

Recursos innovadores en familias con adolescentes en riesgo*

Por Lic. Marcelo Raul Choclin**

Este artículo trata sobre dos modelos de abordaje terapéutico con adolescentes en riesgo, que se implementan en instituciones y poblaciones diferentes, pero que tienen la característica común de ser intervenciones innovadoras adaptadas a contextos particulares:

1) en un hospital público como el Dr. José María Jorge de la zona sur del Gran Buenos Aires, en el cual se ideó un programa innovador para los adolescentes y sus familias, pertenecientes a un sector económicamente de pocos recursos, con un bajo nivel cognitivo y una tendencia a la actuación, que incluye tanto el abordaje grupal con los pares, los grupos de padres y las entrevistas de terapia familiar y con la red, a partir de problemáticas adaptativas y conductuales;

2) cuando las dificultades que presentan los jóvenes y sus familias, requieren modos que ayuden a desarmar patrones relacionales y de conducta sólidamente instalados como es el caso de la Fundación Proyecto Cambio ubicada en un barrio de la zona norte de Capital Federal. Allí se atienden jóvenes drogodependientes pertenecientes a familias con un status social y económico más acomodado, a través de un programa ambulatorio e integral, que incluye grupos terapéuticos y terapia familiar, y en el cual voy a relatar una experiencia particular de intercambio entre padres e hijos de diferentes familias que presentaban dificultades en la evolución del proceso, llamada “Grupo Tapón”.

Ambas experiencias implican tanto para los terapeutas como para los usuarios un desafío a los modelos de intervención habituales construidos y aceptados profesional y culturalmente.

Palabras claves: Intervenciones novedosas-familias multiproblemáticas-red social-alternativas-contexto movilizador-patrón recursivo.

Innovative resources in families with adolescents at risk *

This article discusses two models of therapeutic approach with adolescents at risk, that are implemented in institutions and different populations, but have the common feature of to be innovative interventions tailored to particular contexts:

1) in a public hospital as Dr. Jose Maria Jorge of the southern Greater Buenos Aires, in which have devised an innovative program for adolescents and their families, from an economic sector with few resources, with a low cognitive level and a tendency to actuation, including both the

group approach with peers, parent groups and interviews of family therapy and the network, based on adaptive and behavioral problems;

2) when the difficulties presented by young people and their families, need ways to help disarm relational and behavioral patterns solidly installed as is the case of Foundation Project Change located in a neighborhood in the north of city Buenos Aires. In this place, are attending young drug addicts belonging from families with social and economic status more affluent, through an outpatient program and integral, which includes group therapy and family therapy, and in which I will relate a particular experience exchange between parents and offspring from different families who had difficulties in the evolution of process, called “Cap Group.”

Both experiences imply both to therapists like users a challenge to the usual intervention models constructed and accepted professionally and culturally .

Keywords: innovative interventions - multiproblem families - social network - alternatives – recursive pattern - mobilizing context

*Agradezco a mis compañeros del Hospital J. M. Jorge y de la Fundación Proyecto Cambio en poder compartir este desafío cotidiano de ser terapeutas

**Licenciado en Psicología, terapeuta familiar, grupal y Psicodramatista. mchoclin@hotmail.com

Las familias no son frágiles. Son robustas y resistentes. Probablemente debería preocuparnos menos el temor de ejercer demasiada influencia sobre ella. Tal vez es más justificable la preocupación sobre nuestra incapacidad para llegar a ella de un modo significativo. Cuando una familia entra en el consultorio de un terapeuta, ya han decidido cuáles son los problemas, quién tiene la culpa y qué debe hacerse para corregirlo... En el drama de la vida, las familias crean los roles, asignan las partes y dirigen la acción... todos los miembros quieren que se legitimen sus puntos de vista personales. Si bien ese es su deseo, no es lo que necesitan. Lo que necesitan es una experiencia que los libere de las perspectivas bloqueadas que han desarrollado...

(C. Whitaker en “Danzando con la familia”, Pág. 47)

1-Introducción

Quiero compartir dos modelos de abordaje terapéutico con adolescentes en riesgo, que desafían las habilidades y capacidades de los terapeutas. Estos se desarrollan en dos contextos socioculturalmente diferentes:

1) En un hospital público en el que atiendo, dentro de un Servicio de Salud Mental del conurbano bonaerense, a adolescentes con conductas desadaptativas y de riesgo, a través de un programa terapéutico con ellos y sus familias, trabajando con grupos, entrevistas familiares y con su red social, en un proceso acotado en el tiempo

2) En la Fundación Proyecto Cambio, institución en la cual participo de la atención a jóvenes con problemáticas en el consumo de drogas, y de la cual voy a relatar una experiencia de abordaje innovadora y creativa de intercambio entre padres e hijos, la que fue llamada “grupo tapón”, planificada frente a las dificultades de los profesionales de producir cambios necesarios en esos adolescentes y sus familias.

El común denominador de ambas experiencias, es que se plantean modalidades alternativas a las que clásicamente estamos tanto acostumbrados los psicoterapeutas, como la población consultante, en cuanto al rol esperado, como a las pautas de intervención terapéutica.

Las dos experiencias presentadas en este artículo desafían pautas de funcionamiento individual y familiar muy enraizadas, incluso en situaciones en que normalmente se produce una detención en la evolución, la persistencia de la problemática o el abandono del proceso terapéutico. Se trata de movilizar y aprovechar los enormes recursos que tienen los adolescentes y sus familias, sin aceptar su tendencia “a quedarse donde están”, en la quietud y estrechez a que están acostumbrados, no respetándoles el miedo a animarse a otras alternativas que potencialmente están, pero no las ponen en juego (C. Whitaker, 1991).

Creo fervientemente que todo lo que le acontece a una persona se juega a través de las relaciones, y no solo dentro de su cabeza. Los vínculos cercanos son los que “mueven montañas”, y se viven en concreto como alientos, estímulos o por el contrario como restrictivos y condicionales, pudiendo llegar a “hundir en un pozo”.

Es justamente tanto en el ámbito natural de las relaciones significativas de la familia, y con la red allegada (familia extensa, amigos, vecinos, jefe, etc.) como en el espacio artificialmente armado de las relaciones que se van tejiendo dentro de un grupo “terapéutico”, donde se despliegan y se ponen en escena (Ravazzola, M.C. ,1997) las tendencias y limitaciones en que vive cada persona en sus conductas y en las emociones a las que está acostumbrado.

El poder de las relaciones incluye a los profesionales, que no nos podemos olvidar que también somos personas, y no solo técnicos en la materia. No pasa desapercibido para los consultantes el hecho de que seamos lo más próximos posibles en la relación, lo que les ayuda a poder creer en sí mismos y asumir su propia autenticidad.

No obstante, como diría C. Whitaker (1991), esto no implica hacernos cargo de lo que al otro les corresponde, tenemos que estar muy atentos en no resolver por el otro, ya que se daría solo el cambio del tipo “1” (P. Watzlawick ,1974), estaríamos resolviendo por el otro, sin que éste utilice sus propias capacidades.

El ayudar al adolescente y su familia a un crecimiento genuino, implica no asumir la tendencia a la *delegación* que tienden a proponer en la relación terapéutica. (M. Choclin, 1998).

Los terapeutas armamos relaciones particulares e intensas con nuestros pacientes, la habilidad que tengamos para movernos en ellas sin quedar atrapados en funciones sustitutivas. Debemos poner en juego capacidades suficientes de accionar en nuestro intento de ayuda promoviendo un cambio, pero con la humanidad y sensibilidad suficientes como para que el consultante no se sienta mero receptor de nuestras “operaciones”. Lo técnico no excluye la importancia de que nos vean humanos y cálidos.

Adolescentes en riesgo

Considero adolescentes en riesgo, a los jóvenes que al transitar esta etapa de crecimiento y aprendizaje, de experimentación, ensayo y error, de búsqueda permanente de modelos y respuestas, se conducen con un grado de impulsividad e irracionalidad mayor que el común de sus pares, lo que hace que actúen sus conflictos en la realidad, con sus cuerpos y relaciones, buscando aprender cuales son los límites de la misma. También se observan déficits de un acompañamiento adulto que les provea de pautas claras que les permitan ir teniendo un marco de referencia y contención. Estas conductas pueden ser peligrosas para su vida y la de los demás: abuso de alcohol y/o sustancias, autoflagelación, violencia física, intentos de suicidio, conductas delictivas, actos marginales, fugas del hogar, trastornos alimentarios, contagio de enfermedades, sexualidad descuidada y desintegrada. (Giverti E., 2005).

Mara de 16 años se corta a escondidas, el verse sangrar las muñecas le produce un aparente alivio a su propia sensación de inadecuación, odia al padre a la par que lo hace su madre, casi como si fueran la misma persona, quieren las dos que el mismo

se vaya de la casa. Mara se puso varios piercing en la cara, en la lengua, se viste de negro, está prácticamente rapada, no tiene amigas, vive angustiada. La madre la trae al Hospital a consulta ya que está por repetir de año escolar, está habitualmente de mal humor y habla poco con ella. A veces se va de la casa y no se sabe donde está, es muy flaquita, se alimenta mal y no le dirige la palabra ni mira al padre. La madre después de plantear su preocupación, no para de hablar del padre, quejándose que no habla, que no se comunica, “es como un mueble”. Ella también se llama Mara. ¿Quién es quién?

Las familias de estos adolescentes mantienen un modo de funcionamiento bastante arraigado, con pautas repetitivas muy estereotipadas, y con roles y funciones “petrificados”. El adolescente con su sintomatología emite un fuerte grito de pedido de auxilio, como al borde de un precipicio. Si no se le presta la suficiente atención, probablemente redoble los esfuerzos y las apuestas “desesperadas” para que esos gritos se escuchen.

La experiencia me indica que este tipo de conductas, que incluyen la asunción precoz de prácticas pseudoautónomas para la que estos jóvenes no están preparados y que no tienen el contrapeso de figuras adultas que regulen, terminan arrastrándolos a la búsqueda de modelos y pautas contenedoras, fuera del ámbito acéfalo familiar, lo que los lleva a armar pertenencias marginales y marginantes.

Familias multiproblemáticas

En el caso del Hospital J. M. Jorge, puedo identificar a las familias a las que pertenecen estos jóvenes, como del tipo “desorganizadas” ((Minuchin. S., 1967) su consulta no se caracteriza en general por tener una motivación propia, sino que vienen por indicación de una institución (escuela o juzgado) y tiene la característica de lo que M. Rodríguez Martínez plantea (1999, pag.3) como “Un mal funcionamiento del sistema familiar que no se muestra capaz de realizar de manera satisfactoria sus tareas organizativas (apoyo económico, instrucción, crecimiento y cuidado de los hijos protección de los miembros mas débiles o en dificultad) y expresivas (gestión de las tensiones, nutrición emocional de los mas pequeños, respuestas a las exigencias de intimidad y de estabilidad de los miembros del sistema). Y agrega que muestran “Una búsqueda afanosa de personas externas capaces de desarrollar dichas tareas, personas cuya presencia rápidamente transformada en esencial, contribuye a la disminución progresiva de competencia de los miembros de la familia”.

Estas familias se incluyen dentro de lo que L.Cancrini (1995) define como *Familias Multiproblemáticas*, las cuales combinan cuestiones médicas, de salud mental y dependencia de sustancias químicas con dificultades en el empleo, la educación, violencia, pobreza, y con una escasez de una red social eficaz (Packman M., 2006).

A Mónica de 17 años la derivan al Hospital desde la escuela al observarla triste y angustiada, sin poder adecuarse a las exigencias escolares. Vive con los padres. El

padre es alcohólico y violento. La madre tiene dos hijos de una primera pareja que se drogan y delinquen, una hija de una segunda pareja que vive con tres hijos en extrema pobreza y también es maltratada por su compañero. Se la ve a Mónica como denunciante del padre y salvadora de la familia, como la única “adulta” y con conciencia de la familia, con mucho miedo, con necesidad de desahogarse, pero a la vez no queriendo que nada se mueva.

El concepto de Familias Multiproblemáticas lo extiendo a parte de la población que consulta en Proyecto Cambio: familias de clase media que tienen dificultades en los temas de comunicación, de violencia, de consumo de alcohol y drogas, un no aprovechamiento de la red afectiva existente y carencia de pautas claras de educación hacia los hijos.

También encuentro la desorganización, la anomia, la carencia en el desarrollo de los roles del subsistema parental, la aparición de otro miembro sintomático, (incluso en uno de los padres). Estas dificultades no están tanto reforzadas por factores sociales y económicos (que debilitan aún mas las posibilidades de las familias de encontrar soluciones a sus necesidades), como en el caso del hospital (Packman M., 2006), sino que en el tipo de familias asistidas en Proyecto Cambio aparece un alargamiento de la adolescencia, con dificultades en el proceso de desprendimiento de los hijos. Se observa como las familias sufren un bloqueo en el paso de una fase a otra del ciclo vital, con un desempeño protector por parte de los padres, y una dificultad de estos en asumir roles adultos frente a sus hijos (Rodríguez Martínez M., 1999).

Una joven de 21 años llamada Marta, enfrentaba sus angustias y frustraciones drogándose y alcoholizándose. No toleraba su cuerpo y vomitaba. Se pasó la adolescencia haciendo terapia individual, algunos períodos de terapia familiar, y tanto ella como la familia continuaron funcionando de la misma manera, haciendo fracasar a los terapeutas, y llevando ellos la sensación cada vez mayor de tener una hija con una enfermedad difícil de curar. Los años fueron fortaleciendo estas pautas. Ya desde niña fue abordada por terapeutas que funcionaron como “doctores homeostatos” (Bergman, 1987). Seguramente los profesionales creyeron que hacían lo mejor y correcto, pero a esta altura Marta y su familia sufren de un deterioro que es difícil de abordar, y que puede ser fácil presa de un posible tratamiento psiquiátrico, y un futuro incierto para la chica. Su crianza fue compartida por los padres y los terapeutas, como si desde niña los padres hubieran necesitado de un acompañamiento y asesoramiento permanente como si fuera un problema orgánico. De esta manera los padres fueron anulando en sí mismos la capacidad de descubrir las posibles soluciones a partir de revisar las relaciones que mantenían con sus hijos. Fue emocionalmente más viable mirarla a Marta como enferma y problemática. Y ciertas miradas profesionales se adecuan funcionalmente a esta perspectiva familiar.

En definitiva, los adolescentes de ambos tipos de familias terminan transitando conductas y experiencias de exposición, soledad y aislamiento. Por lo tanto resulta necesario no solo atender al joven sino a su entorno familiar y social, y de un modo que prestigie las habilidades y capacidades de los consultantes.. Se requieren dispositivos que contengan la fuerza y la novedad

suficientes a la manera de *nuevos contextos*, que puedan hacer frente a situaciones que parecen impenetrables e inmodificables.

Redes Sociales

Desde una mirada macrosocial, estas familias están insertas en un contexto en el cual se privilegia el consumo, el individualismo (familia encerrada en sí misma) y la no-frustración como “leit-motive” de los valores que se imponen.

En nuestra sociedad competitiva, en que se privilegia el tener por sobre el ser, se vive un proceso de deshumanización y de deterioro de las redes sociales y los afectos. Aunque de diferentes maneras. Por un lado la clase media (familias de la Fundación) que trata de sobrevivir y aspira a un ascenso social a cualquier costo (en exceso de horas de trabajo, disminución de contactos con los hijos, con los ancianos) y por el otro, tenemos una cantidad de familias segregadas del acceso a los servicios requeridos para sus necesidades mínimas (familias del hospital).

Los adolescentes en dificultades pertenecientes a este tipo de familias reflejan estas contradicciones de nuestra propia sociedad, que no les da respuestas alternativas que no sean esa máquina infernal de formas de evadir la realidad (alcohol, drogas, juego, tecnología), en lugar de insertarse en programas o actividades que fortalezcan las redes solidarias para un crecimiento y un transcurrir en conjunto de esta etapa de cambio y aprendizaje.

Si no hay respuestas alternativas a los que la sociedad le ofrece como espacios de socialización, los adolescentes se adhieren a los tentadores “programas” que están a su disposición: alcohol (previa), drogas (desde el paco al éxtasis), piercing, tatuajes, músicas alienantes, celulares....lamentablemente esos valores y formas de conductas les dan un marco de identidad y pertenencia.

Muchos adultos viven impotentes esta situación “que se les va de las manos”, estupefactos mirando detrás de una barrera el paso del tren a toda velocidad, ven el peligro, no saben bien qué hacer y se paralizan.

Las redes sociales (E. Dabas, 1993) de apoyo de estos jóvenes son en muchos casos ellos mismos, con lo bueno y lo malo que puedan compartir. El fenómeno de las tribus urbanas es un ejemplo de microculturas que ofrecen un espacio de diferenciación e identificación en una etapa de crisis y búsqueda personal. Cuando predominan conductas de riesgo, como el consumo, la violencia, la delincuencia, es cuando esos grupos se transforman en un caldo de cultivo de jóvenes atrapados en una escalada contra sí mismos.

Los abordajes que se desarrollan en el presente trabajo incluyen como uno de los ejes principales, la tarea de ayudar a los adolescentes a apoyarse en redes más sanas, que incluyan el cuidado, la responsabilidad y el autocontrol en el tránsito de las diferentes experiencias de socialización características de esta etapa.

Se trata de aunar fuerzas y recursos para sacar a estos jóvenes de hábitos y conductas en los cuales están siendo atrapados y que los colocan en riesgo. Juntar a padres y a hijos que padecen las mismas dificultades, fortalecer sus redes naturales (abuelos, tíos, vecinos, escuelas) permite tanto en el Hospital como en la Fundación contrarrestar esta tendencia que se vive en forma aislada y en la soledad de cada familia y de cada individuo.

El terapeuta y los adolescentes

¿Será que estos adolescentes transmiten una necesidad y también una esperanza de que algo vaya cambiando en cuanto a estas contradicciones de nuestra sociedad y a las respuestas que se les ofrecen?

En lo que hace a la nuestra tarea psicoterapéutica no estamos ajenos a estas incongruencias. También estamos insertos en la carrera infernal del diario vivir, con nuestra propia necesidad de ascenso social, de ser efectivos, de creer que nuestra perspectiva es la verdadera y la que sirve, de lograr destacarnos y competir, y también el hecho de que nos cuesta día a día la mirada solidaria, de red, de valorización de los recursos potenciales de la población consultante. A veces terminamos diagnosticando los déficits y *lo que hace falta* cambiar a ese conjunto social, desde nuestro conocimiento y perspectiva, y ahí es donde los adolescentes nos ven formando parte de un sistema del que quieren alejarse. A partir de estas dificultades y desafíos resulta necesario crear propuestas que incluyan el contexto, las relaciones que tienen los jóvenes, no estereotipándonos en una sola modalidad de atención.

Tal como se presenta la etapa adolescente, como cuestionadora de todo orden imperante, en realidad nos pone a los adultos en el desafío de mirarnos a nosotros mismos y poder sincerarnos con lo que no funciona de esta sociedad que les ofrecemos. El alejamiento de los jóvenes de los adultos, la creación de microculturas con códigos y valores propios, que incluyen la música, un léxico ajeno o extraño a nosotros, una vestimenta que desafía “lo adecuado” desde nuestra mirada, tatuajes perennes que incluyen símbolos inscriptos “a fuego” en la piel, y que tampoco terminamos de entender, refuerzan la dificultad en los intentos genuinos de acercamiento y comprensión por parte de los adultos. Entonces estos terminan sintiéndose rechazados y hasta descalificados por lo jóvenes, hasta subestimados en su experiencia, y aparecen conductas adultas “en espejo” de rechazo, discriminación, autoritarismo, que cierran el círculo del desentendimiento.

En la familias de menores recursos a los jóvenes se les agrega la incertidumbre en el futuro, valores marginales transmitidos dentro de la familia, como la legitimidad de la violencia, o el delito, y la cultura del desafío y la reivindicación ante la ley y la sociedad de la cual se sienten víctimas. Entonces, dentro de este contexto de desintegración, que aumentó enormemente en la década del 90, las conductas de oposición, actuación y desafío se ven doblemente reforzadas.

Las propuestas de los psicoterapeutas no dejan de ser parte de lo que los adolescentes cuestionan y rechazan, con lo cual muchas veces transitan la atención terapéutica desde una total

negación y rebeldía hacia las preocupaciones de los adultos frente a sus conductas límites, o se comportan en un “como si” para conformar a los padres y los terapeutas, pero que no conduce a un verdadero cambio y apropiación del proceso, sino que termina siendo una pantalla anestésica de la realidad (Ravazzola, M.C. ,1997).

Parto del aporte de la perspectiva sistémica, que considera que los problemas que la población adolescente nos presenta en la consulta en salud mental tienen una plataforma de funcionamiento relacionada con el contexto familiar y social (Minuchin, S., 1984).

Resulta necesario crear herramientas o dispositivos de intervención, que logren contrapesar enormes fuerzas que anclan al joven y su familia a un determinado tipo de pautas recursivas, a su vez reforzadas por lineamientos de nuestra cultura y sociedad. Es así que se plantea la necesidad de intervenciones innovadoras. Intervenciones que han de contar con la posibilidad de ejercer un alto impacto emocional sobre los protagonistas, para que se introduzca una distinción (Bateson, G. ,1976) que abra el sistema.

El terapeuta es para la familia una distinción nueva en sí; sus intervenciones aportan novedades, que tienen que considerar los valores y la cultura familiar para no obstaculizar el cambio (Andersen T., 1994). Los dispositivos y abordajes transformadores van a tener entrada en los momentos de máxima tensión del sistema (Andolfi M., 1982), en los cuales los adolescentes entran en zona de riesgo, momentos en que la tensión no es contenida con elementos propios y la familia se abre para encontrar respuestas, pedir ayuda y así bajar la tensión.

En el Hospital la *novedad* implica un dispositivo que invita a una participación grupal tanto de los adolescentes como de sus progenitores o referentes en sus respectivos grupos, con lo cual las intervenciones no surgen solo del profesional, sino de los pares y de su propia experiencia y vivencia. Pude observar que algunas veces, en algunas cuestiones emocionalmente trabadas, a lo que no puede llegar un terapeuta, sí lo logra un compañero de grupo. El adolescente puede llegar a abrir más sus oídos con lo que le diga un compañero, que lo va a entender y que suele hablar un lenguaje común. En Proyecto Cambio las novedades y nuevas distinciones circulan de manera similar, la co-construcción se da de manera habitual, entre padres que padecen el mismo sufrimiento de tener un hijo adicto a las drogas y anímicamente se sienten muy cercanos entre ellos. En los grupos de adolescentes, la experiencia del consumo los une, y se sienten entendidos por sus compañeros, y más abiertos a la reformulación de conductas e ideas. El grupo “Tapón”, tal como lo voy a desarrollar más adelante, maximiza y aprovecha este factor, pero entre distintas generaciones, al hacer entrevistas con padres, no ya con sus propios hijos, sino con los de otras familias.

Estas experiencias partieron de la base de poder revisar y cuestionar cómo se trabaja en la atención clínica, qué supuestos se tienen para mirar la realidad (Maturana H., 1990), y la necesaria y sincera evaluación del proceso terapéutico, en cuanto a que la función del terapeuta no se haya convertido en estabilizadora de posibles cambios. (Haley J., 1985)

Se me plantea como una premisa ética (Gergen K., 1996, Anderson H. 1998) frente al consultante que está preocupado y trae su esperanza, el planteo permanentemente de si el terapeuta está siendo útil y a la vez humano en su manera de ayudar.

El surgimiento dentro de la sistémica de las miradas del Constructivismo (Heinz Von Foerster, 1998, Maturana H. 1980) y el Construccionalismo Social (Hoffman L., 1996, Gergen K., 1996), significó un aire fresco que permite respirar y visualizar las diferentes ideas y teorías como unas más de los tantos puntos de vistas posibles. Por eso la importancia de no imponer una única visión, como verdad “científica”.

No obstante, podemos caer (a veces sin que los terapeutas se den cuenta de las implicancias de este proceso) en que el consultante es el que se tiene que adaptar a la propuesta en lugar de lograr una aproximación a su particular manera de ser y funcionar.

En este sentido pienso en las conversaciones terapéuticas como una coordinación de acciones con el otro (Maturana H., 1980), y como una co-construcción (Anderson H., 1996) en un proceso que incluye un tipo de ensamblaje particular que se produce con cada familia (Elkaïm M., 1987)

El enorme desafío es como nos plantamos al siguiente dilema: ¿Cómo hacemos los psicoterapeutas para ayudar y ser efectivos formando parte a la vez del mismo sistema social del que el adolescente se quiere diferenciar y no termina de confiar?

Quizás una de las posibles respuestas sea por un lado mantener el registro habitual de dónde estamos ubicados dentro de los sistemas terapéuticos, qué función cumplimos, y por el otro preguntarnos si es necesario contar con otros recursos complementarios, como por ejemplo, espacios grupales de ayuda mutua que aprovechen las potencias de los consultantes, y que permitan que los adolescentes logren a la vez una pertenencia en lugar del rechazo a la propuesta.

2- Un dispositivo que toma en cuenta las características particulares del contexto: un abordaje grupal y con la familia, con adolescentes en un Hospital del conurbano bonaerense

De la colonización cultural a la colonización terapéutica

Los conceptos de colonización cultural y etnocentrismo surgidos desde la antropología no pueden ser ajenos a los que trabajamos con la “salud mental”. Lévi-Strauss cuestiona la superioridad de nuestra cultura y civilización tecnocientífica sobre otras, y califica esta posición de “canibalismo intelectual”, consistente en que fuera de la propia cultura no hay más que “barbarie”. Para él, éste es precisamente el punto de vista de los bárbaros. (Lévi-Strauss, 1987)

Los profesionales pertenecemos a una determinada cultura, con una cantidad de valores y maneras de mirar la realidad, de las cuales no somos del todo concientes si nos paramos desde “nuestra verdad científica”. Sin mala intención, lo que hacemos es imponer a las familias y a los consultantes un sistema que les es ajeno y cuyo lenguaje no terminan de entender (Waldegrave Ch., 2001).

El paradigma inicial sistémico apuntaba a mirar lo que pasaba dentro del sistema familiar: Hacia fines de los años setenta, el sistema que se estudiaba la mayoría de las veces en terapia

familiar era el de la familia, y se consideraba generalmente al terapeuta como un observador externo. Muy pocos terapeutas se interesaban en el sistema terapéutico. Este abordaje aceptaba implícitamente que existía una realidad objetiva exterior a nosotros, realidad que era necesario develar para ayudar a los pacientes a deshacerse de la red en la que estaban capturados. (Elkaïm M., 1989). Esta perspectiva ya condiciona el tipo de proceso, al excluir los aspectos subjetivos del terapeuta: la toma de conciencia de que en definitiva, cualquier realidad es siempre desde la mirada de alguien que hace un recorte a partir de la propia construcción de la misma.

Esto lo experimenté en mis primeros años de práctica de Residencia hospitalaria, cuando fui transitando por los diferentes hospitales públicos: B. Rivadavia, T. Borda, Tobar García. (1988-1992) ¿qué herramientas me había dado la Universidad (1983-1987) y los propios colegas de más experiencia en los hospitales, para responder a la consulta?: el modelo de terapia individual (prolongada y privada). En él había que esperar a que aparezca la demanda. Mientras tanto, los síntomas concretos por los que padecía la gente, no tenían respuesta, salvo si la gravedad del caso requería una respuesta concreta psicofarmacológica. Terminaba siendo un verdadero filtro “de lo que servía”: los pocos casos que se rescataban, algunos colegas se las arreglaban para seguirlos en la larga terapia privada en su consultorio. ¿Y todas las personas que quedaron en el camino? ¿Es porque no demandan o porque no se les ofrece otra alternativa mas adecuada a sus características particulares y a su sufrimiento?

¿No será necesario que el profesional que trabaja en Salud Mental “relativice” sus supuestos conocimientos “sobre el otro” con humildad (objetividad entre paréntesis de Maturana H., 1980) y se pueda abocar a entender la idiosincrasia particular de cada caso y de ahí sí, abrir su caja de conocimientos y herramientas (aspectos técnicos), recurriendo a lo que más se ajustaría al sentir de esa gente, para lograr tener algún tipo de entrada y adecuación a esa particular realidad?

Formamos parte de una relación en la cual estamos implicados e involucrados y nuestra orientación, lenguaje, silencios, nuestra manera de mirar, de sentarnos, el tono de voz, nuestra vestimenta, la manera de saludar, forman parte de un interjuego, en el cual la sistémica nos enseñó que somos *observadores participantes* y no meros operadores que se insertan en un campo problemático con una total independencia, como si fuéramos astronautas en un viaje espacial, cuyo grueso y pesado traje nos aísla de cualquier intercambio y “contaminación”. Si no nos cuestionamos esto y maximizamos la importancia de un conjunto de conceptos y técnicas, que nos “colonizan” desde la universidad, nos creemos convencidos que como verdaderos “piratas” tenemos que saltar y abordar al barco “del sufrimiento” del otro, colonizando a su vez, con nuestras concepciones y técnicas la cabeza de seres vulnerables. Más que gruesos trajes y escafandras, las relaciones implican un contacto piel a piel con el otro, en el cual tanto nuestra piel como la del consultante son sensibles y porosas. Y ahí es importante sumar el propio registro de lo que nos pasa y lo que ocurre en esa relación e intercambio. Es la doble faceta de a la vez formar parte del sistema y vivir lo que este vive, con el agregado de también poder salir para poder ver y reflexionar sobre lo que acontece (Minuchin S., 1984)

El programa

Bajo todas estas inquietudes y preguntas me planteé implementar junto a un grupo de colegas psicólogos y asistentes sociales, desde el año 2001 en un Servicio de Salud Mental, en el ámbito de un hospital público en la localidad de Burzaco, partido de Almirante Brown, Provincia de Buenos Aires, un dispositivo que se acerque más a la gente que demanda ayuda. Comencé a plantearme la necesidad de una manera particular de abordar la asistencia, que disponga no solo de los conocimientos profesionales, sino del armado de redes grupales, con una mayor garantía de sostén y contención social.

El Programa general de atención consiste en trabajar con grupos terapéuticos breves de adolescentes y de padres y paralelamente con entrevistas familiares y con la red de cada usuario. Esto en el transcurso de un período acotado con posibilidades de hacer una evaluación y un nuevo contrato de trabajo si fuera necesario.

Nuestro equipo partió de una mirada relacional de las personas desde la terapia sistémica (Minuchin, S. 1984; Andolfi M., 1982; Haley, J. 1985) y el construccionismo social (Gergen K 1996 y 2001; Anderson H. 1996 y Andersen T. 1991; Lynn Hoffman, 1996). Pensamos que las conductas y los estados anímicos se manifiestan siempre en relación a un contexto particular en el cual se reproducen mas o menos estereotipadamente, y apuntamos a que nuevos contextos pueden movilizar aspectos de las personas que hasta el momento no han podido desarrollar y que les permitan una mayor flexibilidad y realización personal de sus vidas.

Las características de los adolescentes y de sus familias, no coinciden con una familia ideal, papá, mamá, hermanos:

- son familias uniparentales, en cuya crianza participa una abuela o tía porque la mamá trabaja todo el día
- hay pautas de violencia familiar, alcoholismo y drogas, delincuencia
- los adolescentes son la tercera generación de migrantes del interior
- hay desocupación, planes sociales
- los adolescentes se crían bastante solos, cuando lo deciden dejan de ir a la escuela, buscan la contención en los pares, transitan conductas de riesgo
- los varones se integran a grupos donde vale la ley del mas fuerte y violento. No es admitida la sensibilidad
- ni los varones ni las mujeres se cuidan en su sexualidad, estas últimas rápidamente quieren salir de su casa, ser grandes, se embarazan, son dependientes de un varón, aceptan la pauta de la ley del mas fuerte para defenderse, se arman de una coraza, quieren ser madres como lugar social de reconocimiento

-generalmente los varones no se hacen cargo de la paternidad

Grupo de adolescentes

Conforman población en riesgo: drogas, promiscuidad, descuidos, autoagresión e inhibiciones son parte de las problemáticas que se presentan.

En nuestra evaluación, para formar parte de un grupo terapéutico tratamos de no guiarnos por diagnósticos previos o por lo que nosotros podamos encasillar. Pensamos que agrupar en base a los diagnósticos refuerza la idea de definición de una persona por su déficit. Solo descartamos la agrupabilidad en los casos en que el adolescente esté descompensado, como en el caso de un episodio psicótico, o transite un gran nivel de actuación (intento de suicidio con algún tipo de riesgo de vida, abuso de alcohol y/o de drogas) lo que requiere otro tipo de atención.

Se parte de una serie de entrevistas de admisión con él y su familia, en las cuales evaluamos la problemática, del adolescente y su entorno, el grado de conciencia de la misma y de asunción de la necesidad de un tratamiento. En general tenemos contacto con el derivador (escuela, pediatra, servicio social) quienes son los que verdaderamente piden ayuda, y a veces participan de las entrevistas. Las entrevistas preliminares son útiles para plantearnos algún tipo de hipótesis sobre el funcionamiento de la familia, y el origen de los síntomas. También procuramos acordar un compromiso con el joven y su familia, a través de la aceptación de un contrato que incluye la participación de un grupo terapéutico breve, de aproximadamente seis meses de duración, (con posibilidades de recontrato, a veces llegó a durar hasta dos años), de un grupo de padres quincenal paralelo y de entrevistas familiares y con la red complementaria con una periodicidad a definir, según cada caso. El grupo es semiabierto, ya que según las características del grupo, es posible que se le dé ingreso a un nuevo integrante. La coordinación es mixta compuesta por dos psicólogos.

Uno de los objetivos de este grupo apunta a que el adolescente pueda registrar sus impulsos y pueda buscar otras formas de manejarlos que no impliquen la autopunición. Así los jóvenes pueden lograr tomar más conciencia de sus propios actos, y sus consecuencias. Se observa un déficit en el acompañamiento por parte de los adultos en esta etapa, quedando a expensas de sus propias conductas y decisiones.

De ahí la importancia de que los coordinadores no se ubiquen en una posición paternalista, lo cual no los ayuda a disminuir la disociación y la delegación “de que el que se da cuenta es el otro”. Los pares son los espejos que reflejan y devuelven lo que se ve de la conducta de cada uno.

Se observa cómo el grupo también es preventivo de un mayor daño. Permite una revisión de la contracultura y los valores que viven en la calle como idealizados: es un héroe el que mas transgrede, el que hace la suya, admiración por la cumbia villera, el que no toma y se emborracha es desvalorizado. Frente a esto se empieza a hablar de lo que a cada uno le hace bien y mal,

conversándolo sin la presión que ejercen los amigos en la vida cotidiana, los cuales muchas veces no ven con buenos ojos que alguien no adhiera a las costumbres compartidas hoy por los adolescentes.

A través de estas conversaciones y de dramatizaciones (Bustos D., 1997) de escenas conflictivas, es como cada uno va adquiriendo una mayor conexión consigo mismo. El alerta y el autocuidado ya no solo es responsabilidad de la familia y la sociedad, sino también del adolescente.

También integran el grupo, adolescentes con dificultades en la socialización, con un alto grado de inhibición, en estos casos el grupo como experiencia básicamente de intercambios con los otros, es útil como experiencia fomentadora de una mayor apertura y contacto. Se estimulan y desarrollan áreas potenciales de la personalidad hasta ahora inhibidas. Es sorprendente la intensidad de los cambios en estos casos, gracias al fuerte estímulo grupal.

Se trabaja en un clima de mucha proximidad, alentando al fortalecimiento del grupo, a compartir experiencias de socialización.

Las técnicas psicodramáticas (Bustos D., 1997) favorecen la movilización de emociones y la expresión y conexión con las problemáticas, desde lo corporal, evitando la racionalización.

Ana pudo plantear que se cortaba las muñecas cuando se sentía frustrada, cuestión que su mamá no sabía. Comenzó a hablar de las cosas que le pasaban, lo feo que se siente, y el miedo a quedar sola y no poder ser querida por alguien. El grupo la estimuló en el comienzo de sus estudios universitarios a tomar iniciativas sin recostarse tanto en su madre.

Melu repitió dos veces 8° por quedarse libre. Tiene el modelo de su papá drogadicto, muerto de HIV, que no se hizo cargo de sus cosas, y de una madre que se las tuvo que arreglar sola desde los 15 años en que queda embarazada. También sufrió el abuso sexual de un pariente mientras su mamá trabajaba. Pudimos trabajar con ella a través de dramatizaciones en los que dialogaba con su papá muerto o con su mamá presente.

Grupo de padres

Funciona como grupo complementario al grupo de adolescentes.

Este espacio hace posible trabajar con la ayuda mutua entre los padres que comparten en común la problemática de sus hijos. Principalmente lo conforman madres. El grupo es el que legitima desde la vivencia de cada integrante las capacidades y posibilidades de cada mamá.

Si tienen padre, no vienen en general al grupo argumentado no poder dejar su trabajo. Sí a veces vienen a las entrevistas familiares, en las que se pueden acomodar mejor los horarios y no tienen la continuidad y la exigencia de compromiso de los grupos. Hay casos en los cuales es muy difícil la continuidad, incluso de las madres, en el grupo de padres.

Este grupo está coordinado por un psicólogo y una trabajadora social. En las problemáticas de riesgo en cuanto a violencia, abuso sexual, alcoholismo, la trabajadora social asesora a la mamá sobre las vías legales y en los derechos que tiene, inclusive si es necesario ella misma toma la iniciativa judicial.

Juana, la madre de Mónica estaba paralizada frente al comportamiento violento del marido hacia la hija. Esta vez durante la nochebuena el padre borracho golpea a la hija, esta logra escaparse con su madre y hacen la denuncia en la comisaría. Posteriormente la trabajadora social las acompaña al juzgado en el cual la chica ante el interrogatorio “rutinario” sobre si sufre algún tipo de abuso sexual, logra abrir que el padre abusa de ella desde los 9 años. Durante los meses que siguieron, ya con el padre excluido del hogar, una Mónica más aliviada logra conversar sobre estos temas tan dolorosos para ella. Juana comenzó a ir a trabajar y a contar con más energía disponible para ella y su familia, no obstante aún con dificultades para cuidar a su hija

En el grupo de padres aparece frecuentemente como tema el debilitamiento de la posibilidad de ejercer la autoridad sobre los hijos, esto desde una historia plagada de mensajes descalificadores tanto desde la experiencia personal como desde la cultura, donde principalmente el hombre está legitimado para ejercerla. El grupo funciona como referencia en la valoración de esta capacidad potencial que tiene cada mamá tanto en ponerle límites a sus hijos como a los propios maridos, que a veces funcionan como hijos también, a los que hay que atenderlos y no contradecirlos.

El tema de la propia apreciación, del respeto a los derechos y necesidades propias va permitiendo una mejora de la autoestima y de la autoaceptación de las madres. Esto les permite hacer un mejor contacto con sus hijos y poder empezar a ponerles límites, legitimándose como autoridad familiar (Ravazzola, M.C., 1997).

Vienen motivadas y preocupadas por sus hijos. Su primera expectativa es que estos hagan tratamiento. Después de un trabajo de toma de conciencia de que ellas pueden ayudarlos a cambiar, se redefine esta demanda inicial. Se trata de que puedan asumir su propia implicación en las conductas que tienen sus hijos, y la posibilidad que tienen ellas de hacer algo, y no sólo el profesional.

Se trabaja como eje principal la autovaloración, cómo pueden ser capaces de poner límites a los hijos y a las personas que no las respetan, estimarse los propios criterios de realidad sin dejarse avasallar por sus hijos. Muchas veces estas dificultades se remontan a la propia relación con la familia de origen, en la cual no es raro encontrar situaciones de abuso y violencia. El mismo sometimiento vivido como hija se vuelve a instalar como patrón repetitivo con la pareja y con los hijos. El abordar las pautas y relaciones abusivas se hace fundamental para poder ubicarse como mujeres adultas, plenas de capacidades (Ravazzola, M.C, 1997).

Ema es la madre de Ana de 17 años, que está en el grupo de adolescentes por dificultades en relacionarse con los demás, y conductas autodestructivas como cortarse las muñecas. Sintió a su hija Ana desde chica como diferente al ser adoptada y tener importantes problemas visuales. La trató especialmente como una criatura frágil y

con déficit por no ser ella la madre biológica. Pudo trabajar la necesidad de alentar el crecimiento de la hija, en lugar de evitar que enfrente tensiones y dificultades como a su vez asumir que ella era la legítima mamá.

Liliana pudo trabajar el problema reiterado de su hija de no ir al colegio e irse con sus amigas. Trataba a Melu de 15 años como a una adulta, ya que siendo viuda la dejaba en el rol de cuidadora de sus hermanos mientras ella trabajaba en servicio domestico, y llegaba tarde a la casa. Pudo empezar a contactarse más con su hija, con la escuela, y a poner límites firmes a sus hijos.

Entrevistas con la familia y la red

Durante todo este proceso también se interviene desde un plano familiar, ya que la problemática del adolescente se inscribe dentro de una dinámica particular del círculo cercano que lo rodea. Estas entrevistas se hacen de acuerdo a las necesidades del proceso. También se hacen con amigos, profesores, vecinos, que son verdaderos colaboradores y ayudantes en los caminos de cambio.

Se observan frecuentemente problemas con los límites y fronteras generacionales, los hijos juegan de aliados de uno de los padres, estando sobreinvolucrados en la propia dificultad no resuelta de la pareja.

Ivana de 19 años tiene fuertes enfrentamientos con la madre que llegan inclusive a la violencia, vive con ella y el hermano desde hace tres años, en que sus padres se separan. Su visión y culpabilización hacia la madre coinciden con la mirada del padre hacia su ex mujer. Desde chica está metida en el medio de los conflictos entre los padres. Funciona como la adulta y ellos como dos chicos. Las entrevistas familiares ayudaron a que los padres se corrieran de ese tipo de triangulación para que la hija pueda ocuparse de sus propias necesidades.

La “triangulación” se refiere a la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir a un tercero (por ejemplo, un hijo), lo cual da por resultado el “encubrimiento” o la “desactivación” del conflicto. Estas situaciones de triangulación y debilitamiento en las fronteras generacionales, plantean el objetivo terapéutico de ayudar a los adultos a asumir un rol de acompañamiento, contacto cercano y puesta de límites a los hijos, y no que estos sean apoyos en las dificultades de los progenitores.

En las entrevistas familiares se trabaja en relación al fortalecimiento del rol de los padres y la reubicación de los jóvenes en el lugar todavía de hijos, en esta particular etapa de transición.

Veo muchas veces que a los padres les cuesta salir de estos dos polos: o los tratan como si siguieran siendo niños (esto si se vuelve rígido acentúa la rebeldía y la transgresión), sin una

mutua adecuación de padres e hijos a esta etapa, o el otro polo habitual es ver a los hijos como adultos “que saben tomar sus propias decisiones”. En ambos casos no hay un enriquecimiento del diálogo, que requiere esta etapa tan conflictiva.

En una entrevista familiar la madre de Dora (17 años) le habla como si ella tuviera 10 años: no la deja salir con amigos, porque piensa que la hija no se cuida. Esta a su vez tiene conductas infantiles y caprichosas que le confirman a la familia que es chiquitita y que no es capaz de plantear de otro modo sus necesidades: se pone a llorar y a gritar que no la dejan salir ni hacer nada. Se las fue ayudando a ambas a tener una relación en la cual la mamá pueda ir confiando en su hija y está ir demostrándole que puede dirigirse y comportarse de otra manera para poder ser creíble y ser vista como mas grande por su mamá. A su vez este comportamiento hacía a la vez de distractor para los padres, impidiendo resolver una situación conflictiva en la que la mamá se terminaba sometiendo a la violencia por parte del padre de Dora, quien daba las “ordenes para que la madre controle a la hija”.

Restitución Comunitaria

A partir de nuestra experiencia pudimos establecer que los grupos terapéuticos y el trabajo en red son una alternativa a la seria situación social que vivimos. Se puede ayudar a más gente, con más efectividad, sin estar en largas listas de espera como ocurre en algunos hospitales, con un abordaje efectivo y humano, que garantiza la movilización y contención de las redes sociales, tanto las naturales (familia, entorno) como las artificiales (integrantes del grupo). Es decir, con este tipo de abordaje podemos lograr que la referencia y contención las constituyan las personas significativas que rodean al consultante no el profesional solamente.

Como dije anteriormente, frente a los consultas en Salud Mental la respuesta más habitual suele ser la terapia individual y el tratamiento psicofarmacológico. No obstante frente al deterioro de las redes sociales a veces las respuestas individuales no aprovechan ni estimulan los recursos relacionales de ayuda entre las personas. Prevalece el vínculo con el profesional por sobre lo que el entorno le puede ofrecer.

Nuestra función en los hospitales y lugares públicos debería ser poder fomentar las redes y los grupos, es decir ser “promotores de redes”, en lugar de satisfacernos con ayudar al caso individual dentro de las paredes del consultorio. El concepto formulado por Elina Dabas (2003) de *Restitución Comunitaria* se acerca a esta idea y punto de vista del cual parto:

“Estas estrategias, que estamos denominando estrategias para promover ligadura, tienden fundamentalmente al fortalecimiento del lazo social y a generar condiciones que generen una auténtica restitución comunitaria...que implica invertir a la comunidad de la capacidad de sostén, activación, desarrollo, potenciación y resolución de problemas que atañen tanto a los niños y niñas como a todos sus miembros... Valora especialmente el poder “hacer”, “resolver”, “crear” que ejercen las personas sin

cargos ni títulos profesionales, trascendiendo los muros institucionales para reconocer que la producción de subjetividad y las posibilidades de transformación se dan en y desde todo el terreno social”

Dora le ofreció a Mara hablarse y verse los fines de semana, después de que ésta manifestara la angustia y lo sola que se sentía en su casa y el clima cortante entre sus padres. Siempre recurría a encerrarse en su habitación, no hablar con nadie y se descargaba cortándose las muñecas o llorando sola.

En los siguientes grupos Mara se sintió mejor, no tan sola e intentaba también entender el sufrimiento de Dora que estaba metida en el medio de la violencia entre los padres. A esta no le costaba ayudar a los otros y contenerlos. Lo mismo le pasaba con los padres que trataba de calmarlos como si fueran sus propios hijos. El grupo ayudó a Dora a ir saliendo de este rol “maduro”. El terapeuta le propuso hacer una serie de entrevistas con los padres para poder manifestarles lo que le pasaba. Estas ayudaron a que se fuera ubicando en otro lugar mientras los padres intentaban ocupar el lugar de adultos, dejar de pelearse y aunar el enfoque sobre sus hijos.

A veces caminando por la localidad de Burzaco tuve el agrado y la emoción de reencontrarme con algunos de estos adolescentes, ahora ya jóvenes adultos o con sus padres, y me encuentro con la satisfacción de que están bien, que pudieron continuar haciendo su vida, terminar sus estudios, tener una pareja, mantener un trabajo, en fin, los vi lograr retomar un crecimiento que se desarrolló por carriles a favor de sí mismos, lleno de aprendizajes, que les fueron permitiendo adquirir una madurez y proyectos propios.

Ana, 22 años me escribió sobre su proceso terapéutico que ocurrió 4 años atrás:

“Empecé la terapia por recomendación de mi mamá, y al principio, la verdad que no me convencía de que fuera en grupo.

Éramos dos al principio, después tres, y a medida que pasó el tiempo se sumaron más chicos y chicas. Pude ir dejando atrás eso de “qué dirán los demás” y contar lo que me pasaba. Me dieron confianza todos los del grupo, y creo que yo también a los demás, para que todos pudiéramos expresarnos realmente y empezar a resolver nuestros conflictos de a poco. Algo que nos hizo bien a todos creo que fue el hecho de encontrar similitudes en algunos casos, y el identificarnos con la otra persona, y asimismo las diferencias de opiniones también me ayudaron a tener una perspectiva diferente de mi situación, de mí. Este mismo aspecto creo que le sirvió también a mi mamá.

Las entrevistas familiares sirvieron creo yo, para sincerarnos como no lo hacíamos en casa, cuando por lo general, no se logra charlar sino discutir (en malos términos) dando un gran punto de partida para comenzar a ver realmente donde estaba el conflicto.

Creo que cambié bastante desde que fui a terapia, en cuanto a poder contar con los demás, y saber que no todo está perdido y que además puedo ayudar a otros, de lo cual no pensaba que era capaz, al iniciar la terapia. “

3-Un modelo desestabilizador de familias “taponadas” dentro de un proceso de rehabilitación de drogodependencia de adolescentes

Esta segunda experiencia, fue transitada en la Fundación Proyecto Cambio, una institución privada de la Capital Federal, que atiende a familias con mejores recursos que en el caso del hospital, y lo hace en la problemática de la rehabilitación ambulatoria de jóvenes drogodependientes. Se trata de un conjunto de intervenciones particulares, que incluyen la novedad del intercambio entre padres e hijos de diferentes familias que presentaban dificultades en la evolución del proceso, lo que se llegó a denominar “Grupo Tapón”.

Estabilidad y cambio. Adolescencia.

¿Cuales son los factores que influyen en el cambio?

- el vínculo terapéutico
- el particular dispositivo que lo aborda
- el cambio de contexto
- una particular intervención que amplificó o intensificó un elemento del sistema
- una sumatoria de intervenciones coincidentes que elevaron la tensión y desequilibraron a la persona y/o familia hacia una modificación de las pautas recursivas
- todo esto sumado al factor “tiempo” inherente a todo proceso

A su vez esta misma lista de factores se me aparece, cuando no sólo no se produce el cambio, sino cuando se observa un estancamiento y un no avance en el proceso terapéutico:

- el vínculo terapéutico no es el adecuado
- el dispositivo es homeostático al consultante y al sistema que integra
- el cambio de contexto dejó de ser una novedad
- alguna intervención o una serie de intervenciones resultaron repetitivas y recursivas fortaleciendo los factores de no cambio dentro del sistema terapéutico y mantienen un fuerte equilibrio, sin que los terapeutas tomen total conciencia de esto
- se ha agotado el tiempo

“Estabilidad y Cambio” (Keeney, B., 1987) dos ejes desde la perspectiva sistémica para mirar lo que sucede continuamente y lo que se mantiene, dentro de un sistema, de una familia, de una persona y dentro de una institución.

Tendencia a mantener constantes los parámetros que nos sirven de guía para nuestras vidas, teorías y construcciones con los cuales la miramos y justificamos (Gergen K., 1996, Hoffman L., 1996) valores que queremos que se mantengan dentro de la dinámica de nuestras familias, (¡los terapeutas también!), mandatos que incorporamos en nuestra infancia y que nos da cierta seguridad mientras perduren.

Pero a la vez todo esto nos resulta asfixiante, necesitamos ser creadores de nuestro propio tiempo, salir del “ataúd” de lo que se nos revela pautado y estructurado, respirar aire fresco de nuevas alternativas y novedades desconocidas, que nos dan miedo, pero a la vez anhelamos, para buscar un nuevo orden que nos aplaque la tensión proveniente de viejos esquemas y formas de interacción que ya no nos permite vivir.

El paso del tiempo, el ciclo de vida, la adolescencia de nuestros hijos, su joven adultez, frente a nuestra experimentada y conservadora vida. Aceptar el paso del tiempo, el cambio de nuestros roles y funciones como padres, el desafío en acompañarlos en una etapa de experimentación que cada vez es mas larga, para llegar a su desprendimiento y a la autonomía (Minuchin S., 1984, Andolfi M., 1982).

¿Como encaramos los adultos estos cambios sino con los mismos elementos que nos son conocidos y nos sentimos cómodos?

Nos seguimos, de todos modos, sintiendo “dueños” de nuestros hijos, los protegemos porque sentimos que son obra nuestra, y a la vez nos ponemos autoritarios, y queremos que sean como nosotros pensamos que tienen que ser.

Pero no sabemos del todo cómo manejarnos frente al rechazo de nuestros hijos, de lo que les podemos ofrecer o no. Nos sentimos fastidiados, cansados, enojados, no tenidos en cuenta, desistimos, los dejamos entonces que se manejen a su manera, nos agota que no nos entiendan, demasiada pelea entre nuestros esquemas y la irracionalidad de ellos. Estabilidad que supimos conseguir versus cambio e ímpetu de un mundo mejor o diferente por parte de ellos.

Escribí en primera persona porque lo anteriormente expuesto no me excluye. Pertenezco al mismo contexto en el cual se juegan estas variables. Y esto es necesario y productivo no soslayarlo. Soy padre de adolescentes, y en muchas cuestiones me identifico con la intensidad emocional que se vive en esta etapa transformadora. Esto a la vez me enriquece en la posibilidad de ayudar a las familias en esta etapa, pero a la vez, puede convertirse en un obstáculo si no tengo más o menos claro mis propias trabas.

Por otra parte, los psicoterapeutas transitamos la misma necesidad de contar con un marco de conocimientos y de técnicas que nos garantice cierta estabilidad y seguridad en nuestra a la vez difícil y apasionante tarea de ayudar a los demás (Haley J., 1985).

Pero a veces nos pasa como a los padres de los adolescentes, de no poder interpretar que cuando surgen dificultades se deben en parte a nosotros mismos, en la necesidad de agarrarnos con uñas y dientes a lo conocido y sabido.

Los profesionales solemos intentar aplicar nuestros conocimientos a la realidad que nos toca enfrentar, tenemos el convencimiento de que hacemos lo mejor para el otro, nos basamos en fundamentos supuestamente científicos, confirmados por nuestra propia experiencia y la de cientos de colegas que fueron trabajando con mucho esfuerzo antes que nosotros. ¿Por qué entonces nos vamos a equivocar?

Cuando algo no funciona a veces podemos terminar poniendo la responsabilidad en el otro, en nuestro caso los que nos consultan. Quizás así nos duele menos nuestra propia decepción de no haber sido efectivos con las herramientas que tenemos.

Entonces a veces hablamos de resistencia, falta de interés, escasa motivación, no hay demanda suficiente, son rígidos, patológicos, psicóticos, psicópatas, etc. y toda una serie de explicaciones que nos tranquilizan, justifican la dificultad en poder ayudarlos y nos dejan ajenos de la cuestión. Nos enojamos con ellos porque “no se dejan ayudar”, “nos quieren manipular”, “nos quieren imponer su propia manera de ver las cosas”, que es la que para nosotros perpetúa la problemática. (Bergman J., 1987).

En cambio, a veces a los terapeutas (y esto lo podemos extender a otras profesiones de la salud, la educación y de la ciencia), que viven un contexto de competencia, de efectividad y exigencia, y se afirman en una pertenencia e identidad en relación a cierto modelo conceptual y práctico, nos cuesta preguntarnos : ¿no será nuestro esquema el que no encaja a las características de la población o del caso que estamos viendo?, ¿tendremos que hacer a veces cambios en los recursos que implementamos, que se acerquen a la realidad específica de cada problemática?, ¿será que nosotros tenemos que revisar continuamente lo que se estabiliza, “instucionaliza” en nosotros, o en nuestros equipos de trabajo y que no nos permite reconocer las señales que nos llegan día a día? ¿De quiénes vamos a aprender si no de las personas que tratamos de ayudar?

Estabilidad y cambio en jóvenes drogodependientes

El consumo de drogas de los jóvenes, la dependencia a vivir prendidos de una sustancia sin medir los riesgos y las consecuencias, son uno de estos experimentos del proceso de cambio por el que transitan hoy los adolescentes, pero que a la vez les evita enfrentar la realidad, con lo cual inventan un mundo virtual y placentero, que no les permite armar un camino propio y estable, fuera del paraguas protector de los padres. (Cancrini L., 1991)

En este devenir de nuevas experiencias, la drogodependencia da una pseudorespuesta al corte tan doloroso de salirse del rol de hijos amados y nutridos, para tener que encontrarse con la enorme tarea cotidiana de enfrentarse con esfuerzo a este exigente mundo y lograr sobrevivir (Haley J., 1985). En lugar de esto mantienen un espacio aparentemente propio y pseudoautónomo (Stanton M. D., 1988, Choclin M., 2008), que les evita desprenderse de sus padres, y al contrario terminan manteniendo estático y congelado en el tiempo, un tipo de relación infantil, en la cual los años no pasan, los adultos siempre tienen hijos a cuidar y de los cuales preocu-

parse, con lo cual no tienen que toparse con la vejez, y unos hijos que se sienten eternamente jóvenes, “sin necesidad de cirugías plásticas”, tal como propone como ideal nuestra sociedad, “la negación del paso del tiempo”, ese libre albedrío permanente de que “hago lo que se me plazca”, enciende la llama de la eterna rebeldía contra este mundo “tan difícil y cruel”.

Uno de los argumentos de los adolescentes es que esta sociedad es “careta” (mentirosa) y que el consumo de drogas es una manera de cuestionamiento al orden imperante, aparentemente sin ninguna “máscara”: pero lo que no pueden asumir es que la dependencia de una sustancia externa los lleva a dejar de ser de a poco ellos mismos, y se convierten en seres extraños. Personas de arriba de 30 años, con rasgos físicos de madurez e incluso de deterioro a raíz del consumo, se comportan como adolescentes de 15 años.

Marco de 17 años es un muchacho con cara de nene “bueno”, que fue convenciendo a sus padres profesionales, que todas sus dificultades con la escuela y el desorden de su vida eran producto de su edad, y que el problema es que los tenía a ellos demasiado encima. Los padres preocupados terminaban convenciéndose de las palabras del hijo, la madre se echaba la culpa de trabajar muchas horas y de que el papá fuera distante. Mientras tanto no les hace caso y ya repitió un año.

Pablo de 18 años tiene una vida autónoma como si fuera de 40 años, toma sus propias decisiones, no hace nada de su vida ya que abandonó el colegio con la idea de trabajar. Los padres saben que consume, se angustian, pero él los convence de que no se tienen que preocupar. Su voz es firme y calma, transmitiendo una serenidad asombrosa frente al desborde descontrolado del padre, que termina siendo el eterno problema en que se enfoca la madre como hipótesis del problema de Pablo.

Pero las familias tienen un límite en la capacidad de tolerar la incertidumbre que les provoca convivir con esa forma de vida que transitan sus hijos. La tensión los desequilibra en su propia estabilidad, en su manera cotidiana de funcionar hace varios años y es ahí cuando piden ayuda: caos, sobredosis, accidente, comisaría, escuela, violencia. El umbral de “ir acarreado” día a día esta situación caótica de sus hijos, fue superado por hechos de la realidad incontrastables. Es ahí cuando abren una puertita “de lo que pasa adentro” y piden ayuda (Andolfi M., 1982).

Cada familia hace un recorrido más corto o más largo dentro de la oferta que le ofrece el sistema de salud: psicoterapia individual, psiquiatría, psicoterapia familiar, tratamiento de rehabilitación especializado en el tema de dependencia las drogas con internación o ambulatorio. Intentan encausar una preocupación, que por años se minimizaba en términos de lecturas y visiones que tienen los padres frente a las cuestiones que les presentan los hijos jóvenes: “es parte de lo que viven hoy todos los jóvenes”, “todos prueban de vez en cuando”, “en otros momentos lo veo bien”, “él me dice que lo sabe manejar”, “esto ya se le va a pasar, esta viendo esto con el psicólogo, el terapeuta nos dice que no nos preocupemos”, “sos exagerada como siempre” etc. Todas explicaciones que se dan los adultos, que contribuyen a conservar el estilo de interacción y contacto que tienen de hace tiempo con sus hijos. Frases y pensamientos que tranquilizan en la posibilidad de hacer un cambio en las funciones que cada uno cumple dentro del sistema, la gran tolerancia frente a situaciones que en otro momento o contexto, o con otras personas, son

imposibles de soportar: que los hijos vivan como pensionados, convivir con agresiones, violencia e indiferencia, tolerar mentiras, aceptar el desorden cotidiano, dar plata a pesar de no tener claro el destino, aceptar fracasos escolares y pagar profesores, no asustarse con amistades que no pueden dejar tranquilo a nadie (Choclin M., 2008). Toda esta colección de avisos e insensatez, no alcanzan a demoler el marco emocional que resiste a ver la realidad, hay una necesidad intrínseca a los seres humanos de agarrarse con uñas y dientes a lo conocido, a lo que creen, a lo que lo sostiene, “¿quién me va a mover el piso?”.

Llegar a un tratamiento

En muchas familias este difícil equilibrio entre estabilidad y cambio tiende a direccionarse hacia el mantenimiento de las pautas y condiciones de vida repetitivas ¿es ahí donde los hijos entonces hacen un movimiento provocador mas fuerte para lograr el cambio?: un puñetazo en la cara de un hijo de 17 años a su madre alcohólica, el quedar preso en una comisaría, tener una bolsa de cocaína en el placard, una llamada desde la guardia hospitalaria por un coma alcohólico, son fuertes avisos, que a manera de contrafuerza quieren mostrar la realidad de todas formas, y atravesar esa gruesa barrera de anestesia emocional y statu quo.

A Marco le descubren droga escondida en su habitación. Los padres muy impactados y doloridos se contactan con la “otra vida” del hijo, y buscan un tratamiento. Les cuesta digerirlo, por lo que incluso al principio, se van igualmente a unas vacaciones programadas al exterior, postergando el inicio del mismo.

Pablo tiene cada vez conductas más desordenadas e irresponsables, el consumo es en el barrio, ya no hay discurso que valga para los padres, y lo internan en un programa, en el cual luego de una importante mejoría se las arregla para transgredir y que lo echen del mismo. De ahí llega a Proyecto Cambio con la ilusión de que por ser un programa ambulatorio, podía seguir dirigiendo su vida a su antojo.

El Proyecto Cambio, como programa ambulatorio, les ofrece a las familias un dispositivo-estructura que combina un conjunto de espacios terapéuticos coordinados entre sí: terapia familiar, grupo de padres, de jóvenes, de hermanos, novias / esposas, que permiten interrumpir el circuito del consumo y a la vez el circuito familiar que estabiliza tal conducta (Barilari S., 2004, Choclin M., 2008). Propone un conjunto de pautas ordenadoras que resitúan a los padres/familiares referentes, como autoridades/adultos responsables, que pasan de la inacción e intentos anteriores de poner límites, a ser veedores del cumplimiento de esas pautas, produciéndose en este movimiento de 180°, un acercamiento emocional al hijo, un cambio en la relación. El joven “volador” vuelve a ocupar el lugar de hijo o por lo menos parte de tener que demostrar nuevamente que es confiable y se sabe cuidar, “aterrizando” de a poco a tierra firme.

Este nuevo contexto que ofrece el tratamiento tiene una potencia enorme que permite reencausar esa tensión-crisis que logró desestabilizar a los sistemas consultantes: de un hijo que desaparecía a cualquier hora y volvía cada vez mas deteriorado, se pasa a una persona que da cuenta a los otros de lo que hace y va adquiriendo cierta previsibilidad. Horarios, trabajo, estudios, amigos,

cenar compartidas, todas incluyen pautas recurrentes que vuelven a tranquilizar a los padres y que los lleva a volver a tener “el control de la situación” (Barilari S., 2004, Choclin M., 2008).

Así es como se configura un nuevo equilibrio a partir del cual, y atravesando las diversas etapas del tratamiento, se va avanzando a una nueva autonomía, esta vez verdadera y real.

Cada etapa es un avance del joven hacia el logro de la autonomía y la credibilidad: en la “A” tiene que cumplir una serie de normas que le permiten la abstinencia, dejar el contexto de consumo y lograr un reordenamiento en cuanto horarios, responsabilidades, y pautas de convivencia; en la etapa “B” transitan un período de experimentación y socialización diferentes ya no con el permanente cuidado de la familia y la red; finalmente la “C” es la construcción bajo la referencia de los padres y en permanente diálogo con ellos, y con menor presencia institucional, de una aproximación a las pautas de vida y organización que tendrán después del tratamiento, que incluyen un proyecto propio autónomo.

Dentro del programa anteriormente descrito, que implica una inmensa novedad como contexto movilizador de cambios, quiero volver a insistir que el organizar y crear nuevos dispositivos no es garantía de que se vuelva a caer (en algunos casos) en una pauta recursiva, que pudo provocar un primer gran cambio (por ejemplo la abstinencia de consumo) (cambio 1) pero no un replanteo de varias de las condiciones y conductas que llevaron a que surja la problemática (cambio 2) (Watzlawick, P, 1974). En algunos casos hay familias que logran que sus hijos cumplan normas de cuidado y orden, no obstante tienen dificultades para recrear esta estructura externa de pautas que les ofrece Proyecto Cambio en un conjunto de normas internas reconstruidas dentro de la familia. Esto especialmente ocurre en la primera parte de la fase “C” cuando la institución no está tan presente como en las etapas anteriores. Los roles y funciones vuelven a estar confusos.

En este sentido quiero presentar una experiencia de abordaje terapéutico novedosa que como equipo nos propusimos dentro de un proceso de Rehabilitación Ambulatorio con jóvenes drogodependientes. Este dispositivo temporario rompe con las pautas recursivas institucionales esperadas por las familias y por los propios terapeutas a manera de originalidad, logrando la aparición de aspectos y recursos nuevos y positivos no visibles hasta ese momento, proceso al que llegamos a llamar “grupo tapón” : el “destaponamiento” de procesos que se veían como estancados e imposibles de modificar.

El “taponamiento”

El programa de tratamiento no es un camino lineal, tiene idas y vueltas, recaídas y retrocesos, su tránsito no está falto de obstáculos. La creciente autonomía, la posibilidad de un progresivo desprendimiento constituyen un nuevo y desequilibrante cambio para los miembros de una familia, y a veces estos se chocan con la dificultad de no poder salirse de una mutua dependencia, sin poder dejar los antiguos roles y funciones rígidamente instalados. El joven descuidándose, teniendo recaídas, dejándose estar en la apropiación de un proceso que a veces lo siente ajeno y obligado por los padres, “que me quieren seguir controlando la vida”, a pesar de que él es

portador del problema, y el que mas se perjudica al no resolverlo. Los padres que a veces los quieren controlar de tal manera como si fueran hijos más chicos, sin apostar a que se tienen que arreglar sin ellos, con sus propios recursos y el indispensable ensayo-error, como si este control garantizaría el crecimiento.

Una conducta alimenta a la otra recursiva y estereotipadamente, una retroalimenta a la otra. Cada vez hay mas enojo desde ambas partes, frustración. Cada vez cada uno se convence que el proceso no funciona porque el otro “no hace lo que tiene que hacer”.

Marco en una entrevista familiar pone cara de fastidio, la madre comparte como les fue en las vacaciones y refiere que “todo bien hasta que las cosas no salían como Marco quería, no se puede frustrar”. Se le pregunta a Marco por esto y responde fríamente que fue así, pero la sensación es que le hace un favor a la familia y al terapeuta estando ahí en la entrevista y que esto lo fastidia. La madre se empieza a desesperar por la actitud negativa del hijo, cuanto mas le pregunta, Marco mas se cierra en sí mismo. El padre no interviene. Dos semanas después la mucama le descubre marihuana dentro de un CD.

El tratamiento “se taponá”, ya no se mueve libremente hacia la continuidad y afianzamiento de los cambios. Se convierte en un proceso circular con la misma estructura inmovible similar a la que había antes del tratamiento, pero ya dentro y con las pautas del dispositivo que ofrece la institución.

Un proceso taponado, no fluye al compás de lo que la misma vida va llevando a cada ser humano: una progresiva diferenciación y construcción de cada persona en su identidad y proyecto personal (Andolfi M., 1982). Nuevamente se congela el proceso de autonomía e independencia de los hijos.

Durante la entrevista familiar Pablo despliega su cuerpo en la silla como si estuviera tomando sol, la madre se inclina hacia delante con preocupación, refiere que el hijo no se adecua a las pautas del tratamiento, no conversa con ellos para programar salidas que lo saquen del encierro de la casa, Pablo escucha con ironía y se queja de que él no avanza por el excesivo control de los padres. El padre frente a esto habla enojado, lo empieza a atacar, a descalificar, y a resaltar las manipulaciones del hijo para con ellos. A los pocos días la hermana siente olor a marihuana en al habitación que comparten, y encuentra droga en la ropa de Pablo.

Grupo “Tapón”

Frente a la situación de no avance con algunos jóvenes y sus familias, el equipo terapéutico de Proyecto Cambio ideó un dispositivo que permitió en este caso, romper con estas situaciones tan estables.

Es de destacar que dentro del sistema terapéutico ya estaban involucrados y coparticipaban los diferentes terapeutas y operadores, que coordinaban los diversos espacios terapéuticos, como actores y también protagonistas del no cambio.

En las entrevistas de terapia familiar, el terapeuta observa las mismas pautas repetitivas, se siente cansado, frustrado, no sabe como ayudar a la familia, como salirse de dicha interacción, o termina siendo inducido por una de las partes de que alguien es el culpable: lo padres son rígidos o el hijo no quiere crecer y asumir sus responsabilidades. Un circuito repetitivo del cual los terapeutas son parte.

Lo mismo ocurre en los grupos terapéuticos, en los cuales los terapeutas se sienten frustrados y se quejan de que “tal no quiere cambiar”.

Les cuesta al igual que a la familia, mirarse a sí mismos y encontrar la propia pieza que colabore a que esto ocurra, o que elemento sería necesario desde la estrategia terapéutica, que puede sumarse como novedad, para que el proceso se destrabe.

Las familias se institucionalizan y los terapeutas también, en el cumplimiento del organigrama repetitivo de la “atención terapéutica”. Sabemos que solo la incomodidad y asfixia del terapeuta pueden llevar a moverlo (la asunción de la tensión interna del mismo), y a buscar desestabilizar el sistema, el equilibrio familiar y conmoverlos (pasarles esa tensión) (Ravazzola, M.C., 1986).

Es esta tensión interna la que lleva al equipo a idear un dispositivo totalmente novedoso, a la manera de un nuevo contexto, que les “mueva el piso” a las familias y a los propios terapeutas. Este consistió en un módulo de mas de un mes de duración con cuatro de estas familias “taponadas”, en el cual se hicieron entrevistas familiares “cruzadas”: “los padres con el hijo de otro”, que se puede visualizar en este cuadro de doble entrada:

	Padres de Marco	Padres de Horacio	Padres de Pablo	Padres de Fermín
Marco	/	Marcelo Miguel	Marcelo Patricia	Marcelo Patricia
Horacio	Miguel Marcelo	/	Miguel Marcelo	Miguel Patricia
Pablo	Marcelo Miguel	Marcelo Miguel	/	Marcelo
Fermín	Patricia Marcelo	Patricia Miguel	Patricia Marcelo	/

Los terapeutas (Marcelo, Patricia o Miguel) de ambas familias intervinientes estaban presentes. Esto sumado y complementado con grupos especiales de los jóvenes por un lado y de los padres por el otro, para poder reflexionar sobre lo que le va pasando a cada uno en este proceso, “con los pares que también están taponados como yo”.

Se apuesta a lo nuevo que se produzca entre ese hijo y esos “padres de otro”. En dicha interacción no se sabe de antemano que se puede producir, ya que no hay antecedentes de pauta

recursiva de la relación, las mutuas expectativas son abiertas, y todo es sorpresa, fresca y novedad.

Aparecieron los aspectos positivos, y diríamos casi cariñosos, que en la deteriorada y pobre relación con el propio hijo, nadie se permitía que aparezcan. Los participantes en las entrevistas no se toparon con lo hartamente conocido y disgustante del otro, que justifica proyectar el propio malestar.

En estas entrevistas no había fastidio previo, se trataba de construir una relación, partiendo de la consigna esperanzadora de ayudar al otro en sus dificultades. “Tengo que poner en juego mis recursos como padre para ayudar a este muchacho que es compañero de tratamiento de mi hijo”, “tengo que transmitirles a estos padres cómo uno se siente como hijo en esta situación y que es lo que no me ayuda desde lo que me proponen mis propios padres, quizás a tu hijo le esté pasando lo mismo que me pasa a mí”.

Marco le dice a los padres de Fermín de 22 años, que él no les puede decir a sus propios progenitores que tiene ganas de drogarse porque esperan otra cosa de él, que se van asustar y los va a defraudar. Aquellos le dicen emocionados que ellos son personas como él, que sienten cosas, tienen contradicciones y se equivocan, pero que tienen mucho miedo de que el hijo no se cuide a sí mismo. Le dicen que no los vea a sus padres como enemigos sino como los compañeros de la misma ruta, que están todos juntos transitando el problema. El les dice “que no lo interroguen” a Fermín, que compartan algo en común y desde ahí podrán esperar de él una conversación más espontánea.

Horacio de 32 años les dice a los padres de Marco que valoren todos los aspectos positivos del hijo y el esfuerzo que está haciendo, pese a la recaída. Que puedan salir del “hacer y pensar por él”. Aquellos a su vez lo ayudaron proponiéndole que pueda salir de los enojos e impulsos, que no le permiten ser más independiente y dejar de tener a los padres encima.

Fermín le pudo expresar a los padres de Marco “que lo responsabilicen más a él” y que “no le compren ropa tan cara que no lo malcrien, ya que así no puede valorar”, aquellos le dijeron que salga de su enojo y vea como sus padres sufren a la par de él, que lo quieren ver bien y ayudarlo.

Los padres de Pablo le plantearon a Marco que pueda darse cuenta que tiene que hacer las cosas por él, y éste a aquellos que puedan bajar las expectativas hacia Pablo, y aceptarlo y valorarlo como es.

El padre de Horacio emocionado, le relata a Fermín su propia carencia de padre desde muy chico, cuanto siente que lo hubiera necesitado, y cómo le costó con su hijo ejercer ese rol sin un modelo propio, y “cómo podes vos valorar Fermín a tu papá, que lo tenés”. A lo cual a este se le llenaron los ojos de lágrimas.

Es decir, se dieron conversaciones diferentes a las que cada uno estaba acostumbrado, llevando a nuevos diálogos internos personales (Andersen T., 1994). Esto permitió la apertura emocional a nuevas perspectivas y miradas.

Esta experiencia transitó en un clima emocional positivo, fresco, en el cual las defensas estaban bajas, ya que cada uno tenía que hacer un esfuerzo en relacionarse con otro con el que no surgen los automáticos que se despliegan dentro de cada relación, sin un esquema previo de mutuo condicionamiento.

En esa atmósfera, se pudo observar que principalmente, resaltaban los aspectos positivos y humanos, los recursos y no el déficit, sin críticas ni juicios, donde cada uno podía ver al otro como persona y no solo en la función “madre”, “padre”, “hijo”.

Marco es visto por los padres de Fermín como un muchacho simpático y encantador con pensamientos originales, y ganas de salir adelante.

Marco los puede ver como “tipos macanudos” que no le despiertan enojo, a los que puede escuchar y valorar. No se les arma el cortocircuito repetitivo y circular que retroalimenta y refuerza, los aspectos negativos del otro.

Este circuito es muy conocido por todos los actores, ya cada uno conoce a la perfección su “personaje”: los padres de Marco evitando temas ríspidos que lo pongan mal al hijo, este desde ahí manejando los hilos de las emociones de sus padres; los padres de Pablo desde una gran expectativa, provocan en el hijo el cierre y el aislamiento, que vuelve a alimentar la frustración en aquellos; Fermín con su enojo e indiferencia provoca el interrogatorio y desconfianza en los padres; Horacio con su inacción estimula a su padres para que se ocupen y hagan por él, a pesar de sus 33 años (todavía un adolescente “grande”).

Situaciones que tenían una gran estabilidad se empezaron a resquebrajar, frente a un módulo terapéutico que salía de los patrones habituales. Se generó una gran movilización, un cambio de contexto en el abordaje a los adolescentes y sus familias. Es como si se les hubiera abierto una ventana con otro aire, otro paisaje y perspectiva. Pudimos observar que esto permitió que los hijos y padres pudieran usar “otra puntuación de secuencia de acontecimientos” o sea, una nueva lectura de la relación que permita cuestionar como consecuentes un determinado acto del otro, dejando de ser vistos como algo que fuese perfectamente legítimo y natural.(Coletti M., 1990/91)

Los terapeutas también nos “destaponamos”

Los terapeutas también transitamos esta conmoción, como actores del mismo taponamiento. La idea que cada uno de nosotros construyó sobre “tal hijo y tal padre”, pudo verse en parte cuestionada.

Como terapeuta pude descubrir aspectos distintos de cada uno, especialmente recursos positivos, que se habían oscurecido frente al primer plano de de la conducta sintomática:

el papá de Marco en un papel protagónico y hasta tierno intentando llegar a Pablo; Marco hablándole cariñosamente a otros padres desde aspectos colaboradores y ayudadores, desconocidos para mí, ya que siempre se sentaba a la terapia familiar embroncado y sin ganas de hablar; Fermín saliendo del personaje quejoso y abriéndole su corazón a los padres de Marco

Los terapeutas que compartimos las reuniones (uno por el hijo y el otro por los padres) a través de miradas, diálogos, intervenciones y charlas pre y post entrevistas, pudimos ampliar e enriquecer la propia perspectiva. Supongo que a las mismas familias ver a sus terapeutas en estos otros contextos también les permitió ampliar una idea y una emoción enquistada en relación con el propio terapeuta.

Luego de esta experiencia del módulo de “destaponamiento”, se observó progreso y avance en los casos que participaron de la misma. Los padres pudieron ir saliendo del rol de “controladores e invasores”, los hijos pudieron ir teniendo conductas más autónomas y menos sintomáticas.

Pareciera como si se hubiera destrabado un tipo de relación estática, que se entabló con la institución. Los abordajes pautados no alcanzaban para seguir avanzando, al contrario, formaban parte de un funcionamiento estereotipado y rutinario.

Estas familias “institucionalizadas”, se encontraron sorpresivamente con otra propuesta que no esperaban, otro lugar, otra atención, otros espacios, otros terapeutas.

Finalmente se hizo un cierre con una multifamiliar, en la cual estaba todo el equipo y los miembros de las cuatro familias. El clima era de mucho agradecimiento por haber pensado especialmente en propuestas y caminos de ayuda diferentes como alternativa a la parálisis. Y la mayoría coincidió en que la experiencia fue beneficiosa para salir de la perspectiva encajonada a la cual cada uno estaba acostumbrado. Algo que nos sorprendió es que al no conocerse entre todos los integrantes de las familias, se armaron nuevas redes y relaciones. Un plus de esta experiencia.

4-Conclusiones

Quiero destacar a partir de estas experiencias y desde una mirada ética, la necesidad continua que tenemos que tener los agentes de salud, de preguntarnos, si nuestras propias perspectivas y herramientas alcanzan o son adecuadas, frente a personas y/o familias, con las cuales percibimos la imposibilidad de ayudarlos a producir cambios.

La adolescencia viene a poner en crisis el funcionamiento familiar, como parte de una etapa del ciclo de vida (Minuchin S., 1984) que tiene que transitar cada familia en su devenir. Es durante ese lapso que se pone a prueba a la vez el grado de solidez y de flexibilidad que tienen las relaciones entre los miembros y como estos pueden salir sin altos costos de los roles habituales para reubicarse en nuevas maneras de relación entre adultos, e hijos que ya no son niños.

En las familias que llegan a Proyecto Cambio y en algunas que son atendidas en el Hospital, se observa que hubo una dificultad en este tránsito, padres que siguen relacionándose con sus hijos sobreprotectoramente como si fueran chiquitos o de lo contrario los que toman la adolescencia como el salto directo a la adultez, entonces no se animan a interferir en sus vidas.

En algunas familias que concurren al Hospital J. M. Jorge se observa que los adolescentes no cuentan desde los años de la infancia con adultos que los respalden, y contengan, incluso se los ve cumpliendo roles de sobreadaptación que no tendrían que ocupar, ni les permite crecer al ritmo de sus propias necesidades, al contrario, sienten y actúan frente a la explosividad de lo que los rodea, descentrados de sí mismos.

Siempre cuando hablamos o actuamos hacemos una distinción, es decir queda recortada una faceta de la realidad. Si en el devenir del tiempo (historia) esta distinción es recurrente, este aspecto termina sobresaliendo sobre otros, es un surco en la tierra por el que el terapeuta va a transitar en forma privilegiada, en esta historia está amplificado un determinado canal (El Kaïm M., 1984). La terapia consistirá en abrir nuevas posibilidades a partir de nuevas distinciones.

Ambas propuestas desestabilizadoras con los adolescentes y sus familias, tanto en el Hospital, como en la Fundación, apuntan a ampliar las múltiples voces (Andersen T., 1994), perspectivas, puntos de vista, que van a permitir el desatascamiento del proceso adolescente a un crecimiento mas sano y mas fructífero.

Estos dispositivos proponen una fuerte experiencia, con un conjunto de relaciones diversas que disparan en los protagonistas (terapeutas y usuarios) nuevos acomodamientos y sensaciones. Desafía a los terapeutas a tener que continuamente verse y revisarse, y tener que preguntarse por sus propias bases y supuestos. Lleva a las familias a asumir y valorar su riqueza de recursos y no tener que delegar la resolución de su problemática.

Esto abre otro canal o surco como camino para transitar, desde el cual tanto los terapeutas, como los adolescentes y sus familiares, pueden tener ampliada las posibilidades de elección.

Referencias bibliográficas

- Andersen, Tom (1994), *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre diálogos*, Gedisa Editorial, Madrid.
- Anderson H. y Goolishian H. (1996) “el experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. CAPII del libro *La Terapia como construcción social* de Mc Namee S. y Gergen K. Barcelona, Ed. Paidós
- Andolfi M.y otros (1982) *Detrás de la máscara familiar*. Buenos Aires, Amorrortu Barilari S., Mazieres G. y Ravazzola M.C. (2004) *Terapia Familiar en un programa de rehabilitación ambulatoria de la drogadicción. Sistemas Familiares, 20 (1-2). 25-35.*
- Bateson, G. (1976) *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires. Ed.Carlos Lohlé
- Bergman Joel S. (1995) *Pescando Barracudas .Pragmática de La Terapia Sistémica Breve*. Buenos Aires. Paidos
- Bustos Dalmiro (1997), *Actualizaciones en Psicodrama*, Buenos Aires, Ed. Momento
- Choclin Marcelo (2008) *De la delegación a la reinvolucración familiar en un proceso de rehabilitación en drogodependencia ambulatorio de jóvenes adolescentes. Sistemas Familiares, año 24 N°1. 108-129.*
- Cancrini L. (1991) *Los temerarios de las máquinas voladoras*. Introducción Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- Cancrini, L. y cols. (1995): *Viva Palenno Viva*. Roma: Ed. Nova Italia Scientifica.
- Coletti, Mauricio (1990/91), *Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxidependencias*. Perspectivas Sistémicas N°14
- Dabas, E. (1993) *Red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Elkaïm, M. (1989) “*Si me amas no me ames*”. , Argentina, Ed. Gesida
- Elkaïm, M. (1989) *Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?* Artículo publicado en el N°. 42- Julio- Agosto 1996 de Perspectivas Sistémicas
- Foerster, H. Von (1998), “*Construyendo una realidad*”. En *La realidad inventada*. Watzlawick, P. (ed.) Ed. Gedisa. 1998.
- Giberti Eva (2005) *La familia, a pesar de todo cap 7 la adolescencia*. Colección Familia/s. ED.Noveduc.
- Haley, Jay (1985) *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires, Amorrortu editores.

- Leví Strauss (1979) “Raza e historia” en *Antropología estructural*, México, Siglo XXI.
- Lynn Hoffman (1990) “Constructing realities: An art of lenses”, *Family Process*, 29, 1990, p. 1-12.
- Lynn Hoffman (1996) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Mc Namee S. y Gergen K. *La Terapia como construcción social*, Barcelona Ed. Paidós.
- Maturana, Humberto (1990) *Emociones y lenguaje en educación y política*. Pág.14 Ed. Hachette. CED. Chile.
- Keeney, B. (1994) *Estética del Cambio*. Paidós, Buenos Aires.
- Minuchin, S. y otros (1967): “Families of the Slums”. BASIC BOOKS. NEWYORK.
- Minuchin, S., Fishman, H. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona, Ed. Paidós.
- Pakman Marcelo (2006) Reducción de riesgos en familias multiproblemáticas: la Micropolítica de la Justicia Social en la Asistencia en Salud Mental. Artículo de circulación limitada.
- Ravazzola, M.C. y Mazieres (1986) Una metáfora de la relación terapeuta-familia: co-autores de nuevos libretos. *Sistemas Familiares*, Año 2 N° 3. 1986.
- Ravazzola, M.C. (1997) *Historias Infames: los maltrato en las relaciones*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Rodríguez Martínez (1999) La familia multiproblemática y el modelo sistémico. Artículo fue publicado en el N° 55 de *Perspectivas Sistémicas*, reproducido de la revista *Sistémica*, n° 4 -5 de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar.
- Stanton M. D. y otros (1988) *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*.. Buenos Aires. Gesida.
- Waldegrave Charles, *Terapia justa en sistemas familiares* marzo 2001 pag 49-83
- Watzlawick, P y otros (1974) “*Cambio*” - Ed. Herder
- Watzlawick, P. (1998), *La realidad inventada*. Ed. Gedisa. 1998.
- Whitaker Carl A. (1991) *Danzando con la familia*. Pag. 47. Barcelona, Ed. Paidós.

Mail: mhoclin@hotmail.com



Proyecto
Cambio

Rehabilitación Ambulatoria de la Drogadicción



Proyecto
Cambio

Rehabilitación Ambulatoria de la Drogadicción



Proyecto
Cambio

Rehabilitación Ambulatoria de la Drogadicción



Proyecto
Cambio

Rehabilitación Ambulatoria de la Drogadicción



Proyecto
Cambio

Rehabilitación Ambulatoria de la Drogadicción