

Artículos por Invitación o entrevista a Experto



What do reports report? Searching for help in cooperation

Ricardo Ramos Gutiérrez^a

^aEscuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”. a.canevaro@liberto.it

Historia editorial

Recibido: 08-06-2021

Primera revisión: 06-08-2021

Aceptado: 06-08-2021

Palabras clave

comunicación interprofesional,
informes, acontecimiento,
cambio multicéntrico, sinergia

Resumen

Desde una concepción multicéntrica del cambio, ligada al evento, se postula que aquel no es el fruto de la intervención de un profesional especialmente capacitado sino el resultado de la sinergia, percibida y procurada por el terapeuta, entre profesionales ya presentes en el caso cuando se movilizan en torno a un evento. El foco del terapeuta no está tanto en las dificultades de un individuo o las relaciones de una familia cuanto en un Caso, entendido como una definición de una situación problemática de una familia construida por los profesionales que mantienen entre ellos relaciones de cooperación y competencia, definición que un evento de la vida pone a prueba. Resulta, pues, prioritario el análisis de los instrumentos de comunicación interprofesionales. Uno de estos son los informes. En su redacción un profesional comunica no solo lo que sabe, sino una postura al respecto. Pero no es tanto la postura libremente asumida por un sujeto autónomo, sino la que habría de asumir cualquier profesional de su categoría en su posición, y la distancia que su implicación personal le permite tomar de ella. Habría que comprender qué hace que un profesional diga lo que dice, en qué posición queda cuando lo dice de esa manera y qué aspectos de esa posición se pueden movilizar a favor del cambio. Es en la distancia entre lo que tendría que decirse/hacerse y lo que bien podría hacer el profesional si no lo apremian donde el terapeuta puede buscar y activar las sinergias que hacen posible el cambio.

Abstract

From a multicenter conception of change, linked to the event, it is postulated that change is not the result of the intervention of a specially trained professional but the result of the synergy perceived and sought by the therapist between professionals already present in the case when they are mobilized around an event. The focus of the therapist is not so much on the difficulties of an individual or the relationships of a family as on a Case, understood as a definition of a problematic situation of a family constructed by professionals who maintain cooperative and competent relationships among themselves; a definition challenged by life events. Therefore, that analysis on interprofessional communication tools is key. Reports are among such tools. In them, professionals communicate what they know, while at the same time taking a position on the case. This is not so much the stance freely assumed by an autonomous subject, but rather that which any professional of their category would have to assume in their place, and the distance that their personal involvement allows them to take. It should be understood what makes a professional say what they say, in what position they are when they speak up in a certain way and what aspects of that position can be mobilized in favour of change. It is in the distance between what should be said/done and what the professional could do well if not pressured where the therapist can seek and activate the synergies that make change possible.

Keywords

interprofessional
communication, reports, events,
multicentric change, synergy

El presente trabajo se inscribe en un proyecto de elaboración de una concepción multicéntrica del cambio, fundamentada en el Modelo Narrativo-Temático (Ramos 2001, 2008, 2015, 2018; Ramos et al. 2020) y ligada al Evento (Badiou, 2006; Ramos, 2019), concepción que postula que el cambio no se produce ni se mantiene a través de una intervención específica (terapia) de un agente de cambio específico (terapeuta), sino a través de la sinergia de varios agentes (en lo que respeta a este artículo, profesionales) que trabajan en el caso simultáneamente y de forma autónoma, cuando son requeridos por un Evento. El terapeuta, cuando el caso incluye una terapia, no siempre produce el cambio, sino que “está” en el.

Y está con diversos niveles de protagonismo en casos y momentos diversos. Hay veces en los que le toca promoverlo (concitando apoyos profesionales que lo sostengan) y otras en que le toca, en base al poder simbólico que socialmente se le concede, apoyar, impulsar, ratificar y certificar lo que ya han conseguido o pueden conseguir otros profesionales que ya estaban allí.

Este planteamiento implica una reconsideración sobre el objeto de nuestro trabajo. Postulamos que no trabajamos con las dificultades de un individuo (en relación) o de una familia (con individuos) de los que podemos esperar o promover una Demanda, más o menos explícita y atendible. Trabajamos con un Caso más o menos complejo y crónico (no somos profesionales de primera línea), en el que nos podemos procurar una influencia más o menos profunda y duradera, que dependerá de la que ya han alcanzado otros profesionales presentes en el caso y a requerimiento de alguno de los cuales que lo deriva (requerimiento aceptado con más o menos interés por el sistema natural) intervenimos nosotros.

Trabajamos en el espacio de influencia que nos conceden y en el que somos capaces de procurarnos. Y es al hilo de lo que está y puede seguir pasando, tal como están las cosas, donde se juega lo que nos van a dejar hacer. Trabajamos inmersos en una situación, y desde dentro de esa situación (Pakman, 2011); y es dentro de ese espacio de posibilidades en el que conseguimos abrirnos hueco donde puede tener cabida la Demanda del sistema natural (lo que, en vista de la que está cayendo, usuario y/o familia pueden estar interesados en abordar con nosotros). La Demanda no precede y origina el encuentro, sino que lo continúa y lo dota de una cierta dirección.

Es necesario especificar que entendemos por Caso. Lo concebimos como una definición de una situación problemática y/o conflictiva (y sus consecuencias probables) por la que está pasando un sistema natural, a la que se ha llegado a través de conversaciones lideradas por profesionales, que ha alcanzado una formulación estabilizada (es un caso de X: trastorno alimentario, familia desestructurada...), pero no estable, en tanto que sujeta a polémica entre esos mismos profesionales (un caso de trastorno alimentario indiscutible en una familia también desestructurada versus una familia indiscutiblemente desestructurada uno de cuyos miembros sufre un trastorno alimentario, y otros sufren tal o cual) (Ramos et al., 2020).

En base a esta definición, resulta conveniente ocuparse de cómo se genera, se articula, se transmite y se interpreta entre los profesionales la información relativa al caso. Distinguimos dos formas básicas: la informal, normalmente a través de conversaciones directas (discurso no institucional), y la formal, mediada por documentos (discurso institucional; informes en nuestro caso – Pecheux, 1978)

En la comunicación informal el significado de la información básica se transmite narrativamente bajo la forma de una serie limitada de anécdotas significativas, que se articulan unas con otras como la trama narrativa básica por la que el caso se identifica, adoptando la forma de una historia inacabada, pero orientada, que apunta hacia un final indeseado (Ramos et al., 2015) “Es el caso de la chica que tal”, “Ah si, que el padre cual” “Si, si que la madre lo de más allá” “Vaya, ¿y qué más ha pasado ahora?”...

Aquí nos ocuparemos de la comunicación formal, transmitida por informes. El corpus de base lo componen dosieres de demanda de terapia familiar, integrados por la solicitud de terapia, relle-

nada por la familia, y los informes solicitados voluntariamente a los profesionales implicados en el caso, de los que usaremos algún ejemplo breve, por motivos de espacio.

Son solicitudes realizadas a una unidad de terapia familiar no territorializada, con lo cual tanto los derivantes como los otros profesionales (que pueden, o no, mandar un informe) no tienen por qué conocer personalmente a los receptores de la derivación ni mantener con ellos ninguna relación jerárquica específica. Imperan entre ellos las relaciones de poder genéricas (las que pueda haber entre un trabajador social, por ejemplo, y un especialista en terapia) y las particulares que dependen de la ascendencia que cada uno ha conseguido y trata de mantener sobre el caso en el momento de la derivación. Y esa ascendencia conseguida o pretendida juega en la decisión de mandar o no un informe (salvo en el caso del derivante formal en que resulta obligado) como estrategia de hacerse presente en la derivación o aprovecharla para salir del caso.

Un profesional presente en el caso, ante una preocupación que siente que podría desbordarle (son las preocupaciones que el caso despierta en el ámbito de trabajo de cada profesional las que le mueven a realizar sus intervenciones, siendo la derivación una de ellas; Ramos, 2019) decide derivarlo a un contexto (terapia familiar) que generalmente implica una ampliación del foco con el que el ya trabajaba (de un miembro de la familia a varios: pareja, familia, progenitor-hijo...). Y lo hace, a veces sin tener que compartir su decisión con otros profesionales que trabajaban con otros miembros de la familia, y otras precipitando con su requerimiento un consenso que tiene mucho de pseudoconsenso, cuyas dinámicas debemos comprender.

En todo caso, su decisión arrastra el pronunciamiento de otros profesionales ante el requerimiento de informes por parte del equipo de terapia familiar; así que, aunque la derivación pueda originarse en una decisión individual, inaugura un proceso de decantación (Ramos, 2003) de los miembros familiares y profesionales implicados en el caso (yo remito / no remito informe; yo estoy / no estoy bien dispuesto a asistir a las sesiones con mi familia). Por lo tanto, al analizar un informe tenemos que tratar de comprender: a) qué es lo que hace que un profesional diga lo que dice en él y cómo; b) en qué posición queda cuando lo dice; c) qué aspectos de esa posición se pueden movilizar a favor del cambio.

QUÉ DICEN LOS INFORMES

Para escribir un informe se tiene que pasar de lenguaje verbal (lo que habla con los compañeros del ámbito – escolar, social o clínico- conocedores del caso) o mental (lo que piensa) al lenguaje escrito; y también seleccionar, de entre todo lo que sabe, lo que se va a incluir.

El paso del lenguaje no escrito al escrito, en un formato no espontáneo sino formal, representa varias cosas; la escritura del informe hace público lo que se sabía confusamente, lo oficializa y lo divulga, a través de un proceso de formalización por el que se pasa de la lógica particular de este caso a la lógica general de casos como este (Bourdieu, 1985), de la experiencia cercana y sentida, aunque sea por persona interpuesta, (“se encaró en clase con tal, que ya sabéis como es”) a la experiencia distante y observada (“desafía a las figuras de autoridad”).

Pero, además, un informe no es un inventario, más o menos completo y conseguido, de lo que se ha podido observar en un ámbito desde una perspectiva determinada. Es un proceso de selección y combinación de lo observado/vivido en base a ciertos criterios clasificatorios que siguen una serie de determinaciones.

La primera determinación es la Preocupación. En un informe se incluyen cosas observadas/vividas que han preocupado al informante, en tanto que profesional en un ámbito determinado (pedagógico, clínico, social) que le han empujado a investigar/intervenir ciertas conductas entre las que ha acabado estableciendo ciertas articulaciones, y ante las que ha conseguido cierto resultado. Hay una secuencia *Inquietud* (acerca de algo que me llama, o sobre lo que se me llama, la atención) → *Preocupación* (valoración de su reversibilidad con los medios que tengo a mi alcance) → *Problema* (valoración de irreversibilidad y necesidad de otros medios) → Informe (Ramos, 2020).

La segunda determinación proviene del posicionamiento del profesional a lo largo de ese proceso. Trazar una distinción para observar y conocer (Spencer-Brown, 1969) se traduce en el mundo social en un proceso simultáneo de distinción, apreciación (valoración dada a la distinción) y apropiación (posicionamiento ante ella; Bourdieu, 1995). Un profesional implicado en un caso no ve (o es ciego a) una conducta del mismo, sino que mira (en una cierta dirección) y asume que de lo que ve le concierne y que no. Se observa desde un *Principio de Visión y División* (PVD), basado en la experiencia práctica, propio del ámbito en el que se trabaja y en referencia al cual se decide qué de lo observado (y qué no) está a mi cargo (Ramos, 2019).

Caso 1. - Se trata del informe de una chica, la mayor de dos hermanos, alumna de un colegio privado de una gran urbe, remitido por su tutora, casi dos meses después de que se hubiera recibido el informe de derivación del médico de cabecera. Dice lo siguiente:

La alumna Zutanita (>15 años) está cursando en la actualidad tal curso en el colegio X. Ha venido nueva este curso. Su integración a la escuela ha sido normal sin que haya ningún hecho destacable en este aspecto.

Es una alumna inteligente, con buenos resultados académicos, por encima de la media de su grupo clase. No obstante, ella busca siempre más y no acepta fácilmente lo que considera un fracaso de nota, que no es necesariamente un suspenso. Alguna vez ha querido imponer públicamente su opinión –objetivamente equivocada– en contra del docente, y eso ha provocado momentos de tensión en clase. Es una persona que cuesta que cambie de opinión, aunque últimamente ha mejorado estos aspectos, una vez que ha comprendido que hay ciertas maneras que no debe hacer servir.

Por lo que hace al trato más personal con la tutora, ha mantenido una distancia, a pesar de que se le ha intentado echar una mano, especialmente a raíz de la muerte de su padre. Es una niña que parece dura, fuerte a la que no le agrada mostrar debilidad públicamente.

Con sus compañeros no hay problema. No es una persona líder de grupo, sino que prefiere mantenerse en segundo término. Se relaciona con un pequeño grupo y parece feliz en él.

Se trata de una chica nueva en el colegio, junto con un hermano 3 años menor, pero de la que se sabe algo que inquieta: la muerte de su padre. Sin embargo, la inquietud se mitiga al comprobar que la buena integración y buenos resultados académicos. Con todo persisten dos cosas que preocupan; de un lado las tensiones con docentes fruto de su alta aspiración académica, aunque se ha hecho algo para reencauzarla ayudándole a comprender que, teniendo la opinión que tenga, debe guardar ciertas maneras. La otra es el duelo por su padre. Tratando de hablar de esto se ha visto que es una chica fuerte, a la que no le gusta mostrar debilidad; pero estas características personales no afectan a sus relaciones con sus compañeros, entre los que no pretende ser líder y parece feliz. Es decir, esa preocupación no tiene repercusiones en el ámbito desde el que el profesional informa.

En base al PVD desde el que se hace la selección de las preocupaciones observadas en un ámbito dado, estas se clasifican en dos dominios: el del Síntoma y el de la Problemática. Síntoma, para cada ámbito, son las preocupaciones de las que el profesional se tiene que ocupar, de las que se le puede pedir, y tiene que aceptar, responsabilidad. Problemática son las que, aunque sea sensible, considera y propone que tiene que ocuparse otro. Llevado por la dimensión Compasiva que implica cualquier preocupación, el profesional está dispuesto a hacer lo que pueda (la tutora ha intentado echar una mano a raíz de la muerte del padre); pero en base a la Dimensión Ejecutiva que toda preocupación comporta, y a la ausencia de consecuencias en su ámbito (yo ya he hecho lo que me tocaba), a quien le toca ocuparse de eso es a otro (¿no se nos pide un informe para una Terapia Familiar?; aquí está; Ramos, 2019).

Cualquier informe tiene una estructura más o menos explícita y desarrollada, según el caso y el ámbito, que se puede descomponer en las siguientes ítems: a) *Quién soy yo* (profesional) para decir lo que digo (categoría profesional, institución...); en este caso tutora. b) *De quién* estoy diciendo lo que digo (miembro del sistema natural en el que centra su intervención); en este caso, hija mayor. c) De qué información partía (*antecedentes*); en este caso, enfermedad y fallecimiento del padre (no

se indica información curricular anterior). d) Qué investigué y *qué me encontré* (procedimientos de verificación de la preocupación). e)Cuál fue mi *intervención* (hablar con la chica de su comportamiento y ofrecerme a hablar de su padre). f) Con qué *resultado* (mejoría del comportamiento y renuencia a hablar del padre). g)Cuál es mi *conclusión*. (en este caso, pese a su forma de ser, no hay problemas con los compañeros). h) Qué *propongo* (o a que me sumo) en consecuencia. i) Qué *acontecimiento*, en su caso, precipita el informe. j) Cómo me propongo *continuar*; ítem este que en muchas ocasiones es implícito.

En este caso no hay ni una propuesta ni un acontecimiento que den una justificación del informe. En un dossier se pueden encontrar tres tipos de informe: a) De *Derivación*, en el que debe expresarse, o darse a entender que se propone o reclama que haga el receptor; b) de *Acompañamiento*, en el que no proponen/reclaman la derivación, pero se suman a ella, dando sus razones y, a veces veladamente, sus propuestas. c) *Protocolarios* (el de este caso) que dan información sobre lo que se ha hecho “a quien pueda interesar”; implícitamente informa de que el profesional va a seguir pensando y haciendo lo que ya pensaba y hacía.

Pero además, en un informe refleja un tono, una atmósfera. Para una chica tan poco problemática, un profesional eficaz y en una situación de cierto dramatismo, este informe resulta un poco aséptico. ¿Por qué? Quizás ayude a entenderlo el tono de la solicitud de terapia de la madre, escrita casi dos meses antes del informe, que la tutora no tenía porqué haber leído, pero de la que probablemente la madre le habló. Dice así:

Mi marido, padre de mis hijos murió hace tanto y yo, su madre tengo una enfermedad crónica, con lo cual no puedo salir del pozo en que me encuentro debido a mi hijo que está rebelde, sobre todo me contesta mal, no estudia y está cogiendo malos modales; y yo no sé cómo tratarlos, me siento impotente y mi salida es llorar. Necesitamos tanto mi familia como yo ayuda urgente de profesionales. Los problemas han llegado a límites que no puedo controlar y si no se nos ayuda yo no sé cómo ayudar a mis hijos. Mi hija dice que no lo necesita, pero que lo hará por mí, y mi hijo no sé si conseguiré que me acompañe; espero que sí.

El dramatismo que se echa de menos en el informe, rezuma en la solicitud de la madre; y en parte se explican el uno al otro. Una acción (en nuestro caso un informe) es lo que es solo a través de sus diferencias con otras acciones posibles y con otros elementos significativos – palabras o acciones- que pueden ser sucesivas o simultáneas (Laclau, 2005; Laclau y Mouffe, 1987). Un informe (como texto) es un nudo en una red (Foucault, 2010). Tenemos, pues, que entender cada informe en el contexto de sus relaciones de complementariedad y contraste con los otros informes presentes y posibles.

QUÉ TRANSMITEN LOS INFORMES

Si bien las emociones del profesional cuentan en la decisión de derivar, en el estilo del informe y en la actitud con que lo tramitan (llamadas reiteradas para agilizar el proceso o inhibición ante la demora), el significado del informe y lo que comporta no depende sólo de las emociones o de lo que quiere decir, sino de lo que debe y puede. El significado de lo que se dice (y hace) depende de lo que ya se ha dicho, de lo que se podía haber dicho y de lo que no se puede decir (Pêcheux, 1978). Y lo que se debe y puede decir se relaciona con lo que nos puede ser contradicho. Aún en los casos de consenso.

Caso 2.- Se trata de un informe de Acompañamiento (el psicólogo del CSMIJ firmante no es el derivante inicial) que dice:

Justifique la prioridad urgente o preferente: Familia con elevada demanda de recursos sanitarios en Salud Mental con evolución tórpida en intervenciones individualizadas por los diversos recursos. En coordinación Médico Familia, Hospital de Día (HD) adultos, psiquiatría adultos y CSMIJ se considera necesidad de abordaje sisté-

mico.

Descripción: Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable.

Datos clínicos relevantes: Paciente adolescente de (próxima a la mayoría de edad) que se visita en nuestro CSMIJ desde hace tres años por presentar alteraciones de la conducta en forma de impulsividad, tendencia a la desinhibición psicomotriz, con conductas de riesgo, las conocidas por nosotros: consumo de cannabis ocasional y alcohol (haciéndose controles periódicos en el centro, siendo negativos los últimos realizados) contactos sexuales inapropiados, con dificultades en las relaciones interpersonales, con los adultos y entre iguales, bajo rendimiento académico.

Tratamiento psicofarmacológico actual tal. Ingesta bajo supervisión familiar.

A lo largo de este proceso es visitada por psicología y psiquiatría del CSMIJ, con objetivo de toma de conciencia del trastorno, reducir las conductas de riesgo y minimizar las consecuencias del trastorno de personalidad. La paciente es poco colaboradora y la psicopatología del progenitor (madre acude hasta el alta actual al HD tal) dificulta la intervención psicoeducativa.

No se ha objetivado alteración en la esfera psicótica estructurada, aunque si se han observado rasgos de autoreferencialidad autolimitados, englobables como síntomas dentro del diagnóstico de TLP y podría estar influido por el consumo de tóxicos.

Estamos ante un informante que habla en su nombre y en nombre de otros profesionales de su ámbito, que tiene conocimiento suficiente del caso (tres años), y que ha tenido en cuenta lo que le han hecho saber de él (conductas de riesgo varias). Es pues un *quien* legitimado para decir lo que dice, pero que se esfuerza en especificar aquellas conductas de riesgo que ha podido fehacientemente verificar (consumo de cannabis y alcohol, ahora con controles negativos). Lo cual le permite sentirse autorizado para, dejando constancia de algo que alguien ha debido plantear (TLP), posicionarse a favor de un diagnóstico más benigno (Personalidad Inestable).

Es un informante que se ha planteado una serie de intervenciones (concienciar a la chica, reducir las conductas de riesgo y sus consecuencias) y que se ha encontrado con una chica poco colaboradora...y con una madre poco fiable. Mirando el caso a través de un PVD centrado en la chica (que me preocupa de esta chica y qué me toca) plantea que lo que le sigue tocando hacer no puede (psicoeducación) hasta que alguien no le cambie a esa madre.

El sentido/efecto de este informe, lo que transmite, se podría resumir como un enunciado básico parafraseable como: “El motivo último de que esta chica no mejore es el estado de su madre”. Esto no es una opinión, sino un marco de acción. El balance de lo que ha pretendido con esta chica, lo que ha conseguido hasta la fecha y lo que se propone seguir haciendo, el Proyecto de Cambio que sustenta (Ramos, en prensa) se podría formular como: “*Esta chica lo que necesita es una madre más firme* (= más madre)” Y eso es lo que, más allá del (pseudo)consenso, lleva al proceso de decantación y lo que espera de la terapia; que alguien, a quien le toque, cambie a esta madre para que la chica y el puedan seguir haciendo lo que el cree que esta chica necesita. Y no tiene mucho tiempo; con la mayoría de edad, pasará al cuidado de otros profesionales.

¿Y la madre? Resumiendo, por motivos de espacio, su informe de Derivación se nos dice que vive con el padre y con esta hija (no tienen otros) en casa de la abuela paterna por motivos económicos (ambos padres en paro) y que fue remitida por su psiquiatra al HD por empeoramiento y dificultad de tratamiento de una depresión y trastorno de personalidad.

Durante la estancia de varios meses en el HD se destaca una ideación suicida persistente que es relacionada con las dificultades con la hija y que da lugar a tres sobreingestas en un estado de conciencia disociado. En base a ello el psiquiatra del Hospital de Día, firmante del informe, indica un tratamiento familiar, lo (pseudo)consensúa con los otros profesionales del caso y le da el alta remitiéndola de nuevo al psiquiatra que se la derivó, sin esperar el comienzo de la Terapia. Diríamos que el enunciado básico de este informe se formularía como: “El motivo último de que esta mujer no mejore es el estado de su hija”, y el Proyecto de Cambio sería: “*Esta mujer lo que necesita es una hija (y con ello una vida) menos turbulenta*”

Postulamos que lo que transmiten los informes no es sólo, o tanto, una selección/combinación de problemas observados/vividos y abordados en alguna forma por el informante, cuanto un posicionamiento ante las contradicciones y antagonismos suscitados a la hora de enfrentar esos problemas. Y ese posicionamiento se hace en base a la *Formación Discursiva* propia del lugar socio-institucional de enunciación desde el que se habla/interviene en una coyuntura (momento del caso) dada (Haroche y et al., 1971).

Una Formación Discursiva (FD) (Foucault 2010; Courtine, 1981) funciona como una matriz de significado y de equivalencias que da cuenta de lo que puedo y debo decir, y lo que estimo que puedo arriesgarme a ignorar, desde un lugar social de enunciación dado; lo que puedo y debo poner en juego de mi acerbo disciplinar (psicoanalítico, sistémico...), en tanto lo que soy (psicólogo, trabajador social...) y donde opero (ámbito clínico, pedagógico, social) en un caso, ante algo que ha sucedido que me interpela y que me llama a pronunciarme (Althusser, 2008).

El profesional no habla/actúa desde su saber disciplinar particular, teñido por su emoción personal, sino en base a la FD en la que está situado. Y esta le proporciona básicamente tres cosas:

A) Un Sujeto Universal (SU) propio de esa FD (Courtine, 1981). Un panel de expertos (psicólogo, sociólogo, filósofo) en un programa de TV para hablar de un tema de actualidad (Bourdieu, 1997) ayuda a entender el concepto de SU. Lo que se espera que digan no tiene que ver con su opinión personal cuanto con lo que diría cualquiera de su profesión que estuviera en su lugar, como si ante el requerimiento de pronunciarse públicamente se disolvieran las polémicas en su campo acerca del hecho sobre el que se está pronunciando. El SU delimita lo que bien podría decir/hacer cualquier profesional de su categoría que se encontrara con un caso “así” en una situación “como esta” (derivación a terapia familiar pocos meses antes de la mayoría de edad, o tras tres tentativas de suicidio disociativas).

B) Cada FD proporciona al profesional concreto que habla desde ella los objetos a los que tiene que hacer referencia (conductas-problema distinguidas en base al PVD con el que el profesional se orienta), los conceptos con los que los aborda, las elecciones temáticas que efectúa (secuencia de lo que se va diciendo/haciendo) y las formas enunciativas a su abasto (comunicación formal e informal; Courtine, 1981).

C) Y, por último, la FD proporciona al profesional los Elementos de Saber propios de ella. Un elemento de saber es lo que hemos llamado enunciado básico, algo que puede enunciar categóricamente con propiedad (“esto es tal -una psicosis, un maltrato-”); “es esto, y no otra cosa, lo que causa tal (es la falta de firmeza de esta madre...; la turbulencia de esta hija...)” (Courtine, 1981, 1982). Un elemento de saber no es un elemento de conocimiento, una verdad, sino algo que desde mi lugar enunciativo me atrevo y me siento legitimado a sostener. Por ejemplo, desde la posición de un católico, la divinidad de Jesús que, siendo por ello inmortal, murió por nosotros.

Elegimos este ejemplo porque hay algo más, todavía, que pesa sobre lo que el profesional no puede ignorar en lo que dice/hace aunque no lo mencione. El discurso sobre un caso no empieza con el informe; en este se mencionan cosas que se le dijeron al informante por hablantes a los que este puede remitir (el propio usuario, la familia, otros profesionales); pero hay otras que ya no necesitan enunciator, que ya están ahí, que casi se diga lo que se diga, caen por su propio peso en un contexto dado. Lo que se ha llamado lo Preconstruido (Paveau, 2006).

“Aquel que dio su vida por nosotros, nunca existió”. No es una paradoja, es un enunciado básico (“La encarnación del Hijo de Dios es un Mito”) formulado en base a lo preconstruido, enunciado desde una formación discursiva no católica en polémica con una católica (Pecheux, 1975). En el informe del caso 2 se sabe de alguien que ha dicho que esta chica tiene un TLP y eso se puede tener en cuenta y rebatir. Pero que algo tiene que tener esta chica, que alguna enfermedad debe explicar estas conductas, eso no se pone en duda aunque no lo haya dicho nadie. Como si fuera inadmisibles plantear que, en las circunstancias en las que vive, lo que está haciendo es tratar desesperadamente de ver si le importa a alguien.

Pero aún hay algo más a tener en cuenta para calibrar lo que transmite un informe: el Acontecimiento. Un informe se emite por y contra un acontecimiento; porque ha ocurrido algo que atenta contra el equilibrio del caso (que cada uno vaya haciendo lo que dice que le toca) y para reconducir ese algo en base a la lógica con la que se operaba (tú piensa lo que sea, pero sigue ocupándote de cambiar a esa hija, mientras yo me ocupo de cambiar a esta madre). Un evento interpela al profesional, aproximándolo al SU de la FD. En este caso 2 el acontecimiento podría ser el alta del HD.

Pero si los resultados que los profesionales han obtenido son exigüos y/o inestables (últimos controles negativos de la hija, reestructuración del tratamiento farmacológico de la madre) las diferencias y contradicciones entre los (colectivos) profesionales que, en base a su PVD avalan a cada miembro enfrentado del sistema familiar, tienden a polarizarse y antagonizarse (Laclau y Mouffe, 1987): “Este madre lo que necesitaría es *otra* (clase de) hija”; “Esta hija lo que necesitaría es *otra* (clase de) madre”. Y con ello, los intentos de consensuar objetivos y esfuerzos tienden a transformarse en efímeros y/o estériles. A menos que...

“El cambio en la familia tiene que empezar en los profesionales” (Seikkula y Arnkil, 2016). Y: “un discurso (el informe de un profesional en un ámbito) es un índice, tanto de las determinaciones que operan sobre el enunciadador como de sus posibilidades de desplazamiento dentro de las mismas” (Pêcheux, 1978). La FD desde la que se opera proporciona un guión bastante estricto al que atenerse, pero cada profesional concreto puede mostrar mas o menos distancia hacia el SU en función de su identificación y su nivelación con el (nivel de formación, por ejemplo un médico-residente bisoño; nivel de experiencia, por ejemplo, un educador de calle curtido).

Porque una “intervención psicoeducativa” ¿no se puede hacer con el padre, y que este transmita a la madre lo que pueda acerca de como entender y reaccionar ante lo que se supone que le pasa a su hija? ¿Sería un desatino si la madre, en vez de un trastorno de personalidad con ideación suicida tuviera, pongamos, un ELA (también ¿por qué no? con ideación suicida)? ¿A que remite, entonces, la “intervención psicoeducativa”.

Postulamos que con la forma de un elemento de saber de la FD desde la que el profesional opera (“la intervención psicoeducativa es lo que mejor funciona en una situación así”) responde al componente emocional desde el que se mueve, una vez hecho balance de lo que ha conseguido; al remanente de la Dimensión Compasiva de las preocupaciones genuinas sobre el caso que le llevaron a intervenir. “Qué pena me da esta chica, y qué poco tiempo me queda para ayudarla”. Y si con el elemento de saber se puede discrepar y antagonizar desde otra FD, con el remanente compasivo se puede sintonizar y colaborar.

Veámoslo con el caso 1. Desde un modelo convencional de Terapia Familiar, ante un caso así, al terapeuta se le abren tres frentes de preocupación: que al hilo de su intervención la madre no vaya a quedar más desempoderada, que el hijo no vaya a anclarse como el chivo emisario y que la hija no vaya a resultar parentificada (excesivamente). Lo que nuestra propuesta añade es que en este tercer frente, en este caso, el terapeuta tiene un aliado natural y predispuesto: la tutora, que aunque ha conseguido sus objetivos parece haberse quedado con ganas de hablar acerca del duelo...si nadie la apremia.

Acorde con nuestra propuesta el terapeuta podría mandar una carta a la tutora informándole de sus propias preocupaciones (no quebrantando con ello ninguna confidencialidad) de si y cuándo va a poder ayudar a esta madre a sentirse más capaz y menos desesperada, a este hijo menos señalado por sus conductas y a esta hija menos desplazada y exigida por lo que se habla en sesión; y rogándole estar disponible para volver a intentar hablar con ella, sobre todo ante el riesgo de que la eventual insatisfacción de la hija con la terapia pudiera repercutir incluso en su rendimiento académico. Cuidadosamente redactada, esta carta se puede compartir con la familia e incluso pedir a la madre, si acepta, que sea ella quien la haga llegar a la tutora. Emplazándonos así todos, unos a otros.

Uno de los instrumentos de intervención del *Modelo Narrativo-Temático* es la activación de los foros conversacionales. La conversación terapéutica, cuyos temas se fundamentan en lo que ya se está hablando en el *Sistema Determinado por el Problema* (Anderson y Goolishian, 1988) no tiene por objetivo cerrar esos temas sino abrirlos para que se continúe hablando de ellos más allá de la sesión, en los contextos conversacionales mas naturales y apropiados (Ramos, 2018; en prensa, b)

En este trabajo hemos intentado mostrar la utilidad de los informes para proporcionar una guía que ayude a elegir los temas mas oportunos y los interlocutores mas pertinentes, en el marco de un concepto colaborativo y multicéntrico del trabajo de cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Althusser L. (2008). *Ideologías y Aparatos Ideológicos del Estado: Freud y Lacan*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Anderson H. y Goolishian H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Evolving ideas about the implication for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Badiou A. (2006). Bodies, Languages, Truths. Conferencia en el Victoria College of Arts, Melbourne. Recuperado de <http://www.lacan.com/badbodiesspa.htm>
- Bourdieu P. (1985). *¿Qué significa hablar?*. Madrid: Akal.
- Bourdieu P. (1995). *Las reglas del Arte: Génesis y Estructura del Campo Literario*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Bourdieu P. (1997). *Sobre la televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Courtine J.J. (1981). Analyse du discours politique: le discours communiste adressé aux chretiens. *Langages*, 62, 9-128.
- Courtine J.J. (1982). Definition d'orientation théoriques et construction de procédures dans l'analyse du discours. *Philosophiques*, 9 (2), 239-264.
- Foucault M. (2010). *La Arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- Haroche C., Henry P. y Pecheux M. (1971). "La sémantique et la coupure saussurienne: langue, langage, discours". *Langages*, 24, 93-106
- Laclau E. (2005). *La razón populista*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Laclau E. y Mouffe Ch. (1987). *Hegemonía y estrategia socialista*. Madrid: Siglo XXI.
- Pakman M. (2011). *Palabras que permanecen, Palabras por venir*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Paveau M.^a. A. (2006). *Les prédiscourses: Sens, Memoire, Cognition*. París: Presses de la Sorbonne Nouvelle.
- Pecheux M. (1975). *Les verités de La Palice*. París: Maspero.
- Pecheux M. (1978). *Hacia el Análisis Automático del Discurso*. Madrid: Ed. Gredos.
- Ramos R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Ramos R. (2003). Temas para conversar: por una terapia construccionista estratégica. *Terapia y Familia*, 16 (2) 38-47.
- Ramos R. (2008). *Temas para Conversar*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Ramos R. (2015). *Terapia Narrativa con familias multiproblemáticas*. Madrid: Ed. Morata.
- Ramos R. (2018). Abordaje narrativo con familias multiproblemáticas: el Modelo Narrativo-Temático. En T.Z. Muldon, E. Gómez y R. Enríquez: *Investigación en Psicoterapia* (pp. 13-51). Guadalajara: ITESO.
- Ramos R. (2019a). Historia, Conversación y Acontecimiento: tres elementos de la Narración Terapéutica. *Revista de Psicoterapia* 30, 114, 17-29.
- Ramos R. (2019b). Elementos para una teoría de la colaboración interprofesional. *Mosaico*, 73, 74-84.

- Ramos R. (2020). De la demanda del paciente a la construcción del caso: los efectos indeseados de la colaboración profesional. *Mosaico* 76, 96-106.
- Ramos R. (en prensa, a). *El Proyecto de Cambio: un instrumento autónomo para la colaboración*.
- Ramos R. (en prensa, b). *La Selva del Maltrato: Caminos de ida, senderos de vuelta*. Madrid: Ed. Morata.
- Ramos R., Aljende L. y García C. (2015). La Coordinación Narrativa: expandiendo el trabajo con la familia por la familia. *Redes*, 32.
- Ramos R., Izu S. y Aljende L. (2020). Las conversaciones del equipo en el Modelo Narrativo-Temático. *Revista de Psicoterapia*, 31 (117), 249-263
- Spencer Brown G. (1969). *Laws of form*. London: Allen y Unwin.