

Título del original en inglés:

Selected Papers

© 1989 Dulwich Centre Publications, Australia

Traducción: Alcira Bixio

Primera edición: enero de 1994, Barcelona

Primera reimpresión: septiembre de 1997, Barcelona

Segunda reimpresión: febrero de 2004, Barcelona

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Editorial Gedisa, S.A.

Paseo Bonanova, 9 1º-1ª

08022 Barcelona (España)

Tel. 93 253 09 04

Fax 93 253 09 05

Correo electrónico: gedisa@gedisa.com

<http://www.gedisa.com>

ISBN: 9788474324761

Depósito legal: B.5001-2004

Impreso por Publidisa,
Alcalá de Guadaira, Sevilla.

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 en cualquier otro idioma.

Indice

Introducción

Externalización del problema e internalización de la posición
como agente, *Karl Tomm* 9

1. **Desconstrucción y terapia** 19

2. **Decir de nuevo: ¡Hola!**
La incorporación de la relación perdida
en la resolución de la aflicción 57

3. **El proceso de interrogar**
¿Una terapia de mérito literario? 69

4. **Terapia familiar y esquizofrenia**
El estilo de vida de "sentirse arrinconado" 84

5. **Una familia deja atrás los trastornos que la perturbaban** 103

6. **Anorexia nerviosa**
Perspectiva cibernética 111

7. **El rito de inclusión**
Enfoque para el tratamiento de la conducta extremadamente
descontrolada de niños y adolescentes púberes 128

8. **Explicación negativa, restricción y doble descripción:**
Un modelo de terapia familiar 142

9. **Terapia conjunta para hombres violentos y las mujeres
que viven con ellos** 167

10. **Destruir los miedos y domar a los monstruos**
Un enfoque para el tratamiento de los temores infantiles 175

11. **Pseudoencopresis**
De la avalancha a la victoria, del círculo vicioso al círculo virtuoso 186

12. **Asesorar al asesor**
La documentación del conocimiento alternativo,
David Epston, Michael White 203

Más allá del conocimiento del experto
Entrevista con Michael White, *Andrew Wood* 219

Pseudoencopresis

De la avalancha a la victoria,
del círculo vicioso al círculo virtuoso*

En este capítulo, se considera a la encopresis desde la perspectiva de la Segunda Cibernética (Maruyama, 1963). En las familias en las que se dan estos síntomas, se supone que todos los miembros participan sin advertirlo en la avalancha descontrolada de los sucesos. Todos los miembros parecen incapaces de modificar el curso de estos sucesos y sienten los síntomas de la encopresis como algo opresivo.

El objetivo del tratamiento es detener esa avalancha de sucesos y ayudar a los miembros de la familia a vencer los síntomas. Se detalla seguidamente un mapa de la terapia de encopresis basado en este enfoque.

Orientaciones conductistas y psicodinámicas

Los teóricos orientados hacia los enfoques conductistas y psicodinámicos contribuyeron significativamente a elaborar una bibliografía sobre la encopresis. Después de seleccionar las observaciones hechas, ambos grupos de teóricos elaboraron explicaciones de este problema. Los teóricos conductistas sostienen que la encopresis es el resultado de un aprendizaje errado y muchos de ellos han desarrollado tratamientos basados en los principios condicionantes que, con frecuencia, son adaptaciones del trabajo de Azrin y Foxx (1971) (Por ejemplo, véase Davis y otros, 1976). Tales procedimientos que, según se informó, fueron relativamente efectivos, por lo general, exigen que los padres apoyen inmediatamente ciertas conductas. La dificultad más comúnmente observada de este enfoque surge de la falta de acatamiento del niño y/o de la falta de cooperación de los padres.

Puede argumentarse que este fenómeno de falta de cooperación se relaciona, en realidad, con que la tarea de supervisar los programas de entrenamiento en el cuarto de baño generalmente se les encarga a los padres, los cuales ya se sienten bastante derrotados y exhaustos a causa del problema. Normalmente, es la madre quien carga con la mayor, y a veces con

* Publicado en *Family Systems Medicine*, vol. 2, N° 2, 1984.

toda, la responsabilidad de la crianza. Con frecuencia, cuando el más vencido de los padres se manifiesta incapaz de realizar con éxito el procedimiento, se hospitaliza al niño. Allí, con la constante supervisión con la que se cuenta para aplicar sistemáticamente los métodos conductistas, los niños generalmente logran cierto control de los intestinos. No obstante, cuando se lleva a esos niños a un contexto en el cual es imposible reproducir las condiciones del hospital, es frecuente que vuelvan a perder el control y que los padres tornen a sentirse incapaces de ayudarlos.

Muchos teóricos psicodinámicos basan su explicación de la encopresis en una fórmula sexista, agotada y lineal que atribuye el problema a los intentos inadecuados y negativos de las madres. Se ha creído que la "causa raíz" del problema son las madres hipercontroladoras, intrusas y ambivalentes.

La defecación agresiva es, generalmente, una manifestación de una relación perturbada entre los padres (y con más frecuencia la madre) y el niño. A veces la madre tiene una personalidad obsesiva y controladora y le da gran importancia al orden y la limpieza... Esto es lo que, inconscientemente, intenta el niño cuya conducta ha sido obsesivamente controlada por la madre... La apreciación que el niño hace del talón de Aquiles emocional de su madre [sic], es decir, el control de los intestinos, es también inconsciente pero lo lleva a defecar como un modo de expresar sus sentimientos de enojo (Barker, 1979, pág. 115).

Fischer (1979), en un estudio sobre la bibliografía psiquiátrica infantil sobre la cuestión de la encopresis, llega a la conclusión de que "con frecuencia el síntoma de la encopresis refleja la rebelión del niño contra el sermoneo y la excesiva preocupación de la madre, mediante el funcionamiento de sus intestinos" (pág. 562) y que las madres "son dominadoras, están demasiado implicadas en las vidas de sus hijos y se quejan abiertamente de ello. En numerosos informes, procedentes de diferentes países, uno ve una y otra vez las mismas descripciones de la fluctuación maternal entre una intrusión sobrecargada y una exclusión de rechazo". (pág. 564).

Esta clase de explicación lleva a realizar prácticas clínicas específicas que, generalmente, incluyen el intento de que la madre tenga una visión de sus propios sentimientos y su propia conducta, muy perjudicial para el niño. Si las madres aceptan ese estigma interior, la explicación queda confirmada. Si, por el contrario, las madres reaccionan en contra de la imposición de este tipo de interpretación y discuten o se niegan a seguir la terapia, esa actitud también confirma la explicación: sólo las madres con una naturaleza hostil y sobrecontroladora se oponen a una visión interior y reaccionan de este modo.

La pseudoencopresis

La explicación psicodinámica de la encopresis me deja bastante confundido. Los niños encopréticos y los miembros de sus familias que llegan a mí en busca de tratamiento no parecen ajustarse a esta explicación. No he podido encontrar un solo caso cuya causa haya sido una madre ambivalente o invasora. Naturalmente acepto la posibilidad de que los niños que vi pueden no haber recibido un diagnóstico de encopresis. Esto nos lleva al desarrollo de un nuevo diagnóstico de "pseudoencopresis"¹.

Puede diagnosticarse la pseudoencopresis cuando un niño presenta problemas de defecación crónicos y cuando esos problemas persisten a pesar de que haya habido varios intentos de solución; pero no se puede decir que la causa sean las madres ambivalentes e intrusas. Desde hace muchos años, busco incansable e infructuosamente casos de "verdadera" encopresis a fin de compararlos con las muestras de niños que he tratado². Por consiguiente, el enfoque descrito en este capítulo sólo fue aplicado a una muestra parcial. En todos los casos analizados aquí, los padres de los niños encopréticos se sentían derrotados, desamparados, impotentes, desesperanzados, desesperados y frustrados. Frecuentemente un padre se sentía más vencido que el otro. Y en general era la madre, pues ella es quien carga con la mayor responsabilidad de la crianza de los hijos en nuestra sociedad.

La mayor parte de los padres de la muestra informó que por culpa de este problema fueron sintiéndose cada vez más alejados de sus hijos. Todas las manifestaciones sugieren además que los niños se sienten cada vez más dominados por sus síntomas. Se sienten fuera de control, impotentes, desesperanzados y distanciados de los padres. También he visto casos en los cuales los miembros de la familia y a veces los profesionales de la salud y de bienestar social aplicaron explicaciones³ voluntaristas e inútiles que generaron círculos viciosos de culpa y censura. No hay dudas de que todos los miembros de la familia, en estos casos, experimentaron sentimientos de opresión.

Círculos viciosos y círculos virtuosos: la segunda cibernética

Creo que el desarrollo del problema de la encopresis y su contexto pueden comprenderse mejor desde la perspectiva de la Segunda Cibernética. La Segunda Cibernética es una teoría de causalidad mutua que sostiene que "los elementos que están dentro de un sistema se influyen recíprocamente o

bien de manera simultánea o bien de manera alternativa" (Maruyama, 1963, pág. 164). De acuerdo con esta teoría, algún "estímulo pequeño, insignificante o accidental" o una desviación puede desencadenar un proceso que con el tiempo va aumentando sus dimensiones hasta un punto tal que se pierden las condiciones iniciales. En este proceso de "bola de nieve", "el resultado ha de ser desproporcionadamente extenso si se lo compara con el estímulo inicial" (Maruyama, 1963, pág. 167).

Con frecuencia, la Segunda Cibernética se remite a la retroalimentación que amplifica la desviación:

...D.A.F. es un mecanismo que explica cómo las pequeñas variaciones producidas en un sistema pueden (o deben) llegar a vincularse con amplios efectos, cómo las pequeñas perturbaciones pueden generar cadenas de sucesos que pueden terminar en grandes alteraciones (Wender, 1968, pág. 309).

Esta es una teoría de causalidad mutua o causalidad circular que se opone a los conceptos de la causalidad lineal. Condiciones iniciales similares o estímulos accidentales pueden producir resultados disímiles. Condiciones iniciales disímiles pueden producir resultados similares.

Esta teoría implica que no es posible señalar directamente la causa de un problema o un suceso. Cuando los sucesos se consideran dentro del contexto de procesos de retroalimentación que aumentan la desviación debida a causas recíprocas, puede entenderse que tales sucesos son el resultado "posiblemente inevitable" de círculos viciosos o círculos virtuosos⁴.

Reconstruir los sucesos

La Segunda Cibernética ofrece un enfoque de la encopresis que propone una explicación diferente del problema. Creo que ese enfoque tiene una gran ventaja respecto de los conceptos voluntaristas que tienden a promover el círculo vicioso de la culpa y la censura. El problema puede encararse desde ángulos distintos, ángulos que a través de las otras construcciones del problema eran inconcebibles.

Esta perspectiva exige que el terapeuta ayude a los miembros de la familia a considerar el contexto de retroalimentación que aumenta la desviación de la encopresis. Esto establece el contexto necesario para interrumpir el círculo vicioso e introducir un círculo más virtuoso. Se presenta entonces la idea de que todos los miembros de la familia están

atrapados en la misma avalancha de acontecimientos. Se considera que el niño, así como sus padres, están dominados y han sido vencidos por los síntomas. Se identifica a todos los miembros de la familia como "víctimas", incapaces de controlar los sucesos.

El terapeuta apoya esta idea identificando los hechos que demuestran cómo la defecación es algo que está fuera del control de todos ellos. Parece que tuviera una vida propia y que se aprovecha de todos los miembros de la familia, con frecuencia en los momentos en que ellos menos lo esperan. No debe permitirse que los miembros de la familia minimicen los efectos de esa avalancha. Se identifican las experiencias de desesperanza y opresión y el terapeuta desafía a cada uno de los miembros de la familia a que establezca qué efecto tiene esa experiencia sobre su persona y sobre sus relaciones con los demás.

Después de examinar las soluciones intentadas anteriormente y que fracasaron, el terapeuta puede pedirles a los miembros de la familia que lo ayuden a comprender cómo se las arreglaron para afrontar tan bien la cuestión y mantenerse firmes a pesar de las circunstancias adversas⁵.

A fin de interrumpir los círculos viciosos de culpa y censura, es importante que el terapeuta se oponga con éxito a las ideas voluntaristas. El terapeuta puede lograrlo si después de relatar cuidadosa y concienzudamente la historia del problema, anuncia que no le cabe la menor duda de que la causa es atribuible a por lo menos una de las siete oportunidades identificables. El terapeuta también puede declarar con convicción que, en realidad, esas posibilidades podrán reducirse a tres o cuatro cuando el problema se haya estudiado unos diez o quince años más.

Si los miembros de la familia tienden a mencionar detalles que alientan una interpretación voluntarista de los hechos, el terapeuta debe tratar de colocar esos detalles dentro de un nuevo marco⁶. En ese caso, pueden elaborarse explicaciones que se ajustan más a un contexto relacionado con los fenómenos de avalancha o desbocamiento. En el siguiente ejemplo clínico se ilustra ese proceso:

El señor y la señora Smith creían que su hijo Jason, que nunca se ensuciaba en la escuela pero siempre lo hacía en el camino de regreso a casa, intentaba perturbarlos con sus síntomas. A fin de oponerme a esa idea, les sugerí que tenía sentido suponer que Jason se ensuciaba cuando alcanzaba la relativa seguridad del hogar. Era evidente que Jason gastaba su energía luchando contra su problema todo el día en la escuela y que sólo se animaba a bajar la guardia y a relajarse cuando ya estaba cerca de su casa. Teniendo en cuenta la circunstancia de que Jason no estaba enteramente a cargo de su

problema de defecación, no parecía razonable suponer que el niño podía mantener con éxito la guardia alta después de haber agotado sus energías.

Padres e hijos contra los síntomas

Incitar al niño a pelear contra los síntomas

Es esencial que el terapeuta se una al niño en la experiencia de opresión que a éste le provoca la "ruin caca". Al hacer que el niño se sienta acompañado, se está preparando el terreno para establecer un contexto de disputa, un contexto en el cual se puede incitar al niño a luchar contra los síntomas. Una manera de unirse al niño es ayudarlo a identificar más claramente lo que experimenta cuando está dominado por los síntomas. Esta información, junto con la obtenida anteriormente de los demás miembros de la familia, suministra las pruebas del carácter "traidor" de la ruin caca. Estas pruebas permiten que el terapeuta le haga notar al niño que "evidentemente la caca lo engaña y lo toma desprevenido" y que "la ruin caca se sale con la suya y decide liberarse contra tu voluntad".

Luego, el terapeuta determina hasta qué punto la "ruin caca" domina al niño y hasta qué punto (si es que hay alguno) el niño puede dominarla. Esta información puede surgir de interrogar al niño sobre quién es el jefe: "¿Quién manda más, tú o la caca?"; "¿Con cuánta frecuencia la caca se sale con la suya y con cuánta frecuencia eres tú quien decide?"; "¿Con cuánta frecuencia puedes hacer caca donde tú deseas?" Es necesario dedicar cierto tiempo a este proceso que permite ilustrar el grado de dominio que tiene la caca sobre el niño.

Una vez aclarado esto, se le puede proponer al niño un dilema haciéndole preguntas como éstas: "¿Quién debería ser el jefe?"; "¿Hasta qué punto el jefe debe ser el jefe?"; "¿Quieres derrotar definitivamente a la ruin caca y salirte siempre con la tuya o crees que es mejor dejarte vencer completamente y dejar que la ruin caca te domine a ti y domine a tus padres?"; "¿Quieres ser tú quien la conduzca a ella o que sea ella quien te conduzca a ti?" Al llamar la atención del niño sobre este dilema, a veces con tono dramático, a veces con humor, el terapeuta le plantea al niño que él es el responsable de tomar la decisión.

A veces sugiero que si el niño o la niña desean que los síntomas ocupen el asiento del conductor de sus vidas durante algunos años más, puede aspirar a convertirse en un miembro más del Club de la Caca Ruin. Una de las

exigencias de ese club es tener 16 años. Todos los jóvenes miembros del club pueden hacer juntos sus necesidades y muchos de ellos lo encuentran placentero. Hasta ahora no encontré un sólo niño que quiera ser miembro de semejante club.

Antes de preguntarle al niño qué decisión tomó en cuanto al camino que desea seguir, el terapeuta puede ayudarlo señalándole que si decide oponerse a la "ruin caca" tendrá por delante un "gran trabajo". Y que alcanzar el éxito no será cosa fácil: "En esta batalla la ruin caca también obtendrá algunas victorias"; "La ruin caca devolverá los golpes y será necesario tener mucho coraje y gran determinación". Puede preguntársele luego al niño si está preparado para darle una lección a su enemiga y si se siente suficientemente maduro para tomar esa decisión.

Sorprendentemente, después de haber tratado muchos de estos casos, no encontré nunca, todavía, algún niño que sostuviera que no estaba suficientemente maduro o suficientemente preparado para derrotar a la ruin caca. Mi respuesta a estas bravatas es pedirle información sobre la cantidad de fuerza que cree que posee para afrontar este problema. Los niños pueden ayudarme a comprender el alcance de esa fuerza dándome detalles de alguna hazaña que hayan realizado y que les haya exigido determinación y perseverancia, por ejemplo, trepar a los árboles o hacer largos recorridos en bicicleta.

El niño consigue el apoyo de los padres

Cuando la vida del niño ha estado dominada durante mucho tiempo por un poderoso adversario, para poder derrotarlo con éxito necesita conseguir refuerzos. Habitualmente, el niño acepta la necesidad de tales refuerzos cuando se le recuerda que "esa ruin esta acostumbrada a ser el jefe, es traicionera, devuelve los golpes y tratará de atraparte en el momento en que estés más desprevenido". El niño comprende que, puesto que los síntomas van a tratar de continuar dominando la situación, necesitará ayuda para obtener la victoria final. Esos refuerzos lo ayudarán a mantenerse firme y a auxiliar su capacidad defensiva.

Con frecuencia, cuando se le pregunta al niño qué refuerzos le vendrían bien, éste responde inmediatamente que desearía que sus padres lo ayudaran. Sin embargo, a veces algunos mencionan a un compañero de la escuela como posible aliado. En este caso, se le puede preguntar si ese compañero es un experto o tiene autoridad en la cuestión de la defecación. ¿Qué conocimientos tiene el niño de la experiencia personal de su compañero en estas cuestiones?

Por lo general, resulta evidente que el niño tiene muy poca información sobre la experiencia personal de su compañero. Se puede cuestionar, entonces, la capacidad que tenga ese compañero para ayudarlo y sugerirle que quizás alguien más familiarizado con el problema puede ser una elección mejor, por ejemplo, los padres. Entonces, normalmente, el niño pide la ayuda de los padres.

Una vez que el niño incita a los padres a convertirse en sus aliados, se les puede preguntar a éstos si aceptan la incitación a luchar contra la "ruin caca" para obtener una victoria definitiva.

Una ayuda suplementaria

El poder esclavizante de los síntomas y la naturaleza difícil de la lucha que todos tienen por delante, es un aspecto que debe ser nuevamente mencionado. Se les advierte al niño y a los padres que quizás para librar esta batalla necesiten una ayuda suplementaria. Luego, pueden evaluarse todas las ideas referentes a esa ayuda.

Con frecuencia suelo dar ejemplos del tipo de apoyo que otros niños pidieron. Les cuento historias de cómo algunos descubrieron que tenían tigres dentro de sí y le pregunto al niño o la niña si ha sentido manifestaciones de poseer su propio tigre interior. Una vez que obtengo esta información suelo sugerir que el niño puede llegar a necesitar la ayuda de por lo menos dos tigres para combatir contra la "ruin caca". Entonces le pregunto de dónde cree que podría conseguir otro tigre y lo ayudo a elaborar una fantasía relacionada con la "captura del tigre". Esta fantasía puede incluir paseos a la jungla africana, planificación de la caza y la captura, así como detalles del traslado del tigre a Australia. Los niños mayores pueden preferir la ayuda de Superman o de la Mujer Maravilla.

El manejo del cuarto de baño

Los detalles prácticos

Antes de comenzar con este programa es necesario someter al niño o la niña a un examen físico pediátrico para descartar una causa fisiológica del problema. Si el niño se ensucia como resultado de una sobrecarga de heces contenidas, es necesario que las evacue antes de comenzar el tratamiento.

El primer punto que debe tratarse es el de la disposición e iluminación del cuarto de baño. Algunos niños temen ir al excusado si éste está mal

iluminado o si para llegar a él tienen que recorrer un pasillo oscuro. Es mejor asegurarse de que el niño se siente seguro al sentarse en el inodoro y a veces es necesario disponer un banquito bajo para que el niño pueda apoyar allí los pies. Puede pedírseles al padre mejor dispuesto que se ocupe de organizar esta cuestión.

Se les pide a los padres que le permitan al niño decorar temporalmente el cuarto de baño a su gusto. Esta decoración puede incluir dibujos de tigres, escenas de la jungla, *posters* de Superman o de la Mujer Maravilla, cabinas de teléfono, etc., en general figuras que están relacionadas con la fantasía que el niño haya elaborado de la posible ayuda suplementaria. Hasta entonces el cuarto de baño había sido un lugar de derrota y desesperanza tanto para el niño como para los padres. La decoración creará una atmósfera más positiva y alentadora. Se le puede pedir al padre más desalentado que ayude al niño a planear y organizar esta nueva decoración.

El reflejo gastroilíaco

A medida que se integra el uso del reflejo gastroilíaco a este programa, es importante que los miembros de la familia comprendan cómo funciona este reflejo⁷. Este reflejo se presenta después de la ingestión de comidas o bebidas y se traduce en el deseo de defecar. El reflejo se presenta con mayor intensidad después de 20 ó 30 minutos de haber comido, ocurre más frecuentemente durante la primera hora después de levantarse por las mañanas y, aparentemente, la ingestión de bebidas calientes ayuda a provocarlo. La utilización de este reflejo le brinda al niño condiciones favorables para que logre controlar la acción de sus intestinos.

Se le pide al padre menos desesperanzado que sea el supervisor de esta tarea y se le dan instrucciones precisas. Exactamente veinte minutos después de una comida diaria (preferentemente el desayuno), ni un minuto antes ni un minuto después, el padre o la madre elegido debe acompañar al niño al cuarto de baño. El niño deberá entonces sentarse en el inodoro durante una cantidad de tiempo determinada que variará según la edad. El tiempo aproximado oscila entre los treinta segundos y los cinco minutos y no debe convertirse en una pesada prueba para el niño. La medición del tiempo es esencial pues le suministra al niño un marco indispensable para realizar su tarea⁸.

El padre que supervisa debe insistir en que el niño abandone el cuarto de baño cuando pase el tiempo previamente establecido, aunque el niño podrá volver inmediatamente si lo desea. Es importante que en ningún momento esta tarea adquiera un carácter punitivo. Quizás sea necesario programar nuevamente los horarios de comidas del niño para que se adapten al tiempo disponible del padre encargado de la supervisión.

Se les dará a los padres instrucciones claras sobre cómo responder a cualquier logro que obtenga el niño o la niña, con comentarios como los siguientes: "Ganaste"; "Estás derrotando a la ruin caca" o "Te estás convirtiendo en el jefe". La falta de éxito del niño no debe provocar ansiedad y se instruirá a los padres para que en ese caso respondan con comentarios tales como: "Quizás necesites un tigre más poderoso" o "Quizás necesites dos cabinas de teléfonos"⁹.

Rutina de accidentes y situaciones de urgencia

Mapa de las situaciones de urgencia y accidentes

El terapeuta explica que es importante organizar una rutina de accidentes y situaciones de urgencia. Se les pide a los miembros de la familia que tracen un mapa de la casa y el jardín en una gran hoja de papel. El mapa, en escala, debe tratar de respetar minuciosamente las proporciones y la distribución de la casa. Luego se les pide que sitúen en el mapa los cinco lugares preferidos que tiene la "ruin caca" para hacer su "cobarde proeza". Es necesario que haya una variedad de sitios; el terapeuta puede sugerir que algunos se coloquen en el jardín.

Luego el terapeuta ayuda a los miembros de la familia a determinar las rutas más rápidas desde esos lugares favoritos hasta el cuarto de baño. Si el mapa se ha realizado con las proporciones correspondientes, el terapeuta puede utilizar una regla para medir y comparar las distancias de las diferentes rutas. Se analizan entonces los obstáculos, los rodeos y los posibles inconvenientes fortuitos que puede presentar cada una y se elaboran planes de contingencia para sortearlos. La ruta más rápida quizás incluya el paso a través de una ventana; en ese caso deberá conseguirse al niño una pequeña escalera.

Práctica de velocidad y pruebas de tiempo

El terapeuta instruye luego a los miembros de la familia para que organicen en casa prácticas de velocidad y pruebas de tiempo. El padre más desalentado queda liberado de supervisar directamente esas pruebas. El terapeuta puede alentarlos explicándole que la fatiga que siente es el resultado de haber estado demasiado tiempo en "el frente de combate" y que ciertas ideas erradas que se le dieron sobre las causas del problema intensificaron esa

fatiga. Esas ideas equivocadas incluyen el concepto de que los niños únicamente tienen problemas cuando las madres no se les brindan lo suficiente o se brindan a ellos inadecuadamente. También se le puede preguntar al padre más desalentado cómo cree que podría tener éxito en la búsqueda del descanso tan necesario; cómo podría superar cualquier dificultad que interfiera con ese descanso.

Se le solicita luego al padre más entusiasta que participe del tratamiento supervisando las prácticas de velocidad y las pruebas de tiempo. Si no existe un padre menos desalentado, como en el caso de las madres que crían solas a sus hijos, puede pedirse la ayuda de algún otro adulto. El padre menos desalentado recibe instrucciones para tomar tres veces consecutivas el tiempo que necesita el niño para llegar desde cada uno de los lugares favoritos de la "ruin caca" al cuarto de baño. El supervisor puede ayudar al niño aconsejándolo sobre las rutas que conviene tomar y haciéndole sugerencias que le permitan mejorar el tiempo. Si lo desea, el padre supervisor puede correr junto con el niño. Los tiempos obtenidos deben ordenarse en orden creciente y enviarse por correo inmediatamente al consultorio del terapeuta. Uno de los beneficios de darle una buena lección a la "ruin caca" es que el niño puede convertirse en el mejor corredor de su clase.

El más desalentado de los dos padres puede participar del tratamiento organizando un álbum de fotografías de las prácticas de velocidad. Si lo desea puede ocuparse de la tarea de tomar fotografías del niño mientras este corre tratando de acortar el tiempo. Luego el niño elegirá entre todas las fotografías tomadas las que más reflejen el sentido de la velocidad. Esta tarea ayudará también al más derrotado de los padres a dejar esa posición pesimista respecto del problema. En la siguiente sesión familiar, el terapeuta revisa las fotografías del álbum a fin de identificar aquellas en las que el niño parece volar y pide copias de aquellas en las que el niño o la niña tiene un aspecto victorioso, es decir, aquellas en que el tigre interior parece dominar la situación. El terapeuta puede pedirles permiso tanto al niño como a los padres para mostrarles estas fotografías a otros niños que deban seguir el tratamiento por un problema similar.

Superman, la Mujer Maravilla, Batman o el tigre son personajes ideales para hacerles disfraces a los niños y ayudarlos a sentirse más fuertes. Se les puede pedir a los padres que participen en la confección, y generalmente, éstos aceptan encantados. Además los trajes permiten lograr muy buenas fotografías.

Antes de terminar la sesión, el terapeuta establece, por lo menos, dos pruebas de tiempo que servirán para la práctica de velocidad y las pruebas

que se realicen en casa. Primero, da una vuelta a pie acompañado por el niño alrededor del edificio del consultorio y le señala los diferentes obstáculos que el niño tendrá que tener en cuenta a fin de dar la vuelta corriendo a su máxima velocidad. Antes de que el chico salga nuevamente a hacer su primer intento de velocidad, le explico que esa prueba me permitirá evaluar qué tipo de lucha habrá de entablar para darle una buena lección a la "ruin caca". Cuando el niño está en su marca dispuesto a partir, suelo decirle: "Déjame ver si corres más rápido que ella". El niño o la niña siempre logran hacer un buen tiempo en el primer intento. Antes de comenzar la segunda prueba, después de un pequeño descanso, le digo al niño o la niña que probablemente mejore su marca anterior pues ya está familiarizado/a con el recorrido. Y le aconsejo: "Primero lanza a tus tigres en primera velocidad y luego de pronto suelta los frenos, así podrás salir disparado". Cuando el niño suelta los frenos, sale corriendo a toda velocidad. Sorprendido por la velocidad alcanzada en este segundo y más vigoroso intento, generalmente comento: "Esta vez fuiste más rápido que un cohete. Ja, seguramente esa ruin caca tendrá que luchar como nunca por su vida".

En caso de accidente o situación de urgencia

En caso de que se produzca un accidente, el padre a cargo del entrenamiento puede alentar al niño ayudándolo a limpiar todo. Sin embargo, es necesario evitar cualquier disputa sobre el asunto, pues la mayor parte de estos accidentes suelen ocurrir en presencia del más desalentado de los padres. Si el niño no acata la invitación a limpiar, la cuestión puede ser resuelta por el menos desalentado de los padres o dejada en suspenso para la próxima sesión terapéutica.

Después de la limpieza, el niño tiene la tarea de darle una buena lección a su adversaria, es decir correr tres veces desde el lugar del accidente hasta el cuarto de baño¹⁰. También en estos casos hay que tomar la velocidad de cada recorrido y anotarla en orden creciente. Luego se alienta al niño para que le haga probar a su adversaria su propia medicina, es decir que trate de mejorar su velocidad desde cada uno de los cuatro o cinco sitios preferidos de la "ruin caca" hasta el cuarto de baño. Será suficiente con que el niño haga una sola prueba de velocidad desde cada uno de esos otros lugares. También es recomendable que inmediatamente después del accidente, se envíe al niño a buscar una cabina de teléfonos o al jardín a buscar el tigre que se le escapó. Entonces, se le pide que diga en voz alta: "Ya verás la próxima vez, maldita", una vez que esté dentro de la cabina o que haya recapturado a su tigre interior. Aunque esto parezca bastante injusto, debe recordarse que la "ruin caca" se

escurre de un modo traicionero y no repara demasiado en las reglas del juego limpio.

Al principio, se le asigna generalmente al padre menos desalentado la responsabilidad de supervisar estas respuestas a un accidente. No obstante, si el más desalentado de los padres se muestra entusiasta ante la idea de experimentar con esta tarea, el terapeuta puede alentarle a realizarla. A veces los accidentes ocurren en el camino de regreso a casa desde la escuela; en ese caso también pueden utilizarse esos lugares como puntos de partida para que el niño haga su prueba de velocidad en bicicleta. Si el recorrido es peligroso se puede hacer la misma experiencia en un parque. En cuanto a la participación de los maestros, el terapeuta puede optar, o bien por ignorar todo accidente que ocurra en el colegio e informar a los maestros los objetivos y detalles del programa, o bien trabajar en combinación con los maestros para que ellos establezcan un programa similar en la escuela.

Una vez presentado el programa, el terapeuta debe supervisar regularmente los progresos alcanzados. Por lo general, les pido a los padres que me llamen por teléfono cada dos o tres días durante las dos primeras semanas en determinados horarios y que me envíen semanalmente por correo las listas con los resultados de las pruebas de velocidad. Más adelante, le pido al niño que me telefonee después de haber obtenido una o más victorias contra su adversaria.

No tanto, demasiado pronto

La "ruin caca" no es famosa por su capacidad de jugar limpio y generalmente contraataca utilizando artimañas. Es importante advertir al niño o la niña que triunfar sobre ella no será fácil y que las cosas pueden empeorar aun después de haber mejorado algo. El terapeuta puede comentarle al niño que eso es una buena señal, pues indica que su adversaria sabe que está siendo combatida y probablemente signifique que está utilizando toda la fuerza que le queda en los últimos cartuchos, pues aún pretende seguir dominando.

Este aspecto también debe ser comprendido por los miembros de la familia a fin de que ante tales circunstancias no se debilite el entusiasmo inicial. Por ello es conveniente decirles a los miembros de la familia que la posible victoria del niño será aun más significativa cuanto más contraataque la ruin caca. Cuanto "mayor sea el obstáculo que ella le ponga", más significativo será el logro del niño al superarlo. Esta explicación disminuye la ansiedad que experimentan los miembros de la familia respecto del problema. Generalmente, ejercer presión para que el problema se resuelva

con celeridad paraliza a todas las personas implicadas, les hace más difícil relajarse y contribuye a aumentar la sensación de fracaso. La idea de que el tiempo que lleve superar el problema no es esencial puede reforzarse mediante comentarios tales como: "Cuanto más significativa sea esta victoria, menos probabilidades habrá en el futuro de que la familia se vea dominada por otros problemas". A medida que disminuye la ansiedad por obtener un éxito rápido, los padres y el niño comienzan a recuperar la autoestima.

Luego le pregunto al niño cuándo supone que podrá obtener su primera victoria. Aquí el terapeuta puede participar incluyendo sus propias predicciones dentro de las preguntas: "¿Cuándo crees que podrás darle un golpe decisivo a tu adversaria?" "¿Crees que pasarán cinco años, cinco meses o cinco semanas?" "¿Conoces algún modo de acelerar tu primera victoria y, si lo conoces, crees que sería sensato actuar según esas ideas?" "¿Cómo crees que te sentirás después de tu primera victoria y cómo esperas que reaccionen tus padres?"

El terapeuta responde a la victoria

Se pide a los padres que lleven un recuento de las victorias del niño y de las victorias de la casa. Y se les explica que esta es una forma de "reconocimiento" necesaria cuando se establece que se está entablando una batalla contra el problema. En la sesión siguiente, el terapeuta revisa esas anotaciones y en el caso de que el niño vaya ganando, tiene la oportunidad de poner el acento en la importancia de ese éxito.

Habitualmente, la celeridad y las dimensiones del éxito obtenido por el niño o la niña sorprenden y confunden al terapeuta. En tales ocasiones éste puede pedirle al niño que le ayude a comprender más acabadamente cómo pudo alcanzar ese éxito. Normalmente suelo felicitar también a todos los miembros de la familia por haber logrado dominar a la antes desobediente adversaria. El terapeuta también puede preguntarles a los miembros de la familia cómo fue posible que el problema no continuara reinando en su hogar y si alguien cometió alguna equivocación.

Predecir las recaídas

Es importante que el terapeuta pronostique las posibles recaídas. Esto permite situar tales recaídas dentro de un contexto que provoca respuestas específicas de los miembros de la familia, respuestas que vuelven a colocar

los síntomas dentro del control familiar. Esto es particularmente importante en el caso de aquellas familias que ya hicieron varios intentos asistidos para superar el problema sin tener éxito. Predecir las recaídas contrarresta la experiencia de "volver a foja cero"; y, además, si se presentan las recaídas como pruebas de la disposición que tienen todos para continuar luchando, se logra que los miembros de la familia retomen el programa prescrito en la terapia y persistan en él.

El terapeuta puede hacerle al niño algunos comentarios que ayudarán a preparar el camino para considerar las recaídas dentro de este contexto. Por ejemplo, puede decirle: "Esa enemiga tuya tiene su carácter y no va a aceptar tan benévola que te conviertas en su jefe así como así; aunque después creo que se sentirá bastante contenta con el arreglo", o "quizás te hayas dado cuenta de que tu adversaria vuelve a reunir sus fuerzas y te ataca de vez en cuando para medir tu fuerza".

Esta actitud respecto de las recaídas puede reforzarse haciendo comentarios tales como: "Cualquier accidente futuro te brindará una buena oportunidad de medir tus fuerzas colocando la caca en su lugar", o "si le das otra buena lección, obtendrás el beneficio de redescubrir tus fuerzas".

Programación de las sesiones

El procedimiento recomendado es mantener una sesión larga o dos entrevistas cortas con la familia dentro de un breve intervalo destinado a presentar el programa. Después de ese contacto inicial, durante algunas semanas conviene mantener con el niño o la niña y sus padres contactos telefónicos regulares y programados. Dos semanas después de la primera entrevista se programa una segunda reunión con la familia. Después de seis u ocho semanas de haber comenzado el programa se estipula una sesión de revisión. Si los miembros de la familia se encuentran con alguna dificultad especial, el terapeuta debe ofrecerles una sesión adicional.

Conclusión

Este capítulo considera la encopresis y su tratamiento desde la perspectiva de la Segunda Cibernética o los procesos de retroalimentación que aumentan la desviación. El objetivo del tratamiento es interrumpir el círculo vicioso asociado a los síntomas y desencadenar otros círculos más virtuosos.

Durante varios años este método me ha resultado útil en el tratamiento

de la encopresis. En mi experiencia, rara vez este programa falló en la resolución de los síntomas. Además de trazar un mapa de la terapia más adecuada para tratar la encopresis infantil, en este análisis traté de transmitir el espíritu que caracteriza este tipo de trabajo.

Algunos aspectos de este enfoque pueden aplicarse también a otros problemas infantiles (White, M., *Fears and fears' fierce friends*, aún no publicado).

Notas

1. Con frecuencia he pensado que los sistemas de clasificación de los diagnósticos psiquiátricos deberían tener un eje independiente dedicado a los pseudoproblemas.
2. Dicha muestra incluye tipos de encopresis continua y discontinua (Anthony, 1957), así como casos de retención de las heces (la defecación excesiva después de una persistente constipación).
3. Bateson (1972) al analizar la desordenada situación en que se encuentran las personas como consecuencia del pensamiento voluntarista, dice que el paciente "no conoce lo bastante qué ha provocado esa situación desordenada y siente que lo que le pasa es de algún modo injusto. Aun no se siente parte del sistema en el cual existe ese desorden, entonces censura al resto del sistema o se censura a sí mismo" (pág. 436).
4. Esta clasificación depende por completo de las consecuencias. Recientemente sufrí una caída por la cual debía ser hospitalizado y operado. Bajaba yo una colina en una bicicleta de niño mientras participaba de una fiesta de cumpleaños de una amiga de mi hija cuando, por alguna razón, la bicicleta desvió su curso fuera de mi control. Traté de corregir la trayectoria, pero mi oscilación pareció contribuir a desestabilizar la bicicleta y sucedió lo inevitable. No sé cómo comenzó todo, pero creo que este accidente podría clasificarse como la consecuencia de un círculo vicioso [El autor juega aquí con el doble sentido de la palabra *cycle*, "círculo" y "bicicleta". T.].
5. Es particularmente importante en este caso dirigirse al más debilitado de los padres que seguramente es quien ha cargado con la mayor responsabilidad de la crianza del niño. Generalmente, es la madre.
6. Sobre un análisis de este concepto véase Watzlawick y otros, 1974.
7. Sobre una discusión del reflejo gastroilíaco y su aplicación en el tratamiento de la encopresis, véase Young (1973).
8. Deben utilizarse exactos dispositivos para medir el tiempo.
9. Siempre creí que Clark Kent se olvidaba de que era Superman hasta que se metía en una cabina telefónica. Sólo allí volvía a descubrir sus fuerzas secretas.
10. Esto puede demorarse hasta que el padre menos desalentado esté disponible para participar.

Referencias bibliográficas

- Anthony, E.J. 1957, "An experimental approach to the psychopathology of childhood encopresis" *British Journal of Medical Psychology*, 30, págs. 146-175.
- Azrin, M.H. y Foxx, R.M. 1971, "A rapid method of toilet training the institutionalized retarded". *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 4, págs. 89-99.

- Barker, P. 1979, *Basic Child Psychiatry*. 3ra. ed. Gran Bretaña, Chaucer Press.
- Bateson, G. 1972, *Steps to an Ecology of Mind*. Nueva York, Ballantine Books.
- Davis, J., Mitchell, W.S. y Marks, F. 1976, "A behavioural programme for the modification of encopresis." *Child Care, Health and Development*, 2, págs. 273-282.
- Fisher, S.M. 1979, "Encopresis", en Noshpitz, J.O. (comp.). *Basic Handbook of Child Psychiatry: Volumen two — Disturbances in development*. Nueva York, Basic Books.
- Maruyama, M. 1963, "The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causative processes". *American Scientist*, 51, págs. 164-179.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. 1974, *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. Nueva York, W.W. Norton.
- Wender, P.H. 1968, "Vicious and virtuous circles: the role of deviation amplifying feedback in the origin and perpetuation of behaviour". *Psychiatry*, 31, págs. 309-324.
- White, M. 1984, "Fears and fears' fierce friends" (no publicado).
- Young, G.C. 1973, "The treatment of childhood encopresis by conditioned gastro-ileal reflex Training". *Behaviour Research and Therapy*, 11, págs. 499-503.

12

Asesorar al asesor**La documentación del conocimiento alternativo****David Epston**Michael White*

En el presente capítulo describimos una práctica terapéutica que alienta a las personas a documentar los conocimientos que los llevaron a solucionar su problema y el conocimiento alternativo de sus vidas y de sus relaciones que resurgió o se generó durante la terapia. De ese modo tales conocimientos quedan a disposición de la persona que podrá volver a desplegarlos cuando lo considere necesario y a disposición de otras personas que quieran consultarlos.

La "analogía del rito de pasaje" suministra un buen marco para desarrollar este trabajo. Pues contribuye a conceptualizarlo y organizarlo. Para ello es necesario bosquejar un protocolo en el cual se establezca que el paciente actúa como un asesor de sí mismo y de los demás. Además presentamos aquí una serie de preguntas que ayudan a las personas a elaborar una arqueología de su conocimiento alternativo.

El rito de pasaje

Consideramos que el tipo de rito mencionado por van Gennep como "rito de pasaje" es una metáfora que tiene mucho que ofrecer al proceso terapéutico. Van Gennep sostiene que el rito de pasaje es un fenómeno universal destinado a facilitar las transiciones de la vida social, de un status y/o una identidad a otro. Y propone un modelo del proceso de este rito que consiste en las etapas de separación, liminalidad y reincorporación. En las culturas tradicionales, la iniciación de cada una de estas etapas se señala mediante una ceremonia.

En la etapa de la separación, las personas se apartan de su rol o su status familiar y de su posición en el medio en que viven y entran en un mundo social no familiar, en el cual la mayor parte de los modos de manejarse en la vida que antes se daban por sentados quedan suspendidos: un espacio liminal. Este

*Esta es una versión revisada de una presentación hecha por los autores durante el Congreso de Terapia Familiar Australiana realizado en Melbourne en 1985. Algunas notas relacionadas con esta presentación fueron publicadas originalmente en las actas del congreso (White y Epston, 1985).

Publicado en el *Dulwich Centre Newsletter*, n° 4, 1990.