

La Terapia Estratégica en la práctica: Un caso ilustrativo en una niña de 9 años definida como incontrolable¹

Ángela Hernández Córdoba

Introducción

En coherencia con el espíritu de diversificación del panorama teórico y psicoterapéutico que anima la formación de psiquiatras en el programa de la Clínica Montserrat y la Universidad del Bosque, fui invitada a ilustrar a través de un caso, la implementación de la psicoterapia sistémica estratégica breve. Elegí el caso de una familia con una niña diagnosticada con un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), principalmente porque considero de gran responsabilidad ética, profesional y disciplinar, ampliar la comprensión de las dificultades de comportamiento escolar y relacional de niños y adolescentes, pues la actual prevalencia de este diagnóstico y la aparente ligereza con la que se asigna, está generando efectos individuales, familiares y sociales cuestionables. Por lo tanto, se requiere una revisión de las premisas de la atención y una propuesta de nuevas alternativas de manejo, para evitar que, en lugar de ser promotores del desarrollo humano, el diagnóstico y el tratamiento se vuelvan prescriptivos.

Se exponen entonces la fundamentación teórica básica, la secuencia del proceso terapéutico, la construcción y la deconstrucción de las hipótesis que guiaron la intervención y los resultados generados a través del proceso.

Consideraciones teóricas y epistemológicas

Teniendo en cuenta el espacio de este artículo, expondré en forma de premisas las ideas que en general orientan mi trabajo en psicoterapia:

1. *El método de observación crea el fenómeno*: este principio, inherente a la epistemología construccionista, implica que los problemas humanos no tienen una esencia o una naturaleza predeterminada, sea biológica, psicológica o social, sino que la configuración que adopten depende por completo de los instrumentos y los focos elegidos por el observador-terapeuta. En nuestro caso, ello nos lleva a incluir desde el principio del proceso a toda la familia y a contemplar las dimensiones individual, conyugal, familiar, escolar y social en la evaluación – intervención, asumiendo que los problemas humanos son complejos y, por lo tanto, si queremos evitar los reduccionismos, en su comprensión e intervención habría que abarcar todas estas dimensiones.
2. *La forma de pensar determina la manera de actuar, la manera de actuar tiene efecto sobre los demás y ese efecto tiene siempre implicaciones éticas*: esta premisa refuerza la anterior y alude además a que, en esta modalidad de terapia, los criterios de ética no son solamente el rigor científico y profesional que deben acompañar la intervención, sino sobre todo la relevancia social que tenga; es decir, el impacto positivo sobre los consultantes y su entorno inmediato, de lo cual solo ellos pueden dar cuenta.
3. *Los determinantes del comportamiento son siempre transitorios y parciales*: acogiendo los principios de la ecología de la acción y las nociones de autonomía y autoorganización de los sistemas, se asume que es imposible predecir con absoluta certeza el desenvolvimiento de un fenómeno humano, porque hay siempre un margen para el azar, de modo que factores internos y externos a los individuos y las familias como sistemas, hacen variar su curso, con frecuencia en formas inimaginadas. Se asume que lo único que hace el terapeuta es apostarle a una comprensión hipotética de las pautas que organizan tales sistemas, y sobre esa base, arriesga estrategias de

¹ Este texto fue originalmente presentado en las Jornadas Académicas en la Clínica Montserrat el 26 de septiembre de 2008, con el Dr. Nelson Bruno Casas, quien expuso “*El cambio en la psicoterapia estratégica. Epistemología cibernética y psicoterapia*”.

intervención para que, paradójicamente, los consultantes alcancen con la intervención que solicitan, lo que no han logrado por sí mismos.

4. *Las causas del comportamiento son complejas y están simultáneamente en el pasado* -historia, por qué-, *en el presente* -contexto relacional, cómo- y *en el futuro* –intencionalidad, finalidad, para qué-. Por eso el cambio puede partir desde cualquiera de esas dimensiones: la historia, el contexto de las relaciones, las intenciones y las decisiones.
5. *El malestar y los síntomas surgen en un marco de referencia y un mapa incompleto o distorsionado de la realidad*, el cual falla como dispositivo para la adaptación. El marco de referencia y el mapa vital se construyen en la interacción y en las conversaciones con los demás, de modo que, la psicoterapia, en cuanto modalidad de conversación, es un contexto privilegiado para revisar y actualizar ese marco y ese mapa. Por esto, una de las tareas primordiales del terapeuta es ayudarle a los consultantes a construir el mapa del estado deseado que jalonará el cambio.
6. *La postura estratégica asume que, en toda situación, cada persona tiene algún margen de maniobra para usar la capacidad de anticipación*, en función de su representación de un estado deseado, porque supone que la anticipación es justamente una capacidad adaptativa, interferida cuando el sufrimiento se vuelve síntoma.

Proceso terapéutico

La psicoterapia sistémica estratégica comienza con la Recepción telefónica de la solicitud de cita. Esta llamada es atendida directamente por la terapeuta, con el fin de

La madre pide una cita de familia por sugerencia de la psiquiatra infantil que trata a su hija desde hace seis meses, dado el escaso progreso obtenido en la niña hasta el momento. Se capta en la solicitud de terapia familiar una suerte de “ultimatum”, pues la señora advierte que llevan cerca de cinco años acudiendo a tratamientos psiquiátricos sin que se haya resuelto el problema y sobre todo su esposo está bastante desesperado con la situación que no cambia.

Acojo esta presentación de la situación como una constatación del carácter relacional del problema, independientemente de la forma que adopten los síntomas e incluyendo por supuesto como actores relevantes dentro del proceso que mantiene la situación, a los tratantes. Por otra parte, acudiendo a la premisa sistémica de que con frecuencia las soluciones se convierten en el problema, encuentro de gran relevancia conocer la historia del problema y de su tratamiento, con base en la hipótesis de que debe haber allí claves para identificar significación y de las pautas relacionales que se han quizá consolidado alrededor de los síntomas.

Por ello, para la construcción del sistema de ayuda se incluye a la psiquiatra remitente, pensando en una pregunta fundamental: ¿Qué le hace pensar que es útil la intervención familiar en este momento?

Se acuerda entonces con la madre que hablaré telefónicamente con la psiquiatra para conocer su perspectiva, sus necesidades y sus sugerencias y se convocan a la primera sesión los padres, la niña de 9 años y su hermano de 3.

Consultan porque Paula presenta desde hace varios años reacciones casi diarias de llanto intenso y prolongado, con gritos que han hecho sospechar a los vecinos maltrato infantil y en ocasiones temores nocturnos. A pesar de haber estado desde hace 5 años en tratamiento con otros psiquiatras, no se ha observado mejoría. Recibe ritalina desde hace un año y anteriormente fluoxetina y atomoxetina.

Desde la primera sesión se advierte que los padres y la niña están en permanente alerta al desencadenamiento del malestar, todos se sienten mutuamente desencantados y fatigados con la situación y acuden a esta terapia como última instancia antes de entrar en franca desesperación, tal como así lo expresan.

El caso se cerró, con opción de seguimiento, al cabo de once sesiones realizadas en el lapso de 5 meses, conjugando sesiones individuales con la niña, con la familia completa y con la pareja, con resultados satisfactorios.

- Conversación telefónica con Psiquiatra remitente

Sentimiento de frustración en la psiquiatra quien además ha sido cuestionada por el padre por lo que él considera un fracaso, pide apoyo y ampliación para reorientar la intervención.

Apreciaciones iniciales para construir el sistema de ayuda:

Postura de los padres: Desafío a la terapeuta y cuestionamiento de la psiquiatra remitente

La terapeuta redefine esa postura como un indicador de desesperación y de sentimiento de impotencia de los padres.

Así adopta una postura de escepticismo: la terapia como una exploración de posibilidades de cambio y no como una promesa de cambio

Soluciones intentadas son el problema

- 1ª: Padres e hijos: contacto, re-definición del problema, formulación estrategia terapéutica

Padres e hijos: contacto, re-definición del problema, formulación de estrategia terapéutica

- Cuál es la pauta familiar dentro de la cual surgen los síntomas?

- Cuál ha sido la historia evolutiva de los síntomas y de la familia?

- Qué función desempeña el síntoma en el mantenimiento de una pauta en la familia y entre la familia y los terapeutas?

–abogados de 35 años, empleados en instituciones oficiales, 12 años de casados -

Motivo de consulta y antecedentes

Reacciones casi diarias de llanto intenso y prolongado, con gritos que han hecho sospechar a los vecinos maltrato infantil. No se evidencian cambios después de cerca de 5 años de tratamiento: *“para cuando me canso o cuando es muy tarde y me tengo que dormir”*

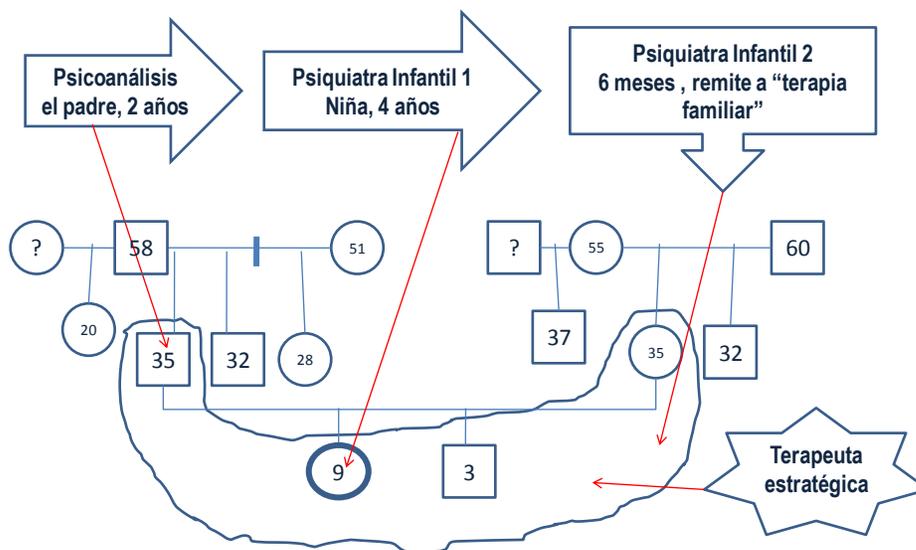
Temores nocturnos a “fantasmas”: durmió con los padres hasta los 5 años, además por razones de salud

Excelente rendimiento académico con propósito consciente de ser la mejor del curso (4º)

Toma ritalina hace un año y antes tomó fluoxetina y atomoxetina: para la niña son “vitaminas”

La niña reconoce que llora antes de dormir para “descargar” el malestar del día= “pataletas” como vehículo de expresión de toda emoción desagradable. “Prohibición” de expresar afecto con hiperexigencia y perfeccionismo como el padre

Contexto de creación del problema



–abogados de 35 años, empleados en instituciones oficiales, 12 años de casados -
Definiciones previas del problema

“Diagnóstico” y estrategia terapéutica

- Las conductas calificadas como sintomáticas = reacción funcional de la niña a la dinámica de la relación con sus padres.
- El problema en la terapia: la dinámica relacional y las características de cada uno de los protagonistas.
- La estrategia terapéutica conjuga intervenciones individuales, de la pareja y de la familia.

Sentido y efectos de la primera sesión

- Redefinición del problema: de la conducta individual a las pautas relacionales familiares
- Los síntomas son coherentes con la pauta relacional y no el desarrollo de una condición patológica individual independiente del contexto → despatologización → los familiares comprenden que su comportamiento y el de la niña se condicionan mutuamente

- 2ª: Padres: de-construcción de pautas relacionales que mantienen el problema

Secuencia interaccional del problema

Los padres y la niña están en permanente alerta al desencadenamiento de la secuencia de malestar → los padres le llaman la atención o le hacen una exigencia que ella juzga “injusta” → acceso creciente de llanto y gritos de la niña → intento de contención con ruego infructuoso de la madre hasta que hay castigo exacerbante del padre → sensación de impotencia de los padres → cese de llanto y gritos por fatiga de la niña

La niña reconoce que llora antes de dormir para “descargar” el malestar del día= “pataletas” como vehículo de expresión de toda emoción desagradable. “Prohibición” de expresar afecto con hiperexigencia y perfeccionismo como el padre

- 3ª: Niña: tests y de-construcción de pautas relacionales que mantienen el problema

- Se usan como herramienta para ampliar el conocimiento de la vida emocional y relacional de la niña
- Las pruebas proyectivas se interpretan con el criterio de comprender contextualmente el mundo subjetivo
- Con estos insumos de información se espera tener elementos para redefinir el problema

Evaluación psicológica (Rorschach, dibujo y observación clínica)

Funcionamiento intelectual

- Promedio alta: número de respuestas (25, 2), calidad (F+%), variedad, apercepción (globales y combinatorias), populares (20%), tiempo de reacción (corto)
- Ligera disminución de la eficiencia por interferencia de ansiedad e inquietud emocional
- Tendencia abstracta y funcional
- Mundo interior rico, creatividad

Mundo afectivo-relacional

- Oscilación entre contención y explosividad
- Presencia de miedo y angustia a amenazas de rechazo y de hostilidad de los demás, principalmente por parte de la figura paterna: se protege con reacciones agresivas
- Restricción de las expresiones de afecto y prevención en el contacto con los demás: “me da pena”, “no me gusta”: posibles dificultades de integración sensorial en la infancia temprana

4ª, 5ª y 6ª sesiones: Padres e hija: desafío de pautas, marco de referencia, identidad, emociones, intención de cambio

11 sesiones en cuatro meses

Dimensiones abordadas:

- Desafío de pautas de interacción afectiva padres – hija: el afecto se condiciona a la perfección del comportamiento
- Exploración del marco referencia y confrontación de creencias acerca de la niña y de la crianza
- Identidad: el padre se siente fracasado y la madre cuestionada. La niña se vive como mala e inadecuada en las relaciones y sobre exigida para preservar la aceptación por parte de los padres
- Emociones: la expresión de afecto padre – hija es restringida
- Intención de cambio de cada uno: hay una pauta competitiva: “si tu cambias, yo cambio

dispositivos para activar el cambio

- Validación del malestar y connotación positiva de cada miembro de la familia, de la pauta problema como solución y del no cambio como protección
- Re-visión detallada de la actuación de cada uno en la pauta problema
- Cuestionamiento sobre la deseabilidad de cambio de cada uno: escalada simétrica, postura competitiva padre – niña, madre conciliadora
- Prospectiva sobre los efectos del cambio: para padre e hija, cambiar es “perder” al “darle gusto al otro”
- Diferenciación padres - hija: re-visión de la historia emocional de los padres en su rol de hijos
- Aprovechamiento de la complementariedad conyugal y parental, connotada positivamente
- Tareas:
 - Para los padres: dar reconocimiento positivo a la niña; darse cuenta de todos los señalamientos que le hacen sin cambiarlos; conversar sobre qué tipo de padres quieren ser
 - Para la niña: registrar actuaciones positivas de los padres (“tenerle paciencia”), pensar si quiere dejar de llorar y gritar

Cierre del caso

- Reducción significativa del síntoma motivo de consulta
- Modificación de la pauta interaccional padres – hija

- Reconstrucción de la identidad de la niña y de los padres: de “pacientes” a “personas con autonomía”
- Reorganización de la dinámica emocional, sobre todo de la niña
- Suspensión de la medicación
- Seguimiento abierto.

El enfoque ecosistémico de la ciencia, adoptado para comprender los problemas humanos y para fundamentar la psicoterapia, se basa en los siguientes presupuestos básicos:

- Todos los problemas humanos y en este caso el TDAH, se producen y se mantienen por la presencia simultánea de factores:
 - Genéticos: se pueden identificar determinadas configuraciones cromosómicas.
 - Biológicos: un funcionamiento del metabolismo y de los procesos psiconeurológicos específico.
 - De la psicología individual: una manera particular de sentir y de organizar la experiencia subjetiva, personal, por parte del niño así diagnosticado.
 - De la interacción familiar: se identifican ciertas características de las relaciones de padres e hijos, entre hermanos y con los demás familiares, en los casos donde se diagnostica un TDAH.
 - Del medio escolar: una específica dinámica relacional se organiza alrededor del niño diagnosticado o diagnosticable con un TDAH en el colegio; ello incluye ciertas formas de relación, de control y de sanción alrededor de los niños que se salen de la homogeneidad del comportamiento esperado.
 - De la sociedad y la cultura: toda sociedad tiene valores contradictorios e ideales que contrastan con el rodaje cotidiano de la vida. Por ejemplo, se pregona la necesidad de la atención cercana por parte de los padres de niños y adolescentes, pero en las grandes ciudades, donde se diagnostica prevalentemente el TDAH, la organización laboral, del transporte y el estilo de vida en general, impiden que padres e hijos puedan compartir la cotidianidad familiar en forma tranquila, libre de tensiones y facilitadora del desarrollo del niño.
 - Institucional: en la medida en que el sistema de seguridad social ofrece sólo ciertas opciones de tratamiento.
- Si todos estos factores se conjugan para que surja el TDAH, es imposible sostener, científicamente, que “la causa” es predominante o exclusivamente uno solo de tales factores. La cultura moldea la biología y lo más evidente al respecto es la conformación de los cuerpos femeninos y masculinos en la actualidad. En los casos con TDAH, se encuentran, entre otras cosas, desacuerdos no resueltos entre los padres acerca de la crianza, malestar en las relaciones en el colegio – con niños y adultos- y sentimientos de rechazo y de desvalorización en los niños así diagnosticados. Por lo tanto, sigue sin responderse si surge primero la supuesta alteración neurológica, o si desde muy pronto en la vida familiar y escolar hay patrones de relación que favorecen la configuración de ciertas formas de reacción que naturalmente se acompañan de ciertos metabolismos.
- Por lo tanto, el abordaje de estos casos desde esta visión de complejidad, obliga a hacer una evaluación del niño y su contexto, porque se asume que sus conductas solo se comprenden dentro de sus particulares relaciones con padres, maestros y demás personas del entorno. Es decir, no se trata de que los adultos evalúen la conducta del niño como si fuera un objeto, sino que, considerándolo como una persona completa y capaz, todos identifiquen sus formas de relación, pues allí se enmarcan las respuestas del niño.
- En ese sentido, el tratamiento no puede privilegiar uno solo de los mecanismos de intervención, el farmacológico por ejemplo, sino que debe incluir intencional y estratégicamente todos los factores mencionados: individual, familiar, escolar y, más ampliamente, social, cultural e institucional. Porque adoptar un solo tipo de medida, una vez se reconoce la complejidad del

problema, es entrar en un flagrante reduccionismo y todo reduccionismo es anti-ecológico. Concretamente, reducir el TDAH a la noción de enfermedad, es decir, a su supuesta naturaleza genética y biológica, es poner en riesgo el desarrollo psiconeurológico de los niños, su identidad y su lugar en el mundo.

- En otras palabras, el comportamiento indeseable de un niño, se asocia inevitablemente a sus condiciones de vida y es responsabilidad familiar, profesional, social e institucional, ofrecer una atención que incluya a todos los involucrados en las soluciones, si no queremos que los niños sean una vez más los chivos expiatorios de malestares de los adultos y de la sociedad.