

Los índices evaluadores de la confirmación o modificación de la dirección de ese proceso, necesitan entonces referirse a las congruencias entre los componentes cognitivos, afectivos y reactivos de consultante-terapeuta en cada uno de los niveles de organización del proceso. Allí descubriremos si aquello que necesita ser co-construido se logró, y si no fue así, qué obviamos hacer o de qué otra manera (como) tendría que haber sido hecho. Podríamos decir que, en última instancia, nuestra terapia es un proceso de modificación progresiva y económica de actitudes(S) por parte del consultante y del terapeuta, donde cada uno de ellos es estímulo de cambio para el otro, con el faro de un objetivo común: un específico logro.

Confiamos en que las fichas que siguen a continuación, reflejen un método particular que hemos diseñado para evaluar los cambios le actitudes de los miembros mientras existe el sistema terapéutico, y aun mas allá cuando el sistema consultante recuperó su cualidad de terapéutico. Visto desde la perspectiva complementaria, que nos dé informaciones acerca de cuándo y en relación a qué esas modificaciones no han tenido lugar.

CAPITULO II

EL MODELO DE REGISTRO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

(5) Definiendo una actitud como conducta compleja que implica la cualidad perceptual, emocional y conativa calificándose mutuamente.

COMENTARIO PRELIMINAR

Empezamos por tratar de construir algo que sirviese para registrar los datos importantes del proceso terapéutico según el Modelo de Palo Alto desde el principio al "fin" (incluyendo tiempo post-terapia).

Terminamos fabricando algo que sirve para eso, pero que desde el punto de vista de su utilidad clínica tiene una finalidad más importante: proveer al terapeuta de un modo de pensar y prestar atención a todos los datos cruciales del modelo que está operando(1). Es de este modo que el registro se transforma en una especie de panel de instrumentos de vuelo, dispuesto de modo tal que el piloto no puede dejar de ver los datos que sugieran mantener o cambiar el rumbo, o al menos percibir que no ha hecho las operaciones necesarias para que aparezca la información correspondiente en el tablero.

Lo que sigue no es por ende un manual de vuelo ni enseña a volar, sino que presenta un diseño de tablero particular para un avión específico (Modelo Palo Alto). Junto con el diseño de tablero vienen las instrucciones para conectar cada panel de lectura (instrucciones para el llenado de las fichas) y para su utilización durante el vuelo (comentarios sobre el significado y utilización de los ítems).

Hemos tratado de ordenar en general el registro según el

(1) Esto se refiere a la regla general primera, que especifica la necesidad de que el registro dé cuenta de la información suficiente y necesaria para que el terapeuta pueda operar.

orden en el que habitualmente obtenemos la información. No obstante, dado que la entrevista no debe ser un interrogatorio, debe tenerse presente que, con enorme frecuencia, la información clara sobre un ítem recién aparece cuando se está hablando sobre otro.

Una de las grandes ventajas que en nuestra opinión tiene el uso de registros de este tipo, es que al llenarlos surge con claridad lo que no se sabe, sea porque no se interrogo o porque los consultantes ofrecieron una respuesta lateral o poco precisa. Por ende, es posible dejar casilleros en blanco, con la posibilidad de llenarlos mas adelante, o volver sobre ellos si hiciese falta, en la próxima entrevista.

Previamente a enfrentarlos con lo realizado deseamos añadir que - contrariamente a nuestra primera intención-hemos tomado en cuenta una observación del Lic. Especialista en Sistemas Bernardo Dell'Oro, a quien habíamos convocado a nuestro cónclave inicial para un diseño computariza-do del registro.

A cierta altura de la conversación, con todo desparpajo nos espetó: "Si les entendí bien, Uds. tratan de escribir con esto algo que, además de ser útil, sea necesariamente atractivo e interesante... me parecen maravillosamente ambiciosos. Yo, en mi profesión, tengo que tragarme unos libracos llenos de códigos y ecuaciones, y nadie me pregunta si me parecen entretenidos o no.^"

No sabemos si hemos conseguido hacer algo útil, pero de lo que estamos seguros es de que no es entretenido. Después de todo, es difícil que un manual de vuelo pueda convertirse en una interesante obra literaria. Sólo nos queda por abrochar a una conducta inevitable una sugestión posible: "al leerlo Ud. descubrirá que es muy aburrido, y eso lo llevará inevitablemente a descubrir que es útil".

MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA EL COMPLETAMIENTO DE LA FICHA DE REGISTRO INICIAL

A) *Carátula*

Nombre y otros datos personales del encabezamiento; Se refieren a la identificación de quien/es viene/n designa-do/s como portador/es del problema, o sea por quién/es se consulta, que puede/n ser o no quien/es pide/n la entrevista (Consultante/s), o quien/es va/n a concurrir a la misma, Este "Paciente Identificado" puede ser unipersonal, o pareja, o una familia, definido/s como necesitados de ayuda terapéutica. En otras palabras el Paciente Identificado puede coincidir o no con el/los consultante/s que es/son el/los que pide/n la consulta o está/n motivado/s a buscar solución al problema.

Derivante: Consignar función (por ej.: amigo, o médico de cabecera) especificando si fue quien pidió la consulta, o esta se hace por propio interés de los consultantes. Si se considera pertinente, agregar apellido y nombres, dirección y teléfono.

Grupo de convivencia: Registrar en este Cuadro los datos estipulados para cada miembro que convive con el Paciente Identificado, pertenezcan o no a la familia biológica (Por ejemplo: un amigo o empleada cama adentro).

Esto significa que algun/os miembros de la familia biológica que no conviven con el Paciente Identificado (por ej.: un padre separado, o un hermano casado que viven en otro lugar) no figurarán en el cuadro, si bien puede ser útil registrarlos al pie del cuadro para completar información.

Otros significativos: Por significativos entendemos los que tienen alguna relación con el problema del Paciente Identificado. Por relación queremos decir un contacto influ-

yente en las conductas "disfuncionales" del Paciente Identificado. Por ej.: una maestra cuando el problema del chico en la escuela, o una abuela que vive al lado y lo cuida la mayor parte del día, etc. No siempre es posible consignar este dato al principio de la entrevista, por lo que el terapeuta no debe olvidar luego el registrarlo, si aparece.

Los ítems restantes: Se explican por sí mismos, o están especificados en los otros Manuales de Instrucciones que los implican.

B) Instrucciones para registro de primera entrevista

1) Queja Inicial: Debe registrarse, en lo posible con palabras de/los consultante/s, lo que expresa/n como razon/es de la consulta que pueden de hecho, ser diversas, en el caso de distintos consultantes. Ej.: "Desde hace unos meses estoy confundido y nervioso... no sé qué me pasa".

2) Por qué ahora?: Debe rastrearse específicamente qué desencadenó que la consulta surgiese en este momento. Conviene consignar también, si el consultante las ofrece espontáneamente, otras circunstancias del pasado más o menos reciente que contribuyeron a su decisión, pero nunca en reemplazo de la información acerca de lo que la desencadenó ahora.

Ej.: "Me puse mucho más nervioso cuando me cambiaron de puesto en el trabajo, pero me decidí a venir la semana pasada cuando la jefa me dijo algo y le tiré algo por la cabeza".

3) Motivo de consulta: Escribir el problema que el consultante eligió como más importante o más urgente, que puede coincidir solo parcialmente con la queja inicial. Por ej.: "Me va mal en el trabajo, me peleo con mi mujer y estoy impotente" (queja inicial).

Terapeuta: "Qué de todo esto le preocupa en primer lugar?"

Paciente: "Que me peleo con mi mujer" (motivo de consulta)

Esta definición puede implicar una transacción entre consultantes, por ejemplo cuando padre y madre traen distintas quejas iniciales.

"¿Por donde creen ambos que es conveniente comenzar?"

Expresar el motivo de consulta en conductas específicas evaluables, aunque no necesariamente observables desde afuera. Por ej.: "Piensa todo el día en la madre muerta, no llega a pasar dos horas por día sin pensar en ella".

4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta: Consignar desde cuándo sufre el problema, fluctuaciones importantes a lo largo del tiempo y sus razones, si añaden información sobre estrategias posibles. Pero sobre todo, circunstancias detalladas en las que el síntoma tiene lugar ahora: con quién, frente a qué comportamiento, en qué horarios, etc.

Asimismo otros datos del contexto que parecen ser correlativos al problema, especialmente significaciones que se le atribuyen.

Por ej.: "La abuela vino a pasar una temporada y eso hizo que la mamá perdiera más la paciencia", o "el hermano bebé empezó a caminar y al hacerse sentir más, aumentaron los celos, y el adolescente empeoró".

5) Que deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema: Indagar si hay algo que la/las persona/s no puede/n dejar de hacer como consecuencia del problema o si hay algo que ella/s quisiera/n hacer y no puede/n (nos referimos al/los consultante/s, y al Paciente Identificado).

6) Soluciones intentadas: Escribir en cada caso las conductas concretas que los distintos miembros del sistema significativo efectúan al intentar solucionar la conducta problema, especificando si son soluciones fracasadas o exitosas, y en este último caso si están vigentes o no: si no por

qué fueron abandonadas. Por ej.; incluir las soluciones de la abuela, que está todo el día con el chico pero no vino porque no cree en la terapia.

7) Tratamiento anteriores: Hay que indagar acerca de las características de los tratamiento/s anterior/es y de los terapeutas, y en qué sentido sirvieron o no. Suele convenir preguntar qué se les dijo respecto al problema, y si eso sirvió, o qué sacaron en limpio y si les fue útil o no.

8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes: Se refiere a otros tratamientos que pueden influir sobre el motivo de consulta (por ej.: la medicación tiroidea), aunque el profesional a cargo no haya sido descrito entre las personas significativas.

Al mismo tiempo que se averigua esto conviene indagar por otros tipos de tratamientos (por ej.: Psicopedagogía o Foniatría, etc.) para saber si los profesionales deben figurar o no en el ítem de los "Otros Significativos".

9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas: Se trata de consignar las opiniones y creencias que generan determinados modos de manejarse del consultante y las otras personas significativas frente al problema y al Paciente Identificado, es decir el marco general dentro del cual vienen ensayando sus soluciones.

Esto incluye a las personas de prestigio aunque no estén en interacción directa con el caso (Por ej.: un médico que alguna vez declaró que casos de este tipo son irreversibles, y esto es considerado como artículo de fe por la madre). Esto se diferencia de las soluciones intentadas en que aquellas representan las acciones concretas, mientras que éstas representan el marco actitudinal más amplio en el que las soluciones se inscriben. Por ej.: la solución intentada por la madre es hacer las cosas por el chico cada vez que éste manifiesta que no puede por sí mismo, y las soluciones están enmarcadas en la creencia de que el chico es débil y hay que ayudarlo con protección.

10) Motivación:

a) Qué objetivos busca al consultar: ¿Para qué cree que le puede servir la terapia? Consignar si por ejemplo busca entender qué le pasa, calmar a alguien, convencerse de que no puede hacer nada, tener con quién descargarse, etc.

Nos referimos siempre al/los consultante/s, que puede/n incluir o no al Paciente Identificado.

b) Qué espera que haga el terapeuta: ¿Cómo espera o supone que el terapeuta debe comportarse en el tratamiento? Registrar cosas tales como si quiere que el terapeuta lo escuche, le interprete, lo apoye ante otros, le ofrezca consejos, etc. ¿Es de la gente que supone que el terapeuta debe intervenir pronto, o de los que creen que es necesario conocerlo muy bien antes de decirle algo?

11) Posiciones y lenguaje del/los consultante/s que pueden ser útiles: Registrar aquí las formas del consultante/s de considerarse a sí mismo/s, valores, creencias y visiones del mundo (no ya referidas al problema sino de índole general que pueden constituir una buena apoyatura para intervenciones del terapeuta). Por ej.: "Si hay algo importante para mí es entender por qué hago las cosas"; esto serviría para que el terapeuta elabore una detallada explicación de la sugerencia posterior.

12) Diagnóstico: Describir el circuito que mantiene la conducta-problema, sea en términos de conductas observables o actitudes recíprocamente confirmatorias. Ej.: del 1ro.: La madre se levanta -el niño se orina- la madre se levanta. Ej.: del 2do.: La madre cree que el hijo es torpe como consecuencia de un golpe -el niño se comporta torpemente-la madre reconfirma su creencia.

13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste. Se trata aquí de focalizar o parcializar- un aspecto del motivo de consulta, y pactarlo como meta a lograr a través del proceso terapéutico.

En algunos casos se podrá pactar esta meta como suficientemente significativa como para dar por terminado el proceso cuando se logre. En otros, se pactará como un primer paso pequeño pero significativo (aunque no suficiente). En ambos casos, debe quedar registrado a qué clase pertenece la meta mínima, que siempre debe consignarse en términos de comportamiento observable,

14) Objetivo del terapeuta: ¿Qué quiere lograr el terapeuta, o sea qué eslabón o segmento busca cambiar para lograr una modificación en el estado diagnosticado?

Por ejemplo, conseguir que esta mamá deje de proteger a su hijo cada vez que el papá lo frena, o cualquier otra alternativa que interrumpa el circuito.

Si el circuito no fue descrito en términos estrictamente conductuales sino actitudinales, el terapeuta debe describir cuál es el cambio de actitud buscado, y citar a modo de ejemplo una conducta observable que indicaría que dicho cambio se produjo.

En el caso de que el objetivo sea que la madre no siga tratando al chico como si fuera tonto, podría especificarse que lo deje ir al supermercado y manejar las cuentas.

15) Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante: Se trata de registrar las principales intervenciones y el grado en que "entraron", para ver si vale la pena insistir en ellas o no.

a) Entendemos por reformulación toda adjudicación de significado hecho por el terapeuta a las conductas relacionadas con el motivo de consulta, y que pretenda modificar la percepción que en el sistema consultante se tenga de las mismas.

b) Con sugerencias nos referimos a alternativas de acción propuestas por el terapeuta, dejando margen de elección por parte del consultante para ser rechazadas, sin que ello implique "desobediencia".

Por prescripciones entendemos indicaciones explícitas de conductas a ser cumplidas o bien desafiadas (parado-

jales) como modo de cooperar con el progreso del tratamiento. Por ej.: las tareas para realizar entre sesión y sesión.

El ítem c) debe llenarse con la descripción del tipo de tratamiento indicado, y la explicación de esa elección a paciente si la hubo. Por ej.: "comienza grupo, o terapia familiar, o relajación porque...".

16) Predicciones: Consignar aquí las anticipaciones que el terapeuta haga respecto a comportamientos posibles con los que los miembros del sistema reaccionarán a las intervenciones de esta entrevista.

17) Estrategia a seguir: Registrar aquí las maniobras o modalidades de acción que el terapeuta considera convenientes para el logro de su objetivo, y/o aquellas que cree que hay que evitar porque lo alejan del mismo. Para esto es necesario tomar en cuenta no sólo dicho objetivo y las soluciones intentadas por el consultante, sino también las primeras reacciones de éste a las intervenciones realizadas, y las predicciones consignadas precedentemente.

18) Quiénes son citados para la próxima: Especificar a qué miembros del sistema en particular cita el terapeuta para la próxima.

19) Número de sesiones previstas: Registrar aquí el número máximo de sesiones que se estipula para el logro de la meta mínima (en el caso de que este plazo sea especificado), o el número y lapso probables del tratamiento, si solo lo pensó para sí mismo.