

La Redefinición como Intervención en Medicina Familiar

Dra. Patricia Cordella

Médico Psiquiatra Infantil

Docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN: Una redefinición puede ser una intervención eficaz cuando la patología aparece en un contexto de estrés relacional.

Redefinir no es aconsejar. Redefinir es re-posicionar los datos de tal forma que aquello que aparece a-etio-lógico, des-membrado, in-soluble tome una posición de problema-solución, haciendo posible algún cambio hacia el bienestar.

Redefinir es crear una unidad de sentido (Merleau-Ponty, 1953) terapéutico.

Entregar este producto relacional a la familia (aunque sea a través de uno o dos de sus miembros) comienza el camino de la sanación. Curar que es remover la causa, también supone construir una causa cuando ésta se escapa a la mirada médica tradicional.

La medicina dialógica (1) supone que hay dos sujetos trabajando sobre el sufrimiento de uno de ellos y la vocación del otro.

En este artículo veremos los pasos necesarios para construir una redefinición. Redefinir presume un ordenamiento hacia la acción: derivaciones, ingreso de otros profesionales a la red de tratamiento, modificación de indicaciones, modificación de la experiencia que se tiene con la enfermedad. Especialmente necesario se torna esto cuando alguno de los miembros requiere derivación hacia otros modelos de tratamiento e intervención como son los modelos psicológicos del sufrimiento humano.

Para redefinir es necesario crear un espacio de trabajo común con el paciente que re-posicione el motivo de consulta de tal forma que sea posible realizar algún tipo de intervención en el contexto de una inter-versión.

INTRODUCCION

Como una forma de entender el microproceso deductivo-inductivo-silogístico (en tanto busca nuevas relaciones entre las partes del sistema configuracional de una patología) que se realiza hasta construir una redefinición vamos a recorrer juntos los caminos, los fondos de saco, los atajos y las piedrecillas que molestan en los senderos colaterales cuando intentamos construir un espacio de encuentro dialógico. Aquí el paciente no es un sujeto que porta un objeto (2) llamado síntoma acudiendo donde un experto para librarse del mismo sino que es un sujeto experiencial, viviente, sufriente que se porta a sí mismo en el síntoma. Es un ser humano comunicando analógicamente. Pidiendo ayuda sin pedirla, queriendo cambio, sujeto a la homeostasis. Diciendo en un código sin palabras que «la cosa no va». Hablando de sus tramas fisiológicas enredadas con las narrativas cotidianas de su vida. Ha hecho un juego de niveles y significados cuyo resultado ha sido un síntoma, una enfermedad, una lesión de órgano.

La palabra afectada (el decir de verdad aquello) será una mediadora entre la fisiología y la asignación de significado. El mejor vehículo de contacto para entender y repositonar la experiencia de la enfermedad es el espacio de encuentro con otro que se dice a sí mismo a través de ciertos órganos. La antigua medicina privilegiaba la escucha por sobre la vista. Una silla y una oreja son las mejores herramientas de un médico (1, citando a Hipócrates). Hoy nuestros pacientes tienden a ser transformados en imágenes objetivas, en puntos de una curva estadística, en sujetos matemáticos con tendencias a ciertos riesgos que han sido vistos por una

tecnología y que se sienten mal-tratados si no tienen acceso a este derecho contemporáneo y moderno que daría el enfermar.

La redefinición supone una antigua habilidad: escuchar. ¿Qué escuchar? Escuchar las palabras, los tonos, los gestos, la construcción de la emocionalidad a la base del discurso que el paciente presenta, la forma en que acepta la invitación a saber más de él y su familia. Se trata entonces de recoger información empática. Preguntas del tipo: ¿Cómo será estar en ese contexto? ¿Qué habría hecho yo en ese lugar, que ellos no han hecho? ¿Qué asuntos permanecen en la sombra, ajenos, ocultos al sistema y que me parecen tan evidentes?

Traer el contexto vivencial del paciente, traer aspectos «olvidados» o como diríamos técnicamente «negados» (dejados fuera de la conciencia por dolorosos, confusos o indeseables).

La escucha empática es una escucha flotante que captura fenómenos totales como la emocionalidad tejida en la interacción con la familia o el médico; la forma de angustiarse y pedir ayuda (que nos habla de su forma de ser y por tanto de la forma que el paciente utilizará para resolver su problema); el halo dispuesto en torno a la enfermedad y que tiende no solo a perpetuarla sino que a agravarla.

Veremos cómo sucede el proceso a través del cual es posible construir de manera sencilla una forma de re-organizar, re-disponer, re-vivir aquello que viene tan organizado desde la familia como desmembrado del contexto.

DEL MOTIVO DE CONSULTA A LA REDEFINICIÓN

Caso clínico: Pamela, 10 años, es traída por su madre ya que hace un año tiene dolor abdominal. En la historia reconocemos un dolor abdominal recurrente de probable origen «psicógeno». Hace tres meses ya ha sido derivada a gastroenterólogo, quien descartó toda posible «organicidad». (Hemos decidido poner entre comillas la alusión a la dicotomía base con que se presentan los pacientes con diagnósticos que no son resueltos con las medidas médicas habituales y tradicionales. En estos casos la dicotomía parece hacer la separación entre los «buenos pacientes orgánicos» que responden a tratamiento y los «malos pacientes psicógenos» (o psicosomáticos) que son rebeldes a curarse.

Desde esa fecha, Pamela, ha recibido diferentes espasmolíticos sin lograr disminuir la inasistencia a clases y existiendo un deterioro en su rendimiento escolar evidente, si sigue así le avisaron que repetirá.

La madre piensa que esto es nervioso. El padre dice que es maña y decide que no hay que hacerle caso según consta en la ficha.

Esta vez sin embargo, el padre está con licencia y puede acompañarla a la consulta. Ayer estuvo en cama con mucho dolor y deseos de vomitar. La madre la dejó con dieta y cedió parcialmente.

En esta cuarta consulta, luego del estudio por especialista, estamos frente a Pamela, su padre y un dilema: ¿Qué hacemos? ¿Volvemos a indicar un antiespasmódico? ¿Hay otra forma de intervenir en estas recurrencias que no sea bloqueando las vías del dolor? ¿Será posible que estas vías estén relacionadas con otras, a las cuales pueda llegar de alguna forma? ¿Dónde estará el límite entre el funcionamiento del sistema simpático y parasimpático de Pamela y “aquello que debe estar ocurriendo en su entorno”?

Una configuración sintomática es algo flexible y re-estructurable. Son como protoestructuras (3) expectantes, prontas a aparecer ante el estrés.

Antes, descarto depresión, sé que a esta edad los niños pueden tener muy mezclados los síntomas ansiosos con los del ánimo (asuntos del desarrollo). El ánimo de Pamela parece andar bien, excepto los días de dolor en los cuales prefiere quedarse en casa y hacer «cosas tranquilas». Su sueño anda bien; su apetito no ha variado; participa en un grupo scout y hace un mes hizo una salida a pesar de las aprehensiones de la madre.

Entonces me pregunto: ¿qué será este dolor? ¿Cómo estará configurado el sistema relacional-emocional-visceral de Pamela que por momentos desprende entre sus resultados este dolor? Si vuelvo a indicar antiespasmódicos los dejaré tranquilos por un momento, pero existen muchas probabilidades de que vuelvan con el mismo motivo de consulta y me dejen en el mismo camino sin salida. ¿Podré recoger otra clase de información que me permita realizar otra clase de intervención?

¿Cómo hago este proceso en esta configuración vital?

Decido intervenir a través de una redefinición. Haré un nuevo proceso de construcción de esta realidad. Esta vez cuento con el padre que a pesar de ser un miembro de la familia poco sensibilizado con el dolor de la hija habla de maña, una forma rabiosa de tratar un dolor... no le gusta este desajuste probablemente) se aliará conmigo buscando solución a este embrollo.

Sí, voy a buscar otra clase de información, una que me permita hacer otra clase de intervención.

MOVIMIENTO UNO: AMPLIANDO EL FOCO DE INFORMACION

Mi primer movimiento es pensar que toda persona está en un contexto y todo síntoma está en un contexto. El motivo de consulta es el síntoma y/o su contexto (parafraseando a Ortega y Gasset «yo soy yo y mis circunstancias»).

PASO UNO: EL SÍNTOMA

Las preguntas que traen la ampliación del foco sintomático son:

- ¿Cuáles son las pautas, recurrencias o formas crónicas de relación que sostienen el síntoma? Es decir, qué conductas entre los miembros de la familia se repiten en torno al síntoma. ¿Cuando a Pamela le duele el abdomen qué hace la madre, el hermano, el padre? ¿Alguien más es convocado?
- ¿Qué cambios relacionales suceden a propósito de l síntoma? ¿Cómo se comportan las díadas? ¿Hay quienes se unen o desunen cuando el dolor aparece o desaparece?
- ¿Qué asuntos dejan de suceder cuando aparece el síntoma? ¿qué oculta el síntoma?

Toda esta información es relevante y necesaria para construir la red relacional que mantiene el síntoma in-tacto, completo, re-presentándose una y otra vez. Para construir esta trama nos introduciremos en la cotidianidad de la familia. ¿Qué hace, siente o dice cada miembro de la familia cuando aparece el dolor de Pamela? ¿A quién le afecta y cómo?

Con este movimiento, el médico está jugando con una figura intelectual. Al centro se encuentra el síntoma. Ha sido hipostatizado (4), transformado en un objeto. El médico está funcionando en su imaginario con un objeto-síntoma que hace circular entre los miembros de la familia. En las respuestas a sus preguntas se va enterando cómo cada uno utiliza el síntoma de forma diferente.

Este uso del síntoma por el sistema familiar da una idea de aquello que ha sido llamado «funcional». Algo sigue funcionando mientras haya síntoma. Como si el síntoma lograra mantener un cierto orden. Posicionando el síntoma al centro de la conversación, podemos obtener esa clase de información que surge cuando a propósito de ese algo conocemos la mirada o lectura que del mismo hace cada sujeto.

Esta multiperspectiva hace posible construir un objeto de varias caras,

que al tener funciones diversas nos muestra la necesaria permanencia entre ese organismo que llamamos sistema. Además, conocemos cuáles conductas, pensamientos, creencias, necesidades hacen que permanezca allí aunque no sea más que un convidado de piedra.

Un síntoma tiene la capacidad de postergar la resolución de otros problemas de la familia. Un síntoma es una alarma biológica que conmina ser apagada y que sin embargo está sonando advirtiendo fallas en la seguridad del sistema.

Un síntoma es una conducta (en este caso más bien visceral que musculoesquelética) y por tanto tiene algo que expresar, efectuar, adquirir y modular proposicionalmente (desde, entre, hacia, con... el ambiente (5).

La madre había relatado que desde que Pamela está con «este dolor pegado» su propia madre la ayuda más. Ahora, dada las frecuentes visitas de la abuela ha retomado su trabajo de repostería en la casa. La abuela cuida de Francisco el hermano menor de tres años. Esto le otorga cierta independencia económica que reestructura la relación de pareja moviendo un tanto la sólida institución de dependencia vertical que la pone constantemente en riesgo y tensión con su marido. Con esta independencia se ha hecho más atractiva también para el marido quien dice estar pasando un buen momento de pareja a pesar de esta preocupación.

El dolor por tanto ha realizado ciertos movimientos contextuales interesantes:

- a. Ha bajado la tensión en la línea femenina de la familia extensa, con lo cual Pamela puede mirar *ad portas* de su pubertad tanto a la abuela como a la madre pudiendo revisar e identificarse (hacer propias ciertas características de otro) tanto con características femeninas como con la forma de relación madre-hija de su propia madre. Tomando por ejemplo los aspectos de colaboración y solidaridad que solemos tener las mujeres alrededor del tema del cuidado de los hijos junto con otros aspectos femeninos que la ayuden a construir una forma de ser mujer en el siglo que la contiene (con mayor independencia y capacidad de trabajo productivo, además de las tareas de maternaje).
- b. La relación de pareja ha movido una de sus estructuras más pesadas. La relación de dominio sumisión que parece estabilizar ciertas relaciones y que sin embargo termina por estatizarlas, manifestando su queja a través de múltiples síntomas (maltrato, alcoholismo, infidelidades, desencuentros, entre otros) ha cedido la tensión en beneficio del crecimiento de uno de sus miembros.
- c. La familia se ha abierto a la incorporación de otro miembro (la abuela)

Como esta vez es el padre quien acompaña a la niña, se le pregunta a él qué ha significado este síntoma que acompaña a la familia hace tanto

tiempo para él.

El médico antes de hacer la pregunta ha notado en la cara del padre una psicomotilidad que lo asemeja a un depresivo. Aparece con una mueca en la boca, una sonrisa como sobreimpuesta y las cejas en omega. Además está más bien cabizbajo e intenta ser muy cuidadoso con aquello que habla. Es un hombre de 43 años que ha logrado ascender en la empresa donde trabaja. Ahora es supervisor de producción en una fábrica de calzados, donde está muy bien conceptuado. Para él el trabajo, la eficiencia, el rendimiento, el orden son asuntos de mucha importancia. No fuma, no bebe y no entiende por qué a Pamela le duele el estómago de esta manera. Cree que debiera pasarse con el tiempo porque «el tiempo todo lo cura». El médico entiende que detrás de estas palabras el padre parece querer comunicar algo doloroso para él. Toda esta información es posible de relacionar si, al ser atendida la niña, se le dan unos pocos minutos al padre para saber quién es la persona que tenemos en frente. En cuanto al síntoma de Pamela, el padre dice estar más bien distante del mismo. Los días domingo, a veces, cuando salen a pasear al «shopping» ha aparecido y entonces la madre se apresura a dar el antiespasmódico con lo cual cede y él puede desconectarse del mismo.

Al parecer, el padre evita relacionarse con este dolor.

El médico se pregunta. ¿el padre evita relacionarse con *todo* dolor? ¿Hay isomorfismo presente en esta pauta relacional? ¿Habrá otra clase de dolores enredados y capturados por estas conductas? ¿Tienen relación los dolores de otros miembros o de otros niveles de la existencia con los dolores abdominales de Pamela? ¿Será eficiente en este corto tiempo de consulta que los traiga al espacio de esta relación?

Ya que he decidido re-estructurar la información de este cuadro psicosomático, decido abrir este nivel. Y entonces paso al otro paso de una redefinición.

PASO DOS: ISOMORFISMOS, DIFERENCIAS, COMPLEMENTARIEDADES

- a. **Isomorfismos:** Se llama así al proceso a través del cual encontramos las coincidencias entre un nivel y otro del sistema. En este caso la pregunta sería (según lo que hemos avanzado en estos pocos minutos de consulta...)

¿Hay alguna otra clase de dolor que se mantenga intacta como este síntoma?

Es decir, existe en otro nivel del funcionamiento familiar (historia, creencias, relaciones, otros síntomas) algo que sea del tipo «duelo» (valga la coincidencia), otra vez. Esta palabra tiene dos caras al menos, la del dolor físico (yo como órgano duelo) y la de la pérdida de algo muy querido... un duelo.

En este caso, al mencionar la palabra duelo... el padre agacha la cabeza se entristece y cuenta cómo es de difícil para él aceptar la muerte de su

madre, ocurrida hace 8 años cuando Pamela empezó a caminar. Se emociona y llora (ojo: este es un caso clínico real).

b. Diferencias

Es la información que obtenemos al contrastar el funcionamiento familiar CON el síntoma y SIN el síntoma

¿Cómo es la familia antes el síntoma?

¿Cómo sería una vez que desaparezca? En este caso el padre responde que el no vería diferencias excepto que Pamela dejaría de venir al médico.

Entonces se le pregunta: ¿Qué cree que contestaría la madre a esta pregunta? El padre sonríe. Estaría muy feliz porque ella está preocupada.

Al incorporar el posible pensamiento de otro miembro de la familia, incluyo en el padre una pregunta que intentará contestar al llegar a casa (ya le dejé una tarea, sin decirlo)

c. Complementariedades

Es la información que obtenemos al mirar de que forma el síntoma muestra aspectos que completan faltas. En este caso se pregunta ¿Es habitual que usted acompañe a su hija al médico?

El padre es requerido en su capacidad de cuidado en este acto. El síntoma hace a parecer una conducta que habitualmente el padre no pone en la relación con la hija (con la cual es más bien normativo) ni en la relación con la esposa (a la cual le delega la salud de los hijos).

El padre refiere que es inusual su presencia en estos casos, pero que feliz la ha acompañado, pues dentro de sus obligaciones como jefe de familia está la de velar por la salud de todos.

En este momento ya contamos con alguna información relacional. Es decir hemos ampliado el foco hasta saber qué asuntos giran, suceden y se enlazan con el síntoma. Recordemos que no sólo hemos recogido la información verbal, sino toda la información analógica. Mientras estamos hablando con el padre, Pamela ha dibujado su aparato digestivo.

Le decimos al padre que describa lo que ve. Aparece un dibujo muy desordenado, sin principio ni fin, que ocupa toda la hoja y que no está contenido en cuerpo alguno. La boca y el ano resultan estar al mismo nivel. Solo hay un estómago al centro y un corto tubo que vuelve hacia la boca. El dibujo es bastante caótico dice el padre. Se entiende poco. Es confuso. Se pregunta, si esto tiene en la cabeza, debe estar muy confundida con lo que le pasa.

Con todo esto ya es posible plantear algunas hipótesis relacionales en la construcción de síntomas somáticos.

MOVIMIENTO DOS: LA DANZA DE LAS HIPOTESIS

Mientras van ocurriendo estas interacciones, el médico ha ido pensando diversas hipótesis que contrasta a través de preguntas o descripciones y que guían su quehacer.

La redefinición en este caso requiere que se planteen hipótesis que llamaremos relacionales por cuanto enlazan diversos elementos tanto de las relaciones entre las personas que con-viven como entre los niveles de experiencia sintomática del sistema.

La hipótesis relacional es una construcción de la realidad que intenta reunir los datos dentro de una trama lógica que permita salir de un callejón sin salida hacia una nueva forma de mirar y por tanto solucionar el dolor. Hay formas preestablecidas de estructura hipotética relacional. Las más conocidas son aquellas que unen las personas en díadas o en triángulos. Sabemos que cuando predominan las cercanías diádicas por sobre los triángulos aumenta la agresión relacional. Un tercero abre espacio, pues abre alternativas de relación (en forma, calidad y cantidad). La hipótesis surge de los modelos de relaciones humanas.

El médico de familia usará en la construcción de estas hipótesis: teoría sistémica, teoría de la comunicación, cibernética, modelos de la física cuántica, modelos epistemológicos (cómo se conoce aquello que se conoce), neurociencia, desarrollo humano y modelos dinámicos de la interacción. De aquí la importancia de los cursos teóricos que tome acerca del entender interaccional y de la constante preocupación por estar al día en estos temas.

Como lo ha dicho el psicoanálisis por más de 100 años, la forma de almacenar la memoria de las relaciones es a través de ciertos patrones que se usarían a modo de praxis sintética al momento de interaccionar. Lo que algunos llamarán presentificar el pasado o reeditar relaciones antiguas o primarias o infantiles. Es decir, desde pequeños hacemos protorelaciones pautadas que organizarían nuestra emocionalidad relacional. Conocer las bases de la teoría psicoanalítica es también una forma de ayudarse en el entender de estas conductas básicas. Hoy en día estamos buscando la relación entre la neurociencia y la psicología. La ciencia está usando los modelos de entender el funcionamiento mental psicológico para crear otras formas de entender las interacciones entre sustancias. Son los nuevos enlaces (6). También hay redefiniciones a este nivel...

Sigamos. La hipótesis es una construcción que parte desde el «movimiento uno» ya descrito y en el cual el médico ha observado una serie de asuntos (sin habérselo propuesto, porque suceden aún sin tenerlos como objetivos).

Ha observado los siguientes niveles:

- La estructura lógica de pensamiento y habla: palabras o frases repetitivas que llevan a pensar o sentir determinados asuntos. En este caso el padre habla de dolor (el duelo con su madre) la hija habla de dolor (en el aparato gastrointestinal). Uno y otro dolor son relatados con cronicidad y desesperanza.
- La estructura relacional: ya sabemos que la pareja tiene una forma de complementariedad donde la dependencia parece ser un tema importante. No sabemos hasta que punto se es dependiente... aun-

que suponemos que si hay dolor abdominal puede que sea hasta el nivel más primitivo dentro de lo biológico: el visceral.

- c. La forma de contactarse de los miembros: la madre lo ha hecho desde la exigencia al sistema médico y el padre desde la distancia primero, la involucración afectiva, después (a pesar de cómo había sido descrito por la madre). La niña en vez de hablar el pedido se duele. El hermano está asintomático y no va al jardín. Su desarrollo ha sido normal.

El imaginario de Pamela. Hay poca estructura en el entender de su síntoma. Hay varios elementos irracionales como la cercanía de los orificios de salida y entrada, el megaestómago y la escasez de intestino... si Pamela construye de igual forma sus entendederes relacionales, podemos suponer un sistema confuso y por tanto angustiante.

Por otra parte, al realizar las preguntas anteriores el médico se ha conectado también él con sus propias historias, lecturas, experiencias, reflexiones, dolores... puesto que para ser empático recurre a su bagaje personal.

El acto de la construcción hipotética resulta transformado en una pregunta proposicional. El médico propone una forma de mirar. En este caso la pregunta hipotética ya ha sido ¿hay otros dolores en la familia aparte del dolor abdominal recurrente de Pamela? Esto parte de varios supuestos teóricos y de algunas observaciones. Los supuestos teóricos son el isomorfismo de las estructuras en los diferentes niveles de funcionamiento humano (elección de un modelo de orden preferente) y de las observaciones de la psicomotricidad del padre junto con el clima depresivo de la conversación.

En este caso, la hipótesis resultó justa y se pudo abrir una zona de duelo, haciendo presente que hay sitios de emocionalidad congelados al interior de la familia. Sin embargo pudiera haber sido que la pregunta fuera por otro lado. Por ejemplo... si nos hubiéramos tomado de las quejas de la madre con el padre en las visitas anteriores y hubiéramos armado la siguiente hipótesis: «La madre usa el dolor de la hija para hacer responsable al padre de los aspectos de cuidado que como tal le debe» y le hubiéramos preguntado al padre ¿fue difícil para usted venir hoy día? ¿Es habitual que usted se haga cargo de las enfermedades de su hija? ¿Cuál cree que fue la razón que hizo que se decidiera usted a venir independiente al hecho de su licencia?

Este tipo de pregunta nos habría llevado a la hipótesis: «Hijo con problemas implica padres con problemas», sin embargo, no estaba la madre ahí y eso le resta fuerza a la pregunta, puesto que el padre puede «escapar de sí» al hablar de la relación o de la mujer sin estar ella presente. De todas formas pudo haber sido un camino que nos habría llevado a otras asociaciones y finalmente acciones. Por ejemplo, de qué manera es la relación padre-hija y como hacer algunos cambios.

O podríamos haber seguido el camino del dibujo ¿qué puede haber de confuso en el entender de Pamela? ¿En qué otros niveles hay una percepción así de caótica? De nuevo nos enfrentamos con la teoría... el cambio

viene desde cualquier nivel... y finalmente cambia a los otros.

Con todo esto, quiere decir que la hipótesis no es más que una forma de reorganizar, que no es la verdad del sistema, no es la respuesta al porqué del dolor abdominal, sino más bien al cómo del dolor. Por eso no es tan importante qué hipótesis elijamos, en cuanto que sea respetando lo que *ese día* está puesto *ahí*.

La fuerza de cambio y, por tanto, de intervención de una redefinición está en la carga emocional que lleva. Por tanto trabajar el aquí y ahora me augura mejores resultados que hablar de terceros que no están ahí o de momentos que no están aquí. En esto está incluido el médico. Todos en ese momento constituyen el sistema de consulta. Todos se están encontrando. El médico debe cautelar este hecho para que las hipótesis que se vayan construyendo ayuden a una redefinición-intervención.

Muchas veces tendremos que hacer hipótesis y luego soltarlas. Una hipótesis es solo un trazo lineal de un fenómeno global. Una hipótesis es tratar de describir Santiago despejado después de una lluvia explicando el banco mojado de la Plaza de Armas. El banco de la plaza no es Santiago aunque una buena descripción podría contener mucha información acerca de nuestra ciudad.

MOVIMIENTO TRES. LA REDEFINICION MISMA

La re-definición es una operación que lleva a darle otro significado a una situación. Es decir, es un cambio en el marco conceptual-emocional-relacional en el cual se experimenta la situación. Se mantienen los elementos que conforman la situación, pero se disponen de diferente manera con lo cual se produce un cambio estructural en la relación. Es posible cambiar el sentido, no así los hechos.

En este caso es posible reencuadrar el dolor de Pamela de la siguiente manera:

«En esta familia hay más de un dolor golpeando la puerta. Algunos lo dejan golpear en la guatita como Pamela, otros en el ánimo como usted y otros en la resignación como la madre. No sabemos que irá a ocurrir con Francisco, que ahora tiene tres años. Para los que estamos cuidando de Pamela, sería fácil volver a darle espasmolíticos y hacer acallar el dolor, pero no podemos dejar de pensar que tal vez ella está diciendo o haciendo algo más con esto».

Este tipo de intervención suscita generalmente alguna respuesta por parte de los padres... algo como... ¿Usted se refiere a mi dolor, como otro dolor? ¿Por lo de mi mamá? No logro imaginarme cómo una cosa afecta la otra...

El médico probablemente, siguiendo su redefinición diría algo como: Tal vez es algo sobre lo cual puede reflexionar o tal vez tiene razón y son cosas desconectadas, a pesar de parecerse en lo recurrentes y pesadas.

El objetivo de la redefinición es hacer de un motivo de consulta clausurado uno que quede abierto a otras redes de relación y que por tanto indique otras puertas de salida. Lo importante en la redefinición más que la redificación misma es el cómo construirla. Aquí van algunas indicaciones útiles:

1-Utilizar el lenguaje de la familia: referirse a las personas, las ideas, las formas que utilice la familia (esto se recoge de la búsqueda anterior de información).

2-Respetar el *tempo* de la familia. Hay familias de prosodias rápidas otras con mayor latencia entre las palabras. Es importante acoplarse a este ritmo.

3-Abrir un espacio de aceptación y confianza desde el cual moverse: este espacio es algo que requiere ser construido desde el momento que entra al box el padre.

4-Amplificar, dar intensidad al foco: como si estuviéramos viendo el fenómeno a través de una lupa, destacando algunos detalles de la realidad que estaban fuera en el primer relato.

5- Una redefinición es una construcción de la realidad ÚNICA e IRREPETIBLE realizada en ese momento por esas personas en ese encuentro: el mismo paciente y el mismo médico en otra ocasión habrían hecho otra redefinición.

6-Utilizar la información entregada por la familia: todo prejuicio del médico debe quedar fuera.

7- Utilizar un lenguaje que llamaremos «con aire» es decir un lenguaje metafórico que permita utilizar las figuras armadas para diferentes situaciones y que permita incluir otras redefiniciones o soluciones al sistema.

Aquí se dejan abiertas las alternativas. Una redefinición NO es un acto directivo es un acto SUGESTIVO que puede sugerir ciertas acciones, pero no imponerlas. Recordemos que apenas hemos visto el banco de la

plaza de Armas y no podemos presumir conocer Santiago.

La pregunta que ya se nos impone, si seguimos este camino es: ¿De qué puede servir poner el dolor de Pamela en un encuadre relacional? La respuesta es que una re-definición en la cual se han incluido elementos contextuales aumenta las posibilidades de movilización del sistema. Cuando el padre llegue a casa, la madre le preguntará cómo le ha ido y él probablemente contará «su asunto», aquello le sucedió sin pensar en la consulta con el doctor, abriendo un diálogo entre ellos antes clausurado. Abrir las zonas congeladas de dolor hace que los estados de ánimo que permanecen encapsulados puedan entrar en espacios de elaboración y acercar al bienestar.

¿De qué forma esto puede redundar en Pamela? Cómo ya cada uno está suponiendo en muchas e imprevistas formas!!! Lo «mágico» es que nosotros no sabemos cómo lo harán ellos particularmente, sólo que es posible, dependiendo de la sanidad de la familia, que estos movimientos sucedan luego que en consulta han sido activados, han quedado vibrando aspectos que la realidad anterior no contemplaba. Si, en cambio, se tratara de una familia más rígida y con sistema de control de angustia muy acotados, la redefinición cae en tierra de nadie, es semilla que no germina y Pamela volverá con su dolor. Ahí probablemente como médico de familia, tendré que pensar en derivarla a un especialista que esté más entrenado que yo en hacer hipótesis, soltarlas y redefinir junto a familias difíciles.

Nota: Pamela es una ficción, pero su caso no. En realidad se trata de una paciente que consultó durante tres años por dolor abdominal recurrente. Cuando llegó a consultar estaba pronta a ser intervenida quirúrgicamente para diagnóstico. Era todo lo que ella quería, pues no soportaba más el dolor. Las intervenciones realizadas fueron similares a las planteadas con algunos agregados dada la cronicidad. Si Pamela hubiera consultado a alguien que entendiera de redefiniciones no habría estado tres años con problemas, hospitalizaciones y exámenes. En cuatro sesiones de terapia familiar Pamela ya estaba sin dolor. Espero que esta reconfiguración haya seguido estable.

Bibliografía

1. Lolas F. Mas allá del cuerpo. Ed. Universitaria, 1998.
2. Foucault. El nacimiento de la clínica. Siglo XXI editores, 1995.
3. Bucci W. Psychoanalyze and cognitive science: a multiple code theory New York. The guilford press, 1999.
4. Huneus F. Lenguaje Enfermedad y pensamiento. Ed. Cuatro Vientos: Santiago, 1995.
5. Díaz L. La mente y el comportamiento animal. Ed. Fondo Cultura Económica, 1994.
6. Cordella P. Reflexiones acerca de los nuevos enlaces. De: Terapias y familias, Julio 2000.