

## LA PSICOTERAPIA RELACIONAL SISTÉMICA Y EL PSICOTERAPEUTA\*

Por: *Bismarck Pinto Tapia*  
*Director Instituto Boliviano de Terapia Familiar*  
*Docente de la Carrera de Psicología UCB*  
*Doctorando en Psicología Social en la Universidad de Granada y la UCB*

### 1. ¿Qué es la psicoterapia? Una perspectiva relacional sistémica.

*“...lo que la gente no sabe es infinito...cosas que en realidad saben y creen que no las saben”*

*Milton H. Erickson*

*“ Rigurosamente hablando, la cuestión no es cómo curarse sino cómo vivir.”*

*Joseph Conrad*

Desde los albores del enfoque sistémico se ha planteado que para hablar de psicoterapia se debe mencionar el cambio<sup>1</sup>, los pacientes acuden al psicoterapeuta para cambiar algo de sus vidas, muchos tienen la esperanza de que exista en las habilidades del profesional algo de magia para hacer desaparecer su dolor<sup>2</sup>, o parafraseando a **Moni Elkaim**<sup>3</sup>: los pacientes piden cambiar sin que se los cambie; esto es “ayúdeme a dejar de sufrir pero sin cambiar mi situación”.

La disfuncionalidad de un sistema se caracteriza por su tendencia a la equifinalidad, esto es a actuar para reducir al máximo la entropía<sup>4</sup>, la idea de que el equilibrio, la estabilidad, el control son sinónimos de salud y felicidad generan tal resistencia al cambio al grado que se llega a creer en la certidumbre absoluta. Pero un sistema activo necesita expandirse, crecer y las interacciones entre sus elementos quíerense o no producirán tarde o temprano ciertos niveles entrópicos internos ocasionando una crisis dentro del sistema.

Es en ese estado que nos buscan las familias, las parejas, los grupos y los individuos, con la esperanza del no cambio, con la expectativa de que la psicoterapia les ofrezca la paz, el equilibrio, la felicidad, la entropía cero. Es así que es posible encontrar terapeutas formados para mantener los estados estables en los pacientes, claro está que ante tal labor se anula la posibilidad de crecimiento del sistema definido como consultante.

La visión del síntoma como emergencia del sistema familiar para modificar su estructura estable, fue propuesta por los pioneros del enfoque sistémico aplicado a la psicopatología<sup>5</sup>, por ende el objetivo terapéutico cambió de considerar al síntoma como un enemigo al que se debe exterminar al de un amigo para modificar la disfuncionalidad del sistema, de tal manera que una vez cumplida su función el síntoma abandona la empresa. Una vez le comuniqué esta idea a una paciente anoréxica de la siguiente manera: “tu problema es el grito desesperado de tu alma para que escuches a tu corazón y abras los ojos...”, escuchó, miró, le dolió lo que vio, en vez de hablar a través de un síntoma que nadie en casa entendía, le puso palabras a su dolor.

El síntoma es una forma de decir lo que la palabra no alcanza a decir, o lo que los oídos de los demás no quieren escuchar. El síntoma emerge como un refugio, protege, defiende ante el impacto insostenible de la negación del ser.

El síntoma es producto de la “ilegitimación”, es consecuencia de un falso amor. Quien ama acepta, le alegra la felicidad del ser amado aunque ésta no coincida con las expectativas del amador, entonces la persona se entrega, se encuentra, hay intimidad; en cambio, el síntoma es la escafandra que nos protege del que dice

---

\* Se utilizará “el terapeuta” para designar indistintamente al psicoterapeuta varón y a el psicoterapeuta mujer.

<sup>1</sup> Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. 1984 Cambio. Barcelona: Herder.

<sup>2</sup> Selvini Palazzoli M. 1990 El mago sin magia. Buenos Aires: Paidós.

<sup>3</sup> Elkaim, M. 1995 Si me amas no me ames. Buenos Aires: Paidós

<sup>4</sup> Pinto, B. 1997 Terapia familiar cognitivo sistémica. Conferencia dictada en el Congreso Internacional de la SIP en São Paulo.

<sup>5</sup> Bateson, G. y otros 1990 La nueva comunicación. Barcelona: Kairós

amarnos cuando en realidad ama lo que espera de uno, no acepta, condiciona, plasma sus expectativas anulando la existencia auténtica. El dolor es insoportable, se busca refugio en alguien, al no encontrarlo el individuo construye un absurdo: el falso dolor, el síntoma. Salpica entonces esa especie de sangre plástica que cual ácido sulfúrico quema la piel de quien no sabe amar, es en ese momento que la familia busca ayuda.

Suele suceder también que el síntoma protegió a la persona del dolor, una vez resulta la situación, se da una especie de enamoramiento por el síntoma, el mismo no es útil, pero se instala silencioso en el ser, se lo usa en situaciones diversas, o se manifiesta aunque no se quiera. Muchas veces el paciente dice: “no es por mi voluntad, me viene, ocurre”; palabras que hacen pensar en el síntoma como una entidad con vida propia e independiente. ¡Qué difícil entender que es preferible el síntoma al dolor infame! El celoso prefiere vivir con la idea del control absoluto de su pareja a asumir que no puede controlarse a sí mismo, el adicto prefiere luchar contra la droga que mirar su profunda soledad, el fóbico achacarle al objeto fóbico por todos sus pesares que asumir su cobardía, la anoréxica refugiada en su cuerpo antes que continuar creciendo, etc.

El síntoma ayuda a sobrevivir, impide vivir<sup>6</sup>, por eso el objetivo de la psicoterapia va más allá de la eliminación del síntoma, se dirige a entregar al paciente a la vida, el síntoma es un pretexto para la terapia, para que se de el cambio no es suficiente la extinción del síntoma, cuando éste desaparece lo que queda es el vacío y la esperanza se esfuma. Recuerdo una paciente adolescente con un problema de disfemia (tartamudez), pensaba que el día que dejaría de tartamudear su vida iba a ser otra, con el apoyo de una fonoaudióloga y técnicas comportamentales disminuyó notablemente el síntoma...pero nada más, la vida seguía igual, o peor, porque ahora la gente la comenzaba a tratar como a los demás...por eso prefirió volver a tartamudear.

Otro aspecto importante a tomarse en cuenta en el enfoque relacional de la psicoterapia, es el principio según el cual un sistema se define por sus relaciones, no es la suma de sus partes<sup>7</sup>, por lo tanto la modificación de un elemento altera la actividad del resto de los miembros, por ende todo el sistema se modifica. A este principio básico, se suma la concepción pragmática de la comunicación, según la cual es imposible no comunicar, la comunicación afecta el comportamiento de los sujetos en comunicación tanto del que emite el mensaje como del que lo recibe, el efecto de lo comunicado no está en el mensaje sino en su interpretación<sup>8</sup>.

Fue **Jay Haley** quien se percató que en las familias se suelen establecer triángulos configurados en alianzas y coaliciones, las primeras para protegerse y las segundas para atacar<sup>9</sup>, fenómenos que ocurren cuando el sistema corre el riesgo de desequilibrarse por la presencia de entropía, esto ocurre en los momentos críticos del ciclo vital familiar; de ahí que este autor considera que la aparición de los síntomas siempre se relacionan con los cambios exigidos por el ciclo.

Sin embargo, a mi parecer la postura de **Haley** es muy determinista y cerrada, no siempre un síntoma surge por conflictos familiares, he visto niños de familias funcionales con trastornos de su comportamiento, ¿por qué? Una de las razones es la expuesta por Rich<sup>10</sup>, psicóloga que a diferencia de **Haley** considera que es el entorno social el que define el desarrollo de la personalidad de los niños, a partir de investigaciones controversiales esta autora pone en tela de juicio las teorías psicológicas del desarrollo, y claro, desbarata la hipótesis defendida por **Haley**. Por cierto, por ejemplo, existen niños enuréticos que desarrollan el síntoma ante conflictos escolares que no son capaces de enfrentar.

Pienso que la familia es un sistema entre varios que configuran la interacción del individuo con su medio, la terapia familiar demostró que no es solamente el sistema conyugal el que puede estar en juego en la manifestación sintomática de los hijos, sino también el fraterno; ahora es posible observar cómo sistemas externos a la familia, principalmente la escuela y el trabajo pueden derivar en la construcción de síntomas<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> Pinto, B. 1995 *Padres, Hijos y Pareja*. La Paz: A Tiempo.

<sup>7</sup> Bertalanffy, L. 1978 *Teoría general de sistemas*. Madrid: FCE

<sup>8</sup> Watzlawick, P. y otros. 1971 *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

<sup>9</sup> Haley, J. 1989 *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu

<sup>10</sup> Rich, J. 1999 *El mito de la educación*. Barcelona: Grijalbo

<sup>11</sup> Dowling, E., Osborne, E. 1996 *Familia y escuela*. Una aproximación conjunta y sistémica a los problemas infantiles. Buenos Aires: Paidós

Otro postulado clásico de la terapia familiar ha sido el de considerar que el síntoma es producto de la disfuncionalidad, pero a partir de casos con lesiones cerebrales se puede observar el fenómeno contrario, el síntoma, en este caso orgánico, puede desatar procesos relacionales disfuncionales<sup>12</sup>. Lo que sucede es que no se debe ver al sistema como causa, ni al síntoma como efecto o viceversa, sino en constante interacción, no es que la disfuncionalidad genera trastornos, ni que los trastornos producen disfuncionalidad, sino que ante la entropía generada por el cambio el sistema se organiza para gestar neguentropía, esto puede producir cambios en la propia estructura del sistema, derivando en éxitos funcionales, o en fracasos disfuncionales.

Cuando **Bowen** postula que el enfoque terapéutico debe ir del individuo al sistema<sup>13</sup>, se cayó en el error de minimizar la importancia del individuo, hoy el enfoque sistémico está recuperando al individuo<sup>14</sup>, tampoco se deben perder de vista los efectos de los sistemas biológicos en el paciente<sup>15</sup>; sabemos que la esquizofrenia es una enfermedad resultante de alteraciones genéticas que modifican la monoaminooxidasa, la misma que altera la síntesis dopaminérgica, existen suficientes estudios neuropsicológicos para aceptar el daño cerebral subyacente en las psicosis, otros trastornos como el trastorno antisocial psicopático primario o psicopatía primaria de **Lykken**<sup>16</sup>, el trastorno obsesivo compulsivo, y otros.

Sólo con una visión sistémica del enfoque sistémico es posible acceder a las decisiones más pertinentes en la psicoterapia.

No todas las personas que buscan ayuda psicológica requieren terapia, la psicoterapia es pertinente sólo cuando su aplicación ayude a la persona consultante, **Haley** menciona que hacer psicoterapia en quien no la necesita es como colocar yeso en un brazo sano<sup>17</sup>. Por ello es necesario diferenciar entre asesoramiento psicológico y psicoterapia.

Cuando se recibe al demandante (individuo, pareja, familia, grupo), es importante iniciar nuestro trabajo definiendo si la situación presentada puede resolverse desde la psicoterapia, o si existen otras alternativas no psicoterapéuticas que ayuden, o finalmente se trata de una situación sin solución.

Para aclarar nuestra decisión es interesante la diferenciación que hace **Watzlawick** de lo que es un problema y lo que es una dificultad<sup>18</sup>: un problema es una situación que nos obstaculiza un logro, pero cuya situación depende de algo que nosotros podemos hacer, mientras que en una dificultad la solución no depende de una acción nuestra.

Desde ese punto de vista, para el terapeuta experto queda claro que si la demanda implica fenómenos que conoce y además puede ofrecer una estrategia para colaborar al paciente a enfrentarlos y resolverlos, está frente a un problema, por ende corresponde su accionar profesional, es decir, la psicoterapia es pertinente. Pero si la demanda implica fenómenos desconocidos, o situaciones cuya solución escapa a los conocimientos del terapeuta, está frente a una dificultad, por lo tanto no es pertinente la acción profesional del terapeuta.

Debo añadir que además de la experiencia requerida para el terapeuta, existen situaciones planteadas por los demandantes que no son para ser tratados en psicoterapia, tal es el caso de enfermedades orgánicas, problemas legales, problemas de aprendizaje, problemas administrativos, etc.

Desde la perspectiva del demandante, el planteamiento es distinto, algunas personas manejan sus dificultades como si fueran problemas factibles de ser tratados en psicoterapia, otros plantean problemas como si fueran dificultades y consideran que la psicoterapia no es una opción como solución.

---

<sup>12</sup> Pinto, B. 1998 Neuropsicología de los problemas del aprendizaje escolar. La Paz: Punto Cero

<sup>13</sup> En: Goldenberg, I. Goldenberg, H. 1996 Family Therapy. An overview. Pacific Grove: Brooks| Cole

<sup>14</sup> Boscolo, L., Bertrando, P. 2000 Terapia sistémica individual. Bs. Aires: Amorrortu.

<sup>15</sup> Pinto, B. 1998 Neuropsicología de los problemas del aprendizaje escolar. La Paz: Punto Cero

<sup>16</sup> Pinto, B. Emoción, cognición y relaciones interpersonales en la psicopatía primaria de Lykken en: Revista electrónica Ajayu, Ver: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Psicologia/revista/articulos.htm>

<sup>17</sup> Haley, J. 1996 Aprender y enseñar terapia. Buenos Aires: Amorrortu

<sup>18</sup> Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. 1984 Cambio. Barcelona: Herder

Watzlawick, P. 1986 El lenguaje del cambio. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. 1995 El arte de amargarse la vida. Barcelona: Herder

Cuando la situación no amerita psicoterapia y sí el apoyo de otro profesional, el psico - terapeuta deberá remitir el caso al profesional pertinente. En algunas situaciones, puede ocurrir que el terapeuta inició un proceso terapéutico, y en el camino se percata de que la problemática del paciente responde a factores que escapan al alcance de la psicoterapia, motivo por el que hace una interconsulta, la misma que puede derivar en la remisión del caso, o bien a un trabajo multidisciplinario.

Se dan otras circunstancias, en las cuales el demandante requiere simplemente una orientación, en ese caso se procede con intervenciones psicopedagógicas, por ejemplo en el caso de asesorar a una pareja en técnicas sexuales.

En otras circunstancias, definir si lo pertinente es una terapia individual, conyugal o familiar requiere de lo que el CEFYP denomina “indicación”<sup>19</sup>, luego de una reflexión del terapeuta con los pacientes y con el equipo supervisor, se indica la terapia más aconsejable para el caso.

La psicoterapia se compone de un conjunto de intervenciones<sup>20</sup>, las mismas que están dirigidas a un cambio en el sistema, las mismas pueden dirigirse al contenido o a la relación.

**Bradford Keeney y Jeffrey Ross** utilizan el término “marco de referencia semántico” (MRS) para las intervenciones dirigidas al contenido y “marco de referencia político” (MRP) cuando están orientadas a la relación<sup>21</sup>.

Considero que los estilos terapéuticos pueden clasificarse en: estilos dirigidos al MRS, estilos dirigidos al MRP, y los mixtos.

Las escuelas psicodinámicas clásicas (**Freud, Jung, Lacan**) han sido una clara representación de un enfoque centrado en el MRS, de ahí la proliferación de intervenciones cargadas de interpretaciones. La escuela cognitiva clásica (**Ellis, Beck**) y la post racionalista (**Guidano**) si bien abandonan el énfasis dado a la interpretación se concentran en la organización cognitiva del significado y trabajan sobre la reestructuración cognitiva.

Fue en el enfoque de la terapia conductual que encontramos el inicio del interés en los aspectos relacionales básicos<sup>22</sup>, abandonando de manera radical el enfoque dirigido a los significados. Con el surgimiento de la teoría de la comunicación humana en la Escuela de Palo Alto se construye el modelo relacional fundamental para identificar a las escuelas sistémicas<sup>23</sup>, el énfasis se pone en el MRP antes que en el MRS.

Dentro de las distintas escuelas de terapia familiar sistémica, están aquellas que se centran más en el MRP: intervenciones estratégicas (**Haley**<sup>24</sup>, **De Shazer**<sup>25</sup>), las que se ocupan del cambio en la estructura familiar subrayando las relaciones jerárquicas de la familia (**Minuchin**<sup>26</sup>), la puesta en evidencia de los juegos patológicos (**Selvini-Palazzoli**<sup>27</sup>).

Por otro lado las que dan prioridad al MRS: la terapia cognitiva- sistémica (**Huber, Baruth**<sup>28</sup>), la terapia centrada en la comunicación (**Satir**<sup>29</sup>), el enfoque existencial (**Whitaker**<sup>30</sup>, **Welter-Enderlin**,

---

<sup>19</sup> Droeven, J. 2000 Devenir de las ideas en una institución de terapia familiar. Bs. Aires: Cefyp.

<sup>20</sup> Droeven, J. Op.Cit.

<sup>21</sup> Keeney, B., Ross, J. 1987 Construcción de terapias familiares sistémicas. Bs. Aires: Amorrortu  
Keeney, B., Silverstein, O. 1988 La voz terapéutica de Olga Silverstein. - Buenos Aires: Paidós

<sup>22</sup> Ribes Iñesta, E. 1974 Técnicas de modificación de conducta: su aplicación al retardo en el desarrollo. México Trillas

<sup>23</sup> Watzlawick, P. y otros. 1971 Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

<sup>24</sup> Haley, J. 1989 Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu

<sup>25</sup> De Shazer, S. 1987 Pautas de terapia familiar breve. Buenos Aires: Paidós.

<sup>26</sup> Minuchin, S. 1986 Familias y terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa

<sup>27</sup> SelviniPalazzoli, M. y otros. 1993 Los juegos psicóticos en la familia. Buenos Aires: Paidós.

<sup>28</sup> Huber, Ch, Baruth, L. 1991 Terapia familiar racional - emotiva. Barcelona: herder.

<sup>29</sup> Satir, V. 1986 Psicoterapia familiar conjunta. México: La Prensa

Hildenbrand<sup>31</sup>), la propuesta narrativa ( White, Epston<sup>32</sup>, el CEFYP<sup>33</sup>), el enfoque constructivista (Maturana<sup>34</sup>) Están quienes equilibran ambos marcos de referencia, como el enfoque transgeneracional (Framo<sup>35</sup>, Andolfi<sup>36</sup>)(Ver Tabla 1)

A pesar de que es posible hacer un intento didáctico de clasificar las escuelas de terapia sistémica a partir de los marcos de referencia predominantes, la mayoría no abandona ninguno de los marcos de referencia, incluyéndolos de una u otra manera en su modelo, claro está que la manera de ver las cosas de todas las escuelas sistémicas es necesariamente relacional.

Escuela	Marco de referencia	Foco terapéutico	Intervenciones
Haley	Político-estratégico	El problema	Tareas, ordalías, paradojas.
De Shazer	Político-estratégico-breve	La solución	Tareas, ordalías, paradojas, reencuadre
Minuchin	Político- estructural	Jerarquías	Reestructuración familiar
Selvini Palazzoli	Político – estratégico – estructural	Juegos patológicos	Intervención invariable, paradojas, develar los juegos.
Huber, Baruth	Semántico – cognitivo	Pensamientos irracionales	Reestructuración cognitiva.
Satir	Semántico- comunicacional	Comunicación, autoestima	Reestructuración de la comunicación.
Whitaker	Semántico - existencial	Autenticidad.	Provocación, confrontación.
Welter-Enderlin, Hildenbrand	Semántico - existencial	Encuentro relacional.	Empatía, aceptación incondicional, congruencia.
White, Epston	Semántico- narrativo	Las narraciones.	Nueva narrativa.
Cefyp	Semántico- narrativo	Las narraciones.	Nueva narrativa. Legitimación.
Maturana	Semántico - constructivista	Las construcciones.	Preguntas
Framo	Semántico – político- transgeneracional	La historia transgeneracional	Genograma.
Andolfi	Semántico – político- transgeneracional	La historia transgeneracional	Provocación, contención.

Tabla 1. Clasificación de las escuelas de terapia sistémica según el énfasis semántico y/o político.

## 2. El contexto terapéutico.

*“Tú y sólo tú actúas sobre los recursos que posees. Tú manejas tus experiencias, tus esperanzas, tus deseos, tus incomodidades, tus preocupaciones, tus obsesiones...Y nadie, absolutamente nadie, es responsable de lo que decides preferir.”*  
Virginia Satir

<sup>30</sup> Whitaker,C. Bumberry,W. 1991 Danzando con la familia. Buenos Aires: Paidós

<sup>31</sup> Welter-Enderlin,R., Hildenbrand, B. 1998 La terapia sistémica como encuentro.

<sup>32</sup> White, M., Epston,D. 1993 Medios narrativos para fines terapéuticos. Buenos Aires: Paidós.

<sup>33</sup> Droeven,J., y otros. 1997 Más allá de pactos y traiciones. Buenos Aires: Paidós

<sup>34</sup> Maturana, H. 1994 *El sentido de lo humano*. Santiago: Dolmen.

<sup>35</sup> Framo,J. 1996 Familia de origen y psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.

<sup>36</sup> Andolfi,M. Comps. 1985 Dimensiones de la terapia familiar. Buenos Aires: Paidós

La situación psicoterapéutica es una relación única en el mundo humano, una o más personas definidas como pacientes recurren a uno o más expertos en el cambio, son dos entidades extrañas, desconocidas, el contexto del paciente y el contexto del terapeuta. Lo que diferencia esta relación de otras, es que uno de los protagonistas busca cambiar algo de su vida, y el otro se presenta como un experto en producir dichos cambios, es una relación profesional, uno paga por el tiempo de trabajo del otro.

Desde la forma de trabajo relacional, podemos identificar cuatro contextos terapéuticos básicos, la terapia individual, la de pareja, la familiar y la de grupo. El modelo básico comprende un terapeuta y el contexto del paciente, los modelos modernos de psicoterapia añaden en el contexto de el terapeuta al equipo supervisor y al co-terapeuta. Existen ocasiones en que puede añadirse un terapeuta consultante. En este acápite no analizaré contextos terapéuticos más complejos como aquellos que añaden a un equipo observador, equipo de debate y otros agentes añadidos al contexto terapéutico.

### 2.1. El contexto terapéutico básico

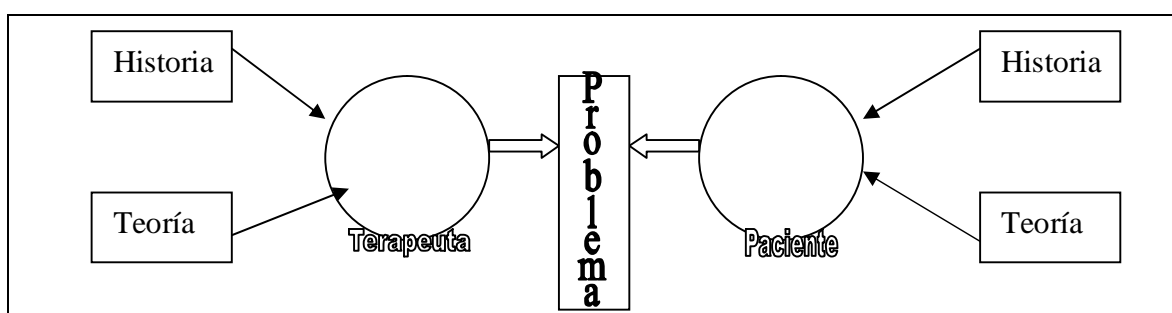


Figura # 1 El contexto terapéutico básico

En la Fig. 1, se aprecia el diseño de la relación psicoterapéutica básica. El contexto del terapeuta a la izquierda del problema y a la derecha el contexto del paciente. En este encuentro se dan por lo menos dos configuraciones importantes, la configuración del problema y la configuración de las personas.

#### 2.1.1. La configuración del problema

El paciente asiste a la consulta con un problema que espera el terapeuta lo pueda resolver, define el problema a partir de su teoría, cuya base es "si resuelvo el problema mi vida mejorará", define el problema a partir de una teoría que construyó sobre el mismo.

La teoría del paciente no es una teoría científica, responde a especulaciones aprendidas en su entorno, algunas veces simples consideraciones de sentido común, otras intrincadas relaciones elaboradas desde una filosofía personal.

Además considera que la situación problemática es un problema a partir de su experiencia de frustración al intentar el objetivo que el problema le impide alcanzar.

El problema a la vez es definido como tal en función a la historia que el paciente teje sobre su vida, historia claro está que es resultado de las expectativas de otros (familiares, amigos, compañeros laborales, etc.). Además de estas expectativas se encuentran las creencias formadas en la cultura a la cual el paciente pertenece, creencias que construyen sus ideas de bien y mal.

Para el terapeuta las cosas no son muy distintas, define el problema con los mismos recursos del paciente, sólo que la estructuración y la puesta en juego de su historia y de su teoría es distinta.

El terapeuta decidió dedicarse a esta profesión debido a una vocación surgida en su historia personal<sup>37</sup>, se siente realizado ayudando a otros a resolver sus problemas, él no espera que el paciente se haga amigo, enemigo o amante, está centrado en ayudarlo a solucionar su problema, además de su realización personal, el terapeuta cobra por sus servicios.

Debe aprender a discriminar los elementos surgidos en la definición del problema por parte de su paciente con las creencias sobre dicho problema aprendidas en su historia.

Tiene una teoría científica, fruto de investigaciones de expertos en salud mental sobre los problemas más frecuentes por los que las personas buscan ayuda psicológica. Esta teoría se enmarca dentro de un modelo epistemológico, en nuestro caso relacional-sistémico, con postulados que a priori establecen una categoría singular del problema presentado por el paciente.

Ambos trabajan confrontando sus teorías y sus historias para definir el problema y plantearse objetivos. Ejemplificaré lo dicho hasta acá con un ejemplo.

### Caso 1\*

Tomás es un abogado de 45 años que me busca porque presenta un serio problema de eritofobia<sup>38</sup>. Está casado desde hace quince años, tiene dos hijas de trece y diez años respectivamente, la esposa es médica y es quien le recomienda que me busque. El problema tiene larga data, recuerda que la primera vez que se “puso colorado” fue en el pre escolar cuando se orinó en clases y la maestra lo ridiculizó ante sus compañeritos. Le preocupa el problema porque cuando tiene que trabajar con sus clientes teme que el rubor delate su inseguridad.

Incidente terapéutico #1

(Segunda sesión)

*Terapeuta:* Entiendo que para usted el ponerse colorado es señal de inseguridad.

*Tomás:* Así es, y en mi profesión eso es muy grave.

*Terapeuta:* ¿Qué es lo peor que puede pasarle?

*Tomás:* Bien...muy simple, que no tenga clientes, que se burlen de mí...

La teoría del paciente es que el rubor es fruto de su inseguridad, el terapeuta plantea una aproximación diferente:

*Terapeuta:* Mire Tomás, he leído que el rubor nos era muy útil en la época de las cavernas...

*Tomás:* (sorprendido, se ruboriza) No creo que eso sea posible...

*Terapeuta:* A mí también me sorprendió, pero vea usted, cuando éramos primitivos no teníamos ropa atractiva, menos cargos importantes en una empresa...(ríen ambos)...así que teníamos que recurrir a lo que la naturaleza nos otorgó, entonces...cuando una chica linda nos atraía ¡zas! Nos ruborizamos... ¿se fijó usted que los babuinos del zoológico cuando entran en celo presentan en el rostro unas tonalidades rojizas intensas?, pues bien...parece que ese es el origen de nuestro rubor...y las mujeres durante la excitación sexual también presentan el rubor en el cuello, el pecho...y a veces en el rostro....

*Tomás:* (Muy inquieto y más ruborizado) ¿O sea usted quiere decirme que me pongo colorado para atraer a las damas...?

*Terapeuta:* No sólo para atraer a las damas, fíjese en este momento usted está ruborizado...

*Tomás:* No me vaya a decir que lo quiero atraer a usted Licenciado...

*Terapeuta:* (Ríen ambos)... Es que la historia no acaba ahí, también el color rojo de nuestro rostro servía para espantar a nuestros enemigos, como cuando los gatos erizan el pelo, nosotros nos ruborizábamos...tal vez en este momento su rubor es de rabia...

*Tomás:* ¡Pucha! Ahora entiendo, me pongo colorado cuando me gusta una mujer, o cuando me da rabia alguien...

---

<sup>37</sup> Guy, J. 1995 La vida personal del psico terapeuta. Buenos Aires: Paidós

\* Los casos descritos han sido extraídos de mi práctica como psicoterapeuta, para proteger la identidad de mis pacientes, están cambiados los nombres y los datos.

<sup>38</sup> Eritofobia: Temor al rubor del rostro, por lo general el temor más bien facilita la aparición del rubor.

El terapeuta manifestó una teoría etológica que evidentemente era mucho mejor que la teoría del paciente porque estaba sostenida por la ciencia. Veamos otro incidente:

#### Incidente terapéutico #2

(Cuarta sesión)

*Tomás:* Estoy mejor, me he dado cuenta perfectamente que soy tímido hacia las mujeres.

*Terapeuta:* Hmm, ¿qué significa que eres tímido con las mujeres?

*Tomás:* Pues eso...me avergüenzo cuando estoy delante de alguna chica bonita.

*Terapeuta:* Pero te casaste...

*Tomás:* Sí, me casé viejo, con la una chica que tuve...

*Terapeuta:* ¿Fuiste tímido con ella?

*Tomás:* Ella fue quien me conquistó a mí, así que no tuve tiempo para avergonzarme (ríe)

*Terapeuta:* ¿Dónde aprendiste a avergonzarte con las mujeres?

*Tomás:* Bueno, creo que mi educación fue a la antigua, ya te conté que me crié en una casa con puro mujeres, mi abuela, mi madre, mi tía solterona, mis dos hermanas mayores...

*Terapeuta:* Además que fuiste a un colegio religioso muy estricto...a mí me pasó algo parecido...

Acá el terapeuta saca a relucir una auto referencia, mencionando que tiene algo en común con el paciente, esto lo hace por dos motivos: primero, mostrarle que lo vivido por el paciente no es tan extraordinario, y segundo crear un espacio común para intensificar la confianza.

*Tomás:* Pues entonces me comprenderás mejor...

*Terapeuta:* Ya lo creo...a uno que se cría en un medio estricto y sin un modelo masculino en casa, le faltará desarrollar adecuadamente habilidades de conquista...

Nueva teoría del terapeuta.

*Tomás:* O sea no tuvimos una buena escuela para ser galanes.

*Terapeuta:* Exactamente, por eso creo que tu cara ha sido un buen refugio para evitar enfrentar tu falta de habilidades con las mujeres...

*Tomás:* Ya veo, me atraen las chicas, me pongo rojo, lo cual muestra mi interés por ellas, luego como no sé cómo acercarme le echo la culpa a mi cara...

¿Y el enojo? Mostraré como trabajamos con Tomás esa situación en el siguiente acápite.

#### 2.1.2. La configuración del encuentro.

La psicoterapia es un encuentro entre dos seres humanos desconocidos, por lo tanto como pasa en cualquier otra relación habrá simpatía, indiferencia o antipatía. El psicoanálisis se refería a los conflictos emocionales aparecidos entre el terapeuta y el paciente como contra transferencia para el primero y transferencia para el segundo<sup>39</sup>.

En la terapia relacional como en cualquier otro tipo de terapia es imposible evitar las resonancias<sup>40</sup> emocionales que resultan de las historias contadas por los pacientes, esas resonancias tienen que ver necesariamente con la historia de el terapeuta, sus experiencias y expectativas.

El paciente individual (dejando de lado algunas patologías) tiene una imagen sobre valorada de su terapeuta, si no fuese así no esperaría ayuda por parte de él. El buen terapeuta hará todo lo posible por mostrarle al paciente que pertenece a la misma especie que el paciente, más aún, debe demostrarle que el experto en su vida es el paciente y nunca el terapeuta, labor por cierto difícil, sobre todo para aquellos terapeutas enamorados del poder.

---

<sup>39</sup> La Planché y Pontalis. 1980 Dicionário da Psicanálise. Sao Paulo: Ao livro técnico.

<sup>40</sup> Elkaim, M. 1995 Si me amas no me ames. Buenos Aires: Paidós



Desde la perspectiva de el terapeuta, debe ser una persona carismática, de tal manera que el sólo hecho de que el paciente le conozca produzca un profundo impacto en la vida del paciente. Eso se logra partir de una postura humilde en relación al paciente, aceptarle, respetarle, sorprenderse con los logros del paciente, recibir su dolor sin juzgarlo, aprender a callar cuando no se sabe qué decir, seguir la línea de **Whitaker**, según la cual el terapeuta también crece en la terapia.

La sesión debe ser parecida a la vida, a sabiendas que el cambio se lo practica en la vida y no en el consultorio. El terapeuta debe estar vivo y capaz de reconocer y entregarse a cualquier emoción. La terapia es encuentro, y todo encuentro implica despedida. Por eso que el terapeuta debe saber manejar el abandono, el adiós, el cierre. Simplificando: ser capaz de encuentro auténtico y ser capaz de asimilar los adioses. La terapia individual desgasta más al terapeuta que una terapia conjunta, en la terapia individual el terapeuta recibe muchas emociones que no puede dispersarlas en otros, más aún si trabaja sin equipo supervisor, o por lo menos con un grupo de colegas con quienes discutir sus casos y compartir sus emociones.

Incidente terapéutico # 3

(Séptima sesión)

*Terapeuta:* ¿Cómo te fue con la técnica que te enseñé? (El terapeuta entrenó al paciente en la técnica cognitiva comportamental de control encubierto)

*Tomás:* Muy bien, ya me manejo mejor con mis clientes mujeres, mi hija mayor me ha dicho que ya no me pongo rojo al hablar con su profesora...pero déjame que te cuente lo que me pasó ayer... Estaba parqueando el coche en el edificio de mi buffet, de pronto un colega abogado me raspó el coche...me bajé furioso, me puse colorado...

*Terapeuta:* ¿Qué te molestó más...que te choque o ponerte colorado?

*Tomás:* No sé...no sé...no me está gustando que me interrumpas.

*Terapeuta:* Te estás sonrojando...

*Tomás:* Es que me molesta que me interrumpas...

*Terapeuta:* ¿Quién en tu familia no te dejaba hablar?

*Tomás:* (Se agacha, se toma de la cabeza) No es eso...

*Terapeuta:* Corrígeme si me equivoco, pero es posible que en tu familia...

*Tomás:* Pues te equivocas...es mi mujer...

*Terapeuta:* ¿Qué ocurre?

*Tomás:* No me deja, no me deja (llora)

*Terapeuta:* (Luego de un prolongado silencio)...No de deja...

*Tomás:* Me quita autoridad, no me valora...

*Terapeuta:* ¿Puedes ponerle más palabras a la rabia que estás sintiendo ahora?

*Tomás:* ¡Mierda! Estoy harto de este matrimonio....

El terapeuta tenía una hipótesis que el paciente refutó, entonces el terapeuta cambia de rumbo, se deja llevar hacia donde el paciente quiere ir, y surge algo nuevo, un drama conyugal.

El trabajo con Tomás fue exitoso, después de diez sesiones, Tomás se había librado del síntoma eritofóbico, reconoció la responsabilidad por el inadecuado manejo de su enojo, aprendió a comunicar su disgusto. Trabajamos en la reconstrucción de sus expectativas conyugales, la relación mejoró mucho, no fue necesario indicar una terapia de pareja.

## 2.2. El contexto terapéutico que incluye al equipo supervisor

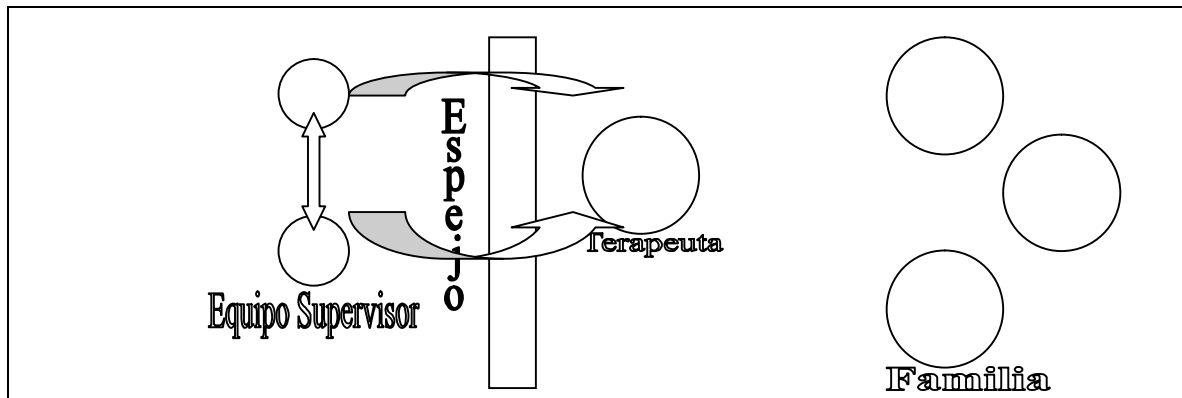


Figura #2 Esquema del contexto terapéutico que incluye al equipo supervisor.

Es probable que el espejo de visión unidireccional fuese usado por primera vez en terapia familiar alrededor de los años cincuenta en el Instituto Ackerman de Nueva York<sup>41</sup>, la finalidad inicial fue la de servir como instrumento de enseñanza, para posteriormente convertirse en un poderoso instrumento terapéutico.

El espejo unidireccional es la metáfora de la epistemología sistémica. Partimos del supuesto según el cual es imposible no influir con la observación, el observar modifica lo observado<sup>42</sup>. Un observador ve lo que aprendió a ver, no podemos ver sin referentes, por ello en la segunda cibernética se añade al observador que observa a otro observador observando<sup>43</sup>.

Es a partir de estos postulados básicos del enfoque sistémico que nace la idea de un equipo supervisor, el mismo que cumple la función de observar al terapeuta interactuando. En el **Instituto Boliviano de Terapia Familiar** (IBTF), el equipo supervisor consta de por lo menos dos profesionales, los mismos que cumplen cuatro funciones esenciales:

- Proteger al terapeuta de la equifinalidad del sistema. El terapeuta fácilmente pasa a funcionar como un elemento del sistema familiar, a mayor disfuncionalidad de la familia, más fácilmente ésta “traga” al terapeuta.
- Identificar procesos familiares invisibles para el terapeuta. Al poder ver relaciones invisibles para el terapeuta, el equipo amplía el campo de visión del terapeuta.
- Preparar intervenciones. Tareas, cartas, y en algunas ocasiones ser utilizado como instrumento terapéutico.
- Reflexión personal del terapeuta. El término de una sesión, el equipo reflexiona con el terapeuta acerca de las resonancias que la familia activó en éste.

### 2.3. El contexto terapéutico en coterapia

La co - terapia implica dos terapeutas en el contexto de el terapeuta, con o sin equipo supervisor. La co - terapia es un sistema terapéutico muy poderoso cuando éste se efectúa con idoneidad, pero puede ser funesto para los terapeutas y para el contexto del paciente si es que no se ha sabido establecer un vínculo adecuado en la relación co - terapéutica.

La co - terapia es muy útil en la terapia de pareja, como en terapias con familias muy resistentes al cambio. Uno a otro se apoyan mutuamente, se protegen y también se provocan. Para el contexto del paciente es interesante percibir un modelo óptimo de relación, identifican pautas comunicacionales saludables, aprender a

<sup>41</sup> Goldenberg, I. Goldenberg, H. 1996 Family Therapy. An overview. Pacific Grove: Brooks| Cole

<sup>42</sup> Von Foerster, H. 1987 Sistemi che osservano. Roma: Editrice Astrolabio

<sup>43</sup> Watzlawick, P. Krieg, P. 1995 El ojo del observador. Barcelona: Gedisa.

discutir sin herir, y tienen la visión de dos profesionales que no necesariamente coinciden en sus formas de apreciar los problemas.

Existen diversas formas en que se puede trabajar la co - terapia:

- a) Un terapeuta activo, el otro observador.
- b) Ambos terapeutas activos independientes el uno del otro.
- c) Ambos terapeutas activos aunque con opiniones opuestas a propósito.
- d) Un terapeuta que cuestiona, otro que confirma.

Los terapeutas deben conocerse mucho, haber establecido una relación flexible exenta de luchas de poder, ser capaces de entender que dejan de ser dos para convertirse en una entidad cuya función es facilitar el cambio de los demandantes.

### 2.3. El contexto terapéutico en terapia de pareja.

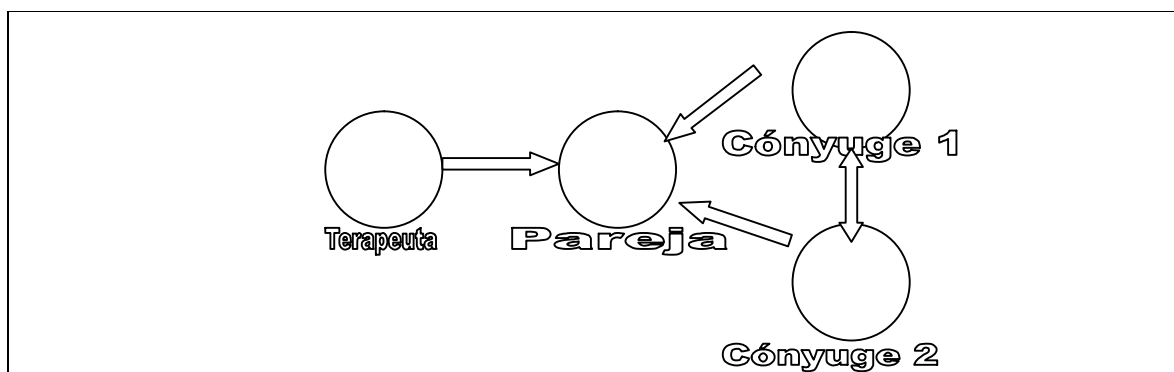


Figura #3 El contexto terapéutico básico en terapia de pareja.

La terapia de pareja resulta ser probablemente la terapia que exige más habilidades por parte del terapeuta, lo decía mi colega italiano Marco Rossi: “es más fácil entender a un esquizofrénico que entender a una pareja”.

No existe un matrimonio, existen dos, el del marido y el de la esposa, cada uno de los cónyuges construye su propia percepción conyugal, lo hace a partir de sus propias experiencias y de sus expectativas, muchas veces el contrato matrimonial ha sido redactado independientemente del cónyuge y se espera que se cumpla al pie de la letra, pues se supone que el otro está de acuerdo con lo estipulado<sup>44</sup>.

En el contexto terapéutico tenemos una entidad abstracta que resulta ser el paciente, se trata de la pareja. El foco terapéutico no se dirige a los individuos que establecen los vínculos conyugales, sino nos centramos en el matrimonio<sup>45</sup>. La pareja trae a la consulta una relación “enferma”, pero no lo ven así, esperan por lo general que el terapeuta ayude a su pareja loca, equivocada, culpable. Lo curioso es que cada uno de los cónyuges piensa que es el otro el que falla.

Esperan un juicio, o la confirmación de la locura del cónyuge. Es muy fácil que el terapeuta bisono caiga en el juego de la demanda inicial y se parcialice con uno de los esposos. El terapeuta dedicado a la terapia individual tendrá muchas dificultades para identificar al verdadero paciente, la pareja.

#### **Caso 2**

Martha (24) es una estudiante de Derecho a punto de defender su examen de grado, casada hace tres años con Gabriel (25), joven arquitecto desempleado, tienen una hija de dos años (Jenny); viven en la casa de Martha, con la madre de ésta y la hermana de 20 años (Paty). Gabriel es del Beni, toda su familia vive en Riberalta. La

<sup>44</sup> Sager,C. 1980 Contrato matrimonial y terapia de pareja. Bs.Aires: Amorrortu.

<sup>45</sup> Caillé,Ph. 1990 Una más una tres. Buenos Aires: Paidós.

consulta se realiza porque Martha encontró a Gabriel besándose con Paty, él afirma que estaba ebrio y que lo hizo porque Martha no quiere tener relaciones sexuales con él.

#### Incidente terapéutico #1

(Primera sesión)

*Martha:* Quiero separarme, no puedo seguir viviendo con un pervertido sexual...

*Gabriel:* (Gritando) ¡ No me insultes!, la que está mal eres tú, eres una mojigata frígida...

*Terapeuta:* (Dirigiéndose a Martha) ¿Me puedes explicar lo que quieres decir con “pervertido sexual”?

*Martha:* Debí sospecharlo, desde que enamorábamos lo único que quería era sexo y más sexo, pero no es lo mismo al estar casados, es otra cosa, él no entiende, me pide que haga cosas que no me gustan, y como no se las hago...las busca en otro lado..

*Gabriel:* (interrumpiendo)...ya están otra vez tus celos...

*Terapeuta:* Martha, ¿qué te pide él que hagas?

*Martha:* Quiere, por ejemplo, hacerme el amor por atrás...

*Terapeuta:* ¿Penetrar su pene por tu ano?

*Martha:* (Sonrojada mientras toma la mano de Gabriel), No, quiere que me ponga de bruces y el penetrarme por atrás...no me gusta, creo que es una pose para homosexuales...

*Terapeuta:* (Dirigiéndose al esposo)¿Qué piensas al respecto?

*Gabriel:* No entiendo, es como si no fuera la mujer con la que me casé, antes de casarnos lo hacíamos así y de otras maneras y nunca se quejó...pero ahora cualquier pretexto es bueno para evitarme, hace un mes que no pasa nada de nada, cuando nació nuestra hijita decía que estaba cansada, que le dolía, ahora que tiene que estudiar...ya me estoy cansando.

*Terapeuta:* Parece que ambos están cansados del matrimonio, ¿desde cuando se volvió una carga?

Esta intervención del terapeuta concentra la atención de los cónyuges en el paciente.

*Martha:* No sé, era bonito antes de casarnos, realmente estaba camote, pero algo pasó al casarnos...

*Gabriel:* Es tu madre la metiche...

*Terapeuta:* Podrías explicar eso Gabriel.

*Gabriel:* Claro, no nos deja tranquilos, critica todo el tiempo a Martha por la forma que tiene de cuidar a Jenny, jode y jode, a mí no me tira pelota, dice que su hija no debió casarse con un camba, es llena de prejuicios mi suegra...no es que sea mala, yo la entiendo es madre y quiere lo mejor para su hija, pero se pasa a veces...y la Paty la secunda, parece que somos dos niños con dos madres a la cual más hinchona.

*Terapeuta:* (Hacia Martha) ¿Qué ha hecho tu esposo para poner límites a tu suegra y cuñada?

*Martha:* (Interrumpe) Se pone idiota, o se va a farrear.

*Terapeuta:* (Mira a Gabriel) O sea, prefieres evitar los conflictos...

En la terapia conyugal es muy importante identificar el momento del ciclo de desarrollo de la pareja en el cual se encuentra el matrimonio, es necesario que la pareja identifique su posición actual y que puede vislumbrar la siguiente etapa<sup>46</sup>. Desde la perspectiva de roles, la pareja vive cuatro en el matrimonio:

- a) Rol de amantes: es el espacio conyugal de la pasión<sup>47</sup>, se requiere espontaneidad, deseo, capacidad de disfrute del placer sexual, interés por la diversión conjunta. Los problemas se concentran en lo sexual.
- b) Rol de amigos: es el espacio de la intimidad, compartir intereses, disfrutar de la conversación con el cónyuge, sentirse apoyado cuando hay problemas personales, aconsejar, escucharse. Los problemas surgen en los espacios de actividad conjunta.
- c) Rol de esposos: es el espacio del compromiso, la capacidad de cumplir fielmente el contrato matrimonial, negociar la convivencia, adaptarse a las costumbres de la pareja, discutir con inteligencia las desavenencias de la convivencia, plantear metas materiales, trabajar en conjunto para lograrlas. Los problemas se centran en los límites a las familias de origen, los amigos, la organización del presupuesto, las reglas en general.

---

<sup>46</sup> Rage, E. 1997 Ciclo vital de la pareja y la familia. México: Plaza y Valdéz

<sup>47</sup> Para profundizar el concepto de amor, ver: Sternberg, R. (1998) El triángulo del amor. Bs. Aires: Paidós

- d) Rol de padres: es el espacio de la crianza de los hijos, la educación, los principios filosóficos que la rigen, los estilos de disciplina a usarse, la capacidad de jugar, aconsejar, cuidar, adaptarse a los cambios de edad. Los problemas conyugales se concentran en los acuerdos relacionados con la crianza.

Además de los roles que se deben jugar en el matrimonio, están las etapas.

- a) La emancipación previa al matrimonio: antes de convivir juntos los miembros de la pareja deben haberse separado de sus familias de origen, “no se puede ser esposo si aún se es hijo”. Si aún el cónyuge no ha logrado emanciparse la primera función de la pareja es ayudarlo a romper los vínculos absorbentes con la familia de origen. Se identifica la superación de esta etapa, cuando la persona sabe discriminar los afectos hacia su anterior familia y hacia la familia que está construyendo, y claro, da prioridad a la relación conyugal.
- b) La adaptación: **David Viscott** escribió: “una se casa con un perfecto extraño”<sup>48</sup>, cuando se está enamorado no se piensa, todo es pasión, se cree que con el amor se logrará todo lo que se quiera<sup>49</sup>, luego se debe enfrentar el adaptarse a las costumbres del otro, aprender a negociar la convivencia, poner límites al mundo exterior sin encerrarse, clarificar las expectativas puestas en el matrimonio, revisar las metas conjuntas. Se identifica la superación de esta etapa cuando la pareja es capaz de encontrar alternativas satisfactorias para ambos ante los problemas de convivencia.
- c) La emancipación: ser capaces de separarse sin sentirse culpables, aprender a proteger el nosotros construido en conjunto sin necesidad de estar amarrados el uno al otro, crecer personalmente y ayudar al cónyuge en la consecución de sus metas personales. Este momento suele ocurrir cuando los hijos dejan han crecido y no necesitan muchos cuidados, la pareja reflexiona sobre los logros personales. En nuestra sociedad este momento es más difícil para las mujeres, los varones hemos mantenido una postura machista impidiendo que la mujer se emancipe, por ello es que se hace necesaria una lucha contra la ideología posesiva de los esposos. La superación de esta etapa se da cuando cada uno de los esposos puede realizarse personalmente sin necesidad de romper el matrimonio.
- d) El re encuentro: es un renacer del matrimonio, reconocerse, verse de otra manera, valorar los logros alcanzados, reactivar la pasión, retomar la aventura de vivir juntos.
- e) La compañía: los hijos se han ido, la pareja sobrevive, se enfrenta la jubilación, los achaques de la vejez, la enfermedad, la preparación para la muerte y la despedida.

En la pareja que estamos analizando es posible identificar que ella no se ha emancipado aún de su familia de origen, el esposo no ha logrado ayudarla para la ruptura, probablemente el beso dado a la cuñada sea una manera desesperada de poner límites. Es una pareja que está abandonando el rol de amantes y se está centrando en la lucha de poder que caracteriza al rol de esposos. Está entre la primera y segunda etapa del matrimonio. Al mismo tiempo tienen que asumir el rol de padres. El terapeuta debe ayudarles a recuperar la pasión y a consolidarse en la etapa de adaptación, colaborar para que la esposa pueda emanciparse.

Incidente terapéutico #2

(Segunda sesión)

*Gabriel:* Yo creo que tenemos que vivir solos...

*Martha:* Y vivir de qué...no tienes trabajo...y no pienso irme a tu pueblo a vivir como una campesina...

*Gabriel:* No quiero que nos vayamos a mi pueblo, no me gusta la vida de ganadero, quiero mucho esta ciudad, además ya saldrá el proyecto de construcción con mi amigo...

*Terapeuta:* ¿De qué viven?

*Martha:* Mi mamá nos ayuda, y recibimos algo de los padres de Gabriel...no mucho...

*Terapeuta:* O sea, son mantenidos...

*Gabriel:* Pues es la verdad..., por eso yo no quería casarme...

*Martha:* (llorando) querías que aborte...cochino, desgraciado..

---

<sup>48</sup> Viscott, D. 1979. Cómo vivir en intimidad. San Juan: Club de lectores.

<sup>49</sup> Beck, A. 1998. Con el amor no basta. Bs. Aires: Paidós

*Terapeuta:* Hay mucho dolor en este matrimonio, ¿qué te da rabia Martha?

*Martha:* No sé...es tan confuso, yo lo quiero, pero no sé, tal vez deberíamos separarnos...

*Terapeuta:* A ti Gabriel, ¿qué te da rabia?

*Gabriel:* No tener trabajo, comenzamos bien, tenía pega, pero...se cerró la empresa, me quedé como se dice en la calle, no puedo hacer nada, no quiero volver al Beni, no quiero, mi padre me ha dicho que trabaje con él, somos gente de plata ¿sabe? Pero no quiero, quiero demostrarles que puedo hacer mi vida...ni su familia ni la mía estaban de acuerdo con que nos casemos, fue lindo cuando vivíamos solos, pero ya ve, tuvimos que venir donde su mamá, es una incomodidad terrible...no sé qué hacer...

*Martha:* (Tomándole de las manos al esposo)...Todo se va a resolver, amor, todo....

Después de tres meses, Gabriel consiguió un trabajo en Santa Cruz, se fue un tiempo, Martha se embarazó, se tituló como abogada, volvieron a la consulta después de ocho meses.

### Incidente terapéutico #3

(Octava sesión, la séptima fue hacia ocho meses)

*Martha:* Bueno doctor, nos vamos a vivir a Santa Cruz, mi mamá está enferma, dice que se va a morir...

*Gabriel:* No se va a morir, la vendremos a ver, irá a vernos, ya es hora que aprenda que no eres una niña. La que me preocupa es Jeny, se está haciendo pis en la cama.

*Terapeuta:* ¿Qué piensas de eso Martha?

*Martha:* Es que mi mamá la consiente mucho, debe ser que tiene temor que el bebé le quite espacio...no sé pero no me parece grave...

*Gabriel:* Pero ya tiene cuatro años, qué va a pasar cuando vaya al colegio...

*Terapeuta:* Ese día aún no llegó...¿cómo está el matrimonio?

*Martha:* Mucho mejor, él ha cambiado, aunque cuando estaba en Santa Cruz no sé si me fue fiel...

*Gabriel:* En qué tiempo...caramba...todo el día trabajo, estamos poniendo en pie una empresa...me da bronca que desconfíes de mí...

*Martha:* No sé si creer...

*Terapeuta:* Y tú Gabriel ¿Cómo ves al matrimonio?

*Gabriel:* Mejor, si no fueran sus celos, sería mejor todavía...hasta en el sexo hemos mejorado.

*Terapeuta:* ¿Cómo es eso?

*Gabriel:* Ha vuelto ha ser la calentita de antes...(ríen juntos)...

Esa fue la última vez que vi a la pareja, han pasado algunos años y recibí en mi consulta a Paty, vino por problemas depresivos a consecuencia de una relación con un hombre casado, por ella me enteré que Gabriel y Martha siguen en Santa Cruz, tienen tres hijos, se separaron por un mes al poco tiempo de llegar allá, y luego se reconciliaron.

### 2.4. El contexto terapéutico en terapia familiar.

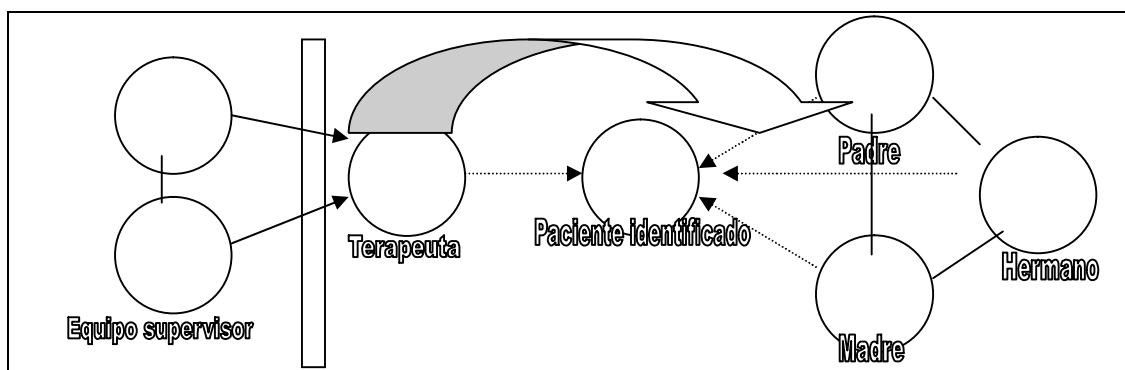


Figura #4 El contexto básico en terapia familiar.

En la figura 4 se aprecia el diseño del contexto en terapia familiar, por lo general la familia asiste a terapia para que se ayude a uno de los miembros familiares portador de algún síntoma, a esa persona le

denominamos “paciente identificado” o “paciente designado”. El terapeuta es supervisado por un equipo de colegas que le observa trabajar con la familia.

A diferencia de los focos terapéuticos planteados en los anteriores contextos terapéuticos, en la terapia familiar el terapeuta recibe la definición de la demanda como el síntoma, sin embargo el trabajo de el terapeuta se centra en la estructura familiar, identificará los roles, las funciones, las reglas del sistema, las alianzas, coaliciones, estilos de comunicación.

Partimos de la premisa según la cual el síntoma cumple la función de mantener el sistema familiar en un estado estable, surge como urgencia para evitar el cambio de un momento al siguiente del ciclo vital familiar<sup>50</sup>, así pues el paciente identificado trató de hacer algo por su familia, **Selvini - Palazzoli**<sup>51</sup> sugiere que el paciente sacrifica su vida para que la familia sobreviva.

### Caso # 3

Una familia compuesta por cuatro miembros: el padre Samuel (32), empresario, la madre Jamile (35) dentista, el hijo mayor Marcos (10) y el menor Hugo (5), buscan ayuda debido a que Hugo se orina todas las noches en su cama.

Incidente terapéutico 1  
(Primera sesión)

*Padre:* Me preocupa muchísimo que mi hijo se haga pis, pienso que se debe a que está muy mimado.

*Madre:* No estoy de acuerdo, es que no tiene papá...

*Padre:* Y yo ¿qué soy?

*Madre:* Hermoso padre eres...jamás estás en casa...

*Padre:* (Gritando) ¡No hemos venido por eso...!

*Huguito:* Señor... (dirigiéndose al terapeuta), quiero hacer pis ¿dónde es el baño?

La interrupción del niño utilizando el síntoma resulta muy curiosa, se manifestó en medio de la discusión de los padres, el efecto inmediato fue que los padres bajaron su tensión.

*Madre:* Por favor Marquito, lleva a tu hermano al baño.

*Terapeuta:* (A Marco) ¿Es frecuente que tengas que hacerte cargo de tu hermano?

*Marco:* Sí, todo el tiempo y me estoy cansando.

*Padre:* Yo no estoy de acuerdo, Hugo es grande puede hacer cosas solo

*Madre:* Déjame que lo haga a mi manera...

*Huguito:* Me hago, me hago...

(El padre se levanta y lleva al niño al baño)

Una vez más el síntoma relaja el clima familiar. Después de algunas minutos...

*Terapeuta:* Bueno Hugo, quiero pedirte que hagas algo, ¿si tu pis pudiera hablar que le diría a tu papá?

*Hugo:* Quiero que juegues con el Hugo...

*Terapeuta:* A la mamá?

*Hugo:* No le riñas mucho a Hugo, ni a mi papá

*Terapeuta:* ¿A tu hermano?

*Hugo:* Que ya no llore....

*Terapeuta:* ¿De qué llora tu hermano?

*Hugo:* Está muy solito...

(Marco empieza a llorar en silencio)

*Terapeuta:* ¿Y qué le dice a Hugo?

*Hugo:* Pórtate bien...

*Terapeuta:* ¿Para qué?

---

<sup>50</sup> Haley, J. 1989 Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu

<sup>51</sup> Selvini, M. 1982 Paradoja y contraparadoja. Buenos Aires: A.C.E.

*Hugo*: Para que lo quieran.

En este incidente el terapeuta le da voz al síntoma, y al hablar hace un mapa muy preciso de la estructura familiar. El síntoma dice en su silencio lo que la familia no se atreve a decir, pero también da al portador del síntoma un lugar en la familia.

El síntoma legitima a la persona de una manera artificial, si bien desde que se manifiesta todos se interesan, el interés no recae sobre la persona sino sobre el síntoma, de ahí que el paciente identificado se halla ante un muy difícil dilema “desde que tengo el síntoma mi familia está equilibrada, parece que les intereso pero no soy yo el que les interesa, es mi problema por lo que me siento peor de vacío que antes, si abandono mi síntoma puede ser que exista para ellos pero mi familia entrará en crisis”.

Las relaciones con el paciente se hacen a través del síntoma, los otros miembros de la familia se encuentran entrelazados por la narrativa del síntoma, en el caso presentado, todos hablan y se preocupan por el pis de Huguito, pero no existen relaciones auténticas, ni bien desaparece el síntoma emergen las disputas, de ahí la tendencia a perpetuarse que tienen los síntomas.

El trabajo con familias por lo general requiere de un equipo supervisor, éste se hace imprescindible para el contexto terapéutico para que el terapeuta pueda sentirse protegido por sus colegas, y que éstos puedan apreciar eventos que muchas veces ingresan a los puntos ciegos de el terapeuta<sup>52</sup>.

### 2.5. El contexto terapéutico en terapia de grupo

La terapia de grupo puede ser de dos tipos: los grupos de autoayuda y los grupos dirigidos por expertos. En el primer tipo, el grupo se organiza por personas que tienen un problema común, y se ayudan mutuamente utilizando reflexiones que provienen de sus experiencias personales y apoyándose en función a contratos del grupo, tal es el caso de “alcohólicos anónimos”, “mujeres que aman demasiado”, “gordos anónimos”, etc.

En el segundo tipo, es posible trabajar de dos maneras, en la primera se trata de un grupo de personas con un mismo propósito dirigidas por un experto terapeuta de grupos, el foco terapéutico es el grupo, su estructura y el potenciar la capacidad de apoyo del grupo hacia cada uno de sus miembros. En la segunda el trabajo se centra en el individuo, tal el caso de la terapia gestáltica.

Se pueden formar dos tipos de grupos terapéuticos, el primero referido a personas con una problemática común (drogas, trastornos de alimentación, depresión, etc.), y el segundo, grupos de crecimiento personal (entrenamiento en asertividad, autoconocimiento, grupos de encuentro, etc.)

### 3. La indicación del contexto terapéutico

*“Si usted se predispone a usar un martillo, una gran cantidad de cosas le parecerán que son clavos”*  
*Mark Twain.*

No todos los contextos terapéuticos son eficientes para el paciente, algunas serán útiles en ciertas circunstancias mientras que otros no.

#### 3.1. Indicaciones para la terapia individual.

La terapia individual tiene por objetivo la solución de problemas en combinación con el paciente, por lo tanto es indicada cuando la persona busca ayuda planteando una demanda específica sobre una situación que depende de lo que la persona haga para resolverla.

---

<sup>52</sup> Andolfi, M. 1996 A linguagem do encontro terapêutico. Porto Alegre: Artes Médicas



#### Caso #4

Ubaldo (38) busca ayuda porque ha sufrido una experiencia muy estresante durante la inundación de la ciudad de La Paz el 2002, presencié impotente cómo una mujer era arrastrada por la corriente. Después del evento, Ubaldo desarrolla un trastorno de estrés post traumático: pesadillas, angustia, temores irracionales, etc. La indicación en este caso fue la terapia individual.

Para tomar la decisión de la indicación en terapia individual es importante considerar el momento del ciclo vital del paciente, si se trata de un adulto sin una patología severa y es “traído” a la consulta por los padres, lo más probable es que decida indicar la terapia individual. Si en un caso con esas características se acepta una terapia familiar, se estaría fomentando la dependencia de una persona que ya tiene todas las capacidades para ser independiente. Inclusive para el pago de los honorarios de el terapeuta deberá reflexionarse si vale la pena o no que sean los padres quienes lo erogan.

De manera extraordinaria la terapia individual es indicada para los niños, por lo general se procede en ese contexto para entrenar al niño en algunas habilidades, o para resolver con el niño problemas concernientes exclusivamente al pequeño.

La terapia individual en casos de conflictos conyugales es pertinente en la reparación emocional en procesos de divorcio, en esos casos citar a ambos cónyuges puede derivar en amplificación de los conflictos, o en gestar esperanzas en uno de ellos cuando el otro está terminando de elaborar el duelo emocional del matrimonio.

El contexto terapéutico individual paralelo a terapia de pareja es pertinente durante la fase diagnóstica previa a los encuentros conjuntos, en algunas casos es posible recurrir al contexto individual en procesos avanzados de la terapia conyugal para evaluar los cambios personales de los cónyuges, como también se hace pertinente la terapia mixta cuando una de los cónyuges solicita la terapia individual por presentar problemas personales independientes de la relación conyugal, o que el terapeuta así lo indique por el mismo motivo. Sin embargo el trabajo mixto es muy delicado en la terapia conyugal debido al alto riesgo que existe que el paciente a solas con el terapeuta establezca algún tipo de coalición a partir de secretos o comentarios destructivos del cónyuge no presente.

El contexto terapéutico individual paralelo a terapia de familia es indicado sobre todo en atención de adolescentes, es importante enviar el mensaje a la familia de que el hijo joven tiene un espacio personal aún en la terapia que no puede ser invadido por los otros miembros de la familia. También es indicada durante el proceso diagnóstico de la familia y cuando se identifican síntomas en alguna de sus miembros que pueden trabajarse mejor en el ámbito individual.

#### 3.2. Indicaciones para la terapia de pareja.

La terapia de pareja centra el foco terapéutico en la relación conyugal, el paciente es el matrimonio. Desde esa perspectiva la terapia conyugal es indicada cuando el problema implica un accionar inadecuado del matrimonio.

La indicación debe hacerse cuando existe la predisposición de ambos cónyuges para resolver mancomunadamente sus problemas y así pasar a la siguiente etapa de la vida conyugal o separarse con el menor dolor posible.

Muy rara vez los cónyuges están dispuestos inicialmente a la cooperación conjunta, de ahí que antes del inicio de la terapia de pareja propiamente dicha es necesaria una etapa de definición del foco terapéutico, de tal manera que cada uno de los cónyuges entiendan que no se trata de trabajar en el individuo, sino de que ellos se ayuden para cambiar el matrimonio, lo cual por supuesto irá a repercutir en cambios personales.

La terapia de pareja paralela a una terapia familiar es una alternativa frecuente en las etapas finales de un trabajo con la familia, por lo general la solicitud parte de los esposos luego de que los conflictos con los hijos disminuyen. En otras ocasiones el terapeuta indica las entrevistas conyugales cuando los padres

comienzan a exponer asuntos íntimos del matrimonio delante de los hijos, de tal modo que estos temas pueden desfavorecer el trabajo terapéutico familiar.

### 3.3. Indicadores para la terapia familiar.

La terapia familiar centra sus objetivos en el cambio de la estructura familiar. La indicación es pertinente cuando el paciente designado está trabado en su proceso de emancipación familiar, y se verifica que la familia se ha estancado en una etapa del ciclo vital familiar aferrándose al síntoma del portador del síntoma.

Por lo general la terapia familiar se inicia inmediatamente después de que los padres asisten a la terapia con el hijo problemático, muy fácilmente los padres asumen la responsabilidad de sus relaciones ante las intervenciones sistémicas de el terapeuta.

¿A quiénes de la familia debe invitar el terapeuta? Es por lo general imprescindible la presencia de los tutores del niño, es decir, aquellos que asumen el rol de padres. Si el paciente vive sólo con la madre no es necesario invitar a que asista el padre, solamente cuando éste a pesar de no vivir con el niño se relaciona frecuentemente con éste e incide en su comportamiento será invitado, tomándose el cuidado de evaluar correctamente la situación para definir si vale la pena reunirlo con una esposa de la cual está separado.

En algunas familias los abuelos asumen de alguna manera el rol de padres, o algún tío (tía), por ello la pregunta esencial para definir a las personas imprescindibles es: ¿quiénes o quién es el responsable directo del paciente?

Los hermanos son muy importantes en el desarrollo psicológico de los niños y adolescentes, e muchas circunstancias son un apoyo imprescindible para el paciente durante la terapia y en otros los que favorecen el estancamiento del paciente; por eso se hará todo lo posible por tener al subsistema fraterno presente en las sesiones conjuntas.

No vale la pena invitar a personajes periféricos, tal vez en algunas sesiones específicas para establecer los límites entre la familia nuclear y la extensa.

En algunas ocasiones existen amigos (amigas) de la familia que asumen roles protagónicos, en otros la empleada doméstica es muy importante, se dan familias donde es ella la encargada de la solución de conflictos, en otras la confidente y en algunas la persona con mayor poder.

En terapia familiar es posible trabajar sin la presencia del paciente designado, pero suele ser perjudicial el trabajo terapéutico sin la presencia de los progenitores.

### 3.4. Indicadores para la terapia de grupo

El objetivo de la terapia de grupo es el apoyo que los miembros del grupo se pueden prestar entre sí. De ahí que la indicación de la terapia de grupo es pertinente para aquellos pacientes que tienen el mismo síntoma o problemas de los componentes de un grupo. En nuestro medio existen grupos de autoayuda para alcohólicos, grupos de apoyo para padres de niños especiales, grupos de apoyo de homosexuales, recientemente una institución está organizando grupos de chicas con trastornos de alimentación, grupos de autoayuda para farmacodependientes, grupos de musicoterapia para psicóticos, ancianos, y niños con retardo mental.

El terapeuta que recibe un paciente con características que coinciden con estos grupos existentes en el medio, debe proponerle a su paciente la invitación para adscribirse a aquél grupo de personas que tienen similares problemas al suyo.

Se ha visto que el trabajo de enfoques terapéuticos múltiples (individual, conyugal, familiar y de grupo) son muy beneficiosos para pacientes con alguna adicción (alcoholismo, drogodependencia, trastornos de alimentación).

El desarrollo de habilidades sociales es más efectivo en grupo que en terapia individual, lo mismo para la mejora de habilidades comunicacionales.