

Título del original en inglés: *Collected Papers*
© 1989 by Dulwich Centre Publications

Traducción: Alcira Bixio

Primera edición, Marzo de 1994, Barcelona.

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© by Editorial Gedisa, S. A.
Muntaner, 460, entlo., 1.ª
Tel. 201 60 00
08006 - Barcelona, España

ISBN: 84-7432-475-0
Depósito legal: B. 8.960/1994

Impreso en Libergraf
Constitució, 19 - 08014 Barcelona

Impreso en España
Printed in Spain

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o cualquier otro idioma.

Índice

INTRODUCCIÓN	13
1. El cuento de la gatita Dory	17
2. Una buena revolución merece otra	21
3. ¿Sofocar el problema o encontrarle una solución?	40
4. David Epston: "Una reflexión"	45
5. En recuerdo de Hatu (Hayden) Barlow (1973-1985), Cynthia Barlow, David Epston, Mike Murphy, Lynn O'Flaherty y Louise Webster	50
6. ¿Eres un candidato para entrenarte en karate mental?, David Epston y Ben Cole	80
7. Vigilancia nocturna. Tratamiento de los temores de la noche	84
8. Perdedor en casa y ganador fuera de casa	107
9. Contrasueños	110
10. ¿Competencia o cooperación?	120
11. Entrevista con David Epston	125
12. Algunos casos de rechazo escolar	131
13. ¿No crees que deberías hacer una reserva?	137
14. Crecer es una decisión seria que no puede tomarse a la ligera	142
15. Dos historias paralelas	145
16. Usted nunca nos dijo que éramos malos padres	151
17. La familia que cargaba con una maldición	155
18. Un intercambio justo	158

a Charlotte y quiere saber por qué ella está tan enojada, ella debe tener a su vez una tarjeta preparada para dársela al "comedido". Charlotte tampoco debe decir nada, pues ellos ya saben que deben respetar su privacidad y su concentración.

Charlotte, tu seriedad me causó gran impresión. Quisiera que pienses en eso. La cólera es un sentimiento como cualquier otro. Pero, a diferencia de otros sentimientos, éste puede transformarse en energía que te permita lograr en la vida las cosas que deseas. Pero ten cuidado de no atemorizar a las personas con la ira incontrolable, pues tarde o temprano la gente se apartará de ti.

Me agradó mucho conocerte y creo que resolverás este problema transitando el camino más fácil. Llámame si tienes alguna duda.

Buena suerte, D. E.

Charlotte no volvió a atacar a su hermana ni tuvo ningún otro berrinche que inquietara a su familia. Le pedí entonces que me escribiera y me contara cómo había logrado superar el problema tan rápidamente. (Charlotte me había confesado que "sabía que no volvería a hacerlo" cuando nos despedimos al final de la primera entrevista.) Pareció muy interesada en cumplir con lo que yo le pedía. Unas horas después volvió a telefonarme para decirme que, aunque quería escribir su experiencia no podía hacerlo, sencillamente porque no comprendía cómo lo había logrado.

En la actual corriente de "autoexpresión" y "ventilacionismo", prácticamente siempre se concentra la principal, si no ya la exclusiva, atención en la cólera. La ira reprimida se considera el veneno de la personalidad y, por lo tanto, se dice que debe "dejarse salir"; pero oímos pocas exhortaciones de este tipo a la honestidad cuando se trata de emociones mucho más venenosas como la envidia y el resentimiento... Parece evidente que la cólera no es una emoción ni "buena" ni "mala", ni "positiva" ni "negativa", sino que depende de cada caso, de las circunstancias y del individuo, de la naturaleza del "agravio" y de sus antecedentes. (Solomon, 1976.)

Referencia bibliográfica

Solomon, R. C., 1976: *The Passions: The myth and nature of human emotion*, Anchor Press, Garden City, N. Y.

Enfoque estratégico para resolver un problema de desnutrición extrema*

David Epston y Phyllis Brock

Este artículo describe la dramática resolución de un pertinaz problema de nutrición de un niño de dieciocho meses. Antes de iniciar el tratamiento, el niño había pasado 199 días en el hospital y después del tratamiento ya no tuvo que volver, salvo por un breve período a causa de una operación de amígdalas. Una vez concluido el tratamiento, el niño recuperó el ritmo normal de crecimiento. Los autores desarrollan aquí las hipótesis en las que se basaron y las intervenciones que derivaron de ellas. Cuatro meses después de la primera sesión, los padres hicieron una reflexión sobre la terapia que constituye un comentario sobre nuestro comentario.

La familia N nos fue derivada por el hospital a causa del contumaz problema de nutrición que sufría Steven y de las dificultades maritales de sus padres. Steven era el primer hijo de la señora N, de 24 años, y el señor N, de 25. Cuando tenía 16 años, la señora N había tenido un hijo fuera del matrimonio y lo había dado en adopción. A los dieciocho meses Steven pesaba "alrededor de 7 kilos" y había sido hospitalizado intermitentemente desde que tenía seis semanas durante un total de 199 días. Con frecuencia, cuando le daban el alta, los médicos les pedían a los padres que lo alimentaran en casa con goteo nasogástrico. Cuando no ocurría esto, los padres se pasaban las veinticuatro horas tratando de alimentar al niño; con frecuencia se sentían desilusionados (cuando el niño rechazaba la comida) o impotentes (cuando comía, pero inmediatamente vomitaba). Una comida podía durar 5 ó 6 horas. "Siempre estaba enfermo, siempre debía tomar antibióticos, siempre se deshidrataba, de modo que había que hospitalizarlo nuevamente para que le suministraran suero; al regresar a casa, volvía a enfermarse y así una y otra vez." Steven tenía un aspecto agotado, exangüe y permanecía curiosamente inmóvil salvo porque sin previo aviso, con fre-

*Leslie Centre, Auckland, Nueva Zelanda. Publicado en *Australian of Family Therapy*, 5, 2, 1984, págs. 111-116.

cuencia se dejaba caer involuntariamente de espaldas o hacia los lados. El señor y la señora N sólo podían observarlo con desesperación.

La terapia de la familia N duró cuatro sesiones que se complementaron con ocho contactos telefónicos. Desde la primera entrevista, Steven comenzó a mejorar y lo hizo progresivamente durante cuatro semanas; en la primera semana, sólo se negó a comer dos días. Aún estaba recibiendo antibióticos y micostatin a causa de las infecciones en la garganta y los oídos y de las aftas. Un control realizado en el hospital en aquel momento mostró un aumento del peso y de la actividad física. Durante la quinta semana, Steven sufrió una amigdalitis durante la cual ni comió ni durmió. Como resultado de ello perdió cierto peso. A pesar de este retroceso la señora N no perdió la confianza. Steven fue internado y operado de amígdalas y adenoides. Una semana después de haber regresado a la casa volvió a ser hospitalizado a causa de un problema de deshidratación. Aunque los padres durante esos días se sentían muy tensos, Steven volvió a comer y regresó a su casa. Ya no se le suministraron más antibióticos y una semana después, el niño comenzó a comer con más apetito.

A partir de entonces fue dándose un progreso constante, a pesar de las dificultades para dormir que le provocaba a Steven la aparición de las primeras muelas. A la novena semana, el niño comenzó a gatear. La actividad física mejoró hasta el punto de que a la undécima semana Steven se ponía de pie solo, hablaba más y seguía algunas indicaciones. A las dieciséis semanas, el niño ya comía todo lo que se le servía, sentado en su sillita alta y generalmente se llevaba él mismo a la boca los alimentos. Había comenzado a ganar peso de manera notable. El siguiente es un resumen de la entrevista que mantuvimos por aquella época:

D. E.: Ya han transcurrido cuatro meses. ¿Qué puede decirme, señora N?

La sra. N.: Bueno, Steven está muy bien ahora, es realmente un chico feliz... ¡lo quiero muchísimo!

D. E.: Antes también era un chico muy querible.

La sra. N.: Sí, aunque muy frustrante. Ahora come bien, se sienta a la mesa y duerme bien.

D. E.: ¿Ahora es como cualquier otro niño normal?

La sra. N.: Sí, absolutamente. *Ahora* hace todo lo que debe hacer. Aunque a él le llevó más tiempo... Bueno, simplemente, se está poniendo al día. Fuimos a ver a una fisioterapeuta y ella nos dijo que normalmente los chicos hacen una sola cosa por vez, por ejemplo, gatean a los nueve meses y después de un tiempo dicen algunas palabras. Bueno, Steven hizo todo al mismo tiempo. Eso es maravilloso y también es muy reconfortante el hecho de que esté ganando peso día a día.

Seis meses después, la señora N me llamó por teléfono y me comunicó que ella y su marido estaban considerando la posibilidad de un segundo embarazo. Les deseé lo mejor.

Pasados otros tres meses, la señora N volvió a llamarme por teléfono para informarme que estaba embarazada y que Steven, una vez más había comenzado a tener problemas con la comida. Pero la señora N me confesó: "Esta vez no me preocupa tanto como las anteriores. ¡Sé que volverá a comer!" Y efectivamente, Steven lo hizo.

¿Cómo se produjo la curación de Steven? El siguiente es un resumen de cómo creemos que influyeron nuestras intervenciones. Los pasajes escogidos pertenecen a la transcripción de un comentario hecho por el señor y la señora N una vez terminado el tratamiento, cuatro meses después de la primera entrevista, a pedido nuestro "a fin de poder comprender mejor cómo resolvieron el problema de desnutrición de Steven". Creemos que éste constituye un invalorable comentario sobre nuestro propio comentario. Además, el hecho de pedirles al señor y la señora N un asesoramiento de este tipo, hizo que éstos revisaran su posición respecto del "problema" y respecto de quienes los habían ayudado.

La proclamación privada a un auditorio público es una cuestión bien diferente. Haber anunciado o admitido la propia posición no permite batiarse fácilmente en retirada. En las posiciones interpersonales con frecuencia uno se halla trepándose a una rama, anunciando una posición y teniendo que vivir luego subido a ella. En un sentido más sutil, a veces se reconoce un cambio en uno mismo y se lo anuncia, pero el hecho mismo de haberlo proclamado obliga a mantener desde entonces una determinada postura, pues el camino de regreso, aunque es algo tentador, parece ahora bloqueado. (Strauss, 1959.)

Tanto el señor como la señora N me expresaron el deseo de que su experiencia fuera conocida por la mayor cantidad de público posible.

Replanteo de la pugna por la significación

Los diagnósticos médicos son teorías tanto de la causa como de la moral y esta última, ciertamente, tiene mucha más significación para los pacientes que para los profesionales. La relativa ceguera que sufren los profesionales respecto de esta significación es el resultado de los prejuicios inherentes a la medicina:

La principal preocupación de la medicina... son las consecuencias biofísicas del diagnóstico y del tratamiento, es decir, si éstos son exactos y eficaces. Las consecuencias sociales no tienen cabida dentro de esas preocupaciones principales (Friedson, 1970, pág. 280).

Además, la "mentalidad clínica" (Friedson, 1970) alienta un pragmatismo que tiene poco respeto por tales consideraciones o no tiene tiempo

de ocuparse de ellas. No obstante, el paciente pretende que se le dé a su enfermedad una significación personal, es decir, que se la defina y se la muestre como parte de un sistema de significaciones y explicaciones morales. Con frecuencia, el profesional no tiene la visión del que sufre, y al concluir su formación médica ha sido alentado a adquirir un desapego, a apartarse de las significaciones morales y a ver una situación amoral de enfermedad. El modelo de enfermedad implica una exculpación de cualquier responsabilidad personal por la enfermedad (Taber y otros, 1969). Sin embargo, la idea de la supuesta inculpabilidad del enfermo no ha sido completamente convincente:

A pesar de las esperanzas en contrario, la retórica de la enfermedad no parece suministrar por sí misma una absolución de la responsabilidad individual, la consideración y el juicio moral (Zola y otros, 1972, pág. 492).

La pugna por la significación llega a ser particularmente importante cuando no se logra hacer ningún diagnóstico, como ocurrió en el caso de Steven. Según nuestra experiencia, en los hospitales se atribuyen generalmente los problemas de alimentación a una enfermedad del niño o si no se descubre nada de eso, a alguna versión de "mal maternaje/paternaje".

Tanto la ideología cultural del siglo XIX como la teoría psicológica posfreudiana culpan a las madres de cualquier deficiencia que puedan tener los hijos e idealizan una posible perfección maternal (Chodorow y Contratto, 1982, pág. 64).

Esto es aun más evidente cuando la madre falla en algo que se da por sentado, como es el caso de alimentar a su hijo. Partimos de la hipótesis de que el personal del hospital y el matrimonio N compartían una orientación socialmente organizada que les permitió reconocer y formular el enigma —"¿Cómo puede un niño estar enfermo y estar sano alternativamente?"— y coincidir en cuanto a cuáles eran las posibilidades para solucionarlo. El punto de vista que compartían era lineal y las posibilidades, muy limitadas; era un punto de vista en el cual

...cualquier solución particular varía en cuanto a las implicaciones derivativas que tiene para las aptitudes morales y mentales de las personas que quedan así clasificadas... (Pollner, 1974, págs. 52-53).

El señor y la señora N compartían un punto de vista "ya sea de él, ya sea nuestro", de las posibilidades etiológicas y ese punto de vista, los limitaba.

La sra. N.: Nos hemos quitado un peso de encima, ahora que tenemos un niño... ahora que se lo acepta como un chico normal. Antes era algo extraño... todo el mundo esperaba que comiera y nadie entendía por qué él no podía comer. Todas las razones que nos dieron de por qué Steven no comía estaban completamente erradas y sólo sirvieron para que nos preguntáramos qué estábamos haciendo... para que nos culpáramos. ¿No es cierto? Pensábamos que era nuestra culpa.

El sr. N.: En realidad discutíamos eso porque verdaderamente no podíamos culpar al Centro de Tratamiento X, pues sabíamos que ellos hacían lo que consideraban correcto. Creían lo que les había dicho el pediatra... es decir que a veces estas cosas ocurren y que no es mucho lo que se puede hacer. *El problema es la trampa en la que cae la gente.* En realidad nadie quiere preguntarse por qué ese niño no está comiendo... y eso es lo que nos asusta. Nosotros les creímos porque era nuestro primer hijo (el énfasis puesto en algunas frases es nuestro).

La única defensa que tuvieron el señor y la señora N para eludir una imputación de "maldad" fue que insistieron vigorosamente para que se realizaran investigaciones médicas adicionales. Luego, parecieron desilusionarse al no obtener ningún diagnóstico, aun a pesar de las catastróficas implicaciones futuras que puede tener un diagnóstico.

El sr. N.: Bueno, de todos los pediatras que consultamos... quizá lo que más nos derumbó fue que ninguno de los tests que realizaron, tests médicos y de todo tipo, probó nada. Todo lo que afirmaban los estudios era que Steven no padecía de esto ni de aquello. Tenía una larga lista de lo que sufría el niño, pero Steven continuaba sin comer.

La sra. N.: No sabíamos qué era lo que fallaba. El resultado de todos los tests era normal, normal, normal. Sabíamos que algo estaba mal, pero no podíamos encontrar nada.

Por entonces la señora N, según sus propias palabras, se había convertido en una "doctora", al leer bibliografía sobre diagnósticos y al buscar diferentes opiniones médicas. Supusimos que el personal del hospital sólo había cooperado hasta que se consideró una solución alternativa para armar el "rompecabezas". Con frecuencia esa nueva solución indica que la madre es mala o neurótica. Algunos ejemplos de este tipo de imputación son: "¿Por qué la madre desea que el niño esté enfermo?" y "Es una mujer que necesita tener problemas". El señor y la señora N necesitaban encontrar una explicación, una significación, de manera aún más desesperada cuando comenzaron a verse ante los demás y ante sí mismos como competidores en busca de una imputación más odiosa. Entonces la pugna por la significación alcanzó el nivel de una "carrera desbocada". Podíamos imaginar cuál era la situación: los padres acusarían al personal del hospital de no cuidar del niño ni preocuparse por él de la manera adecuada. El personal del hospital se sentiría inclinado a limitar las investigaciones y a escrutar a los padres. Todo ello podía conducir a juicios por pruebas en los cuales los padres tratarían de alimentar ellos mismos al niño hospitalizado con la supervisión de una enfermera. Si el niño no mejoraba, esto podría constituir para ambas partes una prueba de la teoría de la "maldad/locura de la madre". Todo el "trabajo de confianza" (Strauss y otros, 1982) que podría haberse desarrollado desde la admisión del niño en el hospital sería puesto en tela de juicio. Los arranques de cólera de alguno de los padres podrían

resultar incomprensibles dentro de este contexto de “carrera desenfrenada”, y hasta podrían considerarse como una prueba más de aquella solución o teoría alternativa (la madre mala o neurótica). Nosotros creemos firmemente que un niño que se niega a alimentarse ya es un agravio suficiente para la autoestima de una madre y que hay que oponerse a cualquier otra amenaza adicional.

Para contrarrestar el efecto de esta solución alternativa hicimos una reseña de la situación y la situamos *fuera* de esa lucha, una reseña que tomó la forma de una especulación histórica en la que utilizamos una lógica conductista. El señor y la señora N nos comentaron el debate que mantenían en ese momento con el personal del hospital, un debate que había servido para que cada uno se atrincherara en su posición: los N decían que Steven tenía un reflujo del esófago y el personal del hospital no estaba de acuerdo con ese diagnóstico. Nosotros presentamos la cuestión del siguiente modo:

Estamos de acuerdo con ustedes y con los médicos. Steven puede muy bien haber sufrido de un reflujo del esófago en el pasado. Pero pareciera que ya lo ha superado y que más o menos se ha curado. Sin embargo sospechamos que durante ese período, el niño aprendió que la comida lo hacía sentir mal. Entonces para él la comida significa ahora incomodidad, de modo que le resulta penoso comer. El problema consiste en que ahora Steven tiene incorporado ese mal hábito y ustedes deben tratar de enseñarle a superarlo.

En suma, elaboramos una solución al “rompecabezas” que daba cabida a toda la información que teníamos, pero además les permitía al señor y la señora N mantener su autoestima. Ya no “necesitaban tener un problema”; ahora podían resolverlo.

D. E.: ¿Puedo hacerles una sugerencia? Creo que todos estamos mirando los aspectos equivocados del asunto.

La sra. N.: Bueno, lo que estaba mal era el reflujo de Steven. Los síntomas no eran los que habitualmente se dan en esos casos porque Steven no comía nunca; nunca estuvo enfermo y fue difícil descubrir qué era lo que andaba mal.

D. E.: Bueno, creo que lo que estaba en disputa era que pueden ocurrir cosas que nos permiten aprender de ellas. Ustedes aprendieron eso, pero lo que permitió ese aprendizaje ya no está más. Digamos, por ejemplo, que alguien se rompe una pierna, entonces renguea, pero nadie le dice cómo volver a caminar. Todos pueden decirle que su pierna ya está bien, pero el hombre sigue cojeando. Desde el punto de vista médico todo está bien, ¿por qué entonces se ha quedado cojo? Bueno, está cojo porque se quebró una pierna. La pierna se cicatrizó pero nadie le dice al enfermo cómo volver a caminar.

La sra. N.: Exactamente, eso es lo que ocurrió con Steven y su alimentación.

D. E.: Sí... creo que cuando ustedes vinieron aquí por primera vez hablando de ellos —era él, o yo, o nosotros—, ¿es su enfermedad o es nuestra culpa? Recuerden que hablamos de eso...

La sra. N.: Oh, sí, me culpé a mí misma durante mucho tiempo, pero no me daba cuenta de ello.

D. E.: ¿Cuándo dejó de autocensurarse?

La sra. N.: En realidad, cuando vine a verlo a usted...

El sr. N.: Creo que el hecho de hablar con usted nos hizo advertirlo (me refiero a la pugna por la significación) y nos permitió tranquilizarnos un poco respecto de eso. Lo que realmente ocurrió fue que nosotros estábamos a la defensiva ante todos los médicos; era una especie de “nosotros versus ellos”... y realmente fue muy bueno poder situarnos en un *refrescante nuevo punto de vista*, aceptar qué ocurrió en realidad y admitir de buena gana que no hubo tal problema —Steven era muy pequeño— y ver qué es lo que se puede hacer. Esto en verdad nos tranquilizó mucho (el énfasis es nuestro).

Señalar un nuevo contexto

Nuestra hipótesis fue que había que tener en cuenta que el niño nos había sido remitido y que debía señalarse un nuevo contexto.

La sra. N.: Le diré la verdad. Cuando los médicos me lo mencionaron por primera vez, yo pensé: “Oh, por favor, no me pueden decir que algo como remitir a Steven al Leslie Centre, puede ser la solución, cuando Robert y yo hemos tenido un niño enfermo durante tanto tiempo... saben qué va a pasar... ¡sólo díganmelo!”

D. E.: ¿Sintió usted que de algún modo se la apartaba, se la dejaba de lado o se la degradaba?

La sra. N.: Sí... pensé, bueno, supongo que es el modo que tienen de desembarazarse de nosotros, pues estábamos siempre allí. Si hubiera dependido de nosotros, hubiéramos llevado nuestras camas al hospital, pero ellos nos dijeron que saliéramos un poco y mire que ocurrió... funcionó. Realmente funcionó. Tenemos a nuestro bebé de regreso en casa.

Antes de avanzar demasiado durante nuestra primera entrevista con el señor y la señora N, dejamos claramente determinadas nuestras relaciones con ellos y fijamos dos condiciones no negociables, una dependiente de la otra. Primero les preguntamos: “¿Quieren realmente permitirnos que los ayudemos?” Esto les dio la posibilidad de aceptar o rechazar nuestra ayuda putativa. Cuando ellos aceptaron, les preguntamos: “¿Nos permitirán aceptar toda la culpa de lo malo que puede ocurrir con la alimentación de su hijo? Ustedes a su vez deben aceptar todo el crédito de los logros que Steven alcance”. El señor y la señora N parecieron bastante sorprendidos por esta idea de desdoblar la culpa y el crédito y atribuírselos a las diferentes partes, pero aceptaron esa condición. Les pedimos luego que no pesaran a Steven y que dentro de lo posible trataran de no preocuparse por su alimentación. El pediatra nos informaría sobre los criterios de admisión al hospital y nosotros se lo comunicaríamos a ellos a su debido tiempo. Si fuera necesario ellos mismos podrían internar a Steven en el hospital o pedirnos a nosotros que lo hiciéramos en su nombre. Independientemente de quien fuera el que lo internara, nosotros cargaríamos con toda la culpa. A partir de entonces sólo hubo que internar al niño una vez, muy breve, por deshidratación y otra a causa de la amigdalitis.

Quebrantar el sistema de familia acosada

Durante el período de las hospitalizaciones de Steven, el señor y la señora N habían ido aislándose cada vez más. La señora N recibía constantemente llamados tanto de sus amistades como de personas ajenas que le ofrecían sus consejos sin que ella lo solicitara. A veces, la madre de Steven optaba por rechazar las llamadas o por apelar a subterfugios. Le molestaba que los demás vieran a Steven, por temor a que se le hicieran acusaciones reales o imaginarias de un "mal maternaje". Esas continuas preguntas le parecían frustrantes, aun cuando fueran bien intencionadas, tan frustrantes como la condición misma de Steven, pues sentía que sus interlocutores no cobraban conciencia del auténtico sufrimiento al que ella se sentía sometida. A fin de interrumpir ese proceso, antes de que terminara nuestra primera entrevista les entregué al señor y la señora N una carta oficial en la que reafirmábamos nuestra fe en la capacidad que ellos tenían como padres; ellos podrían mostrarles la carta a los amigos que se preocupaban por la salud de Steven y a cualquier persona ociosa que decidiera preguntar. El señor y la señora N me informaron que la carta les era de gran utilidad y que se la habían mostrado a varias personas, entre ellas el médico de la familia. A veces los N sencillamente leían la carta para sentirse más reconfortados. La carta decía lo siguiente:

A quien corresponda:

Steven ha sufrido problemas de nutrición casi desde su nacimiento y por ello es un niño demasiado pequeño para su edad. Actualmente se halla al cuidado del doctor A. que es pediatra y está siendo tratado en este instituto a fin de que supere los problemas de conducta relacionados con cualquier historia de dificultades alimentarias. Según nuestra opinión, el señor y la señora N son padres amantes y muy capaces que están afrontando una situación extremadamente difícil. Les pedimos que sepan respetarlos.

D. E.: ¿Consideran importante que les hayamos entregado esta carta? ¿Se la mostraron a alguien?

La sra. N.: Sí, lo hicimos.

D. E.: Muy bien, ¿y en qué circunstancias lo hicieron?

La sra. N.: Bueno, era frecuente que algunas personas me dijeran: "Oh, ¿qué le pasa a Steven? ¿No parece enfermo?" y yo respondía: "Bueno, lo que ocurre es que no come y por lo tanto no crece". "¿No lo alimentas bien? ¿Le prestas suficiente atención?" Sé que probablemente esas personas no decían estas cosas en el sentido que yo las tomaba entonces...

D. E.: No la culpo... ¿Y qué decía la gente cuando leía la carta? Desde su punto de vista, la carta resolvía el problema?

La sra. N.: Sí, en realidad lo hizo. Ya nadie decía una sola palabra más (riéndose). Se la mostré a mi médico. El quedó maravillado y me dijo que creía que era una idea excelente. Hasta se la mostré al doctor A... Si uno tiene un bebé saludable y robusto, es un padre o una madre maravilloso.

D. E.: Sí, claro... claro. Y si el niño está enfermo, hay algo que no está bien en usted.

La sra. N.: Exactamente, una tiene la culpa... pero no es así en absoluto.

El sr. N.: Por supuesto, creo que esa carta también fue algo bueno para nosotros, porque hace una semana, más o menos, la divulgamos y siempre volvemos a leerla nosotros mismos.

D. E.: Si lo hubiera sabido, habría escrito una carta más larga.

El sr. N.: Probablemente ante esa carta constituya una reafirmación de lo que usted está haciendo y es bueno volver a leerla. Porque en realidad nunca dejé que la gente me hablara de nuestro problema; no había nada que hablar con esas personas. Pero la presión de los vecinos y los amigos, ya sabe, perdimos una cantidad de amigos a causa de Steven porque sencillamente no podíamos tolerar las actitudes que tenían los demás respecto de lo que nos estaba ocurriendo; de modo que simplemente nos aislamos.

Además de la carta, todos coincidimos en que, por el momento, los N sólo debían aceptar consejos de nuestro equipo y del doctor A. De modo que le dimos a la señora N una buena respuesta para aquellos que dieran consejo sin que se lo solicitaran: "Le agradecemos mucho su consejo, pero por el momento he acordado aceptar únicamente los consejos del Leslie Centre y del doctor A. De todos modos, le agradezco mucho su preocupación".

Termina la batalla de la comida

Todos los consejos que se les dio a los N referidos a cómo encarar la alimentación de Steven, fueron más bien sugerencias antes que pasos de un programa preciso, de un modo que podría calificarse (según la clasificación de Rohrbaugh y otros, 1981) como "restricción leve". El mensaje implícito en esas sugerencias era: "Usted podría tratar de hacerlo de vez en cuando, pero en estas circunstancias, por cierto no pretendemos que lo haga inmediatamente". Durante un período determinado habría que dejar ante Steven, tres veces por día, algunos alimentos que él pudiera tomar con los dedos. Les aconsejamos que no midieran la cantidad ni pesaran tales alimentos y que dejaran para más adelante cualquier preocupación por lo que la señora N llamaba "una dieta equilibrada". El niño sólo debía alimentarse durante el día. También les sugerimos a los N que adquirieran algunos conocimientos de cómo podían ayudar los padres en una esfera no relacionada con la alimentación como era el programa de vigilancia nocturna del Leslie Centre (Seymour y otros) para lograr una rutina regular de sueño.

El sr. N.: Sí, y también para permitirnos aceptar lo que ocurre de un modo más tranquilo. Estuvimos aceptando todo esto durante los últimos dieciocho meses con Steven, pero ustedes nos brindaron *otro tipo de perspectiva diferente* del punto de vista médico y en realidad ustedes tuvieron tiempo para establecer esto y analizarlo *mediante algunas sugerencias*; además ustedes prefirieron hablar con nosotros de toda nuestra situación, diga-

mos que se apartaron un poco de la dificultad específica de Steven y trataron la situación de nosotros tres como algo global. Y fue algo positivo (el énfasis es nuestro).

Steven reaccionó rápidamente tanto al enfoque sugerido para alimentarlo como al programa más explícito de vigilancia nocturna.

Señalar crudamente el contexto (White, 1982) **Considerar los problemas maritales imputados**

La segunda entrevista excluyó cualquier referencia a Steven. Todos los esfuerzos apuntaron a señalar, de la manera más dramática posible, el contexto de las dificultades que, según el informe, existían entre el señor y la señora N.: Repetidamente se pronunciaron frases como éstas: "Es inevitable... ¿qué podía esperarse?... ¿cómo podría haber sido diferente?... no nos sorprende... podía haber supuesto que..."

La destriangulación de Steven: **el placer de compartir la comida**

Se hicieron algunos cambios estructurales destinados a llamar la atención sobre el acuerdo del señor y la señora N, particularmente en lo referido a la alimentación. Les sugerimos con insistencia que, cuando se le dejara a Steven la comida que pudiera llevarse a la boca con los dedos, los N debían sentarse a comer en otra habitación y hablar *únicamente* de ellos mismos. La señora N decidió preparar platos particularmente apetecibles para su esposo. El, a su vez, le diría cuánto disfrutaba de la comida preparada por ella. Se les encomendó además que buscaran formas sutiles de sorprender al otro con amabilidad. La explicación que les dimos para alentar tales intercambios fue que durante mucho tiempo ambos se habían descuidado mutuamente y que habían olvidado hasta qué punto necesitaba cada uno de ellos que el otro cuidara de él. El señor y la señora N coincidieron completamente con esta idea y nos comunicaron que, efectivamente, toda la relación entre ellos se había concentrado hasta tal punto en Steven que ya no hablaban de ninguna otra cosa. La situación se había deteriorado tanto que cualquier referencia a Steven desencadenaba el resentimiento sobre la parte que le correspondía a la señora N, lo cual a su vez provocaba acaloradas disputas. El señor y la señora N también aceptaron fijar un momento para hablar exclusivamente de Steven. Pronto comenzaron a descubrir modos de apoyarse uno al otro y a sentirse una pareja más "normal". Durante este período las relaciones de los N continuaron mejorando y sólo parecieron tirantes cuando hubo que volver

a hospitalizar a Steven. Luego, nos comunicaron que se "entendían tan bien como solían hacerlo antes del nacimiento de Steven".

D. E.: Quisiera preguntarle... para las personas que alguna vez necesiten oír esta grabación, personas que tengan un problema similar... ¿qué ocurrió? Supongo que este tipo de problema ejerce una gran presión, una enorme presión sobre la pareja. ¿Podrían relatarnos qué les ocurrió como pareja a causa de las complicaciones que tuvo Steven y cómo cambiaron las cosas? También quisiéramos que si tienen consejos o advertencias que puedan dar a otras personas que sufran un problema similar, nos lo digan.

La sra. N.: Las cosas entre Robert y yo sencillamente no marchaban.

D. E.: Bueno, no es sorprendente.

La sra. N.: No, realmente no lo es. El llegaba a casa a la noche, yo me le colgaba del cuello y le decía: "Hoy tampoco comió" y al estar todo el día en casa con Steven sentía celos de Robert que podía salir mientras yo debía permanecer clavada allí en casa con el niño. Eso es lo que yo sentía...

D. E.: Seguramente..., ¿y qué le pasaba a usted, Robert? ¿Recuerda qué le pasaba en aquellos días?

El sr. N.: Lo más difícil era que entonces teníamos mucho miedo de hablar del asunto, así que no hablábamos de nada. Y realmente no podíamos hacer ninguna otra cosa, pues no podíamos dejar al niño con nadie más. No podíamos tener ningún tipo de vida social. Estábamos allí los tres juntos en una habitación, mirándonos uno a otro tratando de ver si el bebé tomaba algo... ¿comería algo? Y si decíamos algo siempre terminábamos en una disputa culpándonos recíprocamente.

D. E.: Así que en realidad era mejor permanecer en silencio.

El sr. N.: Y, sí. Cuando regresaba a casa ya podía sentir la atmósfera mucho antes de llegar a la puerta. De modo que no mencionábamos el problema. Así fuimos distanciándonos uno del otro. Lo único que nos unía era Steven, lo cual resultaba bastante extraño. Si no lo hubiéramos tenido quizás ahora estaríamos divorciados. Pero era a causa de él que habíamos llegado a esa situación.

La sra. N.: Solíamos llevarnos muy bien hasta que Steven enfermó. Y cuando comenzó todo esto hubo momentos en que realmente lo odié.

El sr. N.: Creo que ustedes nos ayudaron a creer mucho más en nosotros mismos. Aún recuerdo que a veces parecía que manteníamos una guerra contra Steven... nosotros dos contra él. Y sólo era una batalla de voluntades y de ingenios. El es muy obstinado, de lo contrario, supongo que habría desaparecido hace mucho tiempo; pero era realmente terco. Pero ustedes hicieron que creyéramos en nosotros mismos. Tratamos de tranquilizarnos mutuamente y de interesarnos más el uno en el otro. Antes difícilmente nos hablábamos. Ahora, antes de ir a dormir yo le preparo una taza de café... en fin, nos sentimos orgullosos uno del otro. Y probablemente todo siga mejorando.

D. E.: Les pedimos que hicieran un pacto de paz.

El sr. N.: Sí, que en una etapa incluyó a todos los médicos y a todos los amigos... pero todo fue por Steven. Probablemente ambos nos sentíamos excluidos. A todo el mundo le gusta pensar que está por encima de ciertas situaciones... y ustedes nos alentaron a cuidarnos mutuamente, a hacer pequeñas cosas uno por el otro. Yo la felicito y la halago con frases tales como: "Fue una comida maravillosa", mientras que antes devoraba la comida y desaparecía, me enfascaba en un libro, pues no quería averiguar cómo estaba Steven. Luego, cuando comenzamos a hablar de Steven, nos sentíamos más felices. Si ese día él no había comido, pensábamos que, como nos

habían dicho ustedes, realmente no había de qué preocuparse, que él estaba bien. Y realmente está mejor cada día y se va a reponer del todo. Antes, en cambio, cuando alguien nos decía cosas por el estilo, directamente no las creíamos... pues pienso que la sinceridad es una gran cosa. Esta vez lo creímos y eso me tranquilizó mucho.

La sra. N.: Y a mí...

El sr. N.: Además Jane y yo sentimos que esa seguridad en nosotros mismos nos ayudó a obtener mejores resultados con Steven, pues él no tuvo ninguna recaída desde que vinimos aquí la primera vez.

Afirmar el final de la experiencia mediante la observación

Phyllis Brock visitó a la señora N en dos ocasiones más con el único fin de afirmar el final de la experiencia. Phyllis le dio a la señora N su número de teléfono particular, un acto más simbólico que de valor real, pues nunca le fue necesario utilizarlo. Phyllis llamó a los N dos veces por semana durante los períodos críticos, pero todos fueron contactos breves (un promedio de 7 minutos por llamada). Consideramos que esta decisión era importante para el desarrollo del trabajo con esta familia.

La sra. N.: La primera vez estuvimos aquí durante una hora o una hora y media, ¿no es cierto? Y pudimos hablarles y ustedes pudieron escucharnos. Y yo pensé que ustedes eran una verdadera ayuda, Phyl. Usted me dio su número de teléfono, además me llamó dos o tres veces por semana y, si yo realmente me hubiera sentido muy inquieta hubiera podido llamarla. Muchas veces pensé que en lugar de llamar a mi médico, podía llamarla o esperar que usted me telefonara. El hecho de tenerla a usted allí, de saber que podía telefonarle cuando... bueno, usted sabe... Realmente yo deseaba tener con quien hablar... y eso fue muy bueno para mí.

Resumen

Desarrollamos un análisis de este caso a causa de la naturaleza dramática de la resolución de este problema y con la esperanza de que este análisis pueda alentar a otros terapeutas a experimentar cómo enfocar de manera estratégica ciertos problemas que por convención caen en la esfera exclusivamente médica. Consideramos que la flexibilidad del pensamiento estratégico/sistémico ofrece mucho más que la medicina conductual, pues suministra una estructura dentro de la cual es posible elaborar un enfoque que potencie la práctica médica más ortodoxa.

Referencias bibliográficas

- Chodorow, N. y Contratto, S., 1982: "The Fantasy of the perfect mother." En Thorne, B. y Yalom, M. (comps.), *Rethinking the Family: Some feminist questions*, Longmans, Nueva York.
- Friedson, E., 1970: *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge*, Dodd y Mead, Nueva York.
- Pollner, N., 1974: "Mundane reasoning." *Philosophy of the Social Sciences*, Vol. 4.
- Rohrbaugh, M., y otros, 1981: "Compliance, defiance, and therapeutic paradox: guidelines for strategic use of paradoxical interventions." *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, págs. 454-467.
- Seymour, F. W., Bayfield, G., Brock, P. y During, M., 1983: "Management of night-waking in young children." *Australian Journal of Family Therapy*, 4, 4, págs. 217-223.
- Strauss, A. L., 1959: *Mirrors and Masks: The search for identity*, Free Press, Glencoe, Ill.
- Strauss, A. L., y otros, 1982: "Sentimental work in the technologized hospital." *Sociology of Health and Illness*, 4, págs. 254-278.
- Taber, M., y otros, 1969: "Disease ideology and mental health research." *Social Problems*, 16, págs. 349-356.
- White, M., 1982: "Marriage problems", taller presentado en la *Third Australian Family Therapy Conference*, Sydney.
- Zola, I. K., 1972: "Medicine as an institution of social control." *Sociological Review*, 20, págs. 487-504.