



LOS LABERINTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

A LO LARGO DE 50 AÑOS ININTERRUMPIDOS



JOSÉ ANTONIO RÍOS GONZÁLEZ

JOSÉ ANTONIO RÍOS GONZÁLEZ

Los laberintos de la terapia familiar a lo largo de 50 años ininterrumpidos

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas de las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

© 2016 Los laberintos de la terapia familiar a lo largo de 50 años ininterrumpidos

© José Antonio Ríos González

© 2016 Editorial: ACCI ediciones - Asociación cultural y científica iberoamericana

C./ San Ildefonso nº 17 28012 Madrid. España

Web: www.acciediciones.com Tel: 0034 91 3117696

ISBN: 978-84-16549-49-8

Descargado de: www.visionlibros.com

Fotografía portada: Patricia Fernández Sanjuan

Fotografía contraportada: Juan Luis Arenzana

Las opiniones expresadas en este trabajo son exclusivas del autor. No reflejan necesariamente las opiniones del editor, que queda eximido de cualquier responsabilidad derivada de las mismas.

Disponible en préstamo, en formato electrónico, en www.bibliotecavisionnet.com

Disponible en papel y ebook
www.vnetlibrerias.com
www.terrabooks.com

Pedidos a:
pedidos@visionnet.es

Si quiere recibir información periódica sobre las novedades de nuestro grupo editor envíe un correo electrónico a:
subscripcion@visionnet.es

Dedicatoria.

A cuantos me han confiado sus dolores y sus penas a lo largo de 50 años.
Y también sus alegrías.

A mis hermanos Felipe (+), Agustín, Eugenia y Lorenzo, Charo y a mi
mujer Pilar, mis hijos Marcos y Patricia y mi nieto Samuel quienes, cada
cual a su manera, me han ayudado a crecer.

Agradecimientos.

A Marcos Ríos Lago por presentar en el Prólogo el volumen con una
reflexión que ayuda a centrar el contenido del mismo con un encuadre que
permite situarlo en un panorama neuropsicológico.

A Alfonso Fabregat que desde la filosofía nos permite adentrarnos más
allá de la mera psicología y la terapia, hermanando en el Epílogo ciencias
que contribuyen al mejor conocimiento del hombre.

!Ojalá sea yo para todas las criaturas quien calma los dolores!

!Ojalá sea yo para el enfermo (psíquico) el remedio, el enfermero, el
médico, hasta la desaparición de la enfermedad!.

Ojalá sea yo para los pobres un tesoro inalienable.

Ojalá sea yo el protector de los abandonados, el guía de los caminantes,
la barca, el puente, el vado para quienes desean la otra orilla.

Ojalá sea yo la lámpara de quienes necesitan una lámpara, el servidor de
quienes necesitan servidores.

*(Sabiduría Búdica. Cantideva,
Boddhicaryavatara.. En "La voz de las cosas" de Marguerite Yourcenar.
Gadir.Editorial. 2005)*

ÍNDICE

Prólogo	9
Presentación de José Antonio Ríos González	
Hablemos de los laberintos en el trabajo de la Terapia Familiar y de Parejas a lo largo de 50 años ininterrumpidos.	13
1. El laberinto de las intervenciones sistémicas en problemas de familia y parejas.	19
2. El laberinto de las familias que hacen enfermar (FQHE): ¿enfermos o familias que hacen enfermar?	35
3. Cómo organizar el laberinto del registro de datos de una sesión con la familia o la pareja (Modelo JARG-Stirpe).	53
4. Síntesis del proceso y el laberinto de la terapia al azar de 3 familias y 3 parejas seguidas en “Stirpe” y supervisadas por J.A.R.	65
5. Historia del laberinto de la Terapia y la Orientación Familiar en España.	95
6. Cómo dar forma al laberinto de cuanto vemos en la Terapia Familiar: Modelos de Resúmenes de sesiones de terapia de familias y parejas.	125
7. El laberinto de mi experiencia con niños en Terapia Familiar. Mis experiencias con niños: lo que he aprendido trabajando con ellos.	135
8. El laberinto de la pareja cuando se rompe el amor.	145
9. La primera sesión de terapia de pareja como laberinto inicial.	155
10. Un maravilloso laberinto: familia, pareja y creencias religiosas.	157
11. Un buen laberinto para el terapeuta: el FOT o la urdimbre de la familia de origen del terapeuta.	181
12. Texto para la reflexión en medio de los laberintos.	209
13. Lo que resuena en el laberinto interior de mi vida de terapeuta familiar.	213
Epílogo	229

PRÓLOGO

En las primeras páginas de este libro se señala que “cuando empezamos a trabajar con familias y parejas no sabemos lo que nos vamos a encontrar. Sólo sabemos una cosa: que aceptamos atenderles para ayudarles a caminar y a resolver sus dificultades”.

Eso es cierto, pero creo que no completamente cierto. No sólo sabemos una cosa. Sabemos muchas más cosas. A lo largo de los años nos hemos formado como psicólogos y, lo sepamos o no, hemos acumulado una gran cantidad de conocimientos teóricos y aplicados. Nos habremos especializado en el uso de algunas herramientas de evaluación, tests y de algunos conocimientos concretos propios de una escuela u otra. Habremos leído libros de especialización en una enfermedad o en un enfoque terapéutico. Seguro habremos asistido a cursos monográficos o de profundización en temas concretos. También habremos estado en algún congreso para estar pendientes de los últimos avances sobre una enfermedad, o sobre las nuevas tecnologías en los tratamientos.... Esto forma parte de las cosas que también sabemos, aunque no seamos conscientes de ello.

En el campo de las lesiones cerebrales es común el término *anosognosia*. Éste hace referencia a la falta de conciencia de las dificultades que suelen mostrar algunos pacientes con una lesión cerebral. Muchos de ellos consideran que su rendimiento cognitivo es perfectamente normal y, sin embargo, éste se puede verse gravemente alterado, mostrando importantes dificultades de lenguaje, memoria, atención, percepción o resolución de problemas. Estos pacientes no son conscientes de las dificultades que presentan por muy evidentes que sean para el resto de personas que les rodean. Algunos autores han tratado de explicar cómo funciona esta falta de conciencia de las dificultades. Entre ellos destaca Fleming que, en 1996, dividió la conciencia de las dificultades en tres niveles de gravedad. En un primer nivel, el conocimiento del déficit, en el que los pacientes conocen lo que les pasa porque lo han oído en muchas ocasiones, pero realmente no identifican esas dificultades como algo propio. En segundo lugar, la conciencia de las consecuencias de las dificultades, algo que permite que los pacientes detecten pequeñas dificultades en el día a día, como la pérdida de las llaves de casa, que llegan tarde a las citas (o el olvido de las mismas), o que se encuentran

más irritables, pero no piensan que estas dificultades afectan realmente a su desempeño cotidiano y, desde luego, no ven que tengan algún impacto sobre su futuro. Por último, en un tercer nivel, se encuentra la situación en la que los pacientes conocen sus dificultades, detectan los errores, pero, sobre todo, son conscientes del impacto que eso puede tener sobre sus vidas en el medio y largo plazo, y actúan en consecuencia. En algunos casos la situación es más grave y los pacientes desconocen por completo que han sufrido una lesión cerebral.

La afectación de determinadas estructuras de la corteza prefrontal del cerebro justifica esa dificultad para observar de forma más o menos objetiva el propio rendimiento. Es la falta de conciencia de las dificultades del paciente. Algunos autores señalan que sólo la toma de conciencia de los problemas ayudará a que los pacientes pongan en marcha estrategias para minimizar el impacto de esas dificultades.

Pero ¿existe la falta de conciencia de las dificultades en el terapeuta? ¿existen terapeutas que desconocen sus limitaciones como tales? ¿existen quienes piensan que los pequeños errores que cometen como terapeutas en realidad no tienen un grave impacto sobre nada?

Conocer los aspectos teóricos acerca del funcionamiento de las relaciones sociales, las relaciones familiares, las emociones... conocer las herramientas terapéuticas, los mecanismos que rigen y funcionan en el ámbito de la terapia.... Disponer de todos estos conocimientos es condición necesaria para detectar los problemas, ordenarlos y poder intervenir en ellos. Las dificultades reales de los pacientes y los aspectos relevantes de la terapia no son siempre evidentes. Sólo la adecuada interpretación de lo que se observa y de lo que recibimos de la familia permitirá una toma de decisiones correcta. Y la única forma, a mi juicio, de realizar bien esta interpretación es que se haga desde el conocimiento adquirido a lo largo de los años. Quien desconoce los aspectos teóricos relacionados con la terapia no podrá interpretar adecuadamente lo que ahí está ocurriendo. El conocimiento es, por tanto, nuestra principal herramienta como terapeutas.

Seguro que quienes pensamos que aún nos falta mucho por aprender, encontraremos aquí muchas respuestas que nos asistirán a mejorar cada día en nuestro trabajo cotidiano. Como en el caso de los pacientes con daño cerebral, sólo la toma de conciencia de nuestras limitaciones nos pondrá en el camino para resolverlas. Debemos tener en cuenta lo que Mark Twain dijo: “no es lo que sabes lo que te mete en problemas, sino lo que crees que sabes pero no es así”.

Estoy seguro de que para conseguir encontrar la salida de los laberintos de la terapia hacen falta dos cosas: estudio y experiencia. En estas páginas se recogen más de 50 años de ambas cosas.

Marcos Ríos Lago
Doctor en Psicología
Neuropsicólogo
Experto en Intervenciones Sistémicas
mrios@psi.uned.es

PRESENTACIÓN:

Hablemos de los laberintos en el trabajo de la Terapia Familiar y de Parejas a lo largo de 50 años ininterrumpidos.

José Antonio Ríos González.

Cuando empezamos a trabajar con familias y parejas no sabemos lo que nos vamos a encontrar. Sólo sabemos una cosa: que aceptamos atenderles para ayudarles a caminar y a resolver sus dificultades. A lo sumo, y esto depende de la metodología que haya adoptado cada terapeuta, sabemos unas cuantas cosas muy desdibujadas y bastante desordenadas de lo que les preocupa y desean aclarar para estar mejor. Bueno: al menos eso es lo que dicen, aunque la mayoría de las veces al pretender ordenar cuanto nos dicen se muestre casi todo lo que nos han dicho como un caos.

¿Por dónde empezar? ¿A qué dar prioridad? ¿Todo es igual de importante?... Que “todo es importante” es una de las primeras afirmaciones que hace quienes nos exponen sus dificultades. Y Hacen bien porque lo que provoca esta manifestación es una mezcla confusa entre lo que puede ser importante y lo que puede ser urgente. Porque no es lo mismo. Personalmente creo que casi todo lo que nos plantean los pacientes es importante y entre tales cosas algunas son urgentes o muy urgentes para ellos. De ahí que la primera tarea que debemos abordar es distinguir cómo organizarlas por orden de preferencias en lo que se refiere a la atención que le vamos a prestar como terapeutas. Evidencia de ello es que cuando nos llaman pidiendo consulta y preguntamos qué desean plantear, el conjunto de cosas a aclarar se amontonan encima de la mesa, se agolpan para salir por el teléfono o se pisotean unas a otras al hablar, buscando la preferencia en el caso que nosotros le prestemos. Todo quiere salir a la vez y algunos terapeutas se dejan atrapar porque quieren abarcar todas las que van surgiendo. Parece lo que sucede cuando el contenido de la bolsa de la compra lo vertemos encima de la mesa de la cocina o lo dejamos ante la vista para empezar a ordenarlo a fin de colocarlo mejor en la nevera, los armarios o los apartados de cualquiera de los muebles que llenan nuestra cocina.

Hay que ir poco a poco sin dejar que el conjunto de cosas que hemos comprado nos invadan como un “totum revolutum” que nos domine.

Así es nuestro interior emocional. Ahí está todo. Resulta atractivo. Pero muy pocas cosas están ordenadas. Tal vez sea ese el primer laberinto que hay que desafiar. Y del éxito que tengamos en el intento de descifrarlo, dependerá la eficacia de cuanto sigamos haciendo.

Conforme ha pasado el tiempo los laberintos han ido tomando formas propias a partir de lo que son por definición hasta lo que llegan a constituir por uso y presencia en la vida emocional de cada uno de nosotros.

En la literatura tradicional suele describirse como laberinto un lugar artificiosamente formado de calles, encrucijadas y plazuelas, para que, confundiéndose el que está dentro, no pueda acertar con la salida. Suele ampliarse esta descripción añadiendo que se trata de una legendaria construcción de planta ingeniosa y complicada, cosa confusa y enredada. La primera representación del tipo cuadrado o rectangular del laberinto más antiguo está en una tablilla de Pilo y en algunas monedas de Cnosos de finales del siglo III donde aparece la figura del minotauro rodeada por un marco cuadrado formado por un meandro continuo en el que se quiere ver una posible relación del meandro con el laberinto. En Pompeya se encontró un grafitto que he podido contemplar con la figura del laberinto y a su lado la inscripción “Labyrinthus-hic habitat Minotauros”.

Así aparece el intrincado laberinto de encrucijadas que ligan las vivencias, experiencias, recuerdos, emociones y sentimientos que se nos abren ante los ojos cuando metemos la mano en el mundo interno de las parejas y las familias. Todo lo vemos formando un conjunto que también se ha ido construyendo artificiosamente hasta hacer muy difícil seguir el recorrido que nos lleve desde el inicio hasta encontrar la salida. En su interior, efectivamente construido por Dédalo, está el Minotauro que es un monstruo con cabeza de toro y cuerpo de hombre, personificación del rey sagrado cretense engendrado por Pasífae con el toro de Poseidón.

Así es nuestra vida psíquica, esa que pretendemos descifrar mediante la terapia. Así es la vida de la familia al ir construyéndose con el devenir de los acontecimientos y así mismo somos testigos de cuanto deseamos conocer de los mil pasos que da la pareja para hacer el recorrido a través de sus ciclos vitales tal y como queremos contemplarlos a lo largo de las páginas que van a seguir.

No es tarea fácil ni es trabajo cómodo. En nuestras parejas y nuestras familias también existe un minotauro. Y a lo que es el recorrido “normal” de la pareja o la familia se añade algo parecido a lo que le ocurría al Minotauro: a éste había que sacrificarle periódicamente siete jóvenes y

siete doncellas atenienses hasta que lo mató Teseo con ayuda de Ariadna.

Teseo es aquí el terapeuta y Ariadna, tal vez, sea cualquiera de nuestros queridos coterapeutas. Ambos se comprometen a vencer al minotauro que se oculta en el sistema familiar que es un verdadero laberinto.

Vamos a cumplir con nuestro compromiso a través de los capítulos de este volumen. Son la aportación que me atrevo a hacer a lo largo de la experiencia de 50 años de práctica terapéutica acumulada a mis 85 años.

No recuerdo con exactitud qué día fue todo ello aunque todavía suelo recordar con bastante claridad y detalles algunas fechas que han supuesto un momento de interés para nuestro ya largo recorrido de 50 años desde la fundación de STIRPE.

Ayer tarde, una vez más, cuando entré en la sala de terapia lo primero que pude ver fue el tablero de ajedrez encima de la mesa que tengo en el centro del salón. Como siempre, todo muy ordenado, de manera que resultaba atractivo ver las piezas de los supuestos contendientes perfectamente colocadas en sus respectivas casillas. Ninguna estaba fuera de su sitio. Cada una parecía que la había colocado una mano interesada en que cada cosa estuviera en el lugar adecuado. Eso era una condición necesaria para empezar bien la partida porque si no fuese así lo que ha de funcionar conforme a unas reglas que hay que respetar cuidadosamente, el juego puede resultar un caos.

Una vez más recordé mis años de jugador de ajedrez. Aunque nunca fui un virtuoso del mismo, llegué a ganar algún campeonato en la asociación juvenil en que estuve integrado durante mi adolescencia cacereña. Y lo que me trajo a la memoria cuando ví éste panorama es el interés que iba tomando la distribución de las piezas conforme avanzaba cualquiera de las muchas partidas que jugué en aquellos años. El movimiento de las piezas iba llenando las casillas que estaban sin ocupar al inicio..., y así hasta el final, hasta el ansiado jaque mate más o menos brillante.

Todo esto es muy diferente a lo que sucede cuando atendemos a una familia o a una pareja que viene a terapia. Al principio nos relatan lo que les preocupa o les hace sufrir. En el tablero mental que nos van describiendo sobre cada pieza, que equivale a cada miembro del sistema familiar que nos están dibujando verbalmente, están en un lugar concreto según las reglas que configuran el proceso de la terapia que es como el juego que llevan a cabo los dos ajedrecistas.

La familia o la pareja no sabe que “está jugando” a algo muy importante desde que se constituyeron como tal. A lo mejor ni saben jugar al ajedrez, pero cuando les enseño el tablero que tengo en mi consulta y les doy unas cuantas pistas saben cómo están colocadas las piezas, cómo se mueven, cómo pueden “comerse” a otra figura, cómo amenazar a un caballo, un alfil, una torre o al rey y la reina... Cuando hay niños en la sesión de terapia les invito a mover las piezas del modo que permiten las reglas de la partida... o, para que no se aburran, doy un manotazo al tablero y las piezas se descolocan. Desde ese momento las piezas dejan de estar donde estaban al principio de la partida; cada una está en un lugar que no es el que debe tener... El panorama es como una ciudad después de un bombardeo; todo está desordenado y parece que nada tiene sentido.

Esto me recuerda lo que un amigo de mi hijo respondió cuando regresó de un viaje que hizo a Roma. Bilbaino él y, naturalmente, forofó del Athletic de Bilbao, respondió de acuerdo con su mundo interno. La pregunta que le hicieron fue muy simple: “¿Viste el Coliseo?, ¿qué te pareció?”. No dudó un minuto: “Como San Mamés, pero bombardeado”. Respuesta inesperada y elocuente.

Así ocurre en muchas familias y parejas. Sorprendentes, pero “bombardeadas”. Metáfora que entenderán muy bien los aficionados al fútbol.

Desde ahí hay que empezar a explicar a quienes vienen a terapia que algo muy parecido sucede en la familia y en la pareja cuando cada miembro “está fuera de su sitio” por un tipo de bombardeo emocional o juega un papel que no es el adecuado en una verdadera relación intrafamiliar o conyugal. Hay padres que no están donde debieran (padres periféricos); hay hijos que ocupan el lugar de los padres (hijos genitoriales), hay madres que ocupan demasiado espacio en la vida emocional de los hijos (madres invasoras) y hay hermanos que no saben jugar el papel fraterno sino que desarrollan funciones parentales porque se consideran “mayores” que los hermanos de menor edad ... Un caos. En la pareja ocurre algo parecido cuando el varón es más padre que marido o a la esposa se le pide que desempeñe papeles y funciones más maternas que conyugales.

Esto es lo que vengo viendo y sobre esos “territorios bombardeados” trabajo hace 50 años de manera ininterrumpida todas las tardes y algunas mañanas. Y entre el inicio y el final de la sesión de terapia, vista como una verdadera partida, están los laberintos que vamos a analizar en las páginas que siguen. Vamos a verlo paso a paso. Moviendo cada pieza con calma, enseñando lo conveniente a cada miembro para que descubra cómo estar en su lugar adecuado, ayudándoles en el proceso de

descubrimiento y reestructuración de sus propios mecanismos de funcionamiento.

Así, y sólo así, la terapia será eficaz y la familia empezará a vivir con eficacia según nuestro punto de vista.

J.A.R.G.

Madrid, 23 de septiembre de 2015

CAPÍTULO 1.

El laberinto de las intervenciones sistémicas en problemas de familias y parejas.

“La familia es algo más que las cuatro paredes de la vivienda”
(De la película “Paddington”)

1. Introducción.

Los modelos clásicos de intervención en terapia, y por ampliación, de los trabajos inherentes a la Orientación Educativa de corte tradicional, han puesto su atención en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del individuo que había que tratar, aunque siempre de manera individual y sin tener en cuenta para casi nada, por no decir “para nada”, el entorno de vida del mismo.

Ese planteamiento, respetable por válido en la dirección que se pretende, debe su origen al fuerte influjo que durante muchos años ha tenido en las ciencias psicológicas el modo médico de afrontar la enfermedad. El “enfermo” es una unidad de intervención sobre la que se centran todos los actos médicos que buscan la salud de la persona amenazada en algún aspecto de su vida física. Voy a poner un ejemplo: si yo acudo a mi médico de cabecera, con toda responsabilidad prescribirá la realización de una analítica que detecte las posibles causas biológicas de mi estado. A éste médico le interesa “mi salud” en general. Si a la vista de los primeros chequeos médicos se detecta que hay algo más oculto y alguna de las amenazas que percibo sobre la salud se polariza en mi aparato digestivo me envía a un especialista y a éste, por ejemplo, le interesa primordialmente “mi estómago”; si se descarta la base biológica de la disfunción que sufro, me aconseja acudir a un psicólogo clínico o a un psiquiatra, porque piensa que mi alteración tiene un matiz más o menos psicossomático, funcional o neurovegetativo que debe ser abordado desde una perspectiva que no es la estrictamente biológica. A este último especialista le interesa “mi vida emocional” con todo lo que acarrea en el plano de las emociones, los afectos y los sentimientos. Y es este último el que, al final del peregrinaje, empieza “mi” tratamiento, ya sea con fármacos que alivien la ansiedad de base, los miedos que tengo, las

fobias que me acechan o cualquier otra manifestación neurótica que esté en el trasfondo de lo que inicialmente dio la cara como una falta de salud genérica, aunque se haya centrada en un malestar general que fue limitando sus contornos a través de los pasos dados. Es muy probable que el psicólogo o el psiquiatra estimen necesario alternar mi tratamiento farmacológico con un tratamiento de tipo psicoterapéutico con algunos de los modelos existentes en el campo de las ciencias de la salud. Y esto suele ser un planteamiento frecuente que no debe ignorarse en algunos caos.

Todos ellos, como es bien sabido, se centran “en el individuo” y por ello, todas las acciones puestas en marcha me tienen a mí como eje de sus intervenciones. Ninguno de ellos, en el modelo tradicional, hace un diagnóstico de las personas que viven conmigo en cuanto enfermo. El pronóstico, a su vez, se centra igualmente en mí y el tratamiento - cualquiera que sea- también se limita a tratarme a mí, dejando al margen cualquier otra intervención sobre cada una o sobre alguna de las personas con las que vivo o que me rodean en mi vida social o laboral.

La intervención tradicional, por tanto, se centra en quien llamamos “enfermo”. Esa es la orientación que encontramos en toda la literatura científica que aborda las enfermedades. Aún más: quienes empezaron a contemplar la posibilidad de ver “más allá de los síntomas orgánicos”, pusieron también su atención en lo “intrapsíquico individual” sin adentrarse en otros territorios. Si nos fijamos en las valiosas aportaciones de Freud, el psicoanálisis, tanto desde el punto de vista de su enfoque como “teoría de la personalidad” y como “técnica de intervención” para solucionar los conflictos latentes que se exteriorizaban mediante lenguajes corporales, puso y sigue poniendo su centro en lo más personal e individual. Los demás modelos de intervención psicoterapéutica, han seguido idénticos caminos: diagnosticar al individuo, pronosticar la evolución positiva o negativa del sujeto y, lógicamente, tratar al mismo de manera individual.

A partir de los finales años cincuenta del siglo que acabamos de dejar, se empezó a tener otra perspectiva porque se vio que algunos enfermos psíquicos tenían en la base de su problemática algunos comportamientos que tenían “algo” que ver con el entorno de vida, con la interacción con los cercanos, con el tipo de comunicación que habían establecido con las personas de su “alrededor”, aspectos que permitían vislumbrar la posible influencia de factores “extrapsíquicos” que desbordaban la más rigurosa observación de lo que acontecía en el exclusivo mundo interno de la persona que se calificaba como “enferma”.

Ese nuevo modo de percibir la realidad del “enfermo” es el que se ha ido estructurando en la segunda mitad del Siglo XX dando origen a lo que

conocemos como “modelo sistémico”, “interactivo”, “relacional” o “del contexto”. Si los especialistas que estuvieron indagando para descubrir las raíces de los males que me hicieron consultar con mi médico de cabecera, conociesen este último enfoque, me habrían remitido a un “terapeuta sistémico” y éste, sin descartar nada de lo descubierto por los otros especialistas, habría dado un paso más: una vez descartadas las raíces estrictamente biológicas, no sólo me habría visto a mí, sino que “habría visto” a las personas que me rodean, empezando, naturalmente, por mis familiares, para seguir -si fuese el caso- por otras personas de mi entorno profesional, social, etc., ampliando de éste modo, hasta ver qué tiene que ver mi “malestar” con el tipo de red social en que he nacido y sigo creciendo. El “ver” a las personas de mi contexto no se limita, como hacen algunas veces los seguidores del modelo “lineal” (enfermo-médico) a solicitar información sobre el problema que consulto como paciente, sino que implica “ver” las relaciones que nos unen, las interacciones que nos caracterizan, el tipo y el nivel de comunicación que nos vincula y, en suma, lo que puede significar -con el microscopio que facilita el paradigma sistémico- las inevitables vinculaciones de “mi sintomatología” con “mi familia” y a ésta, para ser más preciso, en función del “ciclo vital” que atraviesa cuando aparecen mis males, así como la reacción que tienen ante ellos y hasta el posible influjo en la aparición de los síntomas que me hacen sufrir.

Desde la medicina hipocrática hasta la neurociencia de nuestros días se ha recorrido un largo camino lleno de nombres ilustres en lo que se refiere al ámbito que podemos denominar “modos de enfermar”: Kretschmer, Heyman, Le Senne, Sheldon, Freud, Adler, Jung, Melanie Klein, Ajuriaguerra, Bolwby, Rof Carballo, Laín Entralgo, Haley, Bateson. Jackson, Watzlawick, Minuchin, Satir, Selvini-Palazzoli y cuantos siguen los pasos de unos y otros hasta hoy.

Desde ángulos muy diversos, y aunque dicho de modos muy diferentes, pero coincidentes en mayor o menor medida y más allá de cuanto se supone la mayoría de las veces, todos vienen a coincidir en que enfermamos según vivimos y en relación muy directa con el tejido o urdimbre en que nacemos y crecemos.

2. Intervenciones sistémicas.

Desde las perspectivas que nos ofrece cuanto acabamos de exponer, puede deducirse que el modo de intervención entre los seguidores del modelo “lineal” y el que adoptamos quienes seguimos como referente principal el llamado “sistémico”, es muy diferente. Todos, es cierto, tenemos como objetivo la “curación” del enfermo. Cada uno, sin embargo, recorre un camino distinto. Los “lineales” se limitan al paciente o enfermo;

los “sistémicos” contemplamos el entorno. Aquellos sólo ven al individuo; nosotros trabajamos con “toda la familia” del paciente. Para los primeros el sujeto es un “enfermo que hay que curar”; para nosotros el “enfermo” es el “paciente designado” (PD) por la familia para centrar en él muchas disfunciones ocultas que no quieren verse o que si se ven no quieren aceptarse. La persona aislada es la unidad de intervención de los “lineales”; para los “sistémicos” la unidad de intervención es el sistema (familiar, escolar, grupal, social, etc...) aunque el objetivo sea “curar a quien se designa como enfermo”.

Las intervenciones sistémicas, por tanto, se apoyan en postulados propios deducidos del funcionamiento de los sistemas entendidos como lo hacen Von Bertalanffy (1930) según su “Teoría General de Sistemas” (TGS), de las bases y teorías que nos ofrece la Pragmática de la Comunicación (Bateson, Jackson, Watzlawick), así como de la Teoría de los Juegos que desde Berne y su Análisis Tradicional (AT) han ido incorporando nuevos elementos que han originado instrumentos de intervención tan valiosos como los que Selvini-Palazzoli ha puesto en marcha a partir del análisis de los juegos sucios o psicóticos de las familias que manejan de un modo peculiar el poder que se ejerce en su interior.

Muchos son, por todo ello, los tipos de intervención sistémica con que contamos en nuestros días y amplia es la literatura científica, concretada en libros y revistas especializadas, en la que pueden encontrarse consideraciones detalladas de cada uno de ellos.

Aquí vamos a limitarnos a presentar algunos que estimamos fundamentales en nuestro modo de trabajar hace 50 años y de cuya descripción más detallada puede encontrarse amplia referencia en otros lugares (Rios, 1994, 1998).

a) Tres intervenciones imprescindibles:

a.1. Redefiniciones:

Las familias vienen a consulta con la idea centrada en los problemas que la acosan y su planteamiento reduccionista los lleva a pensar que todo cuanto les ocurre es anormal y hasta patológico. Las redefiniciones sirvan para empezar a mostrarles otras caras o vertientes de cuanto les sucede, de manera que puedan adoptar una actitud distinta, no sólo en cuanto a la conceptualización de su “problema” sino en cuanto se refiere a la actitud constructiva que han de adoptar ante él. Este objetivo se logra mediante la utilización de la “redefinición”, consistente en devolver a la familia el “problema que nos presentan” en términos evolutivos y normales y no como patológico.

Las redefiniciones pueden apoyarse en los hitos que nos ofrecen los “ciclos vitales de la familia o la pareja”, ya que el paso de un ciclo vital a otro acarrea de manera inevitable la aparición de “crisis” que son estirones de crecimiento y desarrollo que implican un esfuerzo. Así, por ejemplo, podemos redefinir como normal y evolutiva la actitud de rebeldía de un adolescente, la dificultad del ajuste emocional de un niño, la adaptación al hecho de ser padres con el arrastre de mecanismos que desencadenan desajustes que repercuten en la estabilidad de la pareja.

Aparte del valor positivo que encierra toda redefinición, lleva consigo una descarga del nivel de ansiedad y de culpabilización con que se vive un fenómeno que desequilibra la vida de la familia o la pareja hasta ese momento.

a.2. Connotaciones:

Todas las familias y pareja en consulta vienen con una carga emocional muy fuerte, ordinariamente traducida en términos de sentimientos de inutilidad o incapacidad para resolver los problemas que van surgiendo a lo largo de su historia. Se sienten bloqueados para buscar soluciones, pero sobre todo este bloqueo les conduce a no poder distinguir nada positivo entre lo mucho que hacen por resolver cuanto les afecta.

Las connotaciones positivas tienden a romper este juego tan destructivo y limitante. El orientador y el terapeuta han de poner en marcha los mecanismos que permitan destacar en el sistema familiar o en el funcionamiento del subsistema conyugal y parental aquello que, a pesar de todo, están haciendo bien. Podrán ser cosas aparentemente pequeñas, actitudes no reforzadas, estilos educativos escasamente valorados, esfuerzos no reconocidos. Utilizando una metáfora que transmitimos frecuentemente en el trabajo terapéutico, podemos decir que se trata de alguna flor que nace en medio del basurero que perciben. También la basura puede ser estiércol para que nazca una rosa.

Por otro lado, servirán a los terapeutas para poner las bases de lo que he denominado “devolución de la capacidad educativa y terapéutica” a la familia o la pareja. De este modo se potencia el autoconcepto que tienen de sí mismos, aniquilando la sensación de incapacidad o impotencia que mata las más ricas potencialidades ocultas o latentes.

Una connotación de uso frecuente es la de hacer ver a la familia que el mismo esfuerzo que están haciendo para trabajar en el proceso de terapia, es algo positivo a destacar, potenciar y no abandonar. Aún más: los mismos síntomas que les afectan (un fracaso escolar, una depresión, el conflicto social de un hijo, una anorexia o una crisis de pareja) encierran el “valor positivo” de aglutinarlos para buscar entre todos una solución eficaz con la ayuda del terapeuta.