

## Wanting and not achieving: failed attempted solutions

Marcelo R. Ceberio<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Flores. Escuela Sistémica Argentina

### Historia editorial

Recibido: 26-05-2017

Primera revisión: 29-05-2017

Aceptado: 29-05-2017

### Palabras clave

cambio, solución, resistencia, psicoterapia, síntoma.

### Resumen

Una de las grandes preocupaciones y objetivos de la psicoterapia, es la resolución de los problemas humanos. Son diversos los modelos teóricos que han llevado a cabo por distintas estrategias, la posibilidad del cambio. El *insight*, la explicación, la prescripción de tareas, la actuación y dramatización, la interpretación, han sido algunas de los vehículos intervencionistas que apuntaron al solucionar.

No obstante, una exploración exhaustiva de las tentativas de solución, revela las formas ineficaces de tratar de encontrar el equilibrio y cómo mediante la aplicación de la misma fórmula, se pretende obtener un resultado diferente. La gran pregunta que intenta responder el presente artículo, es ¿a qué se debe que continuamos repitiendo una solución memorizada a pesar de su ineficacia y pretendemos obtener un resultado favorable al cambio?

### Abstract

One of the major concerns and objectives of psychotherapy is solving human problems. There are various theoretical models that have achieved, using different strategies, the possibility of change. The insight, explanation, prescribing tasks, the performance and dramatization, interpretation, have been some of the interventionists vehicles that aim to a resolution.

However, an exhaustive exploration of the attempted solutions, reveals the ineffective ways of trying to find balance and how by applying the same formula, a different result is expected to be found. The big question this article attempts to answer is: Why do we continue repeating a memorized solution despite its inefficiency trying to obtain a favorable outcome towards change?

### Keywords

change, solution, resistance, psychotherapy, symptom

Una de las características originales del modelo breve de Palo Alto es la exploración exhaustiva de los intentos de solución. La base de acciones y retroacciones, según se describe cibernéticamente, hacen a la producción y sostén del problema en la medida que no se resuelve.

El pasaje de atribuirle a un hecho una semántica de dificultad y transformarlo en problema, está mediatizado por lo que puede llamarse las verdaderas protagonistas de tal transformación: *las soluciones intentadas fallidas*. Los intentos de solución son una serie de acciones e interacciones que están dirigidas a resolver la dificultad. Estas acciones son los mecanismos típicos, a los cuales la persona recurre cuando se encuentra frente a un obstáculo, una situación que impide la posibilidad de libre paso, de la experiencia. Cuando estas tentativas no proporcionan los resultados esperados, la dificultad comienza a estancar el proceso de crecimiento, estableciéndose un cambio de nivel lógico: se convierte en problema. Las acciones parten de estructuras ideacionales que desenvueltas en un contexto generan interacciones en el seno de la pragmática del mismo y a la vez adquieren nuevos significados mediatizados por las reglas del contexto. Estos nuevos significados son codificados por el protagonista retroalimentando nuevas ideas en pos de solucionar el problema.

En otras palabras, la adjudicación del estatus de problema y su perpetuación, es el resultado del fracaso de los intentos por solucionarlo, con el agravante de que dichas tentativas –en sí mismas– se han convertido en problema, ya que cuanto más se intenta solucionar, más del mismo resultado se obtiene, por ende, más se instaura en el sistema el problema original.

En general, los seres humanos no explotamos nuestra creatividad al servicio de los intentos de solución. Nuestros marcos conceptuales regidos por la lógica racional (y numerosas son las oportunidades en las que la lógica resulta ineficaz), ciñen un repertorio muy estrecho que no favorece a la variación en términos cualitativos. Pero es lo cuantitativo, el terreno donde nos movemos mejor: tendemos a hacer más de lo mismo a pesar de que los resultados no apunten en la dirección esperada y se obtenga el fracaso.

A pesar de que el niño continúe con problemas de estudio, los padres siguen recurriendo a profesores particulares obteniendo leves modificaciones o ninguna. El hijo no quiere comer y la madre continúa presionándolo con sendos platos de comida, generándole mayor aversión a la comida. El jefe sigue utilizando la reprimenda frente a la ineficacia de un empleado, produciéndole mayor tensión y nerviosismo, con lo cual aumenta su insuficiencia. Los padres le ordenan al hijo que no grite, gritándole. Estas formas de actuar en pos de resolver el problema, genera sendas profecías que se autocumplen: tanto se trata de evitar un tema que se termina produciendo en la acción (Watzlawick, 1988; Pérez Grande et al., 1999; Laso, 2015; Wurm, Warner, Ziegelmann, Wolff y Schüz, 2013).

Las profecías autocumplidoras (Watzlawick, 1988) parten de la cognición y terminan construyendo en lo pragmático aquello que en lo cognitivo se predice. En este caso, se realizan acciones que incrementan y sostienen el problema, a pesar que tales acciones se intentan suprimirlo.

Por otra parte, como hemos señalado, el problema recorta un sistema. En ocasiones, este postulado lleva a la confusión, puesto que generalmente se piensa que un problema se produce en un sistema determinado. Si bien es cierto, puesto que es obvio que vivimos en sistemas y el problema se desarrolla en un contexto que involucra un sistema social, familiar, marital, etc., pero no siempre afecta a todos los integrantes pero sí a un núcleo determinado.

A partir del problema, se delimita un perímetro que compromete a algunos miembros del sistema a una modalidad interaccional, a diversas construcciones cognitivo-perceptivas, al contexto en que se desenvuelve y a una serie de acciones destinadas a resolverlo. En síntesis, *el problema crea una realidad propia*.

Pero a esta altura de la descripción de los intentos de solución, cabe la pregunta acerca de ¿cuáles son los motivos por los que la persona continuando aplicando la misma fórmula a pesar de la inefectividad?, ¿Por qué se reitera y se incrementa las tentativas de solución aunque se obtiene el resultado contrario?

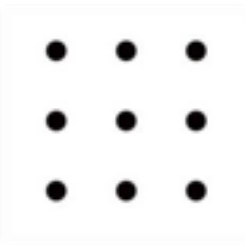
La respuesta se halla en nuestra propia estructura cognitiva. Nuestro modelo de conocimiento está patrocinado por los preceptos de las ciencias positivistas, ver para creer –paradigma obsoleto de la ciencia pero que conserva su estatus en la sociedad posmoderna– razón más que suficiente para avalar los intentos infructuosos. Tendemos a realizar procesos basados en:

- Ecuaciones lineales y la búsqueda de las causas: nuestro pensamiento se basa en la lógica del porqué lineal, causa efecto, es decir cada vez que vemos un resultado tratamos de explicarnos porqué sucede.
- Principio explicativo: la tendencia a explicarnos pero de manera unidireccional y simplista (Morin, 1984, 1986).
- El método *analítico sumativo* (Onnis, 1999): de descomposición de partes, analizar cada una y sumarlas con la ilusión de captar y entender el todo.
- Pensamiento binario: que oscila linealmente entre polaridades
- La lógica matemática: aplicar componentes de la lógica deductiva al territorio de las emociones, basamento fundamental de todo problema humano, más allá de la construcción cognitiva.
- Realidad objetiva: sostener a ultranza la búsqueda y creencia en una realidad única, externa a la mirada y creer que puede observarse con objetividad (Ceberio y Watzlawick, 2003).
- Busca de la verdad única: entender que existe una sola verdad y que debe ser develada en la ilusión de solucionar el problema.
- El *insight*: creer que el “descubrir” esa realidad externa, esa única verdad, explicarla y comprenderla, es la posibilidad de resolver el problema.
- Inercia cognitiva: tendencia a aplicar esquemas de pensamiento repetitivos, a estereotipar procesos tipo efecto *dominó cognitivo*.

Todos estos componentes conforman las bases epistemológicas de un modelo clásico de conocimiento, más claramente de las ciencias modernas positivistas. Cuantas veces tendemos a aplicar soluciones memorizadas y reiteramos el más de lo mismo, mientras que continuamos aplicando fórmulas con esquemas repetitivos.

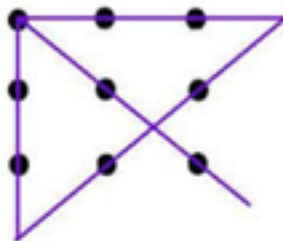
Esta rigidez de los esquemas mentales conforman nuestro modelo cognitivo, del cual somos presos si no logramos ejercitarnos en la creatividad y excedemos los límites de nuestras fronteras mentales. El hemisferio izquierdo, racional y lógico, es el que predomina en el análisis de la situación para una probable solución. Mientras que el derecho, creativo y más emocional, se relega cuando es el momento que más hay que activarlo.

Este proceso se observa claramente en los problemas de ingenio, por ejemplo en el problema de los *nueve puntos*. Este es un problema simple y dificultoso de aprender pero que es un claro ejemplo de soluciones intentadas fracasadas. Se colocan nueve puntos (como indica la próxima figura) y la consigna es atravesarlos sin levantar el lápiz con cuatro líneas rectas.



Cuando analizamos el proceso, después de la pautaación de la consigna y mirando los nueve puntos es imposible no ver el cuadrado (por la ley gestáltica de la proximidad: una sucesión de puntos conforman una línea recta). Entonces, la persona queda atrapada dentro de la cuadrícula, con lo cual los ensayos se hallan circunscriptos al perímetro del cuadrado. Para lograr resolver el problema

102 se debe exceder la ilusión de ese perímetro. Porque al final eso es, una ilusión. Las líneas que trazaremos para solución de la propuesta deben traspasar los límites del cuadrado imaginario.



El cuadrado que vemos no solo es concreto sino que es una metáfora de nuestra propia cuadratura conceptual, nuestros esquemas rígidos que no nos permiten salir de nuestro modelo de procesar información. Para exceder el perímetro de nuestro modelo, hace falta creatividad. Si realizamos una asociación con la teoría de los dos hemisferios, la cuadratura es nuestro hemisferio izquierdo, racional, de cálculo matemático; mientras que el derecho, (las líneas que exceden el perímetro) es más emocional y es el que nos indica el camino de la creatividad.

El mismo fenómeno sucede con los cálculos matemáticos. Una simple cuenta de multiplicar de tres cifras nos puede servir como ejemplo. Hemos experimentado en el Laboratorio de Neurociencias y Ciencias sociales (LINCS) de manera no sistematizada este ejemplo, explorando las diversas reacciones que expresan el desconcierto en los participantes, con el objetivo de indagar acerca de los constructos rígidos y la estereotipación de fórmulas mentales. Le presentamos a un grupo de personas una cuenta de multiplicar de tres cifras, pero alteramos el proceso de iniciar por la secuencia unidad, decena y centena. En general, iniciamos con centena, seguimos con unidades y terminamos con decena.

Cuando iniciamos el proceso, las más diversas caras de confusión se han detectado, hasta expresiones como *No, te equivocaste / Me parece que no es correcto / Hummm no está bien*. Inmediatamente después instamos a reflexionar sobre el tema, estimulando a ver el modelo personal que se coloca en la prueba. A posteriori, realizamos la prueba con el modelo tradicional (comenzando por unidad, decena y centena). En general los grupos experimentan una tranquilidad y descompresión al encontrarse con esquemas conocidos, a pesar que conocen el axioma matemático que dice *El orden de los factores no altera el producto*:

324	324
<u>x 132</u>	<u>x132</u>
32400	648
648	9720
<u>9720</u>	<u>32400</u>
42768	42768

Todos estos mitos son correctores de desvío, hacen a la construcción rígida y no permiten cuestionamiento, son *per se*, mejor dicho esa es la creencia que no nos permite atrevernos al cambio. Al final de cuentas, no solo somos presos de sistemas -puesto que integramos y vivimos en sistemas- sino que estamos atrapados en nuestros modelos mentales, pero aún más, estamos a la debacle de nuestra biología. En este sentido epistemológico, la libertad es una falacia.

Es que nuestro cerebro sistematiza no solo contenidos sino procesos, más precisamente formas de procesar la información. Por otra parte, estamos tan imbuidos en la lógica racional que aplicamos fórmulas basadas en ella y nos olvidamos de que los problemas humanos están regidos principalmente por las emociones. Con esta base y haciendo honor a la frase *el hombre es un animal de costumbre*, aplicamos una y otra vez la misma fórmula a pesar de obtener el resultado contrario al

que deseamos obtener. Mientras tanto cuestionamos los resultados y no las premisas que nos llevan a los mismos.

Entonces, no solo se deberá prestar importancia al miembro problema o sintomático, sino también al resto del sistema, puesto que los intentos de solución exceden el marco del protagonista. En una oportunidad, una familia consultaba por la madre, una señora diagnosticada como una depresión psicótica que permanecía todo el día sentada en un sillón y se quejaba de su sequedad bucal, producto de la administración de cantidad de psicofármacos. Vino a la sesión acompañada de su marido, un señor pelado y retacón y sus dos hijas, la mayor casada y la menor que vivía con ellos. Cuando les pregunté qué habían intentado para solucionar la postración de la madre, me contestó el señor, quien le insistía en que se levantara, fuera a enseñar catequesis y pasear. Las hijas le hacían alternativamente la comida y la invitaban a salir de paseo, a ver el sol, en los días cálidos, la invitan a tomar un café al bar, etc.. Todos intentos que habían caído en saco roto. Ellos quería que esta señora se levante de ese sillón, pero todo lo que habían intentado había resultado ineficaz.

Como se verá, todas las sugerencias están sostenidas por la lógica racional: es lógico que si la mujer está postrada, se la inste a levantarse, si está inactiva se le proponga una actividad. Pero, sin embargo, cuanto más se le sugiere este tipo de proposiciones lógicas, menos se obtiene el producto deseado. Es más, podríamos afirmar que si cuanto más se le dice menos hace, quiere decir que las propuestas refuerzan su postración. Es algo así como *si quieres que no se levante proponle que se levante*.

Todos estos intentos estaban poblados de negativas por parte de la señora, quien insistía en su sequedad bucal y que no quería abandonar en absoluto su cetro desde donde dirigía a todos. Cuanto más se le decía que se levantara, más se quedaba abroquelada al sillón, razón por la que este estado no solo lleva años sino que fue progresivo. La terapeuta que dirigía el caso estaba casi resignada.

Cuando entramos en la consulta, se desarrolló una maniobra paradójal (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Watzlawick y Nardone, 1999; Ceberio y Watzlawick, 2010) muy directiva y en up. Le dije que habíamos deliberado con el equipo y teníamos un par de encargos que debían cumplirse al pie de la letra. No mostró mucho asombro cuando le recomendé comer caramelos ácidos para estimular la salivación, pero puestos en una caramelera que se encontraría situada en el lateral del sillón y que le permitirían extraer los caramelos con el mínimo esfuerzo. Tan solo estirando el brazo, una leve flexión le permitiría recoger la golosina.

Pero experimentó una rara reacción (que fue la primera que mostró en la sesión), cuando le pregunté desde que hora y hasta que hora ella estaba postrada. Entonces le ordené que tenía prohibido levantarse del sillón, que debía permanecer sentada desde las 8 de la mañana hasta las 9 de la noche, hora que ella se retiraba a la cama. Fue una enérgica proposición, que me llevó a ponerle especial énfasis a la orden. Le dije además que debía hacer desayuno, almuerzo, merienda y cena, en el sillón y que tenía permitido levantarse en tres oportunidades para ir al baño.

Mientras que describía vehementemente la tarea, la mujer por primera vez se rebeló: comenzó a mover su cuerpo y se cambiaba de lado una y otra vez en su silla, hasta que por fin dijo algo y ese algo fue *¡¡¡Nooo!!!... ¡¡¡Yo no voy a hacer esto que me manda!!!*: la mujer había reaccionado a la intervención paradójal de manera alevosa. Ese fue el tenor del resto de la sesión, mientras continuaba moviéndose en la silla, refunfuñando y diciendo que no iba a hacer lo que yo le prescribía. Lo más impresionante recuerdo, fue la reacción de su esposo y sus hijas.

Ellos, quienes hacía tan solo cinco minutos atrás le insistían a su madre que debía levantarse del sillón y todas sus tentativas (vanas) estaban dirigidas a sacarla de su aposento, ahora comenzaron a imputarle lo contrario. Las dos hijas, casi al unísono, le decían: *¡Mamá te tienes que quedar en el sillón, no seas cabeza dura!* El esposo, en un arranque de rabia, me dijo: *¡¡Se da cuenta Doctor que es una borrica!!!... ¡¡Si el Doctor te dice que te quedas en el sillón, te quedas en el sillón, coño!!* La cara de la co-terapeuta expresaba su asombro. Esa misma gente que consultaba por la madre ostrá-coda y postrada y negada a levantarse de su sillón, ahora le reclamaba que se quedara en ese mismo lugar, sin siquiera tomar conciencia de lo que decía.



La sesión culminó en un clima inverso al que había comenzado. La mujer continuaba diciendo que no se quedaría en el sillón todo el día, y la familia continuaba reclamándole que se debía quedar. Más aún, en los últimos minutos de la sesión, la señora se puso de pie al lado de su silla, en señal de rebeldía a todos los afanosos intentos por convencerla que se quedara postrada.

Por supuesto que este tipo de consultas y de efectos de intervenciones, no siempre se producen de manera tan *alevosa*, pero este ejemplo sirve para mostrar que la resistencia al cambio no solo se halla tanto por parte del protagonista del síntoma, como del sistema que lo sostiene, es decir, el síntoma es alostático (Mc Ewen B, 2006) puesto que anuncia la necesidad de restablecer el equilibrio: aparece en uno de los miembros pero es apareado de manera complementaria al resto.

En la vida cotidiana realizamos intentos de solución ineficaces y reforzamos el malestar en cambio de solucionarlo. Así se puede estar años acarreado un problema, hasta que se finaliza conviviendo con él. Acomodando el nicho ecológico al problema.

## SÍNTOMAS Y PROBLEMAS

Cuando un terapeuta explora acerca del problema del consultante, deberá explorar diferentes variables que se encuentran implicadas en el sostén del problema y que se interinfluencian interpotenciándose. En principio deberá delimitar si es un síntoma o un problema. Es decir, un problema puede deberse a cuestiones intersistémicas, cuestiones arbitrarias del contexto que pueden ser resueltas o no de acuerdo a la tipología de funcionalidad o disfuncionalidad sistémica del sistema que enfrenta el problema. Un hecho, producto del contexto, podrá ser resuelto de manera rápida por un sistema abierto y flexible, o podrá transformarse en un síntoma de la disfuncionalidad del sistema en un sistema rígido u homeostático. Mientras que un síntoma, emerge de las *faucés* del sistema. Surge de las variables intrasistémicas como una forma patológica de denuncia de la disfunción del sistema. Un síntoma es una metáfora que debe ser codificada a la luz del sistema y se constituye en una forma de expresión del desajuste del sistema. Un síntoma siempre es un problema, pero no todo problema es un síntoma.

Esta disquisición implica trabajar el sistema con diferentes estrategias. Se espera mayor resistencia si el sistema ha debido recurrir al síntoma como una forma de expresión de su disfunción. Desde esta óptica, es posible entender que numerosas conductas sintomáticas son el resultado de los problemas que acaecen en el sistema. Esta definición gira copernicanamente las ópticas tradicionales que centralizan la conducta anormal en una persona, negando al resto del grupo: para observar el todo del cual una parte es emergente, un miembro que representa la evidencia de que algo está fracasando o no funciona de manera correcta.

No son pocos los niños que hacen trastornos de aprendizaje o de conducta, de cara a los problemas conyugales de los padres; o las ausencias de figuras paternas, de autoridad o de falta de límites, pueden encontrarse detrás de una persona adicta; o como bien observaron en los años '60 Bateson y su grupo, los dobles mensajes –como una modalidad de comunicación– que una madre le proporcionaba a su hijo, generaban a lo largo de su crecimiento la posibilidad de un trastorno esquizofrénico. Comunicación que llamaron *Teoría del doble vínculo* (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1962).

No obstante, no quiere decir que siempre sea así. Siempre, es un término que en psicología es muy difícil de aplicar. Un síntoma es muy controvertido de definir o explicar, puesto que es el resultado de múltiples variables: Factores inconscientes, comunicacionales e interaccionales, experienciales, históricos, bioquímicos, orgánicos, endocrinos, neurofisiológicos, inmunitarios, cognitivos y emocionales, convergen para constituir un trastorno bulímico, de pánico, anoréxico, depresivos, de obesidad, de drogadicción, psicótico, obsesivo compulsivo, familiar de pareja, etc. Solamente es factible construir una hipótesis que concatena diferentes observaciones (distinciones) que el psicoterapeuta realiza en ese momento único e irrepetible de la interacción que establece en la sesión.

Una hipótesis que será tramitada por alguna vía (pragmática, emocional o cognitiva) que el terapeuta considere apropiada para que el paciente pueda generar un cambio.

Es importante que el paciente concientice que al integrar sistemas, es participe en mayor o menor grado de los trastornos o de los síntomas que puedan encarnarse en un miembro. Es decir, poseemos un nivel de responsabilidad (no de culpabilidad) cuando aparece un problema en el sistema. Cuáles son las acciones e interacciones que se desarrollan para colaborar en la producción sintomática, intencionadamente o no. Reiteramos, inclusive hasta cuando se trata de resolver el problema y se insiste aplicando la misma fórmula que da el resultado contrario al que se desea obtener: la lógica racional y el pensamiento convencional, deja atrapado al paciente en un proceso de razonamiento sistematizado que continúa repitiendo una y otra vez, aunque sea inefectivo.

La estructura familiar, como la estructura del sistema eléctrico posee diferentes circuitos con diferentes funciones. Cada una de las partes contribuye al funcionamiento total del sistema. Pero hay una parte del circuito que antiguamente se la denominaba fusible, cuya función era preservar a todo el sistema en el caso que existiese una anomalía o una sobrecarga de electricidad que pudiese quemar literalmente el circuito en totalidad. En numerosas familias, la aparición de un miembro sintomatizado cumple esta función. Es decir, es el que denuncia de una manera patológica lo que la familia está disfuncionando, solamente hay que tener la pericia de darse cuenta que no es un miembro enfermo sino es la expresión de un sistema enfermo.

Este es el sentido cuando nos referimos a que *todos somos responsables*, puesto que el integrante con el síntoma es el que se hace cargo el que toma la papa caliente de un sistema familiar que algo está haciendo de manera errónea. Y esto se puede aplicar a cualquier sistema (grupos, empresas, escuela y demás organizaciones). Claro que sería mucho más sencillo denunciar los problemas del sistema explícitamente y no necesitar recurrir a semejante sacrificio sintomático: pero cada uno hace lo que puede y llora por donde puede. Algunas familias niegan barriando debajo de la alfombra y diciendo *aquí no ha pasado nada*, otras se mantienen aglutinadas rígidamente, otras se disgregan, otras –las familias *American Express*– que aparecen sonrientes y radiantes en la foto, sosteniendo las locuras a costa de la imagen. En fin, son numerosas las formas a que los sistemas recurren para sostener su estructura incólume.

Por ejemplo, en los últimos años, en Buenos Aires han aparecido en consulta numerosas parejas de padres de adolescentes, que reclamaban un cambio en uno de sus hijos. Este cambio aludía a que estos hijos (cuya edad oscilaba entre los 21 y 28 años) *no hacían nada*, es decir, algunos eran estudiantes crónicos con poco avance en sus estudios y no trabajaban, otros ni siquiera estudiaban. La crítica estaba referida a que con esta actitud no tendrían futuro, no tenían una posición activa y de iniciativa en la construcción de proyectos de vida.

La mayoría de estos padres –de clase media-media y media-alta– habían buscado hablarles a sus hijos, dándoles los consejos tradicionales sobre como conducirse en sus actividades, cómo debían cambiar de actitud, crecer, hacer proyectos, trabajar para ser independientes, empezar de abajo, proponerse metas, estudiar para consolidar un futuro, en síntesis todo un glosario de lecciones de vida. Por supuesto que la consulta tenía por objetivo que estos hijos hicieran terapia para poder evolucionar y concretar el anhelo de sus padres. Estos padres habrían pedido la consulta, dado que los intentos coherentes y racionales que habían implementado, no les dieron el resultado esperado.

Estas familias eran de clase media alta y clase alta y explorando su estructura e historia, observa que estos padres eran hijos o nietos de inmigrantes (españoles, judíos polacos, rusos y sefaradís, italianos), cuyos antecesores habían llegado al país, pobres y con muchas ganas de trabajar –*de hacer la América*. Estos padres, en su infancia y adolescencia habían vivido la vida de sacrificio y trabajo de sus propios padres, de restricciones y limitaciones, no de pobreza pero si de poca holgura económica, cuyos padres les impusieron la profesión y el trabajo (la mayoría pertenecían a la generación de la década del '40 –*Mi hijo el Doctor*–). Ahora estas parejas de padres, eran en general, ambos profesionales que habían ejercido prósperamente la profesión y no deseaban que sus hijos pasen por las mismas restricciones que ellos habían vivido.

Paralelamente al reclamo inefectivo hacia sus hijos, que se había transformado en exigencia y había llegado a enojos y desplantes subidos de tono en la familia, estos padres nunca dejaron de abastecerlos económicamente. En la mayoría de los casos, a estos adolescentes tardíos se les pasaban una especie de *sueldo de hijos* semanal o mensual, algunos tenían automóvil que no era mantenido por ellos sino que sus padres les pagaban el seguro, patente y combustible, también había llegado a inventar puestos de trabajo en empresas de amigos que eran pagados por ellos subrepticamente, en algunos casos, estos hijos vivían solos en casas alquiladas por los padres, o vivían con los padres usufructuando de todas las comodidades del hogar y sin colaborar ni en gastos, ni limpieza y menos cocinar.

Con respecto a las soluciones intentadas, se observaba un doble juego para resolver el crecimiento de los hijos. Se basaban en una parte, en que se les reclamaba independizarse y en otra, retenerlos mediante todas atenciones hacia ellos. Ninguno y hasta es lógico, iba a levantarse temprano y revisar las ofertas laborales en el diario o Internet, sino no sentían realmente la necesidad. Se les decía a estos padres, en terapia, que si se estuviese en el lugar de estos hijos, costaría mucho independizarse y renunciar a todas las comodidades: cama *calentita*, comida, mucama, auto, ropa, sueldo y otros extras.

Los hijos estaban en una encrucijada puesto que la propuesta de evolución implicaba dejar el paraíso y entrar en el territorio del sacrificio. El terapeuta les señalaba irónicamente *no me quieren adoptar!!*, porque nadie querría salir de semejantes comodidades. Estos padres no quieren que sus hijos pasen lo mismo que pasaron ellos en la infancia: ciertas limitaciones en la posibilidades de hacer, adquirir, comprar, viajar, etc. Ni siquiera esta actitud es consciente. Este complejo conlleva la falta de límites en el dar y a que se sientan culpables si intentan colocarlos. Es una actitud que entrapa a los hijos pero también a ellos mismos.

El cambio de los intentos inefectivos implicó un cambio en el sistema de creencias de los padres, es decir, una reformulación de su propia historia y que no eran *malos padres* si restringían el dar a los hijos. Se trató de coherentizar la demanda que ejercían con el propósito de que sus hijos se independicen, con las acciones consecuentes. Por lo tanto, pidieron menos y accionaron más, generando limitación en los hijos en lo que respecta al dinero y a la manutención personal, lo que provocó que los hijos se activaran de cara a la firmeza de los padres en la restricción. Con estos padres se implementaron una serie de prescripciones sobre la base del famoso dicho popular que dice *que no hay que darles el pescado, hay que darles la caña y enseñarles a pescar*. Ellos les daban el pescado no crudo sino preparado como un plato exquisito, y pretendían que sus hijos, salieran a pescar y, más, fuesen duchos en la pesca.

Como se observa en este ejemplo de práctica clínica, que forma parte de una investigación, no solo está la responsabilidad sintomática de los hijos, sino los intentos frustrados de los padres que colaboran con el más de lo mismo de los intentos repetitivos basados en la misma creencia. O sea, un todo disfuncionante que genera, interacciones, cogniciones, emociones y un pull neuroquímico que alienta a mantener el cuadro.

En la labor terapéutica, entonces, se desarticulará (redefiniendo por medio de intervenciones o prescripciones) la visión y el circuito que sostiene el problema-queja. Si las soluciones intentadas son sus sostenedoras y agravantes, el terapeuta tratará de dismantelar el más de lo mismo, bloqueando así, en principio, la recurrencia originada por las tentativas ineficaces. Apelaré al recurso de la creatividad, para colocar en su lugar una nueva opción que posibilite la ruptura de la redundancia.

En numerosas ocasiones, las intervenciones o prescripciones *paradojales* (Watzlawick, Wealkland y Fisch, 1974; Ceberio y Watzlawick, 2010; Beyebach, 2010) son los giros copernicanos en los intentos de solución, ya que desafían a la lógica racional, modificando los circuitos recursivos que sostienen el problema. Por ejemplo, es el caso de los pacientes que padecen ataques de pánico, trastornos fóbicos y diversas obsesiones, cuyas soluciones intentadas apuntan al control sintomático. Del típico y constante repetirse *no me va a pasar nada*, se obtiene el fracaso y la acentuación cada vez mayor de la disfunción.



El terapeuta estratégico breve –en una de las llaves más utilizadas en este tipo de casos–, luego de explorar los pasos secuenciales de su ataque (por ejemplo: mareos, náuseas, taquicardia, sudación, angustia, temblores, calores, desmayo, etc.), le pide que se esfuerce concentradamente en realizar los dos primeros pasos de la secuencia; mientras que intenta ir hacia la esquina de su casa a comprar una golosina. Estas prescripciones arrojan como saldo que –sorpresivamente (para el cliente)√ a pesar de haberlo intentado y reintentado, solamente sintió una leve sensación de vacío estomacal (y sus subsecuentes sensaciones de mayor seguridad, valorización y extrañeza por el cambio; Ceberio, 2011).

Este puede ser uno de los dividendos de la paradoja, en donde la opción de una alternativa diferente a los intentos fracasados –que en términos cibernéticos son acciones correctoras homeostáticas–, genera la desviación de la reverberancia rígida, induciendo a una crisis en el sistema, de lo que se espera un cambio pragmático. Esta inducción de entropía, desestructura la acción sintomática. El cambio de las soluciones intentadas, provoca una diferencia en la respuesta del síntoma, redimensionando así la perspectiva de realidad de la persona. De cara al paciente, que extrañado y entusiasmado comenta que *notablemente no apareció su síntoma como esperaba*, el terapeuta se mostrará escéptico y restringirá el cambio frente a tal alegría: *Hummm, no se cambia tan rápido...*, en el intento de prevenir cualquier retroceso resistencial de la sistematización de las nuevas acciones, a pesar de que ya el paciente ha comenzado a sentirse más seguro. El resultado posible es un cambio a nivel lógico, un cambio de estatus epistemológico: es la transformación del problema en dificultad y es la dificultad la que puede ser resuelta.

En general, el pasaje constructivo del problema hacia el estatus de dificultad es casi imperceptible, puesto que, frecuentemente, la constitución de una nueva percepción sobre la situación conlleva la solución en lo pragmático (o viceversa), pero lo que en realidad se resuelve es la dificultad, o sea, el problema transformado en no problema. De acuerdo a la nueva perspectiva, hay un cambio de categoría: se logra ver *no tan grave*, lo que se calificaba como *muy grave*, hasta llegar a la *ausencia de gravedad* de la situación. Por lo tanto, desde esta última construcción se encuentra el camino a la resolución.

Así, el terapeuta –especialmente en el modelo de Palo Alto–, no ofrece una gama de soluciones como si fuese un consejero o asesor. Pone en marcha una serie de intervenciones que inducen a ejecutar una deconstrucción y a proponer, mediante una acción alternativa a las implementadas, una construcción nueva que supone un acto co-constructivo resultado de la interacción terapeuta-paciente. El trayecto que va, desde el problema hasta la solución (deconstrucción y nueva construcción), conduce a la baja de tensiones y angustias. Pero no sólo esto, fortalece los parámetros de autovalorización y seguridad perdidos o nunca encontrados por el paciente, puesto que la desvalorización y la baja autoestima son sentimientos que aparecen frecuentemente en los seres humanos, cuando no se encuentran los referentes adecuados para los resultados esperados.

Podríamos resumir –constructivista y cibernéticamente– que el cambio de realidad y la modificación de reglas de un circuito redundante, se basan -desde la terapia estratégica breve- trabajando sobre dos flancos a saber: el cognitivo y el pragmático:

- Intervenciones reestructurantes: desarrolladas en el juego dialogal terapeuta-cliente en la sesión, dentro del contexto del consultorio.
- Prescripciones de comportamiento: acciones dirigidas que se llevan a la práctica fuera del ámbito de la sesión, en el escenario *real* y con los integrantes que participan en el sostenimiento del problema.

No obstante, ambos recursos se entrecruzan y cooperan sinérgicamente con el objetivo de la solución, desestructurando los intentos fallidos y aportando la pauta cognitiva nueva en la percepción que logra el cambio de óptica y la ruptura del statu quo. De esta manera, podría pensarse que la conocida técnica sistémica del *reframe* (reestructurar), no sólo se remite a ser una herramienta específica dentro de la gama de estrategias que cuenta el terapeuta, sino que todas las intervenciones provocan un cambio de las atribuciones de sentido acerca de la problemática planteada. Se construirá

## VARIABLES QUE SOSTIENEN EL PROBLEMA

Al investigar el motivo del mantenimiento de los intentos de solución, además de la sistematización de operaciones mentales, se encuentra una posible explicación que afirma que algunas soluciones intentadas ofrecen un alivio momentáneo a la persona que sufre trastorno de pánico. Laborit (1981) ofrece una ilustración ligada a la neurobiología. Según su modelo, con la corteza cerebral se llega a la anticipación gracias a la experiencia memorizada de los actos gratificantes o nociceptivos y a la elaboración de una estrategia capaz de satisfacerlos o evitarlos. La organización de la acción se produce a tres niveles.

El primero, a través de una estimulación interna y/o externa, organiza la acción de manera automática sin capacidad de adaptación. El segundo organiza la acción teniendo en cuenta la experiencia anterior, gracias al recuerdo de la cualidad agradable o desagradable de la sensación que de ella se ha derivado. El tercer nivel es el del deseo, y va ligado a la construcción imaginaria que anticipa el resultado de la acción y la estrategia que hay que seguir para asegurar la acción gratificante, o la que evita el estímulo nociceptivo. De ésta manera, si una acción produjo un efecto en ese momento deseable o gratificante, existirá una tendencia a repetirla, por más que la misma no traiga una solución real al problema.

A partir de este mecanismo es posible comprender que lo que en un comienzo es una forma aprendida para resolver un problema, confirmada y reforzada por las experiencias y relaciones sociales, se convierte en una reacción espontánea e incontrolada: un sistema de percepción y de reacción frente a la realidad, rígido e incapaz de ser modificado por la razón (Nardone, 1997). Sin embargo, no debe olvidarse que se debe considerar a la conducta-problema en contexto, es decir, mantenida por acciones entre individuos de un sistema, que, al intentar resolver esta situación difícil o molesta, la fijan (Casabianca y Hirsch, 1992). Es por esto que deben tenerse en cuenta las acciones, actitudes y pensamientos del núcleo familiar/social del individuo.

Cuando un terapeuta breve trabaja tanto con el problema o con el síntoma-problema (es decir, el problema sea sintomático o no) no solamente focaliza e intenta buscar la estrategia para su solución, sino que sobre el sistema original se asienta una serie de factores que dificulta la rápida resolución. Es que en torno al problema original, existen en simultáneo toda una serie de variables que asientan al problema y lo dificultan y traban en su resolución. Estas variables se encuentran implicadas en el sostén del problema y se interinfluencian potenciándose.

La primera variable es el problema original que es el inicio del trabajo terapéutico. Se trata de localizar y focalizar al problema y entender si es sintomático o eventual en el sistema y es el primer paso para entenderlo y buscar opciones para el cambio. En principio se trata de analizar si el problema principal es un síntoma (intrasistémico) o un problema (extrasistémico). Es decir, un problema puede deberse a cuestiones intersistémicas, cuestiones arbitrarias del contexto que pueden ser resueltas o no de acuerdo a la tipología de funcionalidad o disfuncionalidad del sistema perjudicado. Un hecho, producto del contexto, podrá ser resuelto de manera rápida por un sistema abierto y flexible, o podrá transformarse en un síntoma de la disfuncionalidad del sistema (en sistemas cuya rigidez y poca disposición al intercambio llevan a que se cristalicen sus funciones e interacciones).

Mientras que un síntoma, emerge del interior del sistema. Surge de las variables intrasistémicas como una forma patológica de denuncia de la disfunción del sistema. Un síntoma es una metáfora que debe ser codificada a la luz del sistema. Por ejemplo, un terremoto puede ser un problema que deberá resolver un sistema familiar si se encuentra en la zona del desastre. Este es un factor extrasistémico, un evento que acaece fuera de la funcionalidad de la familia. Un trastorno de conducta de un niño pequeño en la escuela, puede ser el síntoma –y como tal intrasistémico– denunciante de

un clima de tensión y agresión constante del grupo familiar. Cabe agregar que el problema puede ser extrasistémico como en el ejemplo del terremoto, pero la manera en que el sistema maneja la situación puede mostrar su funcionalidad o disfuncionalidad, en cuyo resultado puede hallarse el emergente sintomático.

Esta disquisición implica trabajar el sistema con diferentes estrategias. Se espera mayor resistencia si el sistema ha debido recurrir al síntoma como una forma de expresión de su disfunción. Diferente resulta si es una variable externa que el sistema ha debido afrontar. No obstante, el terapeuta evaluará las resistencias al cambio de acuerdo a cuatro variables: cantidad de síntomas, calidad de síntomas, intensidad y tiempo desde la aparición (Ceberio en Kerman y Ceberio, 2014).

La segunda variable de análisis son los problemas originados por el problema que crean diferentes frentes que enrarecen otras áreas de la vida de la persona. Los llamamos *satélites* porque son problemas que se originan a partir del problema original y se mantienen en torno a él y se reproducen en la medida que el problema original se sostiene. No son pocas las oportunidades en que el problema original logra resolverse y algunos de estos problemas quedan como remanentes disfuncionales del sistema.

Estos problemas entorpecen el proceso de solución pero a la vez lo pueden facilitar, puesto que en muchas oportunidades son la vía de acceso a la solución del problema original. Es decir solucionando el satélite, por efecto dominó se desbarata el problema madre.

La tercera variable, es un factor que refuerza pero que además puede desencadenar otros síntomas: el estrés. Todo problema o síntoma genera un factor estresor, altera y activa ciertos neurotransmisores y hormonas, y carga de ansiedad y angustia al problema original. La sintomatología estresora que provoca el problema es un problema que entorpece la resolución. (Mc Ewen, 2006). El estrés se hace presente en la medida que el problema no se resuelve. La ansiedad activa y es activada por el eje hipotalámico hipofisiario que termina estimulando la suprarrenal y segregando cortisol y adrenalina de cara a la incertidumbre que se produce ante el no cambio.

La cuarta variable son los intentos de solución fallidos que se han constituido en problemas al no resolver el problema. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) Constituyen, como lo observamos en el presente artículo, la matriz del sostenimiento del problema en el sistema. Los intentos fracasados tiene su base en procesos de la lógica binaria y lineal patrocinada por el hemisferio izquierdo. Se aplican cambios cuantitativos de la misma tipología, a pesar que se produce el resultado contrario al que se desea obtener.

Todas las tentativas de romper con la dominación y hegemonía del síntoma, son fracasadas y han sostenido, por ende, al problema. La forma sistematizada de procesar la información y el contenido, o sea, lo que se intenta por resolverlo, siempre están enmarcados en el mismo repertorio de soluciones lo cual perpetúa y refuerza la producción sintomática. Se anula la creatividad y después de la infructuosidad de los resultados, los intentos de solución se han convertido en problema por la ineficacia.

La quinta variable de análisis es la baja autoestima. La desvalorización personal producto de la ineficacia de solución incrementa la posibilidad de afrontamiento y creatividad necesaria para el cambio. Es indefectible que en la medida que el problema se afianza en el sistema, genere inseguridad e impotencia en el protagonista. Dos razones que tienen su raíz en la desvalorización. La persona que fracasa sistemáticamente en solucionar el problema, se autogenera su propia desvalorización y este sentimiento entorpece y retroalimenta la minusvalía frente al problema. (Cyrulnik, 2013; Ceberio, 2013).

Es importante observar la dominación del síntoma por sobre la persona. Esta *tiranía sintomática* hace que la persona se encuentre en una posición por debajo y a merced del síntoma, lacerando su propia autoestima. La desvalorización personal es uno de los puntos que deja como secuela el síntoma. Los intentos de solución ineficaces hacen a la impotencia del protagonista y a su consecuente baja autoestima.

La sexta variable remite a la disfunción que generó el problema en el sistema original. Todo problema modifica sustancialmente al sistema que lo vio nacer: *el problema nace en un sistema pero crea un sistema* (Weakland, 1994). Cuales fueron las alteraciones (en funciones y reglas) que produjo el problema en el sistema original, creando un nuevo sistema. Siempre deberá analizarse, puesto que es una disfunción del sistema original de la cual ha emergido el problema-síntoma. Explorar sus distintas fracciones y describir una puntuación de secuencia de interacción (Watlawick, Beavin y Jackson, 1967) en pos de comprender cómo surge el síntoma/problema.

La séptima variable analiza el sistema creado por el problema. Cómo es cualitativamente el sistema creado por el problema y cuales fueron las modificaciones en reglas y funciones que se han modificado del problema original. Establecer también una puntuación de secuencia de interacción aclara y explicar el porqué y el para qué del síntoma, permite observar las posibilidades de ingreso al sistema en pos de provocar un cambio. Es decir, cuales son las fracciones del sistema por donde el terapeuta puede colocar una cuña pragmática mediante, por ejemplo, una prescripción para generar un cambio mínimo que devenga por efecto dominó en un cambio mayor.

La octava variable es lo que llamamos pensamientos *basura*. Es decir; cuales son los pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas que proliferan en torno a los problemas. Estos pensamientos, tan bien descritos por los cognitivistas (Beck y Emery, 1985; Beck 2000; Risso, 2009), son automatismos cognitivos que se sistematizan y que aparecen en el protagonista en los momentos de enfrentarse con el problema. Estas rumias catastrofistas acentúan la desvalorización y entorpecen la posibilidad de resolución perpetuando al problema en el tiempo y nublan aún más las posibilidades de cambio. Frente a este grado de vulnerabilidad, es inevitable la aparición de pensamientos automáticos negativos que sumergen a la persona en la más profunda impotencia y paralización.

La novena variable son las emociones que predominan en el problema y, si el problema desborda la vida de la persona y adquiere un gran protagonismo, también las emociones que predominan en su vida en general. Cuales son las emociones que surgen del problema y que perturban y obturan no solo la solución sino la vida de la persona. (Pert, 1985, 2007). Entender aquellas emociones que se sistematizaron en torno al problema es observar que las emociones son identitarias y como tales, no proporcionan un estilo comportamental en la medida que se instaura el problema en la vida de la persona.

Por último, la variable décima, es la evaluación de la resistencia al cambio. Se trata de la sistematización del problema en la vida de la persona y se analizan cuatro factores (intensidad del síntoma/problema, cantidad de problemas del problema, frecuencia de aparición y tiempo de convivencia con el problema) en una fórmula que analiza la resistencia al cambio que va de Leve, moderado, medio, alta y muy alta. , tanto en intensidad como cantidad sintomática, tiempo de permanencia del problema y frecuencia de aparición. (Ceberio, 2014). En la medida que el problema evoluciona y se desarrolla crea un mayor afianzamiento a múltiples niveles. Provoca resistencias al cambio: cuanto más tiempo persista el problema en el sistema mayor será la resistencia.

Esta fórmula analiza cuatro áreas de la vida de la persona: la interaccional-relacional, la emocional, la cognitiva y la neurobiológica. Se observa el grado *adictivo* al problema que impide el cambio. (Ceberio, 2014).

## MUCHOS SISTEMAS INTENTAN FALLIDAMENTE

Los intentos de solución no se remiten únicamente a las iniciativas personales. Una persona se halla imbuida en una serie de intentos personales fracasados, luego que pasa años sistematizando el mismo proceso, se ha vuelto más vulnerable y por ende más dependiente de su entorno, y ha comenzado insistentemente a recurrir a éste en la búsqueda de respuestas que lo acerquen a la mejoría. Dentro de los intentos fallidos se observan:



1. Intentos personales
2. Intentos profesionales
3. Intentos de personas afectivamente cercanas (P.A.C.)
4. Intentos de referentes afectivos principales

## INTENTOS PERSONALES

Una de las soluciones intentadas fracasadas (Ceberio, 2005) es intentar enfrentar el problema, diciéndose a sí mismo que puede superarlo, que nada le va a suceder, que es capaz y nada le puede pasar. Pero cuanto más se lo repite, más se produce el efecto contrario, ya que al intentar controlar se intensifica y sostiene el problema. Le resulta difícil comprender qué le sucede y se llena de preguntas que acentúan su incertidumbre.

Estas numerosas tentativas tienen como corolario el incremento de su sintomatología, potenciando la angustia inicial y desarrollando un aumento de la incapacidad, la impotencia, la desvalorización y la inseguridad que detonan aún más angustia. Los trastornos de pánico (Ceberio 2014), nos sirve para ilustrar cómo la persona reacciona intentando escapar de donde se encuentra o evitación asistir a otro lugar que no sea su casa. Los agorafóbicos tratan de huir de donde se hallan o mirar donde se encuentra la salida de emergencia de un edificio, un restaurante o cualquier lugar público, o sentarse cerca de la puerta de salida de un cine; los fóbicos sociales se retiran cuando hay más de cuatro personas y evitan reuniones sociales, recitales, o cualquier reunión que los lleven a comprometerse a interactuar; los fóbicos específicos huyen cuando se sobrepasa la distancia límite del objeto temido, se cruzan de vereda si ven un perro en su camino, pasan con cierta cautela si encuentra palomas en un cable de alta tensión (Chappa, 2006).

Esta estrategia es una trampa mortífera puesto que conduce gradualmente al sujeto a incrementar las evitaciones hasta la completa incapacidad, ya que cada evitación confirma la peligrosidad de la situación evitada y prepara la siguiente evitación (Ceberio, 2005). Se apela también a lo que damos en llamar *el mantra: repiten no me va a pasar* tanto literal como metafóricamente, ya que este deseo es la base de todas las soluciones intentadas. O al ritualismo o cábalas: utilizar siempre el mismo recorrido si al haberlo usado no le acaeció el ataque, o utilizando alguna prenda o un objeto no le sobrevino el malestar.

## INTENTOS PROFESIONALES

La persona, no solo se centra en sus intentos sino en la asistencia de multiplicidad de profesionales. Más aún si hay síntomas orgánicos que lo aquejan y que competen a diferentes especialidades médicas como médicos clínicos, neurólogos y endocrinólogos, cardiólogos y gastroenterólogos, otorrinos y neumonólogos, psiquiatras y psicólogos, homeópatas. Como también a grupos de autoayuda o yoga, relajación y respiración, meditación, mindfulness. También terapeutas corporales y florales.

Muchos de los individuos, principalmente aquellos sometidos hace muchos años a la infructuosidad de sus intentos, producto de la propia desesperación, recurren al pensamiento mágico y cabalístico. Atribuyen las causas de su problema a orígenes maléficos, sobrenaturales, mágicos, con la creencia de que le habían realizado *trabajos* y asisten a brujas, tarotistas, videntes para solucionar su problema. La incertidumbre potencia la sintomatología ansiosa original. El paciente ronda de profesional en profesional, sin encontrar una definición a su problema (Ceberio, 2012, 2014). Hay importantes estudios en el contexto local argentino que toman en cuenta el consumo de salud como un sistema etnomédico (Idoyaga Molina, 1999, 2002; Idoyaga Molina y Sarudiansky, 2011) o los trabajos sobre métodos alternativos o complementarios (Saizar, Sarudiansky y Korman, 2013; Sarudiansky, 2013; Berenzon Gorn et al. 2009).



Aquí se reúnen las sugerencias que proporcionan amigos, vecinos, conocidos, compañeros de trabajo, familiares, entre los que se encuentran el hacer cosas (diligencias, mandados, tareas, etc.) que debería hacer la persona. Son *recomendadores* de profesionales a pesar que no tengan nada que ver con la especialidad que competería al problema del protagonista (*es un médico que es una eminencia!*, *curó a mi tía de diabetes; es un médico muy bueno, es el que lo atiende a Maradona con el tema de la adicción*).

Otros prescriben consejos *útiles* como *porqué a la noche tomas un té de tilo; tenés que no pensar; vas a estar bien relájate; trata de salir; divertite, salí a pasear, así te distraes; no comas pesado y no tomes alcohol; sos una chica inteligente, cómo no vas a poder subir al ascensor!* También se encuentran aquellos que juegan de terapeutas y realizan interpretaciones psicológicas salvajes en la búsqueda de causas y porqués: *Siempre fuiste así, desde chiquito... ¡No queréis asumir responsabilidades y eludís en cambio de enfrentar la situación; hay otras formas de pedir ayuda!*

Otros realizan explicaciones *dormitivas* (Bateson, 1976; Ceberio y Watzlawick, 1998) que explican una causa por la categoría donde se ve clasificado o categorizado el fenómeno, *sos un hipocondríaco; siempre fuiste medio fóbico, tenías miedo cuando rendías exámenes*. Mientras los hay *alentadores* que realizan lo que llamamos el aliento del pastor de iglesia: *tú puedes*. Este tipo de alocuciones entran a la persona ya que se ven compelidos a desafiar al miedo sin ningún tipo de estrategia, razón por la que se produce el fracaso. La persona además de la impotencia que le genera su trastorno, más impotente se siente cuando su círculo cercano le indica lo que tiene que hacer y no puede hacerlo.

Lo que hemos detectado en nuestra experiencia clínica investigativa de trastornos de pánico y fóbicos, agorafobia y fobia social (LINCS, 2015/16) es que el sentimiento base de estas sugerencias de las P.A.C. es que la persona protagonista se siente incomprendida. Su entorno minimiza su dolor y angustia y toman a su miedo como una situación ridículo y sin sentido. Por tan razón, con tanta soltura la gente brinda consejos banales o soluciones rudimentarias.

En síntesis, el círculo afectivo cercano inicia un amplio repertorio de soluciones que son condenadas al fracaso. Todas estas expresiones bien intencionadas del entorno y personales del protagonista, tienen por objetivo revertir la conducta de la persona, pero lamentablemente poseen el efecto contrario. El paciente se siente incomprendido y siente que nadie se coloca en su lugar. Se encuentra a merced del despotismo del síntoma o del problema, en una posición por debajo de éste, con lo cual pese a sus esfuerzos no puede revertir la situación. Entonces, a la angustia original se le anexa la ansiedad que genera el hecho de sentirse impotente frente a la sintomatología y ridículo o avergonzado por no poder cumplir lo que su círculo afectivo le propone.

## INTENTOS DE REFERENTES AFECTIVOS PRINCIPALES

Cuando una persona se encuentra muy acuciada por el problema, es interesante observar que en la dinámica interaccional, entre todos las P.A.C. elige una o dos personas que pasan a ser los *referentes*. Estas personas son los que protegen, ayudan, otorgan seguridad y se muestran incondicionales con la figura del protagonista.

Las razones que llevan a la persona panicoso a adjudicar a alguien esa función distintiva, se halla en lo que claramente John Bowlby (1969) definió como *apego*. Bowlby recurriendo a la etología, la neurobiología y la psicología describió cómo los mamíferos, en los que se incluye el hombre, en los primeros años de vida recurren a figuras que les representan seguridad y protección. Figuras que otorgan fiabilidad en la supervivencia y adaptabilidad al medio. El comportamiento de apego es una forma de comportamiento instintivo que se desarrolla en el hombre, al igual que en otros mamíferos, durante la lactancia y tiene como finalidad o meta la proximidad a una figura materna. La función del comportamiento de apego consistiría en la protección contra depredadores". (Bowlby, 1969).

Si bien esta figura está especialmente descrita en los primeros meses y años de vida, esa interacción se sistematiza y constituye una forma relacional para toda la vida. En la adolescencia o la adultez siempre las personas en situaciones críticas buscan a seres referentes con los que se sienten protegidos y amparados. Bowlby (1979) muestra que su teoría se aplica a otros períodos:

Tal conducta se muestra especialmente intensa\* durante la niñez, cuando está dirigida hacia figuras parentales, pero continúa activa durante la vida adulta, en la que generalmente es encauzada: hacia alguna figura activa y dominante que, con frecuencia, se trata de un pariente, pero también a veces de un jefe o alguna persona de más edad que pertenece a la comunidad. El comportamiento de apego, como afirma la teoría, se produce siempre que la persona (niño o adulto) está enferma o en apuros y adquiere gran intensidad cuando el sujeto está asustado o cuando no puede encontrar la figura hacia la que siente apego.

Este concepto tan visible en las relaciones humanas, hace que no sean pocas las personas que desarrollan esa función: padres, tíos queridos, padrinos, amigos, pareja, profesionales como enfermeros, médicos, psicólogos, maestros, entre otros. La teoría del apego presupone que los niños mayores y los adultos conservan conductas de apego, mostrándolas en situaciones de estrés o de riesgo. De hecho cuando pasamos por una situación de dificultad y de cierto grado de estrés emocional intenso, buscamos figuras que nos protejan y nos contengan (Bowlby, 1979, 1969, 1958, 1953, 2014).

Esta misma conceptualización es llamada por Boris Cyrulnik (2013) *tutores de resiliencia*, aunque no necesariamente refiere a la figura de apego a un ser humano. Señala que los recursos internos se componen esencialmente del aprendizaje de un estilo afectivo que llama *apego seguro*, que es la confianza en uno mismo y proviene del modo en que uno ha sido amado en los primeros meses de vida. El tutor de resiliencia puede ser un acontecimiento, un hecho, un lugar, una persona, pero en general, los tutores son personas adultas que se ofrecen como modelo identificatorio, un modelo afectivo, que interaccionan otorgándole brillo al resiliente y lo más interesante de esta relación es que puede ser fortuita y ocasional y no necesariamente perdurar en el tiempo. Es decir, el tutor de resiliencia propone en la vida del resiliente un punto de quiebre entre su trauma y los recursos para superarlo. Una resiliencia exitosa, entonces, es el resultado de la sinergia entre los recursos internos del protagonista y los recursos de su micro y macroecosistema.

La idea de la figura de apego o tutor de resiliencia, se entiende como la posibilidad de encontrar una persona que proporcione cierta seguridad, o que funcione como un *acompañador* en tiempo completo o parcial, le permite al sujeto afectado cierta valía de sortear momentos o situaciones temidas. La tarea de buscar el apoyo en una persona confiable, que le brinde seguridad, precede al estado del problema, simplemente se acentúa. La ansiedad que emerge de la no resolución del problema disminuye si la persona con el trastorno considera que un sitio o una persona son *seguros, o fuertes, inteligentes*, aun cuando no haya nada que la persona pueda hacer si algo malo sucediese (Barlow y Durand, 2001).

La estrategia de solicitar ayuda y compañía constante, tiene su efecto inicial de confortación, pero luego conduce al agravamiento del problema y de sus efectos limitadores y sintomáticos, puesto que precisamente el hecho de necesitar de alguien al lado, listo para intervenir en su ayuda, confirma al sujeto necesitado su incapacidad para afrontar las situaciones y manejar las propias reacciones. Como en la tendencia a la evitación, en el pánico, la solicitud de ayuda tiende a generalizarse hasta convertirse en una necesidad absoluta y conducir a la persona a las más severas formas de trastorno fóbico, o sea, a no estar en condiciones de permanecer solo (Nardone, 2003).

El protagonista se siente incomprendido y cree que nadie se coloca en su lugar, se encuentra a merced del despotismo sintomático en una total asimetría por debajo, con lo cual, pese a sus esfuerzos, no puede revertir la situación. Entonces, a la angustia original se le anexa la ansiedad que genera el hecho de sentirse impotente frente a la sintomatología e inepto por no poder cumplir lo que su círculo afectivo le propone (Ceberio, 2005).

Muchas de estas actitudes son acciones que debería hacer la persona que terminan siendo realizadas por el referente de apego. Es decir, *hacen* por la persona. Puede constituirse en un lento proceso de empobrecimiento social y personal, si la persona se encuentra en total dependencia con su referente.

Este tipo de relaciones acentúan la impotencia y la inseguridad. Relacionalmente en la dupla debe existir la complementariedad para su funcionamiento. Si el referente es el potente, el protagonista es el impotente, si hay alguien valioso y fuerte, la contrapartida es alguien desvalorizado y débil, si hay alguien seguro, hay un inseguro. En esa dupla, el acompañante, ya desde el vínculo acentúa la imposibilidad de cambio. En consecuencia brindan apoyo, confianza y seguridad pero en desmedro de los recursos del protagonista. El vínculo desarrollado es claramente asimétrico, donde hay alguien que dirige y alguien que acata. Aunque el acompañante tiene un doble juego: si bien es conducido por el A.A. también tiene a su disposición un empleado protector a tiempo completo. Este doble juego es entrampante pero suena a la dialéctica del amo y el esclavo hegeliano: ambos se necesitan. Son narcisísticamente poderosos puesto que el desenvolvimiento de su función aporta una cuota de valía personal que hasta ahora no pudieron obtener.

De esta manera, y con este planteo relacional terminan en el vínculo estimulando la dependencia cuando lo que se espera es generar autonomía. El P.P. pasa a ser un apéndice del acompañante pero, el también el acompañante un apéndice del P.P.

Por último, cabe destacar que el referente es uno de los *locus* de mayor desarrollo de intentos de solución fallidos. Es en el cuadro de los trastornos de pánico donde se observan estos referentes con mayor intensidad: con la mejor intención, amorosa y preocupada, aconsejan lo contrario a lo que se debe hacer. Estos dobles mensajes son comunes en la relación: utilizan el *tú puedes* generando mayor torpeza; dicen el *debe hacer* y terminan haciendo por el protagonista; proporcionan cantidad de consejos *útiles* (que acentúan la impotencia), explicaciones dormitivas (que calman la ansiedad momentáneamente y no reformulan significados), explicaciones racionalizadoras (que justifican síntomas), buscan profesionales médicos y psicólogos que logren el cambio.

A pesar de esta crudeza descriptiva, los acompañantes no son monstruos sádicos que intentan destruir al protagonista. Todas las acciones están realizadas bajo los principios del amor y el deseo de mejora de la persona afectada, pero la relación en el sistema dupla y la concepción cognitiva de solución son dos factores que atentan contra la posibilidad de cambio y mejora sintomática. Todas estas actitudes, tanto profesionales, personales como de las personas afectivamente cercanas y los acompañantes, destruyen la autoestima del protagonista que más intenta menos llega al resultado esperado: la solución del problema.

## ALGUNAS CONCLUSIONES

Como se observó en el presente desarrollo, los intentos de solución son una base firme de aliento y sostén del problema, pero también son generadoras del problema original. Aunque dada su ineficacia también en sí misma es un problema. Es inquietante observar en los sistemas humanos, como las personas se posicionan en un repertorio estereotipado de intentos de solución y los perpetúan a pesar de la ineficacia.

La construcción que hacen del problema implica de manera directa a los intentos por solucionarlo, por lo tanto, no se trata únicamente de cambiar los intentos sino la forma en que el problema se concibe. Una vez que vemos el cuadrado en los nueve puntos se inician una serie de intentos fallidos limitados por el perímetro del mismo. Pero el cuadrado es una ilusión, una creación del perceptor y una autolimitación.

La forma que patrocina a los intentos esté regida por una lógica racional y un proceso de resolución imbuido en los tópicos de la ciencia positivista, que constituye el paradigma sociocultural actual (Ceberio, 1998). Pero las soluciones intentadas no solamente remiten al protagonista sino a

todo sus sistema que insiste en resolver el problema y culmina instaurándolo. Razón por la cual todo el sistema se involucra en los intentos y no es un tema menor en el análisis de problemas.

Cuando un terapeuta analiza un problema encuentra otros problemas del problema que refuerzan el problema y dificultan aún más la solución. Pero más allá de los factores descriptos, la gran protagonista de la dificultad para provocar el cambio y resolver el problema, es la inercia resistencial. Los factores de perpetuación del problema y de la resistencia al cambio, remiten a la intensidad, cantidad, frecuencia y tiempo: el respeto de estas cuatro variables, hace concienciar al terapeuta de cuan fuerte es el frente para suprimir el problema e implementar estratégicamente las intervenciones más propicias para provocar el cambio.

Un modelo sistémico, como el modelo estratégico breve (Weakland, Fisch y Segal, 1982; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), que focalice el problema, explore intentos de solución, y proponga en acuerdo con el paciente metas mínimas y objetivos finales, operativizado por un interminable glosario de técnicas, puede considerarse uno de los modelos más efectivos en generar el cambio. Aunque sea cual fuere el modelo, lo relevante es que el terapeuta no ingrese en la misma tipología de los intentos de solución de su paciente. O sea no realice propuestas que se basen en el mismo proceso que llevó al paciente al fracaso y menos que adjudique al paciente que resiste, cuando es él mismo quien lo lleva a perpetuar su problema y alejarlo de la solución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow D. y Durand M. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral*. Madrid: International.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1962). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Jackson, Don (comp.) (1968) *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires. Carlos Lohlé.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa.
- Berenson Gorn, S., Alanís Navarro, S. y Saavedra Solano, N. (2009). The use of alternative and complementary therapies on the Mexican population with depressive and anxiety disorders: results of a survey in Mexico City. *Salud mental*, 32(2), 107-115. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-3252009000200003&lng=es&tln-g=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3252009000200003&lng=es&tln-g=en).
- Beyebach, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Bowlby, J. (1953). Critical phases in the development of social responses in man and other animals. *New Biology* 14, 25-32.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-73.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss. Vol. I*. Londres: Hogarth
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications.
- Bolwby J. (2014). *Estados afectivos*. Madrid: Morata
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (1992). *Como equivocarse menos en terapia*. Santa Fe, Argentina: Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Ceberio M. R. y Watzlawick. (2010). *Si quieres ver aprende a actuar*. Buenos Aires: Teseo.
- Ceberio M. R. y Kerman, B. (2014). *En busca de las ciencias de la mente*. Buenos Aires: UFLO.
- Ceberio M. R. y Watzlawick. (2003/1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Ceberio, M. R. y Serebrinsky, H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia*. Buenos Aires: Psicolibros.



- Ceberio M.R. (2005). El mundo de los miedos. Prescripciones en trastornos de pánico. *Revista Perspectiva sistémicas*, 85.
- Ceberio M. R. (2014). En R. Medina, E. Laso, E. Hernández (Coords). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Chappa, H. J. (2006). *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico*. Manual práctico. Buenos Aires: Paidós.
- Idoyaga Molina, A. (1999): La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnologica*, XXI, 120-167.
- Idoyaga Molina, A. (2002). *Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: CAEA-CONICET.
- Idoyaga Molina, A. y Sarudiansky, M. (2011). Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino: Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. *Argumentos (México, D.F.)*, 24(66), 315-337. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-57952011000200012&lng=es&tln-g=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952011000200012&lng=es&tln-g=es).
- Laborit, H. (1981). *L'inhibition de l'action. Biologie, physiologie, psychologie, sociologie*. París: Masson.
- Laso, E. (2015). Terapia familiar en clave emocional, 1: breve revisión histórica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 631.
- McEwen B.S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 367-81.
- Morin, E. (1986). *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (1997). "Miedo, pánico, fobias. La terapia breve". Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo. Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Barcelona: Paidós.
- Onnis L. (1999). *Cuando el cuerpo habla*. Barcelona: Herder.
- Pérez Grande, M. D. cols.(1999). Prejuicios, estereotipos y otras profecías autocumplidoras. *Pedagogía Social*, 3, 125-146.
- Pert, C. (2007). *Molecules of emotion*. New York: Norton
- Pert, C. B., Ruff, M. R., Weber, R. J., y Herkenham, M. (1985). Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network. *The Journal of Immunology*, 135(2), 820-826.
- Riso, W. (2009) "Terapia cognitiva". Barcelona: Paidós.
- Sarudiansky, M. (2013). *Itinerarios terapéuticos y pluralismo médico en el tratamiento de la ansiedad en el Área Metropolitana*. San Luis, México: Universidad de San Luis.
- Sarudiansky, M., & Korman, G. P. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología & Sociedade*, 25(2), 451-460.
- Watzlawick, P., Jackson D. y Beavin J. (1967). *Pragmatic of human communication*. USA: Norton & Company.
- Watzlawick, P., Weakland, Fisch, R. (1974). *Change*. USA: Ed. Norton & Company.
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Weakland, J., Fisch D. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J. (1994). *Comunicación personal*. Palo Alto: MRI.
- Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K., y Schüz, B. (2013). How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy?. *Psychology and Aging*, 28(4), 1088.