

Entenderse, que no es poco. La Intervención Terapéutica entre la Autonomía y la Sinergia

Understanding, Quite a Challenge. Therapeutic Intervention Between Autonomy and Synergy

Ricardo Ramos Gutiérrez^a

^aMédico Psiquiatra adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau.

Historia editorial

Recibido: 08-09-2021

Primera revisión: 10-10-2021

Aceptado: 01-02-2022

Palabras clave

acontecimiento; autonomía terapéutica; sinergia interprofesional; sistemas de preocupación; principio de visión y división.

Resumen

La complejidad y la incertidumbre de las situaciones en las que resulta necesaria la intervención de varios profesionales aboca a que la colaboración sea frecuentemente discrepante y conflictiva. Ante lo que va sucediendo en un caso cada profesional se ve implicado en función del Sistema de Preocupación imperante en el ámbito en el que trabaja (clínico, social, pedagógico), e interviene en base a una lógica (el Principio de Visión y División) que apunta no a lo que se ve desde su posición en el caso, sino hacia donde tiene que mirar y como decidir lo que le toca hacer a él y lo que le toca a otros. Consideramos que el consenso no es alcanzable en base a lo que ya ha sucedido en el caso, sino en base a buscar una convergencia posible ante lo nuevo. El Acontecimiento, lo que ocurre en el caso, esperable pero que coge por sorpresa a los profesionales que ya intervenían en el, proporciona al terapeuta la posibilidad de proponer una sinergia de actuación sobre la base de su propia autonomía de intervención. En base a un caso clínico se ejemplificarán todos estos conceptos.

Abstract

: The complexity and uncertainty of situation which require the intervention of several professionals, often leads to this collaboration being discrepant and conflictive. Given the events in a particular case each professional engages with it according with the prevailing System of Concerns in the field in which they work (clinical, social, pedagogical) and intervenes based on a logic (the Vision and Division Principle) that points not to what is seen from their position in the case but to where they have to look as well as how to decide their role and that of others within the case. We consider that consensus is not achievable based on what has already unfolded in the case, but base on seeking a possible convergence in the face of new developments. The Event, that which unfolds in the case, which is to be expected but takes the professional who were already involved in it by surprise, provide the therapist with the possibility of proposing a synergy of action based on their own autonomy of intervention. Based on a clinical case, all these concepts will be exemplified.

Keywords

event; therapeutic autonomy; interprofessional synergy; system of concerns; vision and division principle

“Amanece, que no es poco” es el título de un film del cineasta Jose Luis Cuerda, recientemente fallecido, situado en un pueblecito ficticio de su provincia de origen. “Entenderse, que no es poco”, el título de este artículo, alude a las complejidades del trabajo con otros profesionales. El film de Cuerda es decididamente surrealista; pero basta que nos divirtamos al verlo. El trabajo interprofesional también lo es; pero no basta que nos iritemos, porque conlleva consecuencias prácticas y éticas que afectan a nuestro trabajo y a nuestros usuarios.

La presencia de otros profesionales y sus consecuencias no es un evento excepcional; “un terapeuta familiar tiene que asumir que raramente se va a encontrar en su labor profesional con una familia que no haya sido profundamente influida por los sistemas profesionales” (Imber-Black, 2000). Y esa influencia no es puntual: “Todo lo realizado en el pasado por los profesionales ha contribuido a la situación presente” (Alegret y cols. 2005). Hemos de contar con que “...No hay tratamiento fuera de la red, ni es posible pensar nuestra intervención profesional al margen de otras intervenciones, las conozcamos o no... Todo lo que hacemos es relativo a nuestro lugar en la red” (Ubieto, 2007)

Resulta, pues, imperativo entender como funcionamos no tanto por lo que sabemos por nuestra formación, cuanto por cómo nos encontramos con el caso y las condiciones que somos capaces de promover para intervenir en nuestra práctica cotidiana. Como funcionamos nosotros y como lo hacen otros profesionales implicados en el caso, no en un mundo ideal de jerarquías y tareas profesionales acordadas, articuladas y aclaradas, sino en el mundo real de situaciones confusas, interesadas e improvisadas (Ramos, en prensa).

La Coordinación, supuesta panacea para articular esfuerzos, presupone unos profesionales que asumen ser limitados, pero bien intencionados, sin divergencias insoslayables ni intereses propios; la realidad nos enfrenta con profesionales limitados (a su pesar; sosteniendo que ellos sabrían resolver el problema), bienintencionados (en general), pero con divergencias difícilmente soslayables e intereses no siempre conciliables (a veces interesados en mantener las divergencias por las que se identifican y son identificados).

Los elementos de una red social (profesionales implicados en el caso, miembros del sistema natural involucrados) no interactúan en función de supuestas características previas,

profesionales y/o personales, más o menos adecuadas a la situación problemática que los convoca; es más bien la relación la que, activada y activando ciertas disposiciones, más o menos generales y adecuadas (el habitus; Bourdieu, 1997) hace emerger las interacciones que se ponen en juego en una situación percibida como incierta.

En base a una sociología relacional (Emirbayer, 1997) la identidad (profesional en nuestro caso), en su dimensión práctica no es la expresión de un rol previo que se actualiza en función de las circunstancias: lo que hace un/a (psicólogo, psiquiatra, trabajador social) en un caso como este. Es, más bien, un emergente de y en una red social determinada en situaciones de incertidumbre, que procura una posición relativamente estable para mantenerse y desenvolverse en la misma, y que se sustenta en base a narraciones circulantes y constitutivas de esa red (White, 2008). La identidad profesional fundamentaría lo que aspiro a hacer, definiéndome como (psicólogo/a...) si quiero (o debo) mantener mi presencia en el caso. En palabras de Goffman lo que cuenta “no son los hombres y sus momentos sino más bien los momentos y sus hombres” (Goffman, 1967)

Incertidumbre, discrepancia y conflicto son características constitutivas del trabajo interprofesional, y hay que trabajar contando con ellas. Un caso clínico ilustrará unos conceptos que ayuden, sin renunciar a la autonomía, a aprovechar y promover las sinergias que hagan posible nuestro trabajo, inevitablemente comparado y compartido con el trabajo de otros.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO.

El caso fue atendido en una Unidad de Terapia Familiar de un Hospital de Especialidades, no un servicio de primera línea, tras un recorrido asistencial prolongado. Toda derivación implica que algún profesional, centrado en un miembro de la familia, estima que hay que ampliar el foco más allá. Pero no suele ser una decisión compartida con otros profesionales que, a veces, ni tan siquiera conocen que la derivación se ha producido. Por ello nuestro protocolo de admisión establece que la familia rellene una hoja de solicitud para expresar su visión de los problemas, y que soliciten a los profesionales que les han atendido un informe, aceptando los que la familia pueda conseguir.

Concebimos la derivación como un proceso de Decantación (Ramos, 2003) en el que la decisión de un profesional arrastra el pronunciamiento de otros, más o menos de acuerdo

con la derivación, que expresan su postura por medio de sus informes, a través de los cuales establecen su visión, explicitan sus intervenciones y proponen la jerarquía que pretenden otorgarse en el caso. Comenzaremos con el informe de derivación del psicopedagogo de una escuela privada, fechado a final de curso, 6 meses antes de la solicitud de la familia.

La niña Fulanita (la mayor de dos hijos, de 13 años) viene a nuestra escuela desde (más de 6 años). Entonces hacía poco que se le había diagnosticado (enfermedad dolorosa del aparato locomotor).

Era una niña triste y con muchos dolores, por sus continuas crisis. El profesorado decidió trabajar unos objetivos primordiales:

- darle afectividad para que se encontrase lo mejor posible en clase;
- que se encontrara como una niña más en clase;
- que los otros niños conocieran su enfermedad y la ayudasen;
- y que pidiera ayuda cuando lo necesitara.

También hemos insistido continuamente en la colaboración de la familia (concretamente la madre, que era quien la acompañaba) en aspectos que, sabiendo que por su enfermedad eran difíciles de conseguir, considerábamos como muy importantes para su buena adaptación a la escuela. Por ejemplo: puntualidad a las clases a pesar de la “rigidez matutina”, venir a las salidas extraescolares a pesar de tener que ir en cochecito, hacer los deberes a pesar del tiempo que tenía que pasar en fisioterapia y que los dolores se lo dificultaran mucho...

La madre ha colaborado mucho en la medida de sus posibilidades, pero hemos sido testigos de todo el esfuerzo que le ha representado.

Pensamos que esta situación ha comportado una dinámica que ha ido paulatinamente deteriorando las relaciones matrimoniales, y como consecuencia a Fulanita y a su hermano se les ve últimamente muy angustiados.

Creemos apropiado que esta familia dispusiera de una terapia familiar dado que, por la enfermedad de Fulanita, es imprescindible que proporcionen un apoyo importante.

LOS SISTEMAS DE PREOCUPACIÓN.

Este informe habla de un colectivo pedagógico fuertemente implicado en integrar en la

escuela a una niña con serias dificultades, a lo largo de años. El informe trasluce un inventario de preocupaciones sobre la niña (que no se sintiera no querida, distinta a sus compañeros, no entendida por ellos y poco capaz de pedir ayuda), la familia (que, ante las dificultades, descuidaran su integración, incumpliendo los horarios y actividades) y las consecuencias de sus demandas (sobrecarga de la madre, afectación de la pareja).

Postulamos que lo que mueve a un profesional a actuar son las preocupaciones que su involucración con un caso (el de la niña con la enfermedad tal), en un contexto dado (escolar) le suscita. Pero estas preocupaciones no le impactan aisladamente, sino como sistema, en el que el valor y el significado de cada preocupación viene dado por su relación con otras preocupaciones y con el conjunto de las mismas (Ramos, 2019, 2020). Por ejemplo, no considerar un horario especial los días que le toque fisioterapia se relacionaría con que los compañeros no la identifiquen como diferente y no peligre así su integración (pretendida como plena).

El Sistema de Preocupación que un caso activa abarca las preocupaciones que este suscita de entre todas las preocupaciones que los profesionales enfrentan en cada ámbito (pedagógico, social, de salud...); pero las abarca de manera distinta. Hay cosas de las que estos profesionales se ocupan (la relación de la niña con las actividades de la escuela) y hay cosas que, simplemente, lamentan (la sobrecarga que supone para la familia y el riesgo que esto supone para la pareja... y a la larga para la niña). A las primeras las denominamos Síntomas (del caso, en ese ámbito) y a las segundas Problemática, proponiendo que una conducta es Síntoma no por su naturaleza o por su significado intrínseco, sino por la involucración que reclama del profesional en un contexto dado. (Ramos, 2019)

Esta involucración se basa en la Interpelación, (Althusser, 2008), que se refiere a como se acusa la mirada y el reclamo normalizante de la sociedad. Tiene que ver con cómo la estructura social nos reclama para mantenernos a la altura de lo que el propio sistema social requiere en una situación dada; lo que se da por supuesto que toca hacer en una situación, no por quienes somos sino por lo que somos. Cada uno lo hará con distinto entusiasmo y convicción (en este caso con un entusiasmo, convicción y perseverancia llamativas); pero le toca y punto. Es un imperativo anónimo que reclamaría a cualquiera de nuestra identidad (profesional) que estuviera en ese lugar.

Pero en las sociedades modernas Foucault estableció que más que el poder impuesto verticalmente, lo que predomina es el poder distribuido, capilar, sináptico, ejercido horizontalmente (Foucault, 1992, 1996, 1997). El poder es promovido por cada uno de nosotros a través de guiones micro políticos, previos y prescritos de conducta, razonamiento y emoción, que circulan tácitamente, y por los que nos invitamos unos a otros a actuar, comprender y sentir de determinadas maneras en las circunstancias de la vida cotidiana. Estos guiones establecen, en nuestro caso, que se espera que haga cada profesional y como cada profesional, manteniendo su parte del guion, espera y reclama lo que deben hacer otros (Pakman, 2011). Yo he hecho mi parte ocupándome de lo que identificado como Síntoma (dificultades de la integración plena en la escuela), y eso no está en discusión; a otro toca ocuparse de la Problemática y conseguir el “apoyo imprescindible” que yo necesito para seguir ocupándome de los “síntomas” de una niña, en una familia que no está cumpliendo precisamente con su parte del guion (padres abnegados de una hija con problemas)

Pero las preocupaciones tienen una doble dimensión. La Dimensión Ejecutiva, que apela al deber hacer, a lo que el profesional tendrá que hacer si la preocupación no se alivia; y la Dimensión Compasiva, relacionada con las emociones que la implicación en el caso le despiertan. Cierta equilibrio en ambas dimensiones permite efectuar intervenciones indeseadas y dolorosas de manera sensible y aceptable; un menor en riesgo de maltrato, por ejemplo, puede ser retirado temporalmente de su familia por un profesional convencido y convincente respecto a que esa medida proporciona una oportunidad a la familia de reunificarse en mejores condiciones.

En este caso es evidente la compasión que han despertado las circunstancias de esa niña; pero llama la atención la poca flexibilidad de las condiciones impuestas, a pesar de que se reconocen sus dificultades para la madre (sobrecarga), para la propia niña (dolores, rigidez matutina) para la pareja (deterioro de la relación) y para ambos hijos (muy angustiados). Diríamos que en el balance Compasión/Ejecución se ha acabado imponiendo la dimensión ejecutiva y cabe preguntarse por qué.

Una primera respuesta se relaciona con el nivel de incertidumbre en el que se desenvuelve un caso en cada momento; en periodos de alta incertidumbre emerge y puede

prevalecer la identidad profesional que se antepone a ententes o consensos ya conseguidos; por ejemplo, “ya sé que, por fin, se ha conseguido que hayan comenzado una terapia y que van asistiendo, pero como trabajador de Protección me toca retirar al niño ante la duda de persistencia del maltrato”. Pero en este caso se trata de una situación crónica y estabilizada.

Para buscar otra respuesta hay que proseguir con el caso.

EL SISTEMA DETERMINADO POR EL PROBLEMA.

El segundo informe, fechado tres semanas después y realizado a petición de la familia, cumpliendo el requisito de admisión ya explicado, procede de un Hospital Infantil.

Atendemos en el Servicio de Psiquiatría a la niña Fulanita, de 13 años de edad que nos fue derivada por Pediatría.

Lo que motivó su derivación fueron las dificultades emocionales de Fulanita con sus compañeros de escuela y con su enfermedad crónica Tal que se le detectó a la edad de 5 años.

De la exploración psicológica (tales tests) destacamos que tiene un nivel intelectual correspondiente a su edad. Emocionalmente presenta sintomatología ansioso depresiva asociada a su enfermedad y los trastornos físicos que comporta como dolor, dificultades motoras y para actividades físicas de su edad (juegos, deportes...) y que al mismo tiempo comporta tanto para Fulanita como para la familia vínculos de fuerte dependencia mutua y ansiedad de separación.

Iniciamos con Fulanita un tratamiento de apoyo psicológico, así como visitas de orientación a la madre.

Creemos necesario el seguimiento psicológico de Fulanita, así como un soporte psicológico de los padres y abordaje familiar.

El primer motivo para incluirse en el caso es, justamente, el que se relaciona con el ámbito escolar (dificultades emocionales con los compañeros). Pero esto no vuelve a aparecer en el resto del informe, centrado en las preocupaciones que trata como “síntomas” en su ámbito clínico-psicológico: el nivel intelectual y las repercusiones físicas y emocionales de la enfermedad para la niña y para la vinculación en la familia (dependencia mutua y ansiedad de separación), proponiendo consecuentemente apoyo para la niña y visitas de orientación a la madre, para acabar reconociendo la necesidad de abordaje familiar, pero manteniendo

36 el “seguimiento psicológico” de Fulanita, signifique lo que signifique aparte de constituir su razón de estar y permanecer en el caso.

No se menciona ninguna medida respecto a los problemas con los compañeros, que tendrían en este informe clínico la categoría de Problemática (lo sabemos y lo sentimos, pero no nos toca). Y que, expresados de esa manera, sin especificación alguna de su articulación o jerarquía respecto al problema de la enfermedad (como sería: “problemas emocionales con los compañeros, que dificultan el manejo de su enfermedad”), postulamos que funciona también como un comentario (no muy halagüeño) acerca del desempeño de los profesionales del ámbito pedagógico que, aunque se refieren al pasado, su presencia presente indican que no han perdido actualidad (se consideran algo que, perfectamente, podría continuar pasando). Y constituye una explicación del predominio de la Dimensión Ejecutiva en el ámbito pedagógico (que nadie pueda decir que no estamos haciendo lo que nos toca)

Pero en el dossier hay también un informe del Psicólogo de los Servicios Sociales que visita a la madre, fechado 1 mes antes, producto de la requisitoria de informes por parte de nuestro servicio.

Menganita (la madre) es atendida por los Servicios Sociales de tal por primera vez en tal fecha (mediados del curso en que la hija entra en esta escuela). Desde (año y medio después de esta primera visita) hasta (durante dos años) recibe atención psicológica en relación al fuerte impacto emocional que sufre la familia por las dificultades de desarrollo que presenta su hija. Esta padece una enfermedad que precisa de numerosos cuidados médicos y un intenso tratamiento rehabilitador que debe proporcionar, básicamente, la familia.

El trastorno emocional que implica la discapacidad de su hija, la ruptura de expectativas y las actitudes que la familia desarrolla con relación a las posibilidades evolutivas de su hija, la desorientación de los padres ante esta situación y el importante estresor que suponen sus necesidades particulares afectan un equilibrio familiar precario.

Se les propone que asistan a entrevistas los dos miembros de la pareja, el padre asiste únicamente a tres expresando dificultades de horario, siendo finalmente atendida la madre. En (6 meses antes de acabar la atención continuada con la madre) la madre relata problemas en la relación familiar y de pareja y solicita ayuda profesional. Se le recomienda abordaje

familiar y se le sugiere (nuestro servicio). La madre queda en valorar la propuesta con su marido y tomar una decisión.

En (hace un mes) la madre solicita este informe con objeto de solicitar consulta en ese centro.

Este informe se hace también eco, lógicamente, de la enfermedad de la hija y su impacto en la familia. Pero desde una perspectiva nueva: la ruptura de las expectativas de la familia. Respecto a su hija y respecto a sus vidas. Nada sorprendente por otro lado; pero difícil de acomodar al guion con que los otros profesionales se mueven en el caso.

Y también difícil de soslayar; una vez reconocida, y a pesar de la “deserción” del padre, esa perspectiva ha debido estar cuando menos en el trasfondo de unas visitas prolongadas durante dos años. Y durante los 6 últimos meses tras la de derivación fracasada ante el explicitación de una problemática de pareja. ¿De que podían hablar durante 6 meses más, que no aludiera a “Pero entonces ¿qué va a hacer Vd. con su vida?”

Las conversaciones que estos profesionales tienen con los distintos miembros de la familia y tendrían entre ellos en sus intentos de coordinación configuran lo que se ha denominado Sistema Determinado por el Problema (SDP) (Anderson y Goolishian, 1988). Para estos autores un Sistema no es un grupo con historia y con futuro (como la familia, cuya disfunción organizaría el problema), sino una red conversacional erigida en torno a una alarma y centrada en el problema, con fuerte presencia profesional, cuya perpetuación organiza el Sistema.

La conversación terapéutica es una más en el marco y en el flujo de esa red conversacional que debería ser Dialógica (hablar-con desde una posición de Not Knowing) en vez de Monológica (hablar-a desde una posición de experto). La conversación dialógica “disolvería” el problema, y con ello se disolvería también el SDP. Pero esta conceptualización prioriza la forma de conducir la conversación sobre las restricciones y posibilidades que ofrecen el contexto donde esta se produce.

Postulamos que: a) distintas temáticas activan distintos subsistemas técnicos (escolar, social, de salud, jurídico) regidos por distintas lógicas que cuando concurren tienen que articularse, por lo que la expansión y mantenimiento de la alarma no es ni uniforme ni azarosa; b) distintos actores sociales (médicos, jueces...) manejan distintas cuotas de poder simbólico

por lo que tienen distinta influencia en construir la “realidad” del caso; c) determinadas acciones de esos actores pueden dejar huellas que trascienden el contexto en que se produjeron (marcas transcontextuales: diagnóstico, condena, desamparo, expulsión) con huellas distintas en la trayectoria del caso; d) los SDP que se ocupan de problemas duraderos o intermitentes no se disuelven, sino que se desactivan y, en todo caso, deben llegar a un equilibrio que ni resuelve ni disuelve el caso (Ramos, 2008).

En este caso los profesionales ponen en juego dos perspectivas distintas: la centrada en la hija y la que se acaba centrando en la madre. Postulamos que, más que responder a lo que el profesional puede ver desde su posición en el caso (psicopedagogo, psicólogo infantil, Servicios Sociales) a la espera de concertarse con los otros, esas perspectivas y los personajes protagonistas (hija, madre) por los que se concretan, se relacionan con adonde (por quien) hay que mirar para saber que nos toca hacer en la coyuntura incierta del caso, y en concurrencia con otros profesionales capaces de disputarnos (en función de quienes son sus protagonistas) lo que es prioritario en cada momento.

En las condiciones inciertas y cambiantes de la práctica cotidiana, en las que pueden cambiar tanto los problemas prevalentes como los profesionales que los atienden, más que llegar a una visión abarcativa y comprensiva se necesita contar con una mirada selectiva y eficaz que ayude decidir qué hacer en cada momento; en que hay que fijarse, que toca y que no. Lo que se ha llamado Principio de Visión y División (PVD) (Bourdieu, 1995)

El PVD es un esquema clasificatorio básico al que se recurre casi automáticamente. Más que en los conocimientos técnicos (protocolos: si observa tal haga cual) se funda en el saber práctico y local, fruto de la experiencia continuada en un contexto dado y basado en la lógica del “más me vale que”. Diversos PVD pueden actuar en paralelo, incluso durante largos periodos de tiempo, cuando, como en este caso, no ocurren acontecimientos dramáticos que los confronten sino momentos penosos reiterados que los justifican y alimentan. El SDP se encuentra en un Estado Próximo al Equilibrio en el que cada profesional opera en base a su PVD sin hacerse mucho eco de lo que hacen otros.

Pero no siempre fue así. En un momento dado se produjo un suceso (el diagnóstico de la enfermedad) que, en poco tiempo, despertó ecos en el colegio al que se apuntó, el servicio de Psiquiatría al que se derivó y el profesional que, poco después, atendió a la madre. Dis-

tintas preocupaciones configuraron dos perspectivas a considerar: la de una niña enferma a la que va a haber que respaldar y la de una madre decepcionada (y no muy acompañada) que va a tener que apechugar.

Pero esas dos perspectivas podían llegar a contradecirse; ayudar a la niña a adaptarse empujaba a acabar ayudando a la madre ... a resignarse. Cuando varios PVD potencialmente contradictorios entran en juego (el del colegio, mirando a la integración de la niña, el del psicólogo mirando a la decepción de la madre, y el de psiquiatría infantil que, mirando a través de la hija, contempla la relación de dependencia familiar) se acaba produciendo un alineamiento en torno a dos PVD antagónicos, que se resuelve con el dominio de uno de ellos. Lo de esta madre es triste, pero lo prioritario es esta niña...

El predominio de un PVD lleva al SDP a un Estado Próximo al Equilibrio que se traduce en una Clausura Distincional (Diaz, 1996). A partir de ese momento las cosas que siguen pasando en la vida son interpretadas en base a patrones (ya estamos otra vez), más que a episodios (¿qué está pasando ahora?). Cuando un SDP está en equilibrio ocurren acontecimientos en las vidas de las personas que no despiertan eco (y acciones específicas) en los profesionales. Por ejemplo, el nacimiento de un hermano en un menor retirado de su familia no se traduce en cambios específicos en su contacto con la familia (bautizo) o régimen de salidas.

Hasta que ocurre algo que obliga a reaccionar a los profesionales para enfrentarlo, en un intento de reafirmar su visión y en el marco de una sensibilidad acrecentada a lo que puedan hacer otros profesionales.

LA FAMILIA, EL ACONTECIMIENTO Y LA TERAPIA.

La familia está compuesta por el padre, obrero no calificado, la madre, ama de casa, Fulanita y su hermano, nacido poco después del diagnóstico. La solicitud la firma la madre y el motivo de consulta es: "Mantener un ambiente adecuado para poder educar a nuestros hijos es un motivo. En este momento estamos separados, porque vivimos momentos muy desagradables, ya que él tiene un carácter muy fuerte cuando llega la noche por las cervezas que bebe. Él siempre se siente incomprendido y yo no sé ayudarlo y cada día le tengo más desconfianza.

Mi hija, que tiene una enfermedad crónica desde (hace 7 años) necesita mucho apoyo y seguridad en su hogar.”

Y en la pregunta de si hay otros problemas añade: “La situación de la pareja con problemas de comunicación, problemas de adicción del padre con la consecuencia de cambios bruscos de comportamiento.

Esto dificulta el bienestar de mis hijos, sobre todo de Fulanita, que además de tener que soportar las consecuencias de su enfermedad ha expresado ganas de morir.

Actualmente vivimos separados, pero creo que por poco tiempo ya que al dar este paso de buscar ayuda se abre alguna esperanza de poder arreglar nuestra situación familiar”

Permítasenos tres comentarios. Primero que la madre expresa su acuerdo sobre lo que todos están de acuerdo: la necesidad de un ambiente adecuado para educar a sus hijos; pero sólo como un motivo más. Segundo la separación (y la esperanza de reconciliación con la terapia). Tercero la mención a las ganas de morir de la hija.

En base a toda esta información se organiza el Plan Temático de la visita (conjunto articulado de temas sobre los que el terapeuta expresa su interés por hablar, aparte de los que proponga la familia, Ramos, 2008, 2012, 2015). Pero la familia se retrasa; el terapeuta les dice que estaba pensando telefonarles para preguntar si tenían problemas para dejar a la niña en el colegio y contestan que ha sido por el tráfico; el padre apostilla que la niña está bastante mejor. El terapeuta, tras hacerse eco de la mejoría les dice:

Permítanme un resumen de lo que habíamos pensado hablar con Vds. Sabemos que Fulanita tiene una enfermedad crónica, pero no conocemos el pronóstico; no sabemos si la sensación de Vds. es que los esfuerzos que están haciendo por ella verán algún día su fruto o no. También sabemos, por lo que escribió la Sra., que Vds. tienen un problema de convivencia, pero no sabemos si fue primero el huevo o la gallina, si el problema de Fulanita les ha hecho difícil la relación o por el contrario, el problema de convivencia les ha hecho difícil lidiar con Fulanita. Sospechamos que el Sr. puede tener un problema con el alcohol, o al menos eso es lo que le preocupa a la Sra. También sabemos que, a pesar de todo esto, Vds. han pasado un tiempo separados por Navidad, pero no sabemos qué cambios esperaban para decidirse a volver a intentar convivir. Y no sabemos cómo se maneja el chico con todo esto y que es lo que se espera que hagamos nosotros con Fulanita.

De nuevo, tres comentarios. La actitud, no premeditada, respecto a la puntualidad; el terapeuta se posiciona de forma distinta a la de otros profesionales exigentes al respecto (colegio). La mención a la separación de la pareja, no mencionado por nadie. La expresión de Fulanita de desear morir, no incluida específicamente en el Plan Temático, en base a ser considerada como “Problemática” (me doy por enterado y me preocupa, pero estoy aquí para ocuparme de otras cosas). La siguiente carta-informe remitida al psiquiatra de Fulanita con aviso de copias al Psicopedagogo y al Psicólogo de la madre ayudará a situar el PVD del terapeuta.

El presente informe es para comunicarte que vamos a comenzar una Terapia de Pareja con los padres de tu paciente Fulanita después de realizar con ellos 4 visitas de evaluación.

Cuando comenzamos las sesiones la pareja, que había vivido separada durante 15 días, decidió darse una oportunidad y el padre volvió a casa.

Hemos realizado dos entrevistas de pareja y dos individuales dado que el padre no aceptó inicialmente realizar una consulta con el servicio de alcoholismo. Posteriormente accedió, a la vista de lo importante que era para su mujer. A raíz de esto se produjo un acercamiento emocional importante, por lo que decidimos que era el momento de iniciar la terapia sin esperar el resultado de la consulta ya solicitada por el padre.

También nos decidió a acelerar el proceso la situación de Fulanita. Esta iba, según la madre, dando por un lado signos de mejoría, pero por otro empezando a mostrar signos de rebeldía propios de la entrada en la adolescencia. Creemos importante que estéis al corriente porque eso puede incidir en el curso de la terapia.

Si la terapia concluyera con una ruptura de la pareja es mejor que se produzca con tiempo suficiente para que el progenitor que se quede con Fulanita tenga margen para coger las riendas; y si camina en dirección contraria habría que estar atentos a que Fulanita, viendo a la pareja más pendiente el uno del otro, no se vaya a rebotar.

Por eso no excluimos convocar a Fulanita a alguna sesión; eso nos daría oportunidad de conocer también a su hermano, que ha quedado muy marginado en todo este drama.

PD: Les rogamos que nos hagan saber si tienen objeciones a la mayor brevedad, para ver si las podemos incorporar a la terapia o sería mejor cancelarla.

El PVD del terapeuta pasa por la pareja, el prisma por el que contempla su aportación al caso. Y ello, no tanto por lo que es (es terapeuta de familia y pareja) sino porque ha ocu-

rrido un acontecimiento (la separación) que crea una incertidumbre (¿qué piensan y se proponen hacer al respecto los otros profesionales?) que posibilita y aconseja la emergencia de esa identidad (terapeuta de pareja) para alcanzar una posición firme en la interacción, en el campo de incertidumbres suscitado por el caso (Fontdevilla, 2010) Los colegas tendrán que elegir, y hacerlo ya, entre sus objeciones y contar con nosotros, tal como nos hemos definido.

Pero la separación puede que haya sorprendido, pero no es tan sorprendente; bien mirado estaba en el aire. El acontecimiento arrastra a primer plano aspectos de la situación que estaban presentes, pero no representados (Badiou, 1988), que no tenían intensidad de existencia suficiente como para estar presentes en las conversaciones del SDP, pasando el filtro del PVD dominante. Y la pronta reconciliación tampoco tendría que sorprender; bien mirado es una pareja de esas de ni contigo ni sin ti. ¿Por qué es un acontecimiento?... ¿O es una pareja que se está preguntando a su manera por lo que puede hacer, ahora que su hija está mejor y ellos están todavía a tiempo?

Un acontecimiento no implica necesariamente novedad. Es, antes que nada, algo que sorprende cuando ocurre y que, consecuentemente, da que hablar (Ramos, 2019). Y es en ese hablar en lo que el acontecimiento alcanza consistencia.

Porque hay dos maneras de hablar de él. De un lado la de los profesionales que sustentan el PVD dominante, que enfrentan el acontecimiento tratando de arrancarlo de la contingencia (pasó, ahora, porque pasó) para verlo como un accidente (tenía que pasar) que se pueda encarar como un problema al que se pueden aplicar soluciones dentro de su repertorio (Bourdieu, 2007). Que alguien les haga Psicoeducación, que están llevando a esta niña a decir que quiere morir.

Y de otro la de los profesionales que sostienen el PVD dominado y/o que se incorporan al caso, que se ven interpelados por los aspectos que se abren paso en la situación (la comunidad que comparece o co-aparece; Pakman, 2011) y se ven llamados a sostenerlos reconfigurando la problemática del caso a través de un trabajo de reconstrucción simbólica que impone y permite apropiarse de nuevas categorías de percepción (Gamboretta, 2015). Ahora lo importante es ver cómo está esta pareja y qué futuro tiene.

El acontecimiento, sostenido por quienes creen que aporta algo a considerar, abre camino a que pasen más cosas dignas de ser consideradas. El retorno del padre no como signo

de que “esta pareja no sabe lo que quiere”, sino como episodio a considerar (¿qué cambios esperaban para decidirse a volver a intentar convivir?) en tanto que es tratado como un punto de inflexión biográfico capaz de abrir un calendario nuevo (Leclerc-Olivé, 2009), de proponer un orden nuevo de temporalidad (Zizek, 2014)

Proponemos que cuando un caso con una trayectoria asistencial acepta acudir a terapia familiar se ha producido o está a punto de producirse un acontecimiento (Acontecimiento Primario: separación en este caso) que va a ser seguido probablemente de otro (Acontecimiento Secundario: reconciliación) que descoloca a los profesionales que lo atendían y abren la posibilidad de una reconfiguración de la problemática.

DE LA AUTONOMÍA A LA SINERGIA.

El motivo de la presente es comunicarte las causas de la interrupción de la terapia que hemos realizado con tu paciente (la madre) / los padres de tu paciente Fulanita después de 14 sesiones.

La terapia comenzó en tal fecha, después de que la pareja intentara una separación que finalizó cuando solicitaron nuestra ayuda, con la esperanza de que esta les ahorrara tan doloroso paso. El motivo de estar unos días separados, en una fecha tan señalada como Navidad, fue la cíclica repetición de momentos de intensa proximidad emocional seguidos de momentos de desencanto y distanciamiento.

Como se había producido una mejoría apreciable en el estado de Fulanita, que le permitía entrar activamente en su preadolescencia, nos pareció el momento de intentar la terapia para que los padres, juntos o separados, estuvieran en la mejor posición posible para afrontar los desafíos y provocaciones inherentes al nuevo momento vital de Fulanita.

La pregunta que atormenta al padre es si su esposa sabía lo que quería cuando se casó tan joven con él; y la consecuencia de esta pregunta es si sigue siendo el hombre de su vida o ha dejado de serlo.

Y la pregunta que creemos que atormenta a su esposa es si (padre) no se da cuenta de todos los sacrificios que la vida y la enfermedad de la hija le ha impuesto; y si se da cuenta, como no puede aceptar que lo que ella anhela ahora es una vida sin problemas para poder empezar a mirar por sí misma.

Y el marido se siente injustamente relegado una y otra vez, y la esposa se siente injustamente exigida una y otra vez.

Pero la esposa, con dificultades, pero con empeño, ha empezado a trabajar. Creemos que continuar por ese camino le puede dar más seguridad y menos dependencia del marido. Y él, en consecuencia, ha tenido que ocuparse más de las hijas, lo ha hecho con alegría y eficacia y ha disfrutado de ellas y con ellas. Creemos que eso puede colmar una parte del afecto que anhelaba y hacerle sentir importante para alguien.

Concluimos que, si no se plantean bien separarse, bien cambiar no es tanto porque no pueden sino porque no se atreven; por tratar todavía de escapar de ese trago o de ese cambio. Y que la continuación de las sesiones, ahora, contribuye a dar largas a la situación.

Nos proponemos, pues, interrumpir las sesiones y no volver a convocarlos hasta dentro de un tiempo para constatar si los cambios, el trabajo de ella, el acercamiento de él a sus hijas, se han mantenido o si la decisión se ha tomado.

P.D. Leído este informe a la pareja él se muestra de acuerdo y ella pone pegos. No sabemos si sería más reacia a dar el paso o tiene alguna dificultad personal que podría abordar con su psicólogo para ayudarlo a tomar una posición más proactiva ante sus dificultades y, en general, ante la vida.

El presente informe de cierre se propone como muestra de la autonomía que el terapeuta pretende y trata de procurarse. Una terapia, elegida como de pareja, no es para que los padres se avengan (o se separen, si su convivencia resulta perjudicial) sino para ayudarles a decidir lo menos malo para su pareja, habida cuenta de las circunstancias. Esa es su contribución; una vez promovida no tiene porqué seguir; puede, a su criterio, interrumpir (sin retirarse del todo). Hay que dar paso, si es necesario o inevitable, a otros que hagan lo que les corresponde.

Otros que tal vez ya estaban ahí, pero a los que quizá se les puede señalar un camino (ayudar a la madre a ser más proactiva), que se pueda recorrer o reemprender ahora en mejores condiciones (la madre trabaja, el padre es más fiable con los hijos). En eso podemos coincidir, cada uno a su tiempo y a su manera.

El consenso no es un acuerdo sobre lo dado, sino una convergencia sobre lo nuevo (trabajo de la madre, fiabilidad del padre) (Ramos, en prensa). Y la manera de alcanzarlo no

es una intervención dirigida y concertada (al modo de la orquesta dirigida por un director) sino el protagonismo acompañado (al modo de la jazz sesión, en que cada solista convoca y arrastra al virtuosismo de otro, pasando después a segundo plano hasta que su propio virtuosismo vuelve a ser requerido por el desarrollo alcanzado por el tema musical – en nuestro caso el tema existencial que afronta la familia)

Nunca se trabaja sobre un usuario aislado, sino sobre un SDP a través de ese usuario. Y el objetivo de la colaboración es transformar en lo posible en cada momento ese SDP atascado y autoperpetuante en un Sistema Guiado por la Oportunidad (Ramos, en prensa) en el que cada profesional está atento (y puede ser incitado) a aportar lo que es oportuno habida cuenta sus capacidades y su adecuación a lo que los acontecimientos de la vida reclaman y permiten.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alegret J., Castany,E. & Ochoa S. (2005): El trabajo en red profesional en Salud Mental Infanto-Juvenil. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XXV, 95, 49-68.
- Althusser L. (2008): *Ideologías y Aparatos Ideológicos del Estado: Freud y Lacan*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Anderson A. & Goolishian H. (1988): Human Systems as Linguistic Systems: Evolving ideas about the Implication for Theory and Practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Badiou A. (1988): *L'être et l'événement*. Ed. Seuil, París.
- Bourdieu P. (1995): *Las reglas del Arte: Génesis y Estructura del Campo Literario*. Ed. Anagrama, Barcelona.
- Bourdieu P. (1997): *Meditations Pascaliennes*. Ed. du Seuil, París
- Bourdieu P (2007): *El sentido práctico*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
- Diaz C. (1996): *El presente de su futuro*. Siglo XXI, Madrid.
- Emirbayer M. (1997): Manifiesto for a Relational Sociology. *American Journal of Sociology*, 103 (2), 281-317.
- Fontdevilla J. (2010): El poder por cambios a través de Netdoms via el lenguaje indéxico y reflexivo. *Redes, Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*. 18, 13. [http:// revista-redes.rediris.es](http://revista-redes.rediris.es)

- Foucault M. (1992): *Microfísica del Poder*. Ediciones La Piqueta. Madrid.
- Foucault M. (1996). *La verdad y las formas jurídicas*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Foucault M. (1997): *Vigilar y Castigar*. Ed. Siglo XXI, Madrid.
- Gamboretta E. M. (2015): Del Socioanálisis a la subversión simbólica. *Estad. Social* (online) vol. 33 (97), 121-143.
- Goffman E. (1967): *Ritual Interaction: Essays on Face to Face Behaviour*. New York, Panteón.
- Imber-Black E. (2000): *Familia y Sistemas Amplios: el terapeuta familiar en el laberinto*. Ed. Amorrortu, España, S.L.
- Leclerc-Olivé M. (2009): Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Iberóforum, Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, IV, 8, 1-39.
- Pakman M. (2011): *Palabras que permanecen, palabras por venir*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Ramos R. (2003): Temas para conversar: por una terapia construccionista estratégica. *Terapia y Familia*, 16 (2) 38-47.
- Ramos R. (2008): *Temas para conversar*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Ramos R. (2012): El Plan Temático de la sesión. Una guía para la planificación de la Conversación Terapéutica. *Redes*, 21, 73-90.
- Ramos R. (2015): *Terapia narrativa con familias Multiproblemáticas*. Ed. Morata, Madrid.
- Ramos R. (2019): Elementos para una teoría de la colaboración interprofesional. *Mosaico*, 73, 74-84
- Ramos R. (2020): De la demanda del paciente a la construcción del Caso: los efectos indeseados de la cooperación profesional. *Mosaico*, 76, 96-106.
- Ramos R. (en prensa): La Coordinación ¿solución o problema? Claves para la comunicación interprofesional.
- Ubieto J. R. (2007): Models de Treball Social en Xarxa. *Educación Social*, 36, 27.
- White Harrison (2008): *Identity and Control. How Social Formation Emerge*. Princenton University Press, Princenton.
- Zizek S. (2014): *Acontecimiento*. Ed. Sexto Piso, Madrid.