

Entrevista a Mónica Bonsangue

Interview to Mónica Bonsangue

Concha Pérez Salmón

Centro de Salud Mental de Alcorcón, España

Belén Ortega Bellé

Subdirectora y docente del Grupo "Change Strategies", España

«La Terapia Breve Estratégica: una oportunidad de crecimiento para la Familia»

En el primer número de nuestra revista entrevistamos a Giorgio Nardone, fundador y director del Centro de Terapia Breve Estratégica de Arezzo (CTS), quien nos expuso las líneas generales de la investigación y de los tratamientos que se llevan a cabo en su Centro. Mónica Bonsangue, psicóloga, psicoterapeuta y experta en este modelo, colabora con el CTS desde hace años, desarrollando allí, además de su trabajo como psicoterapeuta, labores de docencia e investigación. Actualmente centrada en el estudio de la aplicación de la TBE en el campo infanto-juvenil, le hemos pedido en esta entrevista aclaración sobre las dudas que puede suscitar un modelo aparentemente centrado en la edad adulta.

En el primer número de nuestra revista, “Clínica Contemporánea”, el profesor Giorgio Nardone nos explicaba los supuestos generales a partir de los cuales se ha desarrollado su Terapia Breve Estratégica. Sin embargo, en círculos de psicoterapeutas no especializados en este modelo, se sigue pensando que se trata de una técnica para ser aplicada sólo en terapia individual, y para problemas que no presenten una gran complejidad. ¿Es así?

Este es un error muy frecuente y a menudo se debe al hecho de que las personas, no sólo la gente común sino también profesionales que no conocen el modelo, equiparan “terapia breve” con “terapia simple”, es decir, terapia adecuada para problemas superficiales. En el pensamiento común, y largamente extendido, tendemos, en efecto, a percibir el cambio respecto a situaciones difíciles como un proceso largo y arduo, casi asimilable a una expiación: cuanto más difícil sea el problema o la situación, más largo y arduo será el camino. Esto es una forma de pensar reduccionista desde el punto de vista del proceso terapéutico puesto que no tiene presente los aspectos estratégicos. Los aspectos estratégicos son aquellas variables ligadas a la técnica terapéutica que permiten incidir directamente sobre el sistema de forma que reaccione en la dirección deseada. Visto desde esta óptica, está claro que la “brevedad” de la TBE no se refiere a la simplicidad de los problemas tratados, sino que más bien está vinculada a la capacidad de los terapeutas para adoptar la estrategia más adecuada en función del problema que han de afrontar. Es la eficacia (o sea, el efecto objetivo del cambio) y la eficiencia (producir el cambio en poco tiempo y con el mínimo gasto de energía) lo que hace la terapia breve.

Por otro lado, y además, hace décadas que la TBE viene siendo aplicada para el tratamiento de problemas de pareja, problemas de familia, problemas relacionales entre padre e hijos y en los problemas del ámbito escolar.

De acuerdo con la literatura que Vds han publicado en España podría parecer que la TBE se dirige sólo a problemas que se plantean en la edad adulta. ¿Podría explicarnos si este modelo aborda también casos donde la sintomatología se manifiesta en el campo infanto-juvenil?

Ciertamente sí. En los últimos años hemos puesto a punto pautas y estrategias de intervención que nos permiten trabajar también con problemáticas relativas a la infancia y la adolescencia, interviniendo ya en los casos en los que el problema se mantiene únicamente dentro del ámbito familiar, ya en los casos en los cuales el problema se manifiesta también en el ámbito escolar. Poder intervenir en este área ha sido posible gracias a la experimentación y aplicación práctica del Modelo Estratégico en los contextos educativos donde, merced a la colaboración de los profesores de diferentes disciplinas y niveles académicos, los investigadores asociados al CTS han realizado estudios empírico-experimentales que han conducido a la construcción de protocolos para problemas específicos. Estos protocolos pueden aplicarse cuando el problema del niño es el miedo (como en el caso de la fobia simple, de la fobia escolar, de algunos trastornos de la alimentación, del mutismo selectivo, o del trastorno de evitación), o cuando el problema es el dolor (duelo, abandono, discriminación o problemas de discapacidad), o cuando el problema es la rabia (como en el trastorno negativista-desafiante o en el déficit de atención con hiperactividad).

La TBE incluso puede ser aplicada cuando el problema concierne a niños muy pequeños. La lógica que sostiene la intervención, de hecho, permite intervenir sobre las diferentes variables del sistema, involucrando a los padres en primera línea en la búsqueda de la solución más adecuada.

En estos casos ¿qué modalidad utilizan? ¿Se cuenta también con los padres? Y de ser así, ¿cuáles son las principales diferencias respecto a las escuelas tradicionales de terapia familiar sistémica, como Minuchin, o la escuela de Milán?

En los casos en los que los problemas se manifiestan durante la edad infantil, la TBE considera a los padres parte integrante de la solución. Comparado con otros enfoques, donde los padres son considerados una variable “externa” y donde la intervención se efectúa principalmente sobre el niño, la TBE prefiere trabajar con los padres como agentes activos del cambio, dejando al niño, tanto como sea posible, apartado de las “citas en consulta”. El resultado de esta forma de conducir la terapia es que el terapeuta indicará a los padres qué comportamientos y acciones hay que modificar con el objetivo de obtener resultados diferentes de los hasta ahora obtenidos, pero todo esto será percibido por el “pequeño ignaro paciente” no tanto fruto de un artificio impuesto por un tercer agente (el terapeuta) sino fruto de un cambio acontecido espontáneamente en sus figuras de referencia: la madre y el padre.

Si comparamos sin embargo, con otros enfoques sistémico-relacionales, la mayor diferencia reside en la perspectiva desde la que se decide, en cada una de las situaciones, involucrar a los distintos miembros de la familia. No siempre, de facto, para la solución de un problema es necesario convocar y trabajar con toda la familia o con todo el sistema relacional de pertenencia. La elección de los “actores” que deben involucrarse viene dada exclusivamente por la valoración de la situación específica de cada paciente, lo cual comprende el análisis del problema, su sistema perceptivo-reactivo, sus soluciones intentadas y las soluciones intentadas del sistema. Sólo después de haber indagado cómo funciona el sistema y sus soluciones intentadas redundantes, se decide por una intervención que comprenda al sistema relacional o un trabajo orientado únicamente al paciente.

¿Existen diferencias técnicas entre la TBE aplicada en el campo de los adultos, y la TBE aplicada al campo infanto-juvenil?

La diferencia más evidente es que en el campo de los adultos trabajamos directamente con quien trae el problema o el malestar, o sea, el adulto. Sin embargo, cuando el paciente es un niño o un infante, la intervención se transforma en una terapia indirecta. El tratamiento indirecto es el que elige de modo preferente la TBE en el caso de los pacientes jóvenes (infantes, niños y adolescentes) y prevé la involucración de uno o más miembros

adultos de la familia, los cuales representan el principal recurso para el cambio positivo y la ayuda adaptada para restaurar el bienestar del menor y de todo el sistema familiar.

En este tipo de terapia se prevé por tanto una involucración directa de los padres, que son investidos como co-terapeutas, con la exclusión del niño. Sólo en casos muy concretos (por ejemplo en los casos de anorexia juvenil) se trabaja directamente con el paciente. La terapia indirecta permite evitar dos efectos potencialmente negativos para el propio proceso terapéutico. El primero está ligado al efecto “etiquetaje”, o sea, evitar un diagnóstico descriptivo del paciente que conduce a la realización de la “profecía” implícita. En segundo lugar, permite eludir la resistencia al cambio que a menudo, inconscientemente, los padres presentan cuando son excluidos del proceso terapéutico. En la terapia indirecta, por el contrario, sintiéndose responsables y reforzados en su rol, colaborarán con mayor facilidad siguiendo las indicaciones del terapeuta. El resultado de una terapia indirecta es, además de la solución del problema, un mayor repertorio de estrategias de Problem Solving que los padres interiorizan durante el recorrido terapéutico y que les serán también útiles en el futuro.

¿Se pueden abordar con la TBE aplicada al campo infanto-juvenil problemas complejos, como psicosis o anorexia nerviosa?

Sí, el modelo estratégico es aplicable también en estos campos. Las estadísticas recientes demuestran que a nuestros gabinetes acuden pacientes cada vez más jóvenes que, por ejemplo, sufren de anorexia. Una de las últimas evoluciones del modelo ha sido pues la de adaptar el protocolo de tratamiento para la anorexia a las exigencias y a la dinámica del problema traído por parte de pacientes jóvenes. En este caso se trabaja con el joven y la familia, presentes ambos en las sesiones, y además de prestar atención a las maniobras y prescripciones, el terapeuta ha de cuidar mucho el tipo de relación y comunicación que debe establecer con todos los miembros del sistema familiar. El objetivo de la intervención es hacer que la joven sienta (no sólo a través de las palabras sino también usando la mirada y la comunicación no verbal) tanto que es comprendida, como que está frente a una figura fuerte, condiciones indispensables para llevar adelante la intervención.

Sin embargo, si hablamos de psicosis, tenemos que decir que a menudo este diagnóstico se aplica con poca atención, sobre todo en el mundo infantil. En este caso, la intervención comienza sólo después de un atento análisis de sistema global familiar, de las soluciones intentadas fallidas y, sobre todo, de la tipología de comunicación establecida dentro de la familia. A partir de esto, terapeuta tiene la tarea de instruir a los padres en aquellos comportamientos más adaptados que permitan extinguir y/o reducir algunos elementos problemáticos. El cambio de los padres corresponde, por tanto, a la curación de una buena parte del sistema, cuyos efectos repercuten sobre la totalidad.

Una de las vertientes importantes de la Escuela de TBE de Arezzo es la investigación de las modalidades perceptivo-reativas que subyacen a determinadas sintomatologías (fóbicas, obsesivo-compulsivas...). ¿Se podría hablar de un sistema perceptivo-reactivo familiar, o de distintas modalidades familiares que de forma redundante se correspondieran con sintomatologías específicas en los niños?

Efectivamente sí. Más que un sistema perceptivo-reactivo familiar, hemos identificado seis modelos de familia que se corresponden a seis guiones de comportamiento, los más frecuentes dentro de nuestro panorama social. La característica de estos guiones patológicos es que con el tiempo se transforman en comportamientos redundantes, incapaces de adaptarse a los momentos de crecimiento y desarrollo del hijo o a las condiciones externas del ambiente relacional. Son, por tanto, guiones “rígidos” y su patología viene dada no por ser ocasionales sino por la rigidez con la cual son aplicados. El más frecuente es el modelo *hiperprotector*, un modelo en el cual los padres perciben a sus hijos como si fuesen frágiles y a los que hay que proteger constantemente. En este modelo, los padres utilizan como solución intentada la continua sustitución de los hijos para facilitarles la

vida. Está claro que cuanto más un padre actúe según esta filosofía, más incapaz será el hijo de desarrollarse y de demostrar sus propias habilidades, confirmando así las tesis de los padres; en otras palabras, una profecía que se autorrealiza. Otro modelo bastante presente en nuestras familias es el *democrático-permisivo*, un sistema familiar basado en la igualdad entre las figuras parentales y los hijos, en el cual, la completa coparticipación y la amistad, con ausencia de jerarquías, son las reglas básicas. El efecto más contraproducente de este modelo es la confusión de roles entre padres e hijos. Un tercer modelo identificado es el llamado "*sacrificante*", un sistema en el que la creencia de los padres es que sólo sacrificándose totalmente (no sólo por los hijos, sino por todos), se es bueno. El sacrificio suele ir acompañado de la renuncia a muchos placeres de la vida (disfrutar de los buenos momentos, como viajar o ir de vacaciones). En estas familias a menudo hay, de fondo, una queja hacia el mundo puesto que éste no valora este sentido de sacrificio, queja que lleva a la familia a percibir el mundo como injusto. Otro modelo interesante es el definido como "*intermitente*", un modelo en el que los padres disponen de diferentes estrategias de intervención (desde el democrático, al autoritario, al hiperprotector, etc.) pero que las aplican fortuitamente, sin que exista una correspondencia entre lo que hacen y los resultados obtenidos. El efecto, en este caso, es una gran confusión y desconfianza hacia las personas de referencia, donde la duda de cómo comportarse es reina soberana. Otro modelo es el "*delegante*", aquel en el que los padres tratan de des-responsabilizarse de su papel de guía, descargando la responsabilidad y culpas sobre figuras sustitutivas (abuelos, niñeras, maestros). Incluso en este caso, la falta de un único punto de referencia unívoco hace que los hijos tomen ventaja de las inconsistencias de las líneas educativas. Finalmente, el modelo *autoritario*, que se caracteriza por el ejercicio del "poder" de manera rígida y excesiva en la relación con los hijos, a quienes no se les deja espacio para tomar decisiones o proponer su propio parecer. Como se puede ver, el panorama del estudio es muy amplio y la TBE se está moviendo para construir protocolos eficaces de tratamiento en base al modelo de funcionamiento identificado en la familia.

Y finalmente ¿nos podría explicar qué líneas de investigación están Vds. desarrollando en el campo del tratamiento de la psicopatología infanto-juvenil?

La TBE se orienta hoy a estudiar los cambios en la familia a la luz de los cambios sociales acontecidos en los últimos años. El objetivo es elaborar estrategias de cambio que combinan la eficacia y la eficiencia, es decir, obtener resultados en el menor tiempo posible. Esta es la razón por la que los protocolos de tratamiento evolucionan en el momento en que nuevas experimentaciones sacan a la luz mejores estrategias. El ámbito de la intervención sobre problemáticas infantiles y juveniles es de particular interés para nosotros, principalmente desde una óptica de prevención. Problemas que se han resuelto y que no se prolongan en el tiempo facilitan el crecimiento de individuos bien adaptados y con plenos recursos. La Terapia Breve Estratégica está experimentando actualmente sus técnicas propias, moviéndose en distintas fases etarias, edades y situaciones concretas, partiendo de los problemas que puedan surgir antes del nacimiento del bebé, poco después de su nacimiento y en todas las etapas evolutivas que conducen al individuo a convertirse en un adulto sano. En los últimos tiempos, el grupo de edad denominado "adolescencia" se está manifestando como el período del crecimiento más crítico, durante el cual cada vez más las familias recurren a nuestras consultas para resolver sus problemas. En esta solicitud, la terapia se convierte en una oportunidad de crecimiento, sea para el adolescente, sea para sus padres.