse en el fenómeno “psicosomático”. Difícilmente el equipo de Arezzo defendería la existencia de SII que se ajusten perfectamente al constructo de “familia psicossomática” o de trastorno “psicosomático”, debido a su preferencia por un trabajo, tanto diagnóstico como terapéutico, adaptado al sistema, al problema y al contexto (*ad hoc*). No obstante, si es posible, a modo de aproximación, confeccionar una pequeña lista de las principales SII que podrían encontrarse en los trastornos “psicosomáticos” en niños, adolescentes y familias:

· El *exceso de atención y control* a procesos fisiológicos de carácter autónomo. Solución ensayada que el PI aplica sobre sí mismo, en su relación con su propio cuerpo.

· El *consuelo y la protección* ejercida sobre el “familiar enfermo”. Solución ensayada principalmente usada por los padres o tutores del menor.

· La *evitación de actividades y responsabilidades* con el pretexto del miedo a “encontrarse mal”. Solución ensayada que potencialmente utilizable tanto por adultos como por el PI.

El siguiente paso en esta etapa inicial es el acuerdo sobre los objetivos de la terapia. La formulación de objetivos ha de cumplir una serie de requisitos:

- Han de adaptarse absolutamente a la postura de la “familia psicossomática”.
- Tienen que funcionar como una guía metodológica, con objeto de saber si se ha llegado o no a la meta, de manera tajante.
- Tienen que funcionar como sugestión positiva (efecto Rosenthal o profecía autocumplida), fomentando la acomodación al sistema familiar.
- Deben construirse de acuerdo a una escala gradual y progresiva, en forma de pequeños objetivos muy operativos.
- Se venden junto con la prescripción de “*go slow*”, es decir, bajo la filosofía del “no apresurarse”.

Esta fase del proceso psicoterapéutico estratégico finalizará al emprender las primeras maniobras terapéuticas. Estas tempranas intervenciones pretenden el desbloqueo de la patología “psicosomática”, trabajo que se continuará en sucesivas etapas. Una buena manera de inaugurar la parte “práctica” de la terapia estratégica en este tipo de problemas es la **redefinición de la situación** (Nardone y Watzlawick, 1990). Se dice de la “situación” y no sólo del “síntoma” ya que se busca un impacto global, que vaya más lejos de la “piel del PI”. Asignar un carácter positivo al síntoma “psicosomático” y a todo lo que hace el resto del sistema (padres, hermanos, etc.) permite contactar con el valor del sacrificio y de la solidaridad, primordiales en esta “familia psicossomática” (Selvini, 1963; Weakland et al., 1974).

La percepción del PI como máximo exponente de la mitología familiar es algo ya sabido por la familia, en su fuero interno e inconsciente, pero nunca se ha explicitado. Hacer pública la conexión entre el síntoma del PI y la dinámica del sistema ayuda a una recategorización de la realidad que alivia a ambas partes, ya que reduce el sobre-esfuerzo tanto del PI como de la familia para la eliminación de la manifestación corporal. Obviamente existe la posibilidad de

que esta maniobra no sólo no alivie a la familia sino que la sume en un estado de confusión e incertidumbre. Este acontecimiento no es necesariamente algo indeseable, ya que puede suponer la señal de que la duda, la “carcoma”, se ha instalado en el rígido sistema perceptivo-reactivo de la “familia psicósomática” y poco a poco ejercerá sus efectos. En palabras de Minuchin, se estaría “sembrando” para poder “recoger” luego.

Afirmar delante de una familia tan demandante y ansiosa como la que tiene hijos con trastornos “psicósomáticos” que el PI está ayudando al resto de la familia con su mala adherencia a la medicación, su escaso autocuidado o con sus brotes de dermatitis, puede ser muy chocante tanto para la familia como para el terapeuta. Habría que insistir en una posible función del síntoma, que hoy por hoy desconoce el psicoterapeuta, recomendando al sistema que reflexione sobre ello, sobre la cuestión de para qué sirve, por ejemplo, la obesidad de nuestro hijo de cinco años. Dependerá del clínico si quiere introducir mayor o menor certeza (y proporcionalmente, sufrimiento) en este “misterio”, por ejemplo, con declaraciones tan contundentes como la siguiente, dirigiéndose al PI:

“¿Y por qué ibas a tener que dejar de hacer pis en la cama? Tengo experiencia con familias y con niños, pero tú sabes mejor que yo que algo pasa en tu casa. Eres un chico con una sensibilidad especial y te das cuenta que el día que dejes de hacerte pis en la cama papá y mamá ya no tendrán que turnarse para despertarse y ver si tu cama está mojada, ya no tendrán que hablar constantemente del pipi. Y entonces, ¿qué pasaría? Tú eres un buen chico, quieres mucho a tus padres y desde luego no quieres nada malo para ellos”.

Este mensaje recoge muy bien la esencia del doble vínculo terapéutico: da por hecho el cambio, al construirlo como algo muy factible, pero no lo recomienda, colocando el locus de control en el crío, de forma explícita, y en los padres, de manera indirecta. Va introduciendo circularidad en el sistema, al conectar síntoma con sistema, y fomenta una construcción del síntoma como algo necesario, como algo que si se ha mantenido durante mucho tiempo será por una hipotética función adaptativa.

También, y en esta misma línea, puede redefinirse el síntoma “psicósomático” como la evidencia más pura de la “nobleza”, “honestidad” y “bondad” del PI. Ya no sólo se le vende a la familiar el mensaje de que, por ejemplo, la obesidad de su hijo cumple una función vital en el sistema, sino que se asocia el síntoma “psicósomático” a características de personalidad, inteligencia o afecto sobresalientes. Esta imagen del PI como “niño bueno” se exagera y se refuerza. Puede llegarse hasta el límite de congratular al niño/adolescente por ser tan obediente, por no molestar, por ser modélico. Esta manera indirecta de desafiar al propio PI como “rey del credo familiar”, a través de la caricatura de modosito, puede crear reactancia en el hijo, suscitando en él ganas de rebelión y de individuación. Pero de una rebelión más directa, con acciones típicas de su etapa vital, y no la indirecta y peligrosa de la solución “psicósomática”.

Otra intervención idónea para estos primeros momentos puede ser la **reestructuración del apoyo social** (Nardone, 1997). El PI, dentro de la ambivalencia de su doble rol de “rey versus rebelde” y de la dicotomía de parentalización versus regresión, es el centro de una muy tejida red de apoyo y sostén social. La sobreprotección que se puede ejercer sobre él es asombrosa. La familia puede normalizarla y el menor valorarla positivamente. Pero por encima de todo esto no hay dudas de que se trata de una de las principales soluciones ensayadas que contribuyen al reforzamiento del problema. Para ponerla en “jaque” se aplica la técnica de la reestructuración del apoyo social, que se sustenta en un doble mensaje:

- Se cree que el paciente no puede, al principio, prescindir de la ayuda de los demás.

- Aunque recibir ayuda de los demás empeora el problema.

Es decir, por un lado se le comunica al PI que no es posible hoy por hoy que no pida ayuda porque aún no es capaz de no pedir ayuda y por otro lado se le pide que piense que cada vez que pide ayuda y la recibe contribuye a que sus problemas se prolonguen y se compliquen. A través de este mensaje contradictorio se crea un miedo, un “fantasma”, el del empeoramiento crónico del problema, peor que el “fantasma” original, vinculado a la separación y a la no solicitud de ayuda: el límite de un miedo es un miedo más grande (Watzlawick y Nardone, 1997). Por ejemplo, en un caso de un adolescente de doce años con colitis ulcerosa, donde los ataques de malestar digestivo se siguen, sistemáticamente, de episodios de lamento que son consolados por la madre, la reestructuración del apoyo social podría hacerse de la siguiente manera:

“Hemos visto (dirigiéndose al PI) que cada vez que te duele la barriga y tienes que ir repentinamente al baño te sientes mal, lloras y le pides ayuda a mamá. Tu madre, que te quiere con locura, no duda en ayudarte y esa mañana no vas al colegio. Parece ser que tal como están las cosas en la actualidad es tarea imposible pedirte que no hagas más eso. Digo imposible porque todavía es muy pronto para plantearse cambiar eso y porque tampoco se le puede pedir a tu madre que deje de ayudarte en la actualidad: es muy buena madre y te quiere mucho. Pero me gustaría que pensaras algo, algo muy importante: cada vez que pides ayuda a mamá y te libras de ir al colegio, de hacer los deberes o de salir de casa, es como si tus intestinos se apoderaran más de ti. Pero volviendo, a lo del principio, todavía no estás preparado para no pedir ayuda a mamá, es decir, para comportarte como un chico de doce años.”

Esta redefinición de la solicitud de ayuda está acompañada, además, de un mensaje “en clave” a la madre. El rebufo del gusto por la comunicación indirecta que exhibe la “familia psicósomática” es aprovechado en terapia y por el terapeuta en este ejemplo para hacerle ver a la madre que ella es también responsable de esta solución ensayada, deshaciendo la puntuación de la secuencia de los hechos de “*lo ayudo porque me necesita*”. También juega con el efecto “go slow”, al pedir prudencia y paciencia en el proceso de cambio, jugando con la posible reactancia del PI, que perfectamente puede rebelarse ante lo dictado por el clínico y empezar a actuar desde el rol de un adolescente y no desde la máscara de un niño.

Por último, esta primera etapa puede cerrar con una prescripción sencilla y a la par muy efectiva. Se trata del “*diario a bordo*” (Nardone, 1995). El “diario a bordo” es una herramienta estratégica muy usada en trastornos de ansiedad, también como la reestructuración de la solicitud de ayuda. Su objetivo es desarmar la SII de “prestar excesiva atención” a los procesos fisiológicos autónomos, como la respiración, la función cardíaca, la actividad digestiva, etc. El acento continuado en este tipo de procesos corporales produce la profecía autocumplida de reforzar el funcionamiento en cuestión. Por ejemplo, prestar atención a la respiración la incrementa indefectiblemente. Más arriba ya se comentó como esto puede ser una de las piezas maestras de la psicopatología y psicoterapia de los trastornos “psicósomáticas” y que no desentona, en absoluto, con el credo familiar de control, sacrificio e intrusión de la “familia psicósomática”.

El “diario a bordo”, como técnica, es una especie de autorregistro que se le pide al paciente que rellene durante la ocurrencia del síntoma de pánico. Ajustado a la problemática “psicósomática”, se le podría solicitar al PI que, por ejemplo, en el preciso instante del ataque de tos, del episodio hipoglucémico o del ataque digestivo, intentase rellenar, por todos los

medios, un autorregistro con innumerables y tediosas columnas, que “medirían” variables como: lugar, momento, actividad presente, sensación, qué ha pasado antes, etc. Cuantas más columnas mejor. Se pone medir entre comillas porque el propósito no es extraer información diagnóstica, como sí sucede con los autorregistros que se prescriben desde una óptica cognitivo-conductual, sino provocar una desviación de la atención del proceso somático a la cumplimentación de la engorrosa tarea. Esta técnica, vendida como una “técnica de investigación”, busca hacer consciente al PI de cómo el exceso de atención es perjudicial, mostrando los “*beneficios de la falta de atención*” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Se recomienda diseñar un tipo de diario más o menos adaptado al tipo de trastorno “psicosomático”, por ejemplo, en función de si la patología médica es asma, diabetes, obesidad o colon irritable. Es importante que sea percibido por el PI como un instrumento de evaluación sanitaria, aunque sea, realmente, una técnica de intervención. Esta prescripción indirecta además funciona como maniobra de individuación, ya que se trata de un ejercicio que el menor ha de hacer por sí mismo, sin ayuda de adultos, y a ser posible en situaciones de intimidad. El diario ha de mantenerse bastantes sesiones y se advierte al clínico que las reacciones no son idénticas. Lo más frecuente es que o bien el PI diga que lo ha realizado meticulosamente o bien que lo intentó al principio pero que luego cesó en el esfuerzo. Lo que sí suele coincidir, independientemente de la “excusa”, es la sensación que experimenta el PI de alivio sintomático, de sentirse más distendido. En fases ulteriores del tratamiento se le metacomunicará como fue él sólo, sin ayuda de nadie ni de nadie, y simplemente con la plataforma sugestiva que proporciona el diario, el que aprendió a gestionar sus recursos de control y a no dirigirlos tan intensamente hacia su propio organismo.

Los primeros cambios psicoterapéuticos, traducidos en prontas mejoras sintomáticas, permiten la “captación” de la “familia psicosomática” y allana el terreno para la segunda etapa de la terapia: el **desbloqueo del problema “psicosomático”**. El primer paso, tras la inesperada mejora inicial en las primeras sesiones (dos o tres a lo sumo), pasa por la adecuada ***redefinición de la situación de cambio***. El PI, así como toda la familia, debería poder atribuir internamente el logro sintomático, deconstruyéndose todo tipo de creencias que asocien el cambio a entes externos, como la terapia, el terapeuta y/o las técnicas. También, adicionalmente, se le envía el mensaje al sistema que si las circunstancias se están modificando es que el problema no es tan grave y/o el sistema tiene bastante más poder y control sobre el mismo del que se pensaba al comienzo de la psicoterapia.

Las ansias de control de la “familia psicosomática” pueden verse “colmadas” gracias a la ***prescripción voluntaria del síntoma “psicosomático”***. La prescripción paradójica consistirá en pedirle al PI que en determinados momentos y lugares se autoinduzca un ataque de tos, si se tratara de un caso de asma crónica, por ejemplo. Este tipo de tareas se introducen al sistema mediante esta venta:

“Si tú (dirigiéndose al PI) eres capaz de provocarte un ataque de tos cuando quieras, serás capaz luego de manejarlo cuando te venga sin querer”.

El discurso que incluye elementos semánticos tales como “control” o “mejora” seduce mucho a la “familia psicosomática”. El objetivo terapéutico no es contribuir al “más de lo mismo”, sino conseguir una total y completa exposición a las sensaciones somáticas temidas sin en el empleo de las soluciones ensayadas de exceso de atención y, sobre todo, de control y evitación. En términos conductistas, es como si se aplicara una exposición con prevención de respuesta,

pero con un “envoltorio” mucho menos amenazante. El clínico antes de la aplicación de esta técnica deberá tener en cuenta varios factores:

- Hasta qué punto puede ser peligrosa la provocación voluntaria de la manifestación “psicosomática”, por razones médicas. Para ello conviene tener mínimos conocimientos biomédicos acerca de las distintas patologías “psicosomáticas” y una excelente coordinación multidisciplinar, buscando el respaldo y el asesoramiento del equipo de especialistas médicos.
- El grado de ajuste entre la prescripción paradójica y el tipo de síntoma “psicosomático”. El terapeuta deberá preguntarse por la topografía del síntoma (frecuencia, duración e intensidad) y los antecedentes y consecuentes interpersonales, es decir, qué tipo de sucesos sistémicos preceden y siguen a la manifestación corporal del menor.

La terapia estratégica ha sido injustamente definida como “superficial” (sin contar otras lindezas como “manipulativa”, “poco ética”, “deshumanizadora”, etc.) por su supuesta obsesiva preocupación por la erradicación del síntoma. Sin embargo, el CTS también pone el acento en tratar todos aquellos aspectos de base sobre los cuales emerge en algún momento del ciclo vital el síntoma en cuestión. Así pues, por ejemplo, una correcta aplicación de la metodología de trabajo psicoterapéutico del *problem solving* estratégico en los trastornos “psicosomáticos” conllevaría atender a todo el sistema perceptivo-reactivo rígido de la “familia psicosomática” y no sólo lograr la reducción o eliminación del síntoma del PI. De esta manera, interesa anular todas las soluciones ensayadas que constituyen representaciones operativas de constructos como la “fusión”, la “triangulación” o la “sobrepotección”, por citar algunos de ellos de los que más arriba ya se hablaron.

Un ejemplo de cómo llevar a la práctica clínica todo lo que se acaba de decir podría ser el uso de técnicas como la *prescripción del milagro*, intervención originariamente “facilitadora” (de Shazer, 1985) pero que el grupo de Nardone supo encontrarle una contextualización estratégica. La prescripción del milagro supone la petición por parte del terapeuta a la “familia psicosomática” de la construcción lingüística de un futuro próximo en el cual no figure el problema biomédico. Una posible formulación de la misma en una familia con un adolescente diabético podría ser así:

“Me gustaría que se imaginen la siguiente escena: finalizamos la sesión, nos despedimos y ustedes llegan a casa, pasan la tarde y la noche como siempre y se duermen. A la mañana siguiente, tras despertarse, y como por arte de magia, ha desaparecido la diabetes de Luis (PI) y ustedes, ahora sí, estarían en condiciones de poder llevar una vida normal. ¿Qué tipo de cosas harían? ¿A qué nuevos problemas se enfrentarían?”

Este procedimiento posee un efecto de sugestión positiva y se deriva de la técnica del *como si* (Watzlawick, 1990) Y puede funcionar como herramienta de investigación diagnóstica, aunque sin producir efectos, desvelando ventajas secundarias del problema y ayudando a especificar mejor el objetivo y a orientar la intervención. La familia, no sin insistencia por parte del clínica, comenzará a enumerar una serie de “realidades” concretadas en comportamientos y pautas de interacción. En el ejemplo recién ilustrado la familia puede decir que, estando fuera de combate la diabetes, ya no sería necesario estar encima de Luis, recordándole incesantemente que se tome la medicación y que controle su alimentación y que ese tiempo lo podrían aprovechar para salir más de casa, tomarse unas vacaciones, dejar que Luis haga más cosa con sus amigos, permitirle que se apunte a una actividad extraescolar, etc. Todos los detalles conductuales de esta fantasía

deberán ser prescritos por el terapeuta, ya que no hay mejor manera de cumplir un sueño que comportándose “como si” ya estuviera ocurriendo.

Un posible riesgo, al menos en la teoría, es contribuir a la pseudoarmonía de la familia, al situar todos los males de la casa en la “puñetera diabetes”. De sobra sabe el lector lo iatrogénico que ha sido para la familia la atribución externa y el fenómeno del “chivo expiatorio”. Sin embargo, y una vez más, se trata de una maniobra persuasiva, ya que el psicoterapeuta se aprovecha de esa “ola”, la de la pseudoarmonía, para poder “navegar” sobre la resistencia al cambio de la “familia psicósomática” y evitar así ser engullida por la misma. De todas formas, y si el clínico lo prefiriese, la fantasía del milagro podría formularse como “cuando Luis sea capaz de autocuidarse”, en vez de “si la diabetes no existiera”, con el inconveniente de una mayor dificultad en la visualización por parte de la familia.

La fantasía del milagro se engazaría con las *prescripciones directas* (Nardone y Watzlawick, 1990). Lejos de las prescripciones paradójicas y de las indirectas, las prescripciones directas buscan un cambio sin tapujos ni elementos persuasivos. Un ejemplo podría ser pedirle a los padres del anterior ejemplo que cesen en su empeño de repetirle al PI (Luis) cuándo y cómo tiene que tomarse la medicación, la necesidad del control dietético e innumerables recordatorios de cuidado. Todas y cada una de las “realidades” interpersonales extraídas de la fantasía del milagro pueden prescribirse directamente siguiendo, eso sí, una jerarquía. Respetándose la recomendación del “go slow”, a lo largo de diversas sesiones se puede ir avanzado hacia objetivos sistémicos como la “individuación” o la “fijación de fronteras”, por ejemplo. Una posible lista de situaciones a trabajar escalonadamente podría ser:

1º Dejar de repetir al PI cuándo y cómo tiene que tomarse la medicación. No más recordatorios ni advertencias.

2º Permitir que el PI se gestione su propia alimentación. Incluso dándole la oportunidad de que se cocine y se prepare sus propios platos.

3º No acompañar al PI a su médico especialista (en función de la edad). Que sea el propio PI el encargado de registrar sus valores de hemoglobina y glucosa, así como de adquirir la medicación.

Se avanzaría en dirección a facilitar un ambiente familiar donde las discusiones sobre la diabetes, erigidas sobre el control y la intrusión, dejen paso a transacciones familiares más centradas en otros contenidos. En pos de esta meta podría ser interesante la técnica del *ritual familiar nocturno* (Nardone y Portelli, 2005). En un sistema como el “psicósomático”, donde, por ejemplo, la palabra “diabetes” está siempre en la boca de los miembros, el ritual familiar nocturno permite concentrar todos los sermones, discusiones y comunicaciones que giran alrededor del trastorno “psicósomático” a un momento concreto del día. La prescripción se resume en sugerirles a la familia que el tema médico es fundamental pero el hecho de alargarlo durante todo el día es improductivo, existiendo como alternativa el dejarlo sólo para media hora al día, que perfectamente podría ser después de cenar u en otro horario, a conveniencia de la familia. Durante ese corto intervalo temporal se “autorizan” las broncas y las pesadas recomendaciones, produciéndose el efecto paradójico de reducción de las mismas, al despojarles de su componente de espontaneidad. La comunicación indirecta (a través de la “enfermedad”) dejaría paso a una comunicación directa.

La tensión familiar puede canalizarse (que no reprimirse) gracias a la técnica de “*el pequeño desorden que mantiene el orden*” (Nardone, 2004; Nardone y Portelli, 2005; Nardone, Verbitz y Milanesa, 2001). El fanatismo por el control, tan incrustado en el credo familiar y en el cuerpo del PI, representa un conjunto de soluciones ensayadas que mantienen y cronifican el problema “psicosomático”. Tratar de guiar al sistema a la aceptación de la naturalidad, a la espontaneidad, provocaría la activación de los mecanismos de alarma de la familia y, a la par, sería contraproducente, ya que se funcionaría bajo la paradoja de “*¡Sé espontáneo!*”. Este tipo de prescripción mataría dos pájaros de un tiro gracias a esta suculenta venta:

“*La máxima del control es saber perderlo para después volver a recuperarlo*”

Esta intervención estratégica, muy usada en paciente con TCA, sobre todo en anoréxicas restrictivas, invita a afrontar la experiencia de descontrol con la prevención de las SII. Puede usarse en diferentes facetas familiares:

- *Comida* → Ir en contra de restricciones y regímenes dietéticos.
- *Trabajo/estudios* → Permitirse momentos para hacerlo mal aposta, para comportarse como un “vago”.
- *Limpieza / orden* → Celebrar el día de “no somos esclavos de la casa”.

En estas y en más áreas se enseña a la familia a no actuar desde sus estrategias de rigidez y control, todo ello a través de la maniobra persuasiva de que, mediante esta práctica, serán más diestros en el auto y heterogobierno. Es esperable que la reducción de estos comportamientos de abnegación y sacrificio conduzcan a una relajación del ambiente familiar y a la descontextualización del síntoma “psicosomático” del PI: si la familia no venera el control y el sobreesfuerzo ya no tendrá sentido (ni función) que el PI intente controlar su propio organismo.

Estas técnicas, junto con otras más posibles, van redundando en un intenso alivio sintomático en todos los sentidos: pueden rebajar las manifestaciones “psicosomáticas” del PI, los desacuerdos y pseudoacuerdos, incrementar la individuación del PI, etc. La terapia avanzaría de esta manera a la siguiente fase, la de la consolidación y **reorganización de las reglas del juego**. Ninguna mejora sintomática cobra sentido en un contexto de no mantenimiento de estos efectos terapéuticos y no esfuerzo en la prevención de recaídas. La fuerza homeostática de la “familia psicosomática” es tal que de no mediar esta etapa en el tratamiento las fases anteriores serían carne de cañón para el “más de lo mismo”: sustitución del síntoma y cronocidad.

Un recurso en pos de la constancia de la mejora terapéutica es la **prescripción de cómo empeorar** (Nardone y Watzlawick, 1990). Explicitar qué se debe de hacer para que, por ejemplo, el chico vuelva a tener ingresos hospitalarios en urgencias como consecuencia de su colitis ulcerosa, da más fuerza al sistema y debilita la vigencia de las soluciones ensayadas. La prescripción de la recaída, como la formulada por el MRI, coloca a la familia ante el doble vínculo de “recaer” por obediencia al terapeuta y control voluntario sobre el problema o “no recaer” por niveles óptimos de mejoría y control voluntario sobre la sintomatología.

Los efectos positivos de la psicoterapia, al menos a un nivel sintomático, pueden llegar a su culmen con la técnica del **contrarritual** (Nardone y Watzlawick, 1990 y Nardone, 1997). El contrarritual supone un tipo de prescripción directa con un grado de dificultad máximo, casi definitivo. Clásicamente utilizada en trastornos de ansiedad, el contrarritual va a permitir “dar carpetazo” al trastorno, con la exposición al mayor estímulo temido. En el contexto de la patología “psicosomática” el contrarritual puede adoptar distintas formas. Por ejemplo:

· Que un adolescente diabético afronte la situación de poder merendar una tarde una serie de “alimentos prohibidos” para que él mismo, sin ayuda de sus padres, se regule endocrina y nutricionalmente en las siguientes horas y días.

· Que un niño con dolor se emplee en situaciones físicas de gran esfuerzo, que puedan despertar en él aún más dolor (por ejemplo, actividad deportiva, ayudar en la limpieza de casa, etc.), siendo capaz de aguantar y sin evadir responsabilidades en sus padres.

Se asume el gran malestar que sentirán tanto padres como PI, ya que se trata de una exposición con una carga afectiva muy intensa, similar a la “implosión” psicodinámica. Se “promete” a la familia como este ejercicio de sumergirse en las profundidades del problema redundará en una mayor capacidad de control sobre la dificultad. Por supuesto, el contrarritual es el último eslabón de una serie de prescripciones directas. Esta tercera etapa de la terapia puede concluir con un trabajo estructural más directo y sin la necesidad del empleo de técnicas paradójicas e indirectas. Una vez desbloqueada la situación sintomática y con la erradicación de las soluciones ensayadas los elementos sugestivos dejan de servir, pudiéndose decantar ahora el clínico por tareas de corte más estructural, transgeneracional, narrativas.

Como colofón final, la psicoterapia estratégica de los trastornos “psicosomáticos” llega a su etapa del **final del juego**. Tras llevar a cabo una serie de prescripciones (paradójicas, indirectas y directas; véase tabla 12), obteniéndose los resultados (más o menos) esperados, es labor del terapeuta explicar qué ha sucedido y lograr el grado de insight suficiente para lograr una estabilización de las mejorías a largo plazo. A contracorriente de otras escuelas psicoterapéuticas, la conciencia o insight se consigue tras el cambio conductual y no al revés. La familia no debe sentirse como víctima de juego de magia, sino que debe comprender cuáles son las claves transaccionales responsables del cambio: qué giros de 180° están aplicando (ahora conscientemente) y para qué soluciones ensayadas. Esta fase es diferencial con respecto a la propuesta de intervención original del grupo de Palo Alto.

Realzar la autonomía y las capacidades del sistema y de todos y cada uno de los miembros es uno de los requisitos básicos antes de dar el alta a la familia. La experiencia de locus de control y de eficacia autopercebida que se desprende de la consecución de este objetivo es esencial para la tan deseada prevención de recaídas. Además, al reconocer los méritos y virtudes de cada persona que integra el sistema también se está apoyando la individuación y el derecho a ser “diferentes”, “capaces” e “independientes”. Las sesiones se irán espaciando en el tiempo hasta llegar a una fase de seguimiento, donde se programarán tres sesiones: una a los tres meses, otra a los seis meses y, por último, otra a los doce meses. Si no se ha detectado brotes sintomáticos relevantes o, si aún habiéndose dado estos la familia los ha afrontado correctamente, se le da el alta definitiva a la familia.

Redefinición del síntoma y del PI
Reestructuración del apoyo social
Diario a bordo
Redefinición de la situación de cambio
Prescripción voluntaria del síntoma
Prescripción del milagro
Prescripciones directas
Ritual familiar nocturno
El pequeño desorden que mantiene el orden
Prescripción de cómo empeorar
Contrarritual

Tabla 12: Técnicas del CTS empleadas en el trastorno “psicosomático” infanto-juvenil.

10.3. Terapia facilitadora

La posición estratégica en la intervención psicoterapéutica de las familias con niños y adolescentes que padecen trastornos “psicosomáticos” defiende una nula confrontación con la postura y el credo familiar, utilizando la resistencia al cambio de un sistema tan rígido y morfoestático como el “psicosomático” como impulso para el cambio terapéutico. Las principales defensas de la familia, o sea, la comunicación indirecta, el miedo a la separación, la desaforada unión, la pasión por el control y el sacrificio, etc; se acaban convirtiendo en las mejores bazas de la terapia para desbloquear, en primer lugar, todos los intentos infructuosos por solucionar el llamado problema “psicosomático” y, en segundo lugar, para reorganizar el sistema evitando posibles recaídas o, lo que sería más grave, la rotación del síntoma. La “familia psicosomática” cambiaría sin ser consciente de que cambie, no alentando fantasmas familiares, y, una vez “pasada la tormenta” se harían públicas las estrategias usadas en el encuadre terapéutico, así como la participación activa de todo el sistema en la mejoría.

Otra forma de tratar psicoterapéuticamente a la “familia psicosomática” es desde la **posición facilitadora**. Si el terapeuta estratégico es el tipo “listo”, el experto “ajedrecista” o el hábil “judoka”, que sabe contrarrestar todos los movimientos homeostáticos del sistema, convirtiendo, como si del rey Midas se tratara, la resistencia al cambio en viento a favor del mismo, el terapeuta facilitador jugaría un rol totalmente distinto. El clínico que trabaja bajo la batuta del modelo facilitador se comporta como el “abogado defensor” del cliente/familia. No buscaría rasgos patológicos en la “familia psicosomática” sino aquello en lo que sí funciona y brilla. No se ofuscaría en la localización de las soluciones intentadas ineficaces, sino que daría mayor trascendencia a aquellas veces en las que el problema no está presente. No tiene por qué enseñar nada a la familia, sino simplemente escuchar todo lo que le puede aportar y hacer más reluciente lo positivo.

Este último apartado de propuestas terapéuticas sistémicas en “familias psicosomáticas” se hará desde una orientación facilitadora, tomando como referencias dos grandes escuelas: la terapia centrada en soluciones y la terapia narrativa. La terapia centrada en soluciones ha quedado históricamente representada por el **BFCT** (*Brief Family Therapy Center*) de Milwaukee, en EE.UU., y la terapia narrativa tiene su “sede” en el **Dulwich Center** de Adelaide, en Australia. Ambos centros, y todas las formas de psicoterapia que representan, apuestan por una filosofía de trabajo totalmente diferente a la estratégica. Ya no están centrados en el problema y sí en las soluciones, trabajan directamente con la narrativa de la familia y con los patrones culturales dominantes y tienen un sentido de la responsabilidad muy alto en la

relación terapéutica, otorgando la máxima libertad al sistema, con intervenciones muy directas. Esto no quiere decir que haya incompatibilidades irreconciliables entre ambos estilos de psicoterapia, existiendo un significativo transvase de técnicas de un lado a otro. Por ejemplo, el equipo de Arezzo es muy dado a usar la prescripción del milagro, técnica originariamente facilitadora. U, otro ejemplo, la terapia centrada en las soluciones puede recurrir perfectamente a intervenciones estratégicas.

La **terapia centrada en soluciones** del BFCT, que tiene como principales artífices a psicoterapeutas como Steve de Shazer, Bill O’Hanlon o Brian Cade, pivota toda su teoría y praxis sobre el poder de las **excepciones**. Las excepciones (también conocidas como “factores excluidos”) se traducen como aquellos instantes en los cuales el problema que acosa al sistema familiar no se da o, en su defecto, se manifiesta en una menor duración, intensidad y/o frecuencia. La terapia breve del BFCT deposita toda su “fe terapéutica” en el concepto de excepción, dando por sentado que, sí o sí, toda persona o sistema posee elementos e instrumentos saludables y que el problema no es, por tanto, tan omnipresente e invencible como parece. El reconocimiento de las excepciones es el primer paso para una ulterior facilitación de los recursos del PI y de la familia.

La metáfora de la cerradura y de la llave congenia perfectamente con la esencia de las excepciones. La terapia centrada en soluciones no duda de la complejidad de los aspectos etiológicos, de las causas subyacentes de los problemas (“*cerradura*”), pero prefiere invertir sus esfuerzos en diseñar intervenciones eficientes y fácilmente digeribles por el sistema (“*llave*”). En pocas palabras, la terapia breve del BFCT es una forma de psicoterapia devota del trabajo con soluciones, donde no es imprescindible un conocimiento detallado de la queja y sí hacer algo diferente a lo acostumbrado. La eliminación del síntoma se encumbra como el máximo deseo de esta terapia, no entrando en debates teóricos sobre “profundidad-superficialidad” de la intervención psicológica. Este pragmatismo se resumiría así:

“Si funciona, hazlo más veces; si no funciona, no vuelvas a hacerlo, haz algo diferente”

Este afán por sacar lo mejor de la persona/familia es posible gracias al enfoque de utilización del padre de la psicoterapia facilitadora: Milton H. Erickson. El siguiente extracto define muy bien qué es el enfoque de utilización (O’Hanlon, 1987):

“Los terapeutas que desean ayudar a los pacientes no deberían despreciar, condenar o rechazar jamás ninguna parte de la conducta del paciente simplemente por ser obstruccionista, irrazonable o irracional (...). Cualquier cosa que los pacientes lleven a la terapia es, en cierto modo, tanto una parte de ellos como una parte de su problema”

La utilización es, por consiguiente, la disposición y prontitud del terapeuta para recoger todos los aspectos del individuo/familia o del *setting*. Se “utiliza” el esquema de acción o la capacidad de la persona, más que forzarlo a cómo debería de responder y de hacer. Todo lo que el sistema trae consigo a consulta es susceptible de ser usado para lograr una mejor calidad de vida de la familia: lenguaje, intereses y motivaciones, creencias, marcos de referencia, conducta, síntomas y resistencias La utilización respeta los principios básicos del BFCT (tabla 13).

1. Las soluciones consisten en cambiar los modos de interacción
2. La tarea de la terapia breve consiste en ayudar a los clientes a hacer algo diferente.
3. La noción de resistencia no existe.

4. Es posible construir un significado nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto del trastorno del cliente.
5. Lo que hay que producir sólo es un pequeño cambio.
6. No es importante el número de personas que están construyendo con éxito el problema y la solución.
7. Es posible llevar a cabo una terapia eficaz cuando el terapeuta no logra definir de qué se lamentan los clientes.

Tabla 13: Principios básicos de la terapia breve del BFCT (de Shazer et al., 1985).

Al no aspirar a un conocimiento detallado de la “cerradura”, la terapia breve centrada en las soluciones no tiene protocolos de tratamientos psicoterapéuticos adaptados a la problemática “psicosomático” infanto-juvenil, aunque hay ejemplos de aplicación de esta intervención psicoterapéutica en trastornos que pudieran catalogarse como “psicosomáticos”: atracones, enuresis, obesidad, etc (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Esos contados ejemplos y la temática de esta guía invitan a preguntarse lo siguiente: ¿Cómo podría ayudar la terapia centrada en soluciones a una problemática, en teoría, tan enconada como la “psicosomática”?

Asumiéndose el riesgo de parecer poco convincente, y hasta ingenuo, la terapia de la BFCT tendría actitud y competencia para poder lidiar exitosamente con el “hueso más duro” de la llamada “familia psicosomática”; esto es, la llamada resistencia al cambio. Para la terapia facilitadora, como ya habrá podido leerse más arriba, queda prohibido hablar de resistencia y sí de estilo de colaboración (de Shazer, 1985). El “sistema psicosomático”, al igual que otras formas sistémicas de relación, tiene tendencia natural e intención de cambiar, a pesar de la enorme ambivalencia que reina en su funcionamiento. La rígida estereotipa transaccional de esta familia, aun siendo peligrosa para la terapia, puede ser “utilizada” a favor de los intereses vitales del sistema y en contra del problema que tanto atormenta a la familia.

La resistencia se encuadraría entonces como un mensaje que el PI/familia lanza, como un intento desesperado por ayudar al clínico a que lo ayude. Según esto, la no realización de las tareas terapéuticas no sería categorizada como una “maniobra homeostática” o como un “indicio de resistencia” y sí como información acerca del modo de hacer y responder del sistema. Cada familia, por encima de etiquetas, como la de “psicosomática”, ofrece un modo exclusivo de cooperación. El primer paso residiría en describir ese estilo de colaboración para, ulteriormente, participar de él. Por ejemplo, si la familia sigue fielmente las prescripciones terapéuticas el clínico puede usar ese estilo de colaboración “sumiso” y continuar prescribiendo tareas de manera directa y explícita. Pero, por ejemplo, si la familia responde modificando la tarea prescrita por el terapeuta, lo facilitador consistiría en seguir ese patrón de interacción, ese estilo de colaboración, y basar la intervención en tareas vagas o confusas, dándole máxima libertad a la familia para que la cambie a su antojo, en vez de entrar en batallas terapéuticas sustentadas en argumentos del tipo “*esta familia no quiere cambiar*”.

Siguiendo la filosofía del dilema del prisionero (Axelrod, 1984) el terapeuta es el primero en cooperar y nunca el primero en traicionar. Con este espíritu, puede adaptarse perfectamente el protocolo estándar de la terapia centrada en soluciones a los problemas “psicosomáticos” de niños, adolescentes y familias, que presentaría esta estructura (de Shazer et al., 1985):

- 1) Introducción.
- 2) Exposición del trastorno.
- 3) Excepciones.
- 4) Objetivos.

- 5) Esquema de intervención.
- 6) Segunda sesión y sucesivas.

Así pues, el primer paso a dar es el acogimiento de la “familia psicósomática” dentro de una fase de **introducción**. En la misma, el terapeuta realiza una presentación del encuadre de trabajo, que supone proporcionar a la familia información acerca de la institución, el servicio o especialización (de Salud Mental) y del clínico en sí mismo. Otros aspectos técnicos, como el espacio físico o los horarios en los cuales se van a desarrollar las sesiones de terapia también han de ser comunicados, al igual que la presencia o no de coterapeutas y observadores. Por supuesto, este es el momento idóneo para explicitar el formato de las sesiones (individuales con el PI, familiares, conyugales, etc.), la periodicidad (semanal, quincenal, una vez al mes, etc.) y la limitación en número de las mismas (por ejemplo, un máximo de diez sesiones).

Tras una completa definición del setting terapéutico la familia llevará a cabo una **exposición del trastorno**. El pistoletazo de salida será el “*¿qué os trae por aquí?*”. Desde el enfoque facilitador se recomienda al psicoterapeuta abstenerse de emplear el interrogante de “*¿cuál es el problema en el que os puedo ayudar?*”, ya que dicha fórmula lingüística aumenta la probabilidad de crear o reforzar la creencia de la existencia de un problema en el sistema (en vez de una “simple” dificultad) y la imposibilidad de resolverlo de manera autónoma. Como puede apreciarse, el cuidado en la utilización del lenguaje es exquisito en la terapia centrada en soluciones y va encaminado a la negociación de un problema resoluble.

Para poder construir con la familia un problema resoluble es necesario introducir incertidumbre en la definición del problema. Esto se antoja fundamental en un trastorno como el “psicósomático”, donde la presentación del problema carece de flexibilidad y está llena de dolor, desesperanza y culpabilidad. Para co-crear realidades en las que sí se puede intervenir el psicoterapeuta ha de emplear el lenguaje presuposicional, el cual presenta los siguientes matices (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

- *Adaptarse al lenguaje del PI/familia*: Todas las palabras, expresiones idiomáticas y metáforas que use el sistema son potencialmente “utilizables” para el cometido de la terapia. Preguntar por el trabajo, los estudios y, sobre todo, las aficiones, también da buena cuenta del estilo cognitivo-lingüístico de las personas involucradas en el problema.

- *Adoptar la modalidad sensorial*: Hay personas que hablan “visualmente” (“*veo las cosas de manera distinta*”), otras “auditivamente” (“*esto suena a otra cosa*”) o “táctilmente” (“*las cosas van como la seda*”). Ser sensible a este componente sensorial de la comunicación incrementa las posibilidades de éxito.

- *Evitar los rótulos negativos*: La etiqueta patológica se acaba convirtiendo en un miembro más de la familia, ayudando a la construcción de una narrativa saturada por el problema. Siempre que sea posible, sería pertinente no emplear términos como “encopresis”, “asma crónica” o “irresponsable” y sí descripciones de acciones. Por ejemplo, de “adolescente irresponsable” se puede pasar a preguntar “*¿qué hace o dice vuestro hijo que os produce la impresión de que es un irresponsable?*”. Con esta simple maniobra se evoluciona de una construcción de la realidad constreñida y contraproducente a una definición operativa y transaccional del problema, mucho más fácil de abordar. Esto ayuda, además, a normalizar y despatologizar el problema.

· Utilizar cuidadosamente los *tiempos*: La cronicidad e intratabilidad del trastorno médico encuadra el abusivo uso que la familia hace de formas lingüísticas como el “nunca” y el “siempre”. Es un punto importante, como contraste a lo anterior, negociar una versión del problema como situación transitoria. Expresiones como “durante un tiempo” o “todavía” ayudan a crear una visión más amable del trastorno. En otro orden de cosas, el terapeuta también debe de ser precavido al usar los términos definitivos y los términos de posibilidad. Las formas verbales “definitivas” se emplean al hablar sobre la consecución de objetivos (por ejemplo, “¿*Qué vas hacer cuando ya no vayas más a urgencias?*”) y los términos de posibilidad para referirse a creencias irracionales (por ejemplo, “¿*Qué harían ustedes si el problema de su hijo durara toda la vida?*”).

· Uso de *preguntas abiertas*: La conversación con la “familia psicósomática” no debe caer en la rigidez y cerrazón de la misma. Una sutil pero potente manera de estimular la flexibilidad es empleando preguntas abiertas. Ante la cuestión de “¿*ha ocurrido alguna cosa positiva?*” la probabilidad de que el sistema reaccione con un no rotundo es alta. Sin embargo, la pregunta de “¿*qué cosas positivas ocurrieron?*” deja casi sentenciada la típica negativa de la familia, abriendo la puerta a un material más rico para la propia familia y para la terapia. Este tipo de intervención parte de la certeza del clínico de que han ocurrido cosas positivas, por ejemplo, entre una sesión y otra, aunque sean mínimas y pasen casi inadvertidas.

Mediante el lenguaje presuposicional el terapeuta y la familia co-crean una realidad concreta, interaccional y no condenada al fracaso. En definitiva, se negocia con la familia un problema resoluble. Para ello es básico sembrar incertidumbre en la definición del problema. Algunos ejemplos de esto pueden ser:

“¿*Qué es lo que os produce la sensación de que vuestra hija no quiere cuidarse?*”

“¿*Qué encontráis distinto en los días en los que vuestra hija se cuida aunque sea un poco?*”

La definición de un problema resoluble se complementa con el esquema de las “doce puertas” de Steve de Shazer (de Shazer, 1985). Según el autor, cada problema presenta hasta un máximo de doce factores que pueden dar información muy preciada sobre cómo funciona el problema y cómo puede resolverse. De acuerdo con la idiosincrasia de la familia, el tipo de problema y las preferencias del terapeuta, pueden extraerse uno o más factores favoritos para la construcción operativa del problema y, sobre todo, para su resolución. La puerta o puertas más fáciles de abrir se extraen del modo en el PI/familia describen la queja. Estas puertas o factores, es decir, los componentes de una queja, pueden ser:

- Trazo o **secuencia de conducta**.
- Los **significados** asignados a la situación.
- La **frecuencia** con que se produce la conducta que es motivo de queja.
- El **lugar físico** en que aquella conducta se produce.
- El grado en que se percibe **involuntaria**.
- **Terceros** significativos involucrados.
- La pregunta de quién o de qué cosa tiene la **culpa**.
- **Factores ambientales** como el trabajo, el estatus económico, etc.
- El **estado fisiológico** o las sensaciones involucradas.
- El **pasado**.
- Horribles predicciones del **futuro**.
- **Expectativas** utópicas.

El esquema de las doce puertas se combinaría con una guía de preguntas concretas sobre el problema (Cade y O'Hanlon, 1995):

A) **¿Cuándo** se produce el problema?

- *“¿Hay momentos en los que el problema aparece habitualmente o en los que no aparece nunca?”*
- *“¿Hay algún momento específico del día, la semana, el mes o el año en el que el problema aparezca con mayor o menor frecuencia?”*

B) **¿Dónde** aparece el problema?

- *“¿Hay algún lugar donde se produzca siempre el problema o es más probable que se produzca?”*
- *“¿Hay algún lugar donde el problema no aparezca nunca?”*

Se piden tanto localizaciones generales (domicilio familiar, escuela, parque, casa de los abuelos, etc.) como específicas (por ejemplo, el salón, la cocina, etc.).

C) **¿Cuáles** son las **acciones** del problema?

- *“Si hubiera una grabación de video del problema, ¿qué es lo que veríamos?, ¿qué gestos, diálogos e interacciones veríamos y oiríamos?”*

D) **¿Con quién** se presenta el problema?

- *“¿Quién es más probable que esté rondando cuando se produce el problema?”*
- *“¿Qué hacen y dicen esas otras personas antes, durante y después de que aparezca el problema?”*
- *“¿Qué dicen esos otros sobre el individuo que tiene el problema, o sobre el problema en sí mismo?”*

Una entrevista de evaluación basada en el esquema de las “doce puertas” y en estas preguntas transformará la queja de la “familia psicósomática” en algo concreto y circular, rompiéndose ese halo de cronicidad y de “psicogénico” que rodea el trastorno “psicósomático” en niños y adolescentes. Se ha producido la transacción de una definición del problema como algo irresoluble y centrado en el menor en una construcción del problema como algo sistémico y resoluble.

La definición operativa del trastorno va a permitir una adecuada exploración de las **excepciones**. Las excepciones, o lo que es lo mismo, lo que interfiere, reemplaza o interrumpe el problema (Cade y O'Hanlon, 1995), resulta ser la clave de la terapia centrada en soluciones. Como ya se mencionó anteriormente, las excepciones se plasman tanto en prácticas

terapéuticas como en una manera de enfocar los problemas humanos, siendo más una actitud que una técnica. La búsqueda de excepciones, por tanto, depende más de la disposición del clínico por encontrar “joyas” que por sacar “basura” de la familia. Eso sí, antes de rastrear excepciones la familia debe sentirse validada y comprendida con respecto a su vivencia del problema. Algunas técnicas para hacer brillar a las excepciones podrían ser las expuestas a continuación (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989), por ejemplo, aplicadas a un caso de enuresis infantil:

1. **“¿Qué es diferentes en los momentos en los que la cama está seca?”** Nótese la preferencia por términos positivos (“cama seca”) en lugar de definiciones negativas (“no mojar”). Si la pregunta no obtiene respuesta por parte de la familia puede recurrirse a “excepciones menores” como, por ejemplo:
 - Menos frecuente.
 - Menos grave o intenso.
 - Menos duradero.
2. **“¿Cómo consiguieron que la cama se mantuviera seca?”** Se intenta atribuir la excepción a las habilidades y competencias del sistema, potenciando el locus de control interno sobre un suceso desagradable.
3. **“¿De qué manera el hecho de la cama estuviera seca hace que las cosas vayan de otra forma?”** Se trata de conectar la mejoría en una parcela con mejoras en otras áreas vitales, debido al “efecto mariposa” (o efecto contagio). Suele ser frecuente que el alivio sintomático favorezca progresos en otros contextos, como puede ser el escolar, el social, etc.
4. **“¿Quién más se dio cuenta de que ahora eres capaz de mantener la cama seca?, ¿cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?”** Busca introducir circularidad, favoreciendo una puntuación de la secuencia de los hechos desculpabilizadora y en la cual el PI se sienta respaldado.
5. **“¿Cómo ayudaron (a los padres) al (PI)?”** Las respuestas más clásicas suelen ser del tipo “lo hizo él solo” o “cuando quiere es responsable”. Esas lecturas de la realidad sistémica son altamente contraproducentes y con esta clase de preguntas se intenta conectar el comportamiento de los padres con los cambios observados en el menor.
6. **“¿De qué manera esto es distinto de la manera en lo que hubierais manejado hace una semana/mes/año?”** Pregunta clave, ya que busca resaltar las diferencias de la forma de afrontar el problema. Este contraste ha de resaltarse e interiorizarse en el sistema de hábitos de la familia.
7. **“¿Qué haces para divertirte?”** Se puede invitar a hacer esta reflexión a toda la familia entera, y no únicamente al PI. Es mejor preguntar por aficiones que por el trabajo, ya que el empleo muchas se elige por necesidad económica y el ocio no, siendo más representativo de la identidad auténtica de la persona. El estilo lúdico habla de los distintos recursos, valores y competencias que pueden ser usados a favor de las soluciones y en contra del problema.

8. *“¿Han tenido que enfrentarse a esta dificultad anteriormente?, ¿cómo la resolvieron entonces?, ¿qué tendrían que hacer para conseguir que eso volviera a ocurrir?”* Da por sentado que la excepción de la “cama seca” no es exclusiva de este momento presente y que se sucedió en el pasado, gracias al talento natural de la familia. Con total certeza, el sistema cesó en su empeño de llevar a cabo aquellas estrategias que ya le funcionaban (inconscientemente) y fruto de su “relajación” apareció el problema que constituye el motivo de consulta actual.

Las excepciones pueden colocar al menor en una posición de experto, contribuyendo a reforzar su individuación y su alejamiento del rol de “chivo expiatorio”. Esto puede ser muy interesante en niños y adolescentes con trastornos “psicosomáticos”, con un largo peregrinaje por diversos profesionales sanitarios y depositarios de etiquetas diagnósticas como “funcional” o “psicógeno”. Algunas preguntas para conseguir este propósito pueden ser (Selekman, 1996):

- *“Tú has visto muchos terapeutas, ¿por qué crees que fracasaron?, ¿qué cosas pasaron por alto?”*
- *“Si hubiera una pregunta que desearas que te formulara, ¿cuál sería?”*
- *“Si me ocupara de otros niños/adolescentes como tú, ¿qué me aconsejarías que no hiciera para ayudarles?, ¿qué cosas debería preguntarles?, ¿que cosa debería hacer como asesor?”*

Estas y otras intervenciones orientan a la familia a una construcción de la realidad donde:

1º El problema no siempre ha estado presente, debido al buen hacer, deliberado o no, de la familia.

2º El problema, en la actualidad, no es tan intenso, frecuente y/o duradero y, por si fuera poco, existen momentos del día, semana, mes o año donde no está presente. También aquí entra en juego el correcto afrontamiento de la familia, aunque sea esporádico y de poca constancia.

3º Se dibuja un escenario en el futuro donde el problema, tal como vino, se irá, ya que la solución está en los recursos innatos de la familia.

Sacar a relucir las excepciones deja el terreno preparado para la siguiente fase: la planificación de los **objetivos**. Una magnífica técnica para definir las metas terapéuticas es la llamada pregunta del milagro, que podría formularse de la siguiente manera (de Shazer, 1985; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989), por ejemplo, en un caso de obesidad infantil:

“Supongan ustedes que una noche, mientras duermen, se produce un milagro y que Toni (PI) adelgazara, ¿cómo se darían cuenta?, ¿qué sería diferente?”

Además de señalar lo obvio, es decir, el cambio físico que se apreciará en el menor, suele pasar que los familiares, al igual que el propio PI, hagan alusión a cambios comportamentales de corte relacional como, por ejemplo:

- *“Realizará sus tareas a las primera, sin que le tengamos que insistir”.*
- *“Volverá a apuntarse al fútbol y a salir más con sus amigos”.*
- *“Dejará de pelearse con su hermana”.*
- *“Podremos volver a salir fuera a comer”.*

La pregunta del milagro tiene la facultad de hacer más probable y factible un futuro sin el problema y ofrece sugerencias y pistas para la intervención, ya que la solución estaría delante de los ojos del propio terapeuta y de la familia: las prescripciones deben ir encaminadas a, precisamente, relanzar la autoridad de los padres, reducir la interferencia vital del problema de peso, fortalecer la alianza fraternal, romper los límites extrafamiliares del sistema, etc. La pregunta del milagro, también, puede combinarse con preguntas vinculadas a las excepciones. Por ejemplo (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

“¿Hay alguna de esas circunstancias que ya esté ocurriendo?, ¿qué tienen que hacer para conseguir que esas cosas sucedan con mayor frecuencia?”

Otra forma más directa de esclarecer los objetivos es a través de preguntas tales como:

· *“¿Cuál será la primera señal que indicará que las cosas van por el buen camino?”*

· *“¿Qué indicará que las cosas siguen yendo en la dirección adecuada?”*

Tanto si se usa una vía directa como indirecta lo capital es la concreción de los objetivos, transitando de definiciones ambiguas a descripciones operativas. Por ejemplo, continuando con el anterior ejemplo de obesidad infantil, lo terapéutico es transformar una construcción de la realidad de *“queremos que sea más responsable con la comida”* en una descripción muy conductual a través de un simple *“¿qué cosas diferentes harán ustedes dos cuando él sea más responsable?”*.

Esta maniobra de conducir a la familia a una descripción detallada del futuro sin el problema conduce irremediamente a la técnica de la bola de cristal (de Shazer, 1985). Esta intervención, también conocida como la proyección del futuro o la técnica de la videocinta, propone a todos los miembros del sistema visualizar un futuro próximo en el cual ya se haya resuelto el problema que les atañe. En el citado ejemplo de obesidad infantil, podría plantearse así:

“Imagínense que tenemos aquí una bola de cristal con capacidad de ver el futuro. Si decidiésemos contemplar lo que va a pasar, por ejemplo, dentro de seis meses, cuando el problema de la obesidad ya se haya resuelto ¿qué cosas diferentes ocurrirán en comparación con hoy día?, ¿cómo se darán cuenta que ya no existe el problema del peso?, ¿qué harán y dirán distinto?”

Este “regreso al futuro” es una estrategia psicoterapéutica facilitadora que permite trabajar varios conceptos. En primer lugar, da acceso a las claves interaccionales sobre las cuales hay que intervenir, clarificando, por tanto, los objetivos. Es muy potente para tratar de predecir reacciones que una conducta diferente producirá en otras personas involucradas en el problema (circularidad). En segundo lugar, gracias al uso del lenguaje presuposicional, aumenta la posibilidad de que se de ese futuro deseado. En tercer lugar, esa una hábil herramienta también para sacar a la luz excepciones presentes, sobre todo si no ha funcionado el rastreo de excepciones pasadas y presentes.

Los objetivos que se marcan han de ser, además de concretos, sencillos por dos razones. La primera es que un objetivo demasiado ambicioso puede chocar con el estilo de colaboración de la familia y generar resistencias que torpedeen el tratamiento. La segunda es que puede ser más que suficiente iniciar un pequeño cambio para que por el “efecto mariposa” se vayan

desencadenando más cambios y en distintos contextos. Es mejor, por tanto, intentar que en el susodicho caso de obesidad infantil que el menor sea capaz de comer solo que proponerse un adelgazamiento de varios kilos al principio.

Los objetivos, sobre todo si están bien delimitados, serán la luz que guíe la **intervención**. ¿Qué prescribir a las “familias psicósomáticas”? Fundamentalmente, y siguiendo el espíritu de utilización de la terapia centrada en soluciones, se receta lo que ya funciona, esto es, las excepciones. Los padres, por ejemplo, saben cómo fortalecer la individuación de su hijo. A buen seguro, desde la actitud y la técnica adecuada (sobre todo la actitud), el clínico podrá colaborar con la familia en el descubrimiento o, mejor dicho, re-descubrimiento de las estrategias que les ayudarán a resolver el problema, sin que prácticamente no se les tenga que enseñar nada que no sepan. La intervención ha de guiarse por el principio de la “navaja de Occam”, trabajando con explicaciones y prescripciones que simplifiquen la situación clínica (de Shazer, 1985).

Otro ejemplo: unos padres de un adolescente con diabetes descubrieron, gracias a la entrevista facilitadora, que siempre que ellos no le repiten constantemente qué y cómo debe hacer con la medicación el PI, posteriormente, responde comportándose “responsablemente”. Aun así, existen ciertas técnicas prefijadas, como las que se tratarán a continuación (de Shazer, 1995; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Cade y O’Hanlon, 1995; Selekman, 1996):

- La tarea de la primera sesión: “¿Qué ocurre en vuestra vida que quieren que continúe ocurriendo y que no cambie?”. Coloca a la familia las gafas de “ver las cosas positivas”. Se trata de una tarea vaga para una familia que se expresa difusamente, con un motivo de consulta poco claro.

- El cambio pre-tratamiento: “¿Qué han notado que anda mejor desde que llamaron por primera vez para concertar la cita?, ¿cómo lo han conseguido?”. Intervención que devuelve a la familia una imagen de competencia innata y que sienta las bases para un tratamiento facilitador más fácil.

- La tarea de la predicción: Idónea para excepciones identificadas pero que ocurren espontáneamente, sin locus de control por parte del sistema. Se le pide a la familia que por la noche, antes de la llegada de un nuevo día, que predigan un “buen día” (sin el problema) y que traten de explicar por qué (comportamentalmente) fue un buen día.

- La tarea de simular que se produjo el milagro: Puede encontrarse bajo otros nombres, como “¡Te pillé!” o “como si”. Ayuda a identificar excepciones importantes. Por ejemplo, se le pide al adolescente diabético que haga un par de cosas que demuestren su “responsabilidad” pero que no les diga nada a sus padres y a los padres que registren aquellas cosas que ellos estimen como muestras de “responsabilidad”. A la semana siguiente, en sesión, se comparan las anotaciones y suele haber sorpresas, en tanto en cuanto se registran más excepciones que las que intentó llevar a cabo el PI. Puede hacerse en ambos sentidos (de hijo a padres o de padres a hijo).

- La tarea de hacer algo diferente: Se le pide a la familia que simplemente haga algo distinto a lo que llevan haciendo desde hace mucho tiempo. Para romper el círculo de hacer “más de lo mismo” y alterar así secuencias rígidas de conductas. Mejor para quejas interaccionales que (intra)personales.

· Secuencia pesimista: “¿Qué creen ustedes que pasará si las cosas no mejoran?, ¿qué ocurrirá entonces?, ¿quién sufrirá más?”. Se utiliza cuando las otras intervenciones no han funcionado. Tiene efecto paradójico.

· Secuencia de manejo de la situación problemática: “¿Por qué las cosas no están peor?, ¿qué es lo que ustedes están haciendo para que la situación no empeorase?”. Muy parecida a la anterior. Enfatiza el componente activo de la “supervivencia” de la familia.

· Cabeza abajo: Consiste en poner la pauta “cabeza abajo”. Por ejemplo, en un caso de enuresis en vez de centrar tanto la conversación en lo que hace o deja de hacer el PI se propone el siguiente giro: ¿qué hace la madre cuando no lava las sábanas? Introduce circularidad en la visión del problema.

· Preguntas conversacionales: La búsqueda incesante de soluciones puede impedir la verbalización por parte de la familia de sucesos traumáticos y secretos. Tratando de revelar “lo no dicho aun”, el clínico se coloca en posición de curiosidad, de “no saber”. Intervención eficaz en familias muy refractarias al cambio y con múltiples experiencias terapéuticas de fracaso.

Todas estas técnicas y muchas más pretenden convertir las excepciones, esos factores excluidos, en rutina de la dinámica de funcionamiento de la familia. La prescripción de lo que sí funciona de manera endémica en el sistema es una intervención eficiente, con una alta validez ecológica, ya que utiliza los buenos mimbres de la familia, en este caso de la “familia psicósomática”, para erradicar un problema tan severo y preocupante como el “psicósomático”. El tratamiento facilitador tiene que tener más en cuenta los recursos y lados positivos de la familia que la hipotética resistencia al cambio y la cronicidad de sus manifestaciones psicopatológicas.

El grueso de la intervención se llevaría a cabo en la primera sesión, habiendo un trabajo diferencial para la **segunda y sucesiva sesiones**. Lo decisivo en esta etapa final de la terapia centrada en soluciones es la consolidación del cambio y la prevención de recaídas. La posible evolución de los sistemas familiares con niños y adolescentes con trastornos “psicósomáticos” podría encuadrarse en tres grupos (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

a) **Grupo milagro** → Los factores excluidos se van imponiendo sobre los factores conocidos, generándose un cambio sustantivo en todo el sistema. Por supuesto, esto no quiere decir que la manifestación “psicósomática” tenga que desaparecer y sí, como mínimo, que se modifiquen las raíces interpersonales que rodean al trastorno. Algunas de las intervenciones a poder usar en estos casos serían:

- “¿Qué tienen que hacer para que los cambios persistan?”
- “¿Hay alguna cosa que pudiera ocurrir próximamente y que pudiera ser una barrera para mantener las cosas buenas?”
- “¿Cuál sería ese obstáculo?”
- “¿De qué otra forma lo abordarán en esta ocasión?”
- “¿Hay alguna otra cosa que podría aparecer repentinamente y crear dificultades?”

Se debe continuar así hasta que no queden cabos sueltos. Las recaídas se normalizan para, posteriormente, estudiar patrones pasados de altibajos. Se negocia un tiempo definido con la familia para considerar una mejoría como significativa. Por ejemplo, en un caso de colitis ulcerosa infantil la familia estaba acostumbrada a periodos asintomáticos de tres meses, más o menos. Para poder conseguir un cambio digno de mención, la época libre de síntomas debía superar en al menos un mes los tres meses clásicos y conocidos.

- b) **Grupo “así-así”** → Se corresponde a aquellas familias donde no sólo el trastorno “psicosomático” no ha remitido sino que las cuestiones sistémicas que la rodean no han mejorado con regularidad. Para este tipo de familias se recomienda redirigir insistentemente la atención a los aspectos positivos, es decir, a las excepciones. Además, habrá que añadir mayor dosis de especificad, dando mayor operativización al cambio. Esto último podría conseguirse con las preguntas escalas y concretando el cambio.

Por ejemplo, en el anterior caso de colitis ulcerosa infantil, no hubiera sido descabellado que la familia se hubiera quejado que las cosas han ido mejor pero no totalmente perfectas. En esa circunstancia se podría haber recurrido a preguntas escalas, ubicando el estado actual de la familia en una escala del uno al diez (por ejemplo, 5), concretando el estado deseado para los próximos días (por ejemplo, 7) y preguntando por las cosas que hay que hacer para pasar de ese 5 a ese 7.

- c) **Grupo “igual o peor”** → La misma familia de más arriba podría hacer verbalizaciones referidas a una situación de no cambio e, incluso, de retroceso. La terapia centrada en soluciones tiene preparada para estas situaciones una serie de interrogantes que el clínico ha de hacerse sobre su propio trabajo con la familia. Sobre todo, todas estas cuestiones giran en torno a la si se han definido correctamente los objetivos y las señales que indicarán cuando se han alcanzado. La BFCT recomienda no seguir el “camino equivocado”, como puede verse en la tabla 14.

Seguir los objetivos del terapeuta (y no los del paciente)
Empezar con un objetivo vago
Perder de vista el objetivo
Hacer lo que anteriormente no ha funcionado (por ejemplo, en terapias pasadas)
No atender a las respuestas del cliente
Reificar la patología

Tabla 14: El camino equivocado (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

La terapia centrada en soluciones es a viva demostración de cómo sacar petróleo con pocos recursos técnicos y en un margen de tiempo reducido. El trabajo con excepciones, como paradigma de la intervención facilitadora, es capaz de ayudar a mejorar una situación tan enquistada como la protagonizada por un trastorno “psicosomático” padecido por un menor en el seno de una familia. La apuesta de invertir más esfuerzo en el estudio de la “llave” que de la “cerradura” puede ser un efectivo enfoque hasta en problemas tan crónicos y aparentemente intratables como los “psicosomáticos”. Y todo ello se sustenta más en un cambio de actitud del clínico que en el aprendizaje de innumerables y tediosas teorías y técnicas. Es decir, en saber ponerse las “gafas de ver cosas positivas”.

Otra manera de intervenir de manera facilitadora con las “familias psicossomáticas” es desde la **terapia narrativa**. La terapia narrativa comparte con la terapia centrada en soluciones ese

espíritu de fabricar “*el mejor cesto con los mimbres disponibles*”; esto es, una actitud psicoterapéutica facilitadora, de trabajar detrás del paciente/familia (o al lado), pero nunca delante del mismo, sin indicar cómo deberían ser las cosas en sus vidas. Nacida bajo la inventiva de los australianos Michael White y de su “hermano” profesional David Epston y del británico Martin Payne, como principales autores, la terapia narrativa discurre sobre la analogía o metáfora del texto, otorgando gran poder a la interpretación de la experiencia a través del relato: los relatos modelarían las vidas y las relaciones, siendo la experiencia un elemento que debe relatarse (White y Epston, 1980).

Esta base epistemológica va en contra de postulados mecanicistas, como los clásicos del modelo biomédico. La analogía del texto o metáfora narrativa se contrapone al modelo hidráulico o metáfora del patrón o del sistema, al enfatizar aspectos fenomenológicos, no usar vocabularios formales o “expertos” y abogar por un estilo de trabajo psicoterapéutico donde la transparencia se impone a los mitos de la neutralidad y de la imparcialidad. La influencia de la obra del filósofo y teórico social francés Michael Foucault en la gestación de la terapia narrativa es muy fuerte, así como de la teoría feminista y del construccionismo social, entre otros movimientos.

Uno de los muchos eslóganes de la terapia narrativa es el de que “*la vida es como un relato*”, esto es, los seres humanos son eminentemente seres interpretantes (White, 1995). Los relatos funcionarían como marcos de comprensión de la experiencia humana, dándole sentido a la acción y a la existencia. El sufrimiento, por tanto, vendría dado por la disfuncionalidad de unos relatos de la realidad, demasiado constreñidos, que limitarían los recursos y la expansión de la persona. Por ello, en la terapia narrativa no habría “relativismo moral”, ya que se apoyaría no imparcialmente que unos relatos ayudan a las personas más que otros. Los criterios de “normalidad” o de “salud mental” se desmoronarían ante este enfoque narrativo, ya que lo que guiaría la intervención no sería la supuesta “psicopatología” sino qué obstaculizaría o reforzaría a los individuos para desarrollar sus maneras preferidas de interactuar consigo mismo y con los demás.

La terapia narrativa se acopla perfectamente a la óptica de la complejidad, al sacar (externalizar) el problema del menor o PI y repartirlo por toda una realidad sistémica. Pero los terapeutas narrativos no se limitan a convertir un problema psicológico en algo circular, sino que van más allá: abordan los aspectos políticos de las dificultades humanas. Los narrativos entienden que existen una serie de relatos culturales dominantes que “empujan” a las personas a comportarse disfuncionalmente. Por ejemplo, uno de esos supuestos culturales altamente “psicopatologizantes” es el culto al cuerpo, tan venerado y publicitado por la sociedad occidental. Ese aspecto político condiciona (y de qué manera) la génesis de los llamados “trastornos de la conducta alimentaria” (TCA), favoreciendo formas de autosometimiento en las mujeres. Este factor sociocultural o político sería una condición necesaria pero no suficiente (Selvini y otros, 1998) de la anorexia y la bulimia y podría ser tratado de manera explícita a través de las herramientas terapéuticas de la terapia narrativa. En pocas palabras, la terapia narrativa al trabajar los aspectos políticos permitiría “*traer el mundo a la terapia*” (White, 1995).

Para la terapia narrativa el problema no es la persona, sino que la persona es la persona. Las personas acuden buscando ayuda con una descripción saturada del problema, es decir, desde una narrativa donde el problema es el protagonista que oprime al sujeto, quedando en clara minoría ante la “patología”. Uno de los objetivos generales de la intervención psicoterapéutica narrativa es pasar de una historia saturada por el problema a una descripción “rala” (Payne,

2000), esto es, a una narrativa más exacta y liberadora para la persona. Esta nueva construcción de la persona y de sus circunstancias se consolidaría con un “narrar y renarrar” o “contar y volver a contar” (White y Epston, 1980) y otras maniobras, como el uso de documentos terapéuticos. La pregunta clave, de acuerdo con lo expuesto, sería (White y Epston, 1980):

“¿Está consiguiendo el problema más influencia sobre la persona, o está la persona consiguiendo una mayor influencia sobre el problema?”

La **externalización** o exteriorización (White y Epston, 1980; White, 1995; y Payne, 2000) sería la técnica básica a través de la cual se distanciaría el problema de la persona, promocionándose así una mayor influencia de la persona sobre el problema. Y a su vez, la conversación exteriorizadora constituiría la metodología de entrevista que facilitaría esta externalización. Un esquema general de intervención narrativa podría ser el siguiente (Payne, 2000):

1º *Bautizar el problema* → En esta fase se le asigna al problema un nombre específico, que puede ser una palabra o una frase corta. Por ejemplo, en un caso de depresión la etiqueta podría ser la “depresión”, redundando, o también la “tristeza”, la “desgana”, la “pereza”, etc.

2º *Externalización del problema* → Una vez definido el problema, el siguiente paso es construir un relato en el cual este quede marcado como producto de situaciones y procesos interpersonales, no de rasgos o “taras” de personalidad o psique: se persigue una definición “impersonal” del problema. Se internalizarían los recursos positivos de la persona y/o familia y se externalizaría lo negativo en el problema. Conviene tener en cuenta que la externalización está contraindicada en prácticas abusivas o en acciones perjudiciales y en absoluto pretender negar la vivencia negativa que el sistema tiene del problema.

3º *Desenlaces inesperados* → La narrativa que separa a la persona del problema debe nutrirse de una serie de acontecimientos extraordinarios que contradigan la descripción saturada del problema. Esto es, terapeuta y persona/familia deberán buscar todos aquellos momentos en los cuales la influencia del protagonista sobre el problema ha preponderado sobre la influencia del problema sobre el individuo y/o sistema. Es una tarea casi calcada a la búsqueda de excepciones de la terapia centrada en soluciones.

4º *Testigos externos* → El nuevo relato funciona como contratrama, dando una identidad al individuo alejada del problema y aumentando su locus de control. Esta historia alternativa se ancla en el ejercicio de “narrar y renarrar”. Contar y volver a contar esta nueva historia no debería ser un acto solitario o de compartir exclusivamente con el terapeuta sino que debería colonizar nuevos contextos interpersonales, dando lugar a un “club de vida” formado por familiares, amigos, compañeros, etc; por personas que, en definitiva, actúen como público de esta nueva manera de contarse y de vivir la propia vida.

Probablemente este esquema tan sencillo de aplicación de la terapia narrativa no sea capaz de contestar dos preguntas claves para los propósitos de esta guía:

- ¿Cómo puede adaptarse esta forma de trabajo a niños?
- ¿Cómo puede ayudar este estilo de hacer psicoterapia a combatir los trastornos “psicosomáticos”?

Para el primer interrogante la terapia narrativa argumenta que los problemas psicológicos en niños y en adolescentes (debido a su supuesta indefensión) son expertos en hacer a padres y a profesionales la siguiente invitación: “*Tómesenos en serio*”. La conversación seria y el abuso del conocimiento “experto” pueden ahogar las habilidades especiales de los menores y dificultar su comunicación. La “bata blanca” y las “caras amargadas”, aunque congruentes y comprensibles, son potencialmente dañinas para la resolución de problemas infanto-juveniles. La terapia narrativa sugiere un enfoque de trabajo lúdico con trastornos infanto-juveniles, que respete la idiosincrasia de niños y adolescentes y, al mismo tiempo, el trabajo compenetrado entre padres e hijos.

La segunda cuestión, en referencia a la posible utilidad del enfoque narrativo en los trastornos “psicosomáticos”, cabe decir que prácticas como la externalización favorecerían una defusión de la identidad del sujeto con el problema orgánico sin entrar, a la vez, en riesgo de disociación y sin minimizar la experiencia subjetiva de dolor y hastío. La terapia narrativa, adicionalmente, abre un canal de comunicación indirecto, gracias a recursos literarios y lúdicos, que sustituiría la iatrogénica comunicación basada en el cuerpo como “*algo que va mal y que tiene que arreglarse*”. Por último, la exteriorización sembraría un tipo de relación entre la persona y el individuo de “no lucha” y sí de “amistad”, ante el handicap de la supuesta cronicidad de los trastornos “psicosomáticos”.

En efecto, la terapia narrativa es una interesante propuesta psicoterapéutica para el trabajo con niños, adolescentes y familias y, en concreto, para tratar problemas como los trastornos “psicosomáticos”. Existen protocolos de tratamiento narrativo, por ejemplo, en problemas de alimentación con niños, como la **operación bypass** (tabla 15), o externalizaciones tan brillantes como la “Caca Taimada”, en problemas como la encopresis, o el “Picor”, en trastornos como el eccema (Freeman, Epston, y Lobovits, 2001). Particularmente representativa de esta manera de trabajar es la citada **operación bypass**, un programa de tratamiento narrativo con niños de cuatro a siete años que presentan problemas de alimentación. Resume toda la esencia del enfoque narrativo, al englobar los siguientes puntos:

1º Moratoria en la culpabilidad y la autoinculpación
2º Desafiar el aislamiento y la vulnerabilidad
3º Poner nombre a la fortaleza interior del niño.
4º Solicitud de operación bypass
5º Operación bypass

Tabla 15: Etapas en la operación bypass (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

· Facilita la externalización del problema. En este caso la “falta de ganas de comer” o el “apetito” se exteriorizan en un tigre (o en el animal más típico del contexto sociocultural de la familia). Pero hay un sinfín de posibilidades de externalizar un trastorno “psicosomático”. Por ejemplo, la encopresis puede externalizarse como la “Caca Taimada”, lo cual rompería la narrativa tradicional de “*el problema es que el Juan ensucia los calzoncillos*” o que “*Juan es encoprésico*”. La alternativa, por el contrario, sería un “**la Caca Taimada está apestando la vida de Juan**” (Freeman, Epston, y Lobovits, 2001).

A la hora de bautizar el problema el equipo de Michael White hace una serie de recomendaciones (White y Epston, 1980):

- Mejor definiciones *dinámicas* que estáticas. La etiqueta debe captar la circularidad, el funcionamiento sistémico del problema. Es mejor, pues, decantarse por la “culpabilidad

en la familia” que por la “encopresis de Juan”, por ejemplo, resaltando así cómo las relaciones del sistema están impregnadas por el mismo denominador común.

- Mejor definiciones *generales* que específicas. El foco puede ampliarse al englobar circunstancias sintomáticas en constructos más amplios. La “nauseas” o “vómitos” pueden ser una influencia más del problema de la “ira contenida”, por ejemplo.
- Mejor definiciones *populares* que expertas. Esquivando la iatrogenia de las políticas de control de la propia psicoterapia, el clínico siempre ha de apostar por el conocimiento “local” que por el conocimiento “experto”. Es decir, se apostará más por las etiquetas y construcciones que la familia trae a consulta que por las categorizaciones propias de los sistemas de clasificación nosológica psiquiátricos y psicológicos. Por ejemplo, sería mejor “vientre suelto” que “síndrome de intestino irritable”, si así lo desea la familia.

Como resumen, la definición del problema “psicosomático” debería anular la identidad del PI en tanto en cuanto “chivo expiatorio” y poder conectar con los mitos y fantasmas familiares que articulan las pautas transaccionales disfuncionales. Además, el problema bautizado ha de ser sensible a aquellos relatos culturales dominantes que dan sentido y refuerzan al credo familiar. De esta manera, por ejemplo, es más terapéutico una externalización del tipo “el miedo a herir a los seres queridos”, más congruente con el verdadero problema sistémico, que las “ganas de comer de Alberto”, en un caso de obesidad infantil.

En esta línea, la externalización va a generar un espacio entre el PI/familia y el problema, espacio que contribuye a una mayor sensación de responsabilidad y de control. Desde este relato más liberador se puede trabajar el trastorno “psicosomático” más lúdicamente:

“Jugamos a que el problema está fuera de ti y desde ahí jugaremos con él” (Freeman, Epston, y Lobovits, 2001).

Las bondades del ejercicio de la externalización (White y Epston, 1980) aprovechadas en un contexto de problemática “psicosomática” en niños y adolescentes pueden ser estos:

- *Elimina las disputas en torno a quién es el responsable del problema.* De esta manera se anula el efecto “chivo expiatorio”, reconfirmando la identidad del menor como “un afectado más del problema” y no como “el problemático o defectuoso”.
- *Combate la sensación de fracaso ante la persistencia del problema.* A través de los desenlaces inesperados familia y terapeuta van entretejiendo una versión de los hechos que atenta directamente contra la supuesta cronicidad e intratabilidad de los trastornos “psicosomáticos”.
- *Facilita la cooperación entre los miembros del sistema.* Las patologías de escalada asimétrica y de complementariedad rígida se desvanecen al construir un relato donde toda la familia es víctima de la influencia del problema y, simultáneamente, es verdugo del mismo “mal”. Se inicia así una lucha contra un enemigo común.
- *Abre nuevas posibilidades de afrontamiento.* Sin renegar de la validación del sufrimiento de todo el sistema, la externalización permite una forma de encarar el problema “psicosomático” más desenfadada, menos tensa y, por consiguiente, más eficaz.

- *Ofrece opciones de diálogo sobre el problema.* El nuevo relato del funcionamiento familiar deja atrás el monólogo alrededor de la cuestión física abriendo el sistema perceptivo-reactivo del sistema a otras alternativas. De lo recurrente (el síntoma “psicosomático”) se pasa a lo relevante (desenlaces inesperados).

Sobre todo en el trabajo con niños y adolescentes, la externalización ha de personificar o cosificar el problema. El trastorno, una vez exteriorizado, adquiriría rasgos humanos, probablemente los de un ser adusto, amargado, los de un ser que únicamente sabe tratar de fastidiar a otros chicos y chicas. Los trastornos “psicosomáticos” tienen la particularidad de, en algunos casos, no poder ser eliminados jamás, debido a su sustrato orgánico inmutable. Por ejemplo, difícilmente un adolescente dejará de ser diabético o asmático, salvo avance sónico de la medicina. Sin embargo, sí es posible establecer una mejor relación con el problema, de manera que el PI y la familia apenas sufran interferencia vital. La metáfora de lucha deja paso a la metáfora de relación, más cercana a la aceptación de la realidad orgánica que de las SII de control y sobreesfuerzo. En un caso de eccema, por ejemplo, dentro de la metáfora de aprender a “*llevarse mejor*” con el problema, podría ser un objetivo lo siguiente (Freeman, Epston, y Lobovits, 2001):

“Sé que tengo que vivir contigo, pero no eres mi amo. Eres como un compañero de piso. Tienes que cumplir mis normas”

Mejorar la relación con el problema “psicosomático”, tanto si supone su erradicación como su debilitamiento, pasa por la formulación de las **preguntas de influencia relativa** (White y Epston, 1980):

a) *La influencia del problema* sobre la vida y las relaciones en distintas áreas: conductual, emocional, física, interaccional y actitudinal. Hay que examinar qué contextos no se escapan de las “garras” del problema. Por ejemplo, la diabetes puede hacer que los padres discutan entre sí, que los hermanos no gocen de relaciones simétricas, que el PI no tenga grandes calificaciones académicas, que esté perdiendo a sus amigos, etc. Todo lo negativo, salvo circunstancias de abuso y violencia, se exterioriza como parte del problema y/o de su influencia sobre toda la familia. El lenguaje metafórico debe exhibirse aquí: “*la diabetes os deja sedientos de diversión*”, por ejemplo.

b) *La influencia de las personas sobre el problema.* Se investiga toda la información que contradiga la descripción saturada del problema. Todos aquellos momentos en los que el menor y su familia son capaces de librarse de la “tiranía” de la diabetes, por ejemplo, son susceptibles de ser captados para narrar un relato que realce las potencialidades y recursos de todos los miembros del sistema afectados. Estos acontecimientos extraordinarios sacados a la luz pueden ser pasados (por ejemplo, los que se dan entre sesiones), actuales (por ejemplo, los que acaecen durante la sesión) y futuros (por ejemplo, planes para escapar de la influencia del problema).

De esta conversación exteriorizadora surge el distanciamiento óptimo para, por un lado, no reforzar circuitos de negación, minimización o alexitimia y, por otro lado, revisar la responsabilidad y los lados fuertes necesarios para mantener a raya el problema. Las preguntas de influencia relativa trazan el mapa del problema, conociéndose así sus puntos fuertes y sus puntos débiles. Conocer la influencia del trastorno “psicosomático” puede funcionar, además,

como herramienta motivacional, al ser consciente la familia de todo lo que le ha robado el problema y de que es factible otro presente y otro futuro, es decir, una narrativa diferente.

· Permite conocer al menor al margen del problema. Antes o después de la externalización será necesario construir una narrativa identitaria del menor que escape de la influencia del problema. El niño o el adolescente, como medida reconfirmatoria, merece ser alguien más que el “portador del síntoma”. Este menester capital puede trabajarse con sencillas maniobras como la de averiguar cuáles son las aficiones del menor, en qué curso estudia, cómo se lleva con sus hermanos y amigos, etc. Es aquí cuando emerge con fuerza el concepto de **habilidades raras y especiales** (Freeman, Epston, y Lobovits, 2001), es decir, todo aquello en lo que el niño o adolescente destaca, aunque le resulte a los adultos más cercanos una muestra de “infantilismo” o “inmadurez”.

Así pues, por ejemplo, tener amigos imaginarios puede ser una habilidad especial susceptible de ser rescatada en un contexto psicoterapéutico para menoscabar la influencia relativa del problema. En un chico de quince años con problemas dermatológicos en las manos se puede aprovechar su gran capacidad de lectura de la “psicología o personalidad” de otras personas a través, mismamente, de las manos. Hay antecedentes, en la literatura científica, que avalan estas prácticas y que “tranquilizan” a los clínicos al señalar que no entrañan riesgos de iatrogenia como, por ejemplo, el de “psicotizar” al menor (Taylor, Cartwright y Calson, 1993). Para redundar más en esta faceta de la terapia narrativa se puede establecer la “genealogía de las habilidades raras”, entrevistando a los padres sobre si ellos también tuvieron este tipo u otros dones diferentes y qué personas significativas se los reforzaron.

· Se apoya en el uso de artes expresivas. En los trastornos “psicosomáticos” habría, desde un enfoque narrativo, “dilemas inefables”, mensajes de difícil transmisión, que pueden hacer insegura e incluso improbable la comunicación verbal. Las artes expresivas supondrían otro canal de comunicación, en un principio más indirecto (más analógico), que haría más cómoda la relación terapeuta-menor y paciente-problema. La expresión artística de los problemas es compatible con la práctica de la externalización (Freeman, Epston, y Lobovits, 2001). Puede ser un descanso de expresar “literalmente” el problema y comenzar a expresar “metafóricamente” mediante recursos lúdicos, sorteando así el terrorismo del fantasma de la ruptura y la esclavitud de la honorable fachada de las “familias psicosomáticas”. Funcionarían como elementos que desactivarían una bomba evitando su explosión. Las diferentes artes expresivas que amenizarían la comunicación del “conflicto psicosomático” pueden apreciarse en la tabla 16.

- Historietas.
- Poesía.
- Diario.
- Escultura.
- Fantasía guiada.
- Mapas.
- Cartas.
- Bandeja de arena.
- Representaciones con marionetas.
- Disfraces.
- Simulación o teatro.
- Movimiento y mimo.
- Máscaras.

Tabla 16: Artes expresivas usadas en terapia narrativa (Barragar Dunne, 1992; Freeman y Lobovits, 1993).

Por ejemplo, es típico de la operación bypass apoyarse en disfraces de tigres, álbumes de fotos, menús de alimentos “tigrescos”, etc. En este caso también puede apreciarse un uso intermodal o multidimensional de las artes expresivas, al combinar distintos procedimientos. Una bandeja de arena puede ser el paso previo al relato de un cuento, siendo el colofón final la representación del problema y de sus influencias en una escultura. Todo ello se puede reforzar con preguntas como (Freeman, Epston y Lobovits, 2001):

“¿Cómo ves, sientes y oyes el problema?”

“¿Sabrías bailar o moverte para expresar lo que se siente cuando el Eccema se apodera de ti?”

“¿Dónde vive el Enfado en tu cuerpo?”

· Recurre al empleo de documentos terapéuticos. Sustituir una narrativa saturada del problema por una historia donde el menor deja de ser el PI y la familia se libera de las cadenas de los mitos, fantasmas y supuestos culturales dominantes se hace más fácil si la terapia se apoya, entre otras cosas, en el uso de documentos terapéuticos. El despliegue de tiempo y de energía en la redacción de estas intervenciones escritas tiene su justificación. Una investigación con una metodología de encuesta uso esta pregunta a los pacientes que habían trabajado desde el empleo de documentos terapéuticos (White, 1995):

“¿El hecho de recibir una carta fue tan valioso para ustedes como una sesión de terapia, como media sesión, o hay que restarlo de su experiencia de la terapia?”

Se acabó concluyendo que un buen documento terapéutico vale 4’5 sesiones de “buena” terapia. Afortunadamente, el uso de estas prácticas literarias no exige al psicoterapeuta poseer habilidades escritoras excelsas. Tampoco necesita la inversión de mucho tiempo. Además, el documento terapéutico tiene la ventaja de superar la barrera del tiempo, pudiendo ser leído por el niño, adolescentes y/o familia en numerosísimas ocasiones y en múltiples contextos. Algunos de los documentos que podrían ayudar a desarrollar una contratrama serían las **cartas** (White y Epston, 1980):

- *Cartas de invitación* → Para incluir en terapia personas inicialmente reticentes a participar de la misma. Por ejemplo, padres “ausentes”, hermanos mayores “desconectados”, etc.
- *Cartas de despedido* → Para abandonar roles innecesarios y que aprisionan a la persona. Por ejemplo, el PI puede escribir una carta a los padres confirmando que ya no va a ser el pilar de la casa o el salvoconducto de su relación, dedicándose a tiempo completo a ser “hijo” y no “amigo” o “confidente” de sus padres.
- *Cartas de predicción* → Para producir profecías autocumplidas a favor del sistema y en contra del problema. Por ejemplo, se escribe a la familia “adivinando” un futuro próximo (en seis meses) donde la influencia del problema se ha reducido drásticamente. Es una buena medida de seguimiento en casos cercanos al alta terapéutica.

Estas y otras cartas se unen al uso de **contradocumentos** (White y Epston, 1980; Freeman, Epston y Lobovits, 2001), como pueden ser galardones y certificados por haber sido capaz la familia, por ejemplo, de “dejar en su sitio el asma” o de “domar la fibrosis quística”. Todos estos “conocimientos locales” preponderarán sobre los “conocimientos expertos” y podrían acumularse en “comunidades de intereses”, como la “Liga Antianorexia y Antibulimia” (Madigan y Epston, 1995) y ser comunicados a otros menores y familias en situaciones parecidas. Los contradocumentos se anclan en la metáfora del rito de paso, que entiende el cierre de la terapia no tanto como “conclusión” y sí como “avance” o “cambio de etapa”: el niño o adolescente pasaría, por ejemplo, de paciente de tics a experto o veterano de tics.

· Aborda aspectos políticos del problema “psicosomático”. Los padres de niños que se niegan a comer, sobre todo las madres, pueden sentir en sus carnes la tremenda culpabilidad derivada de este supuesto cultural dominante:

“Si tienes un hijo sano y alegre eres una madre maravillosa. Y si está enfermo algo malo les pasa o están haciendo los padres”

La influencia que los relatos culturales pueden hacer en un sistema familiar con un miembro menor con un trastorno “psicosomático” puede ser opresiva. La terapia narrativa hipotetiza que la mayor parte de los mitos y fantasmas familiares son heredados de supuestos culturales no cuestionados y no del “auténtico” credo de la familia (que sería muy saludable). Algunos de estos supuestos culturales podrían ser:

- El culto al cuerpo.
- La cultura del patriarcado o el machismo.
- La cultura de la rapidez.
- El cariño y el cuidado a través del cuerpo.
- La cultura del ranking o del éxito.
- El control como principal herramienta de solución.

La “familia psicosomática” giraría, comportamentalmente, en torno a estos ideales. Pero, ¿en qué medida son endémicas del sistema o, por el contrario, se han tomado “prestadas” del contexto sociocultural en el cual está enmarcada la familia? El tratamiento narrativo pretende inculcar una capacidad de **discernimiento** en la familia: aprender a separar qué es lo propio de la familia y qué es lo típico (y disfuncional) del ecosistema. Todos los “ismos” (racismo, machismo, etc.) pueden ser exteriorizados para tratar de ver cómo influyen negativamente en el sistema y cómo la familia es capaz de desembarazarse de ellos (desenlaces inesperados). Es muy liberador para las familias pasar de una etiqueta biomédica de “asma crónica infantil” a una externalización del tipo “*el machismo invade vuestra vida*”. La conversación externalizadora podría ir en la siguiente dirección, por ejemplo, con los padres:

“¿Cómo consigue el Machismo que hagáis la guerra por separado?”

Con esta intervención verbal se invita a la pareja de padres a desafiar el presupuesto de “divide y vencerás” que da lugar a una disparidad en los estilos educativos bastante contraproducente. Supondría una elegante manera, aprovechando el regusto de la comunicación indirecta de las “familias psicosomáticas” y sin activar la supuesta alta resistencia al cambio, de empezar a cambiar la complementariedad rígida factible en el sistema conyugal de este tipo de familias. La capacidad de discernimiento también puede entrenarse en el PI. Por ejemplo, en un caso de estreñimiento crónico:

“¿De qué manera te intenta convencer el Perfeccionismo de que hacer mucha fuerza es de valientes?”

En este caso se aprecia como el clínico ha optado, en acuerdo con la familia, un “bautizo” del problema que va más lejos de la simple etiqueta “psicosomática” (el “Estreñimiento”) y ha sabido enlazar con algo más nuclear, y a la par problemático, del PI y, por ende, del sistema, como puede ser el “Perfeccionismo”. Gracias a esto se tiene acceso para trabajar una típica SII de los trastornos “psicosomáticos”, como es la del sobreesfuerzo y el intento de control desmesurado, usando un lenguaje más ameno y facilitando la comunicación del menor. Además, la externalización permite un acto de reconfirmación del chico/a, ya que envía un mensaje de **“tú eres tú y no eres el problema”**. Otro ejemplo, en un adolescente de caso de acné severo, podría ser:

“¿Qué dice de ti el hecho de que muchas veces no te toques los granos y te rías, en su cara, del Culto al cuerpo?”

He aquí un ejemplo de cómo usar los acontecimientos extraordinarios para construir un relato que combata un supuesto cultural dominante como el del culto al cuerpo, que invita a controlar hasta la extenuación el propio organismo, con evidentes consecuencias negativas. Este tipo de estrategia de intervención es muy potente, ya que consolida una identidad en el menor alternativa al problema “psicosomático” y separada de un relato cultural dominante, convirtiendo el trastorno dermatológico en una posible consecuencia (entre otras muchas posibles) de una “trampa” de la sociedad.

Retornando al relato de la culpabilidad del principio, que presupone que el cuidado del hijo es tarea exclusiva de la madre (machismo) y que la salud de un menor es total responsabilidad de los padres (exceso de control), una conversación externalizadora de la culpabilidad ayudaría a detectar esos relatos culturales dominantes de machismo y de control y examinar la influencia que el problema ejerce sobre los padres, todas las SII relacionadas con forzar la alimentación del niño o restarle autonomía, por ejemplo, y los denominados acontecimientos extraordinarios, es decir, cuando sí son capaces de imponerse a esos supuestos socioculturales que los oprimen y desarrollan su auténtica versión, su verdadero relato, de cómo hay que ser padres y funcionar como familia.

En este ejercicio de “traer el mundo a la terapia” el clínico ha de cuidarse, y mucho, de no ser cómplice de aquellos supuestos culturales dominantes que refuerzan la problemática “psicosomática”. No basta simplemente con traer a colación, por ejemplo, el sexismo del que suele estar impregnado los trastornos “psicosomáticos” sino, además, ser consciente de si el tipo de intervenciones que emplea el terapeuta, debido a sus circunstancias vitales ineludibles, no están siendo, sin quererlo, nutrientes de una complementariedad y asimetría en los roles de género. Para ello la terapia narrativa recomienda la **transparencia**, es decir, metacomunicar las vicisitudes y posibles limitaciones del clínico, debido a su edad, género, etnia, nivel socioeconómico, cultura de origen, etc; rompiendo así con el peligroso mito de la neutralidad. La transparencia tiene otro efecto terapéutico, que no es otro que el de servir de modelo de metacomunicación para los miembros de familia, entorpeciendo el abuso de canales de comunicación indirecta. Otras maneras de no caer en la rueda de relatos culturales dominantes que dañan a la familia son mediante terapia personal y supervisión, análisis de la familia de origen del terapeuta, coterapia, uso de equipo reflexivo, etc.

Parte 3:

Protocolo de tratamiento psicoterapéutico sistémico en niños, adolescentes y familias con trastornos "psicosomáticos"

11. Protocolo

El tratamiento psicoterapéutico sistémico que se aplicará en niños, adolescentes y familias con trastornos “psicosomáticos” constará de tres etapas.

Cada etapa presentará una serie de objetivos y un conjunto de posibles técnicas a utilizar y que permitirían la consecución de dichas metas.

A su vez, una misma técnica puede servir para más de un objetivo terapéutico.

Algunas estrategias terapéuticas tendrán adjuntadas a su lado el número de la página de la guía que corresponde a la explicación detallada del procedimiento.

El número máximo de sesiones a seguir es de diez.

Fase 1. Sesiones 0-4: Acomodación y evaluación

Objetivos	Técnicas
Análisis de la derivación médica/psicológica.	- Equipo reflexivo. - Capacidad de maniobra del terapeuta.
Presentación de la psicoterapia: encuadre, clínico y modelo.	- Introducción (pag. 130). - Psicoeducación (pag. 79). - Comienzo del juego (pag. 117). - Capacidad de maniobra (pag. 100).
Esclarecer el motivo de consulta.	- Intervención diagnóstica estratégica (pag. 118). - Lenguaje presuposicional (pag. 131). - Tarea de la primera sesión (pag. 137).
Establecer coordinación multidisciplinar.	- Contacto telemático con profesionales. - Reunión con profesionales (1 mes).
Crear alianza terapéutica.	- Enfoque de utilización (pag. 129). - Transparencia (pag. 148). - Confirmación (pag. 78). - Rastreo (pag. 79). - Calcado (pag. 117). - Lenguaje presuposicional (pag. 131). - Redefinición del síntoma (pag. 107). - Redefinición de la situación (pag. 120). - No apresurarse (pag. 112). - Los peligros de la mejoría (pag. 113). - Conversación exteriorizadora (pag. 140).
Conocer la organización y estructura del sistema familiar.	- Genograma (pag. 92). - Mapa estructural (pag. 79). - Esculturas (pag. 89) - Preguntas conversacionales (pag. 138).
Conocer la mitología y narrativa del sistema familiar.	- Postura del cliente/familia (pag. 104). - Calcado (pag. 117). - Preguntas conversacionales (pag. 138). - Preguntas de influencia relativa (pag. 144).
Evaluar el ciclo vital de la familia, del paciente identificado y de la pareja (de padres).	- Entrevista no estructurada. - Preguntas conversacionales (pag. 138).
Exploración de las familias de origen.	- Genograma (pag. 92). - Preguntas conversacionales (pag. 138).
Detectar patrones de comunicación patológicos.	- Escenificación (pag. 81).
Diagnóstico de las soluciones intentadas ineficaces.	- Entrevista estratégica de las 6 W (pag. 103). - Diálogo estratégico (pag. 118). - Intervención diagnóstica estratégica (pag. 118).
Plantear objetivos terapéuticos y el orden de los mismos.	- Lenguaje presuposicional (pag. 131). - Esquema de las doce puertas (pag. 132). - Pregunta del milagro (pag. 135). - Bola de cristal (pag. 136). - Intervención diagnóstica estratégica (pag. 118).

	- Preguntas escalares (pag. 75). - Preguntas de influencia relativa (pag. 144).
Evaluación psicométrica (pre).	- FES, TAS, etc (anexos).

Fase 2. Sesiones 5-8: Reestructuración e intervención

Objetivos	Técnicas
Dotar al síntoma “psicosomático” de significado relacional.	- Enfoque (pag. 82). - Complementariedad (pag. 86). - Esculturas (pag. 89). - Redefinición del síntoma (pag. 107). - Conversación exteriorizadora (pag. 140).
Bloqueo de las paradojas disfuncionales.	- Metáfora de la hormiga y el ciempiés (pag. 56). - Metáfora del gato y del saco (pag. 57). - Redefinición del síntoma (pag. 109). - Redefinición de la situación (pag. 120). - Exposición más fracaso (pag. 109). - No apresurarse (pag. 112). - Los peligros de la mejoría (pag. 113). - Cambio de dirección (pag. 113). - Cómo empeorar el problema (pag. 114). - Reestructuración del apoyo social (pag. 121). - Diario a bordo (pag. 122). - Prescripción voluntaria del síntoma (pag. 123). - Prescripciones directas (pag. 125). - Ritual familiar nocturno (pag. 125). - El pequeño desorden (pag. 125). - Cómo empeorar (pag. 126). - Contrarritual (pag. 126).
Modificación de la estructura familiar.	- Fijación de fronteras (pag. 83). - Desequilibrio (pag. 85).
Crear patrones de comunicación directa.	- Peticiones directas (pag. 109). - Fomento de diadas. - Ritual familiar nocturno (pag. 125). - Conversación exteriorizadora (pag. 140).
Reforzar la destriangulación y la reconfirmación.	- Fomento de diadas. - Excepciones (pag. 133). - Posición de experto (pag. 134). - Habilidades raras y especiales (pag. 144).
Anular luchas de poder.	- Cambio de dirección (pag. 113). - Ritual familiar nocturno (pag. 125). - Conversación exteriorizadora (pag. 140).
Construcción de una narrativa alternativa.	- Construcciones familiares (pag. 86). - Lados fuertes (pag. 88). - Excepciones (pag. 133). - Redefinición del síntoma (pag. 107). - Conversación exteriorizadora (pag. 140). - Preguntas de influencia relativa (pag. 144). - Desenlaces inesperados (pag. 141). - Testigos externos (pag. 141).

	- Uso de documentos terapéuticos (pag. 146).
Favorecer la individuación del PI.	- Desequilibramiento (pag. 85). - Excepciones (pag. 133). - Posición de experto (pag. 134). - Conversación exteriorizadota (pag. 140). - Habilidades raras y especiales (pag. 144). - Artes expresivas (pag. 145). - Prescripciones directas (pag. 125).
Incrementar la conciencia somática e interoceptiva.	- Esculturas (pag. 89). - Artes expresivas (pag. 145). - Diario a bordo (pag. 122).
En caso de existir terapéutica médica, reforzar su adherencia.	- Prescripciones directas (pag. 125).

Fase 3. Sesiones 8-10: Prevención de recaídas y seguimiento

Objetivos	Técnicas
Normalización y prevención de recaídas.	- No apresurarse (pag. 112). - Los peligros de la mejoría (pag. 113). - Cómo empeorar el problema (pag. 114). - Exposición más fracaso (pag. 109). - Cómo empeorar (pag. 126). - Contrarritual (pag. 126). - Posición de experto (pag. 134). - Bola de cristal (pag. 136). - Secuencia pesimista (pag. 137). - Uso de documentos terapéuticos (pag. 146).
Trabajo de áreas extrafamiliares: social, lúdica, académica, etc.	- El pequeño desorden (pag. 125). - Prescripciones directas (pag. 125). - Excepciones (pag. 133). - Preguntas de influencia relativa (pag. 144). - Desenlaces inesperados (pag. 141). - Habilidades raras y especiales (pag. 144). - Testigos externos (pag. 141).
Evaluación psicométrica (post).	- FES, - TAS, - etc (anexos).

12. Problemas y precauciones

Para facilitar la digestión de este protocolo de intervención no hay nada mejor que el mito de Procusto. Procusto, según la mitología griega, era un posadero de Eleusis que tenía una curiosa manera de regentar su negocio: si el huésped era más largo que la cama le serraba las piernas y si era más bajo se las estiraba con un potro hasta que coincidiese con la longitud de la misma. Ironías del destino, el propio Procusto murió a manos de Teseo, el cual le cortó la cabeza y las piernas para que pudiese caber en una cama de castigo.

El mito de Procusto da buena cuenta del peligro de intentar ajustar la realidad a un modelo teórico-práctico y no al revés. Si bien es cierto que la rigidez en la aplicación de un enfoque no va a conllevar, en este contexto historicocultural, la muerte atroz del clínico no es menos cierto que ese gesto de escasa versatilidad arrastraría un riesgo de iatrogenia de terribles proporciones. Con las mejores intenciones, como son las de ofrecer al sistema familiar el tratamiento psicoterapéutico más óptimo, se puede encerrar a la familia en un agujero de mayor rigidez y disociación.

El terapeuta debe mostrarse ante la “familia psicósomática” desde un contrarrol, comportándose en consonancia con un modelo de flexibilidad e integración a partir del cual el sistema pueda aspirar a un auténtico cambio-2 y no quedarse en el cambio-1, tan recurrido por tratamientos tradicionales de corriente biomédica. Al igual que el mapa no es el territorio, el paradigma sistémico no pretender pecar de omnisciencia, es decir, de poder explicar todo el fenómeno “psicósomático”. Su pretensión es dotar de herramientas heurísticas al clínico para poder ampliar el foco y ser consciente del gran número de variables que pueden influir en los trastornos “psicósomáticos” de niños, adolescentes y familias. Y todo ello rompiendo las inferencias de causalidad lineal y apostando por principios de correlación.

Esta guía ha hecho un recorrido por las principales escuelas de terapia de familia que serían potencialmente útiles, al menos desde un punto de vista teórico, para el tratamiento de los trastornos “psicósomáticos” infanto-juveniles. Cada enfoque sistémico ha sido desarrollado para poder explicar y predecir el fenómeno “psicósomático” adjuntándose, posteriormente, todo un conjunto de técnicas derivadas de cada escuela. No es labor del clínico hacer un “collage terapéutico” necesariamente. Esto es, el objetivo no es la administración de todas las técnicas de todos los grupos de trabajo, sino tener la capacidad de elección de en qué nivel de la realidad se quiere intervenir (familiar, conyugal, individual, etc.) y con qué tipo de tecnología (estratégica, estructural, facilitadora, etc.). Ante la cerrazón que supone la construcción sociolingüística del trastorno “psicósomático” el paradigma sistémico plantea apertura y capacidad de maniobra.

Se insta al psicoterapeuta a no perder de vista su ubicación en un sistema sanitario público. Todas las vicisitudes del mismo, incluida la herencia mínima, pero existente, de una cultura biomédica tendente al reduccionismo, tienen que ser tomadas en cuenta, así como el rol que juega el propio clínico en dicho sistema. Su especialidad, el dispositivo en el que desempeña su trabajo, el equipo de tratamiento, las posibilidades de comunicación multidisciplinar, etc. Todas ellas son variables que, de una manera u otra, van a contribuir a la evolución del caso. La supuesta cronicidad e intratabilidad pueden ser, perfectamente, construcciones y consecuencias de la dinámica de la maquinaria sociosanitaria actual, además de la idiosincrasia disfuncional de la propia familia del menor. Además, el clínico ha de aceptar el reto de entrar de lleno en este sistema siendo conocedor de qué aporta al mismo. Su momento vital, su etnia, su origen familiar y cultural y otros factores personales van a influir también en la creación del sistema terapéutico.

Finalmente, la óptica de la complejidad alcanza sus cotas máximas, la nota de “*cum laude*”, al incluir todos los supuestos culturales que nutren, en un sentido o en otro, a la narrativa imperante del trastorno “psicosomático”. El racimo de todos los “ismos”, y de estilos culturales potencialmente dañinos, como el de la cultura del cuerpo, la del ranking y la de la rapidez, por citar algunos, son piezas fundamentales en este mosaico sistémico. No ha de ser, obligatoriamente, labor del psicoterapeuta emprender un cambio social (al menos directamente) pero sí enseñar a la familia a esquivar y combatir esos agujeros socioculturales tan nefastos. Agujeros que, inevitablemente, también convierten al terapeuta en un “ente psicosomático”.

13. Conclusiones

“Psicosomático” es una palabra, al igual que “bonito”, “pelota” o “atardecer”. El ser humano, poderoso pero imperfecto, siente un apego casi infinito por el lenguaje. Es tal la fusión que puede desarrollar la persona hacia las palabras que el lenguaje se convierte, necesariamente, en plataforma del mayor de los disfrutes y del peor de los males (Wilson y Luciano, 2002). Si quiere sobrevivir, vivir y VIVIR, el ser humano está condenado a manejar la realidad a través del lenguaje. Pero la raza humana no es, a priori, consciente de lo paradójico de su destino.

Paradójico porque querer condensar lo complejo de la una parcela de la realidad en una sola palabra puede ser contraproducente, con el peligro de que la palabra sea el fin y no el medio, de que el lenguaje use al ser humano y no al contrario. Un caso particular de este empleo perverso del lenguaje es la de la etiqueta de “psicosomático”. Como ya se ha señalado, el término “psicosomático” ha llevado a la estigmatización y culpabilización de niños, adolescentes, adultos y familias enteras. Hubo una época, y hay determinadas escuelas, que equiparan lo “psicosomático” con “facticio”, con “inmadurez”, con “histeria”, con “padres desastrosos”, etc. Como consecuencia de ello, el mapa imperó sobre el territorio, siendo el constructo (“psicosomático”) algo más poderoso que la realidad.

Paradójico pero, afortunadamente, no indefectiblemente trágico, porque las trampas del lenguaje son evitables y desarmables, curiosamente gracias a los entresijos del propio aparato sociolingüístico humano. La óptica de la complejidad, vehiculizada por el paradigma sistémico, decide hacer un ejercicio de metacognición y ser consciente de que el lenguaje es sólo una herramienta para captar la realidad pero no la realidad en sí misma y emprende una acción decisiva: “*abrir el paraguas*”. Abrir el paraguas significa romper con el *o/o*, “no casarse con nadie”, y elegir el *y/y*. Lo “psicosomático”, que evidentemente es mucho más que la palabra en

sí, estaría formado por lo orgánico y lo psicológico, lo individual y lo familiar, lo intrapersonal y lo interpersonal, lo privado y lo sociocultural, etc.

Esta guía no ha tenido la intención de adoctrinar sobre las bondades del enfoque sistémico. Tampoco ha sido su propósito negar el extraordinario trabajo de otros facultativos médicos, luchando ante evidencias biológicas. Esta guía, como mínimo, ha pretendido abrir el foco de la visión y postrera intervención psicoterapéutica en los trastornos “psicosomáticos” en niños, adolescentes y familias. La mejor manera, al menos inicialmente, de ayudar a estos sistemas, los de las “familias psicósomáticas”, que han sido conceptualizados antaño como de resistentes y de barracudas voraces (Bergman, 1991), es mediante la flexibilidad. Cuerpo y mente se seguirán disociando, recurriéndose al síntoma “psicosomático” como metáfora comunicacional y relacional sino se emprende un tipo de tratamiento que abandonen el mecanicismo de la cultura biomédica, que entiende la manifestación corporal como una avería a arreglar, y que contextualice el síntoma del menor como la mejor manera que el sistema ha encontrado para pedir ayuda, a pesar de todo el sufrimiento que despierta. No sólo no tiene ya sentido hablar de “personalidad psicósomática”, sino que términos como “familia psicósomática” o, simplemente, trastorno “psicosomático” pueden ser palabras huecas, inútiles y peligrosas sin la adecuada contextualización.

Es responsabilidad del clínico tener un modelo de psicopatología interactivo, donde la cronicidad y la intratabilidad no son características intrínsecas de un trastorno, persona y/o sistema y sí el producto de la comunión entre profesional, la familia, el sistema sociosanitario y la cultura imperante. También es obligación del terapeuta ser consciente de los límites de su profesión y trabajar con colegas de otros ámbitos sociosanitarios, en pos de una coordinación multidisciplinar que ayude a abrir aun más el preciado paraguas. Y es conveniente, mucho más que un deber, traer el mundo a la terapia y traer a la persona del terapeuta a terapia. El psicoterapeuta es elemento esencial del sistema terapéutico, diluyéndose así el mito de la neutralidad y de la objetividad. Quizá el primer y el último escalón de intervención en este tipo de trastornos es aprender a integrar la persona del terapeuta y la familia, como metáfora de la integración y continuidad entre el cuerpo y la mente.

14. Anexos

ANEXO 1: Escala de clima familiar (FES)

Versión española (Fernández Ballesteros, 1995).

Las frases siguientes se refieren a tu familia. Después de leer cada frase deberás hacer un círculo alrededor de lo que crees que corresponde a tu familia. Debes decidirte por “Verdadero” o “Falso” pensando lo que sucede la mayoría de las veces. Recuerda que se trata de tu opinión sobre tu familia y que no hay respuestas correctas o incorrectas:

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros V F
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sentimientos para sí mismos V F
3. En nuestra familia discutimos mucho V F
4. En general ningún miembro de la familia decide por su cuenta V F
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos V F
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales V F
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre V F
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la Iglesia, templo, etc. V F
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente V F
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces V F

11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato V F
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos V F
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos V F
14. En mi familia nos esforzarnos mucho para mantener la independencia de cada uno V F
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida V F
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos V F
17. Frecuentemente vienen amigos comer a casa o a visitarnos V F
18. En mi casa no rezamos en familia V F
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios V F
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir V F
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa V F
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo V F
23. En casa a veces nos enojamos tanto que golpeamos o rompemos algo V F
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas V F
25. Para nosotros no es importante el dinero que gane cada uno V F
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente V F
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, básquet, etc. V F
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas V F
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos V F
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones V F
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión V F
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales V F
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enojos V F
34. Cada uno entra y sale de casa cuando quiere V F
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y que “gane el mejor” V F
36. Nos interesan poco las actividades culturales V F
37. Vamos a menudo al cine, competencias deportivas, excursiones, etc. V F

38. No creemos en el cielo, ni en el infierno V F
39. En mi familia la puntualidad es muy importante V F
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida V F
41. Cuando hay que hacer algo en casa es raro que se ofrezca algún voluntario V F
42. En casa, si a alguno se le ocurre hacer algo en el momento, lo hace sin pensarlo demasiado V F
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras V F
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente V F
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor V F
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales V F
47. En mi casa, todos tenemos uno o dos hobbies V F
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal V F
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente V F
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas V F
51. Las personas de nuestra familia nos apoyamos de verdad unas a otras V F
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado V F
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes V F
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en si misma cuando surge un problema V F
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares V F
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical V F
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela V F
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe V F
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias V F
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor V F
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo V F
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente V F

63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz V F
64. Las personas de la familia se estimulan unos a otros para defender sus propios derechos V F
65. En nuestra familia nos esforzamos muy poco para tener éxito V F
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas V F
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares que nos interesan V F
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal V F
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona V F
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera V F
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros V F
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos V F
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros V F
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás V F
75. "Primero el trabajo, luego la diversión", es una norma en mi familia V F
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer V F
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos V F
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante V F
79. En familia el dinero no se administra con mucho cuidado V F
80. En mi casa las normas son bastantes inflexibles V F
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno V F
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo V F
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz V F
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa V F
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio V F
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura V F
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio V F
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo V F

89. En mi casa, la mesa se levanta siempre inmediatamente después de comer V F

90. En mi familia uno no puede salirse con la suya V F

ANEXO 2: Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Versión española (Páez, Martínez-Sánchez, Velasco,
Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999).

Por favor lee atentamente cada una de las siguientes afirmaciones e indica en qué medida estás o no de acuerdo con cada una de ellas. Para responder, ten en cuenta que:

1 = *Totalmente de acuerdo*

2 = *Moderadamente de acuerdo*

3 = *No sé, ni en acuerdo ni en desacuerdo*

4 = *Moderadamente en desacuerdo*

5 = *Totalmente en desacuerdo*

1. A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo:

1 2 3 4 5

2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos:

1 2 3 4 5

3. Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden:

1 2 3 4 5

4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad:

1 2 3 4 5

5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos:

1 2 3 4 5

6. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado:

1 2 3 4 5

7. A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo:

1 2 3 4 5

8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido así:

1 2 3 4 5

9. Tengo sentimientos que no puedo identificar:

1 2 3 4 5

10. Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos:

1 2 3 4 5

11. Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente:

1 2 3 4 5

12. La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos:

1 2 3 4 5

13. No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí:

1 2 3 4 5

14. A menudo no sé por qué estoy enfadado:

1 2 3 4 5

15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos:

1 2 3 4 5

16. Prefiero ver en la TV programas superficiales de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos:

1 2 3 4 5

17. Me es difícil mostrar mis más profundos sentimientos a mis amigos íntimos:

1 2 3 4 5

18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio:

1 2 3 4 5

19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales:

1 2 3 4 5

20. Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse:

1 2 3 4 5

15. Bibliografía

- Achenbach, T.M. (1978). The child profile: I Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, pp. 478-488.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, pp. 1275-1301.
- Ammon, G. (1974). *Psychoanalyse und Psychosomatik*. Piper & Co. Munich, Verlag.
- Aponte, H. y Hoffman, L. (1973). The open door: A structural approach to a family with an anorectic child. *Family Process*, 12 (1), pp. 1-44.
- Axelrod, R. (1984). *The evolution of cooperation*. New York, Basic Books.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38, pp. 23-32.
- Bandler, Richard & John Grinder (1975). *The Structure of Magic I: A Book About Language and Therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Barragar Dunne, P. (1992). *The narrative therapist and the arts*. Los Angeles, Possibility Press.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1968). *Comunicación, la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona, Paidós.
- Bateson, G. (1978). *Espíritu y naturaleza*. Barcelona, Paidós.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, pp. 251-264.
- Bergman, J.S. (1991). *Pescando barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona, Paidós.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia sistémica individuale*. Milano, Raffaello Cortina.

- Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. (1965). Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects. New York, Hoeber Medical Division.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1973). Lealtades invisibles: Reciprocidad en la terapia intergeneracional. Buenos Aires, Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Krasner, B. (1986). Between give and take: A clinical guide to contextual therapy. New York, Brunner/Mazel.
- Bowen, M. (1978). La terapia familiar en la práctica clínica. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Brehm, J. W. (1966). A theory of psychological reactance. San Diego, Academic Press.
- Brehm, S. S. y Brehm, J. W. (1981). Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control. San Diego, Academic Press.
- Cade, B. y O'Hanlon, W.H. (1995). Guía breve de terapia breve. Barcelona, Paidós.
- de Shazer, S. (1985). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona, Paidós.
- de Shazer, S. et al., (1985). Terapia breve: Un desarrollo focalizado en la solución. *Family Process*, 25, pp. 207-221.
- Elbert, S., Rosean, B., Minuchin, S. y Guerney, B. (1964). A method for the clinical study of family interaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, pp. 885-894.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, pp. 129-136.
- Erickson, E. (1956). El ciclo vital completado. Barcelona, Paidós.
- Fernández Ballesteros, R. (1995). Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales. Madrid, Síntesis.
- Ferrari, A. y Adami, R. (1996). Cuerpo, familia e institución. En Onnis, L. *La palabra del cuerpo* (pp. 189-207). Barcelona, Herder.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia. Barcelona, Herder.
- Fisher, L. y otros (1981). Types of paradoxical intervention and indications/contraindications for use in clinical practice. *Family Process*, 20, pp. 25-35.
- Freeman, J. & Lobovits, D., (1993). The turtle with wings. En Friedman, S. (Ed.), *The new language of change: Constructive Collaboration in Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (1997). Terapia narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego. Barcelona, Paidós.
- Groddeck, G. (1923). El libro del ello. Madrid, Taurus.

- Haley, J. (1967). Toward a theory of pathological systems. En Zuk, G.H. y Boszormenyi-Nagy, I. *Family theory and disturbed families* (pp. 22-27). Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Haley, J. (1986). *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Barcelona, Paidós.
- Jackson, Don D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly Supplement*, 31 (1), pp. 79-90.
- Jackson, Don D. (1966). Family practice: A comprehensive medical approach. *Comprehensive Psychiatry*, 7 (5), pp. 244-338.
- Kelsey-Smith, M. y Beavers, W.R. (1981). Family assessment: Centripetal and centrifugal systems. *American Journal of Family Therapy*, 9, 3-13.
- Kovacs, M. (1985). The children depression inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, pp. 995-998.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, Paidós.
- Linares, J.L., Castelló, N., y Colilles, M. (2001). La terapia familiar de las psicosis como un proceso de reconfirmación. *Redes*, 22, pp. 1-18.
- Lipowski, Z.J. (1968). Review of consultation-liaison psychiatry and psychosomatic Medicine, III: Theoretical issues. *Psychosomatic Medicine*, 30, pp. 395-422.
- Madanes, C. (1992). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Madigan, S. y Epston, D. (1995). From spy-chiatric gaze to communities of concern: From professional monologue to dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action*. New York, Guilford Publications.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, Gedisa.
- Midori Hanna, S. y Brown, J. (1995). *La práctica de la Terapia de Familia: Elementos clave en diferentes modelos*. Bilbao, Descleé De Brouwe.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa.
- Minuchin, S., Baker, L. y Rosman, B. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. "*Arch. Gen. Psych.*", 32, pp. 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Harvard University Press, Cambridge.

- Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1981). Técnicas de terapia familiar. Barcelona, Paidós.
- Morin, E. (1977). El método. Madrid, Cátedra.
- Moos, R.H. y Trickett, E.J. (1984). Escala de clima social. Madrid, TEA.
- Moos, R. H., Moos, B. S., & Trickett, E. J. (1989). FES, WES, CIES, CES. Escalas de Clima Social [Social Environment Scales]. Madrid: TEA.
- Nardone, G. (1995). Miedo, pánico, fobias: La terapia breve. Barcelona, Herder.
- Nardone, G. (2003). Más allá de la anorexia y la bulimia. Barcelona, Paidós.
- Nardone, G. (2009). Problem Solving Estratégico: El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles. Barcelona, Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). El arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona, Herder.
- Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2001). Las prisiones de la comida. Barcelona, Herder.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2005). Conocer a través del cambio. Barcelona, Herder.
- Onnis, L. (1985). Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Barcelona, Paidós.
- Onnis, L. (1988). Incurabilité ou absence de cure? *Thérapie Familiale*, 9 (3), pp. 199-218.
- Onnis, L. (1996). La palabra del cuerpo: Psicósomática y perspectiva sistémica. Barcelona, Herder.
- Onnis, L., di Genaro, A., Cespa, G., Agostini, B., Chouhy, A., Dentale, R.C., Quinzi, P., Businco, L., di Fazio, A. y Vazzoler, C. (1989). Utilità della psicoterapia familiare nelle malattie psicósomatiche croniche: dati preliminari di una ricerca sull'asma infantile. *Medicina Psicósomatica*, 34 (3), pp. 189-203.
- Onnis, L., di Genaro, A., Cespa, G., Agostini, B., Chouhy, A., Dentale, R.C., Quinzi, P., Forato, F., Maurelli, F.M. (1993). Approche systémique et prevention de la chronicité: résultats préliminaires d'une recherche sus les troubles psychosomatiques chroniques. *Thérapie Familiale*, 14 (2), pp. 201-216.
- O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (1989). En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona, Paidós.
- O'Hanlon, W.H. (1987). Raíces profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Barcelona, Paidós.
- Páez, D., Martínez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.

- Papp, P. (1983). El proceso de cambio. Barcelona, Paidós.
- Payne, M. (2000). Terapia narrativa: Una introducción para profesionales. Barcelona, Paidós.
- Peshkin, M.M. (1930). Asthma in children, IX: The role of environment in the treatment of a selected group of cases: a plan for a home as a restorative measure. *American Journal Disorder Children*, 38.
- Peshkin, M.M. y Tuft, H.S. (1956). Rehabilitation of the intractable asthmatic child by institutional approach. *Quart. Rev. of Pediatrics*, pp. 1157-1159.
- Prigogine, I. y Stengers, I. (1986). La nueva alianza. Metamorfosis de la ciencia. Madrid, Alianza.
- Rohrbaugh, M. y otros (1977). Paradoxical strategies in psychotherapy. *Encuentro anual de la American psychological Association*, San Diego.
- Selekman, M. (1993). Abrir caminos para el cambio: Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona, Gedisa.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). L'anoressia mentale. Milano, Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa. New York, Jason Aronson.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1988). Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona, Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1998). Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona, Paidós.
- Sifneos, P.E. (1975). The prevalence of "alexithymic": characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapies and psychosomatics*, 22, pp. 255-262.
- Sperling, E. y Massing, A. (1970). Der familiäre Hintergrund der anorexia nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen. *Schwierigkeiten. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 16, pp. 130-141.
- Spielberger, C. D. (1973). Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo para niños, STAIC. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- Stierlin, H. (1978). Delegation und familie: Beitr. Zum Heidelberger Familiendynam. Francfort, Suhrkamp Verlag.
- Stierlin, H. y otros (1996). Medicina de la familia y tumor. En *La palabra del cuerpo*, Onnis. L. Barcelona, Herder.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?: Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa. Barcelona, Gedisa.

- Taylor, M., Cartwright, B. S., & Carlson, S. M. (1993). A developmental investigation of children's imaginary companions. *Developmental Psychology*, 29, 276-285.
- Titchener, M.D., James, L., Riskin, J. y Emerson, R. (1960). The family in psychomatic process. *Psychosomatic Medicine*, 22.
- Troya, E. (2001). De qué está hecho el amor: Organizaciones de la pareja occidental entre el siglo XX y el siglo XXI. México, Lumen Humanitas.
- Varela, F. (1996). El cuerpo piensa. En Onnis, L., *La palabra del cuerpo* (pp. 207-218). Barcelona, Herder.
- Warren, W.L. y Buck, J.N. (1995). Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo HTP. México, Manual Moderno.
- Watzlawick, P. (1977). El lenguaje del cambio: Nueva técnica de la comunicación terapéutica. Barcelona, Herder.
- Watzlawick, P. (1979). ¿Es real la realidad?: Confusión, deformación y comunicación. Barcelona, Herder.
- Watzlawick, P. (1987). Lo malo de lo bueno o las soluciones de Hécate. Barcelona, Herder.
- Watzlawick, P. (1988). La coleta del barón de Münchhausen. Barcelona, Herder.
- Watzlawick, P. (1990). Therapy is what you say it is. En Zeig J.K. y Gilligan, S.G. (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors* (pp. 55-61). New York, Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. y Jackson, Don.D. (1967). Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona, Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1974). Cambio: Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona, Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1997). Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Barcelona, Paidós.
- Weakland, J.H., Fisch, R., Watzlawick, P., Bodin, A.M. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13 (2), pp. 141-168.
- Weber, M. (1913). *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tubinga, Mohr.
- Weeks, G. R. y L'Abate, L. (1982). *Paradoxical Psychotherapy: Theory and practice with individuals, couples, and families*. New York, Brunner/Mazel.
- White, M. (1983). Anorexia nervosa: A transgeneracional systems perspective. *Family Process*, 22, pp. 255-273.
- White, M. (1995). *Reescribir la vida: Entrevistas y ensayos*. Barcelona, Gedisa.

- White, M. y Epston, D. (1980). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona, Paidós.
- Wirsching, M. y Stierlin, H. (1982). Krankheit und familie. Stuttgart, Klett.