Propiedad de Byton Matute P.

# PENSAMIENTO SISTÉMICO

## NUEVAS PERSPECTIVAS Y CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN

Terapia de pareja

Problemas sociales

Terapia familiar

Salud

Medicación

Formación

Organizaciones

Educación

*Coordinadores*

**Raúl Medina, Esteban Laso y Eduardo Hernández**

Litteris
Psicología

# PENSAMIENTO SISTÉMICO

## NUEVAS PERSPECTIVAS Y CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN

*Coordinadores*

**Raúl Medina, Esteban Laso y Eduardo Hernández**

*Propiedad de Byron Matute P.*

Litteris
Psicología

**PENSAMIENTO SISTÉMICO**

NUEVAS PERSPECTIVAS Y CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN

© 2014, Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES).
© 2014, Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA).
© 2014, Instituto Tzapopan

© 2014, Imagia Comunicación, con sello editorial de Lítteris.
Por características tipográficas y de diseño editorial
Facundo 1304, Col. Unidad Modelo 1304, Guadalajara, Jal. CP. 15960.

*Diseño de portada Imagia Comunicación.*

ISBN: 978-607-8389-00-1

Impreso en México
*Printed in Mexico*

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, parcial o totalmente, ni directa ni indirectamente, ni registrarla o transmitirla por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa y expresa por escrito, de los editores.

# ÍNDICE


INTRODUCCIÓN:
CONTRIBUCIONES AL PARADIGMA SISTÉMICO DE LA RED EUROPEA Y LATINOAMERICANA DE ESCUELAS SISTÉMICAS . . . . . 11

APARTADO I.
**MODELOS Y ESTILOS** . . . . . 19

CAPÍTULO I.
DESCONSTRUYENDO EL "SÍ MISMO FARSANTE" Y EL "SÍ MISMO AUTOCOMPASIVO". NUEVOS APORTES A LA TERAPIA FAMILIAR CRÍTICA. . . . . 21
*Raúl Medina Centeno*
Introducción. . . . . 21
La Teoría Crítica . . . . . 21
La teoría pos-estructuralista y pos-positivista . . . . . 22
La tensión entre los sistémicos y los narrativos . . . . . 22
¿Qué tiene que ver la exclusión social y la cultura con la narrativa personal y su malestar? . . . . . 24
El "sí mismo" como narrativa psicosocial . . . . . 25
El discurso cultural saturado en Latinoamérica y los "sí mismos" del malestar psicológico . . . . . 27
¿Hacia dónde se dirige la intervención psicoterapéutica en un contexto como Latinoamérica?. . . 30
Seis fundamentos para la Terapia Familiar. . . . . 34
Terapia Familiar Crítica: métodos y prácticas clínicas . . . . . 37
Conclusiones . . . . . 42
Referencias bibliográficas . . . . . 42

CAPÍTULO II.
CONTRIBUCIONES AL ENFOQUE SISTÉMICO;
MODELO ECOLÓGICO ROBERTO CLEMENTE: PARA FAMILIAS INMIGRANTES. . . . . 47
*Jaime Inclán*
Introducción. . . . . 47
Modelo ecológico aplicado a familias de inmigrantes . . . . . 51
Caso de familias con hijos que inmigran progresivamente . . . . . 53
Resumen de la intervención . . . . . 68
Referencias bibliográficas . . . . . 70

CAPÍTULO III.
Hoy en palo alto: un trabajo en escuelas californianas con población inmigrante. . . . . 73
*Karin Schlanger, Marina Cinella, Gloria Díaz y Pamela González*
Introducción. . . . . 73
La historia empieza con la terapia breve del MRI y termina en el Grupo Palo Alto . . . . . 74
Población con la que trabaja Grupo Palo Alto en las escuelas . . . . . 78
Tipo de Problemática. . . . . 80
Colaboraciones útiles y necesarias para servir a los estudiantes . . . . . 82
Teoría del Modelo de Resolución de Problemas. . . . . 85
Caso clínico . . . . . 90
Conclusión. . . . . 94
Referencias bibliográficas . . . . . 95

CAPÍTULO IV.
El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. . . . 97
*Esteban Laso Ortiz*
Introducción: la escuela sistémica y el "retorno de lo reprimido". . . . . 97
¿Qué "es" la emoción? Un modelo pragmático . . . . . 101
La continuidad de la experiencia: emociones, estados de ánimo y "sensación de sí mismo" . . . . 106
Emociones primarias, secundarias y síntoma . . . . . 111
Emociones en terapia. . . . . 113
Referencias bibliográficas . . . . . 123

CAPÍTULO V.
Psiconarraciones en psicoterapia sistémica. . . . . 129
*Sandro Giovanazzi Retamal*
Introducción. . . . . 129
Hacia una construcción psiconarrativa del experienciar . . . . . 129
Las psiconarraciones . . . . . 131
La escena y el texto . . . . . 132
La narrativa . . . . . 132
Las narrativas en la familia. . . . . 134
Las técnicas activas . . . . . 135
El diagnóstico a través de las psiconarraciones. . . . . 135
Caso clínico . . . . . 137
Discusión . . . . . 143
Referencias bibliográficas . . . . . 144

CAPÍTULO VI.
Terapia familiar y espiritualidad. . . . . 147
*Juan Carlos Gutiérrez de la Cruz*
Introducción. . . . . 147
El contexto mexicano. . . . . 148
Espiritualidad . . . . . 149
Interacción en el escenario de la terapia familiar. . . . . 150
La experiencia personal . . . . . 152
Postura crítica. . . . . 154
El estilo personal del terapeuta . . . . . 156
Ejercicio social de la igualdad . . . . . 157
Procesos de formación democráticos . . . . . 159
Y entonces ¿cómo? . . . . . 161
Casos para ejemplificar. . . . . 162
A manera de conclusión . . . . . 166
Referencias bibliográficas . . . . . 168

CAPÍTULO VII.
La danza terapéutica. Una aproximación creativa al proceso de formación de los terapeutas. . . . . 171
*José Mª Fuentes-Pila Estrada*
Introducción. . . . . 171
La creatividad. "Alas" al terapeuta . . . . . 175
Aportaciones creativas al proceso sistémico narrativo. . . . . 183
Concluyendo . . . . . 205
Referencias bibliográficas . . . . . 206

APARTADO II.
**Intervenciones en problemáticas específicas** . . . . . 209

CAPÍTULO VIII.
El trastorno bipolar desde la perspectiva sistémica. . . . . 211
*Juan Luis Linares, Carmen Campo y José A. Soriano*
Introducción. . . . . 211
Diagnóstico relacional . . . . . 215
La familia de origen. . . . . 219
Pareja y familia creada . . . . . 221
Estrategias terapéuticas . . . . . 223
Conclusiones . . . . . 226
Referencias bibliográficas . . . . . 227

CAPÍTULO IX.
Concluyendo la entrevista:
la devolución en terapia familiar sistémica. . . . . 231
*Roberto Pereira*
Introducción. . . . . 231
Definición . . . . . 232
Estructura y proceso de la devolución . . . . . 232
La connotación positiva . . . . . 233
El proceso de la devolución . . . . . 233
Características de la devolución . . . . . 234
Preparación de la devolución . . . . . 235
El "momento del terapeuta" . . . . . 237
Devoluciones escritas. . . . . 238
Reencuadres y redefiniciones . . . . . 238
Devoluciones narrativas . . . . . 240
Tareas y prescripciones. . . . . 242
Prescripciones paradójicas . . . . . 244
Rituales . . . . . 244
Devoluciones con equipo y/o supervisor . . . . . 246
Otras devoluciones . . . . . 248
Conclusión. . . . . 249
Referencias bibliográficas . . . . . 249

CAPÍTULO X.
La terapia de pareja en la práctica clínica:
un modelo de diagnóstico e intervención. . . . . 251
*Carmen Campo*
Introducción. . . . . 251
Terapia de Pareja desde la Perspectiva Sistémica . . . . . 252
Proceso terapéutico. . . . . 255
Tipología de conflictos . . . . . 256
Procedimiento. . . . . 263
Ejemplo caso . . . . . 272
Referencias bibliográficas . . . . . 278

CAPÍTULO XI.
Violencia de pareja: trastornos de la personalidad y
uso de sustancias. . . . . 279
*Regina Giraldo, Jose Eduardo Montejo, Juan Carlos Valderrrama y Catalina Wild*
Introducción. . . . . 279

Trastorno límite de la personalidad (TLP) . . . . . 282
Trastorno narcisista de la personalidad (TNP) . . . . . 288
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TPOC) . . . . . 294
Uso de sustancias (USus) . . . . . 301
Referencias bibliográficas . . . . . 308

CAPÍTULO XII.
Toxicomanías, familias y abordaje relacional sistémico. . . . . 311
*Pier Giorgio Semboloni*
Introducción: El Abordaje Relacional Sistémico . . . . . 311
Teoría familiar y toxicomanía . . . . . 312
Intervención familiar . . . . . 318
Nuestra experiencia clínica. . . . . 319
Casos clínicos . . . . . 324
Uso, abuso, dependencia entre escenarios actuales e hipótesis futuras . . . . . 334
Referencias bibliográficas . . . . . 336

CAPÍTULO XIII.
Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en
el tratamiento de los trastornos de pánico. . . . . 341
*Marcelo R. Ceberio*
Introducción: El mundo de los miedos . . . . . 341
El modelo de tratamiento . . . . . 351
Fundamentación teórica . . . . . 354
Algunas maniobras estratégicas y pautas del tratamiento . . . . . 357
Entre la guitarra y el diseño: El pánico de Fernando . . . . . 368
Algunas conclusiones. . . . . 373
Referencias bibliográficas . . . . . 374

APARTADO III.
**Contextos de intervención interdisciplinarios** . . . . . 381

CAPÍTULO XIV.
Terapias de reunificación familiar.
Entre la espada de las familias y el muro de los servicios. . . . . 383
*Ricardo Ramos Gutiérrez*
Introducción . . . . . 383
Principios del Modelo Narrativo-Temático . . . . . 385
Los instrumentos terapéuticos del Modelo. . . . . 386
Los principios del control colaborativo . . . . . 389

Los ejes de las Terapias de Reunificación . . . . . 390
Ejemplo clínico . . . . . 399
Referencias bibliográficas . . . . . 405

CAPÍTULO XV.
CUIDADO SISTÉMICO DE LA SALUD EN/DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS:
UNA EXPERIENCIA SUR-BRASILEÑA. . . . . 407
*Olga García Falceto y José Ovidio Waldemar*
Introducción . . . . . 407
Consideraciones Teóricas . . . . . 408
Historia . . . . . 409
Identificación de los problemas y acciones iniciales . . . . . 411
Operacionalización y funcionamiento actual del programa . . . . . 411
Ejemplos de intervenciones . . . . . 414
Enseñando educación social y emocional (inteligencia emocional) en las escuelas públicas. . . . 415
Futuros proyectos . . . . . 417
Conclusión. . . . . 417
Referencias bibliográficas . . . . . 418

CAPÍTULO XVI.
TRABAJAR CON LAS ORGANIZACIONES: ROMPER EL ESQUEMA. . . . . 421
*Lia Mastropaolo*
Premisas epistemológicas . . . . . 421
El trabajo con los tribunales . . . . . 424
Intervención de consulta en una escuela . . . . . 430
Una intervención de consultoría en la escuela que introduce un cambio . . . . . 431
Una intervención de Counseling en una empresa . . . . . 433
Conclusión. . . . . 436
Referencias bibliográficas . . . . . 436

CAPÍTULO XVII.
REPENSAR LA INTERVENCIÓN CLÍNICA: REFLEXIONES ENTORNO AL CAPITAL
SOCIAL Y SUS APORTES AL MODELO ECOLÓGICO EN TERAPIA FAMILIAR. . . . . 439
*Eduardo Hernández González y Karla Alejandra Contreras Tinoco*
Introducción . . . . . 439
Capital social; el concepto . . . . . 441
La terapia familiar vista desde el enfoque ecológico . . . . . 447
La propuesta del modelo . . . . . 449
Conclusiones . . . . . 450
Referencias bibliográficas . . . . . 451

CAPÍTULO XVIII.
Los beneficios de la mediación familiar para falicitar el diálogo en el divorcio y fortalecer los lazos familiares. . . . . 455
*Sandra Paredes Baltazar*
Introducción. . . . . 455
Familia y matrimonio. . . . . 456
Divorcio . . . . . 457
Dimensión jurídica del divorcio . . . . . 457
Dimensión psicológica del divorcio . . . . . 458
La Mediación . . . . . 458
Mediación Familiar en casos de divorcio . . . . . 459
Modelos de Mediación . . . . . 462
Principios básicos de la Mediación . . . . . 464
Uso de la narrativa en Mediación . . . . . 465
Como trabajar para lograr cambios exitosos . . . . . 466
Mediador Familiar . . . . . 467
Caso: Familia XY . . . . . 470
Conclusión. . . . . 471
Referencias bibliográficas . . . . . 472

CAPÍTULO XIX.
Pasos hacia una paidopsiquiatría sistémica. . . . . 475
*Mauricio Leija Esparza*
Introducción. . . . . 475
La esencia de la paidopsiquiatría . . . . . 475
El desarrollo de la paidopsiquiatría sistémica . . . . . 476
¿…Y si el paidopsiquiatra sólo quiere ver niños?. . . . . 479
¿Cómo ejercer la psiquiatría infantil y dormir tranquilo?. . . . . 481
La irreverencia del paidopsiquiatra . . . . . 482
¿Existe una psicofarmacología sistémica?. . . . . 486
Ilustración de la propuesta teórica: Experiencia en el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) . . . . . 488
Conclusión. . . . . 490
Referencias bibliográficas . . . . . 491

# INTRODUCCIÓN

## Contribuciones al Paradigma Sistémico de la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas

> *"A través de las lentes holísticas nuestra crítica a los médicos significa claramente ignorar el sistema total dentro del cual nosotros y los médicos tenemos nuestra existencia, y que ese sistema comprende la totalidad de nuestra civilización contemporánea… Es ese el paradigma: tratar los síntomas para preservar al mundo de la patología… Y así, el médico que se concentra en los síntomas corre el riesgo de preservar o fomentar la patología de la cual los síntomas son parte… [y por otra parte] siempre sospeché que los pacientes sometidos a psicoterapia exageran sus historias traumáticas y sus síntomas multiplicándolos por tres y que eso es benéfico para ellos" (Bateson, 1978, en 1993:373).*

Gregory Bateson fue el padre fundador de la Terapia Familiar Sistémica en los años sesentas del siglo pasado, su aguda propuesta condujo a re-pensar no solo a la enfermedad mental sino todo el sistema "cultural" médico que lo sustentaba, tal y como lo expresa en la cita de arriba. "Ver" la psicopatología como un sistema relacional recurrente, el cual está hecho de una complejidad comunicacional, produjo toda una revolución en la psicología clínica; que inspiró a decenas de psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos para constituir y desarrollar una serie de estilos clínicos que se enfocan en "los sistemas" donde las personas viven. El ¡Boom! Sistémico intentó penetrar con su propuesta a los sistemas de salud, Italia desde el empuje de Franco Basaglia –motivado por la antipsiquiatría- logró algo, los sistémicos lo han hecho solo en algunas comunidades, cabe mencionar el extraordinario trabajo de Seikkula y compañía (2001) en Finlandia. Sin embargo Bateson no pudo imaginar que la "cultura" médica y psiquiátrica tenía y siguen teniendo un gran poder que se resiste a dialogar con otros y sobre todo a re-pensarse.

A pesar de ello, el modelo sistémico sigue generando propuestas holísticas, que tratan el malestar psicológico como una íntima condición social. Como ejemplo de ello, es RELATES. Me explico, en el 2004, bajo la iniciativa y liderazgo de Juan Luis Linares de Barcelona y Roberto Pereira de Bilbao, congregaron a Marcelo R. Ceberio y Horacio Serebrinsky de Argentina; Regina Giraldo de Colombia; José Antonio Pérez del Solar de Perú y Raúl Medina Centeno de México, para fundar la Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES). El objetivo fue establecer un vínculo académico, profesional y de amigos para trabajar en

investigación, formación e intervención sistémica en diversas áreas, como clínica, organizaciones, redes, mediación y couching. Esta Red desde entonces ha generado un "diálogo abierto" entre sus miembros, mediante una gran movilidad académica entre profesores y alumnos; y la organización de una Jornada anual donde nos reunimos para conocer los nuevos aportes y avances al modelo sistémico que cada escuela está generando. Además de entablar un intercambio académico y profesional, se ha desarrollado en cada jornada, una relación lúdica entre amigos que ha enriquecido nuestra Red. Estas jornadas han tenido como sedes Guadalajara, México; Barcelona y Bilbao, España (en varias ocasiones); Lima, Perú; Buenos Aires, Argentina; Bogotá, Colombia; Cuenca, Ecuador y este año de nuevo Guadalajara, México.

Desde entonces la Red ha crecido en miembros, actualmente la componen 28 instituciones entre Universidades, Centros, Escuelas e Institutos: Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica, Guadalajara, México; Doctorado Interuniversitario en Psicología de familia e intervenciones familiares (PIDFIF), Universidades de Lisboa y Coimbra, Portugal; Centro de Formação e Assistência à Saúde (CEFAS), Curso de Formação em Terapia de Casal e Família, Campinas, Brasil; Centro de Terapia Familiar e Intervención Sistémica, Ponta Delgada, Islas Azores, Portugal; Magister en Terapia Familiar (METF), Departamento de Psicología Universidad de la Frontera, Temuco, Chile; Instituto de Capacitación y Desarrollo Familiar IFAMI, Trujillo, Perú; Centro de Terapia Familiar Llibertat, Cajamarca, Perú; Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile; Centro Integral de la Familia CIF, Quito, Ecuador; Institute for Family and Community Care/ Centro Roberto Clemente, New York, USA; Escuela de Terapia Familiar Sistémica de México (EFTASIS), Querétaro, México; Escuela de Terapia Familiar UAB, Hospital de St Pau. Barcelona, España; Centro de Formación en Terapia Familiar Sistémica "Juan Luís Linares" – ESIC – Escuela Sistémica de Terapia Familiar – Cajamarca, Perú; Grupo Palo Alto, Asociado con el Centro Latino de Terapia Breve/MRI Palo Alto (CA), USA; Centro Peruano de Terapia Familiar y de Pareja, Lima, Perú; Escuela Sistémica Argentina, Buenos Aires, Argentina; Doctorado en Psicología, Universidad de Flores, Buenos Aires, Argentina; Maestría en Terapia Familiar Sistémica, Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA), Guadalajara, México; Corporación Terapéutica Relacional, Bogotá, Colombia; Maestría en Terapia Familiar Sistémica, Universidad Libre de Costa Rica, ULICORI; Universidad Católica de Montevideo, Uruguay; Instituto Da Familia, Porto Alegre, Brasil; Centro Genovese di Terapia della Famiglia, Genova, Italia; Instituto de Sexualidad Humana, Maestría en Terapia Familiar (ISH), Univ. Autónoma de Sto. Domingo, Rep. Dominicana; Instituto Tzapopan, Guadalajara, México; Fundaterapia - Escuela Sistémica de Bogotá, Bogotá, Colombia; Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar EVNTF, Bilbao, España y la Escuela Sistémica de Chile, La Serena, Chile (www.redrelates.org).

Como podrán advertir, la Red se ha expandido más allá de las fronteras de Iberoamérica, por lo que se decidió en el 2013 en Bilbao, España cambiar el nombre por el de Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas. RELATES ha crecido y sigue en aumento en miembros, pensamientos, ideas, propuestas metodológicas, etc. un buen pronóstico que viene a materializar, en parte, el sueño de Bateson.

Uno de los recursos que le da identidad y enriquece a RELATES es la "Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales: Redes" (www.revistaredes.es) que cuenta con dieciséis años de vida con 29 números, dos por año. En esta revista, además de ser el medio de comunicación académico de RELATES, han publicado sus trabajos y pensamientos los más prestigiosos terapeutas de todo el mundo, y se ha convertido en una de las revistas de referencia más importantes en idioma castellano del modelo sistémico.

Cabe destacar que RELATES está integrada por una serie de autores y actores que hoy son reconocidos internacionalmente por sus aportes al Modelo Sistémico; sus múltiples publicaciones son citadas por cientos de académicos en el mundo. Cabe mencionar los trabajos de Juan Luis Linares, Ricardo Ramos, Carmen Campo, Félix Castillo, Roberto Pereira, Marcelo R. Ceberio, Raúl Medina, Regina Giraldo, Jaime Inclán, Pier Giorgio Semboloni, Lia Mastropaolo, Karin Schlanger, Olga Falceto, Claudia Lucero, Sandro Giovanazzi, Esteban Laso, entre muchos otros. Estos se han convertido en innovadores del modelo que son referencia y orgullo de nuestra Red.

Y para ¡muestra basta un botón! En esta ocasión presentamos la publicación: PENSAMIENTO SISTÉMICO: Nuevas Perspectivas y Contextos de Intervención. La cual se integra de diecinueve capítulos, organizados en tres apartados. El contenido de este libro expresa fielmente el pensamiento de Bateson, que citamos al inicio de esta introducción, donde el concepto holístico implica el estudio del sistema y narrativa de los problemas que se analizan e intervienen. Además de permitir un pensamiento crítico sobre nuestro propio paradigma [como parte de la naturaleza del modelo sistémico que propuso Bateson: imposible no seguir re-pensándonos y explorar nuevos caminos], hace posible desde las historias y recursos de las propias personas o familias que acuden a nosotros, navegar en problemas sociales desde la interdisciplinaridad. En pocas palabras, tal como lo verán, esta publicación es una alegoría de la complejidad sistémica.

El primer apartado es: MODELOS Y ESTILOS, donde se presentan los capítulos DESCONSTRUYENDO EL "SÍ MISMO FARSANTE" Y EL "SÍ MISMO AUTOCOMPASIVO". NUEVOS APORTES A LA TERAPIA FAMILIAR CRÍTICA de Raúl Medina Centeno. Este explora la narrativa cultural saturada que se personifica en un cierto discurso que denomina "el sí mismo farsante y el sí mismo autocompasivo", que

conduce a construir un marco social organizado donde se genera el malestar psicológico, y propone desconstruirlos desde un pensamiento crítico, como dispositivo que hace ver a las personas como agentes corresponsables de su propio bienestar.

Jaime Inclán en CONTRIBUCIONES AL ENFOQUE SISTÉMICO; MODELO ECOLÓGICO ROBERTO CLEMENTE: PARA FAMILIAS INMIGRANTES, nos presenta un estilo de intervención inspirado en el modelo ecológico de Bronfenbrenner como guía para analizar la complejidad de las fuerzas directas e indirectas que afectan al desarrollo de las personas y su medioambiente. En este caso la intervención se dirige a familias hispanoparlantes, latinoamericanas, inmigrantes y pobres, con el objetivo de que estas encuentren en su propia comunidad los recursos y el acceso a servicios de salud mental con conocimiento de su idioma y cultura.

Por su parte Karin Schlanger, Marina Cinella, Gloria Díaz y Pamela González en HOY EN PALO ALTO: UN TRABAJO EN ESCUELAS CALIFORNIANAS CON POBLACIÓN INMIGRANTE, nos presentan el modelo de Palo Alto de la psicoterapia breve de manera sistematizada e histórica, para enlazar con la actualidad y contextualizarlo en escuelas con población hispana y migrante, donde muestran la eficacia de la intervención hacia esta población que vive en California y le imprimen un toque de optimismo al modelo por los resultados alcanzados en estas poblaciones.

El capítulo EL TRABAJO CON EMOCIONES EN TERAPIA FAMILIAR: TEORÍA Y APLICACIONES de Esteban Laso Ortiz, tiene el objetivo de contribuir a la "recuperación de las emociones" en la teoría y la práctica de la terapia familiar y relacional y, eventualmente, a una teoría global de la misma; a partir de una extensión de la "ecología de la personalidad" de Juan Luis Linares. Para proponer la integración de diversas técnicas y conceptos de la terapia familiar bajo un mismo estandarte que Laso denomina: el cambio del significado encarnado emocional.

PSICONARRACIONES EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA de Sandro Giovanazzi Retamal. Este autor ofrece una guía de trabajo con una base teórica y de intervención con énfasis en lo que denomina psiconarraciones. Para Giovanazzi, la psicoterapia es un contexto/texto de trabajo clínico donde surgen múltiples historias que hacen referencia al pasado, al presente y al futuro, por lo que propone las psiconarraciones como recurso psicoterapéutico que conecta con escenas de los pacientes (individuos, parejas y familias), que abarcan temáticas relacionadas a la familia de origen, a la familia creada, y a sus contextos relacionales más significativos, con el fin de generar cambios de texto y con ello diluir los síntomas.

TERAPIA FAMILIAR Y ESPIRITUALIDAD de Juan Carlos Gutiérrez de la Cruz. Este autor presenta una serie de reflexiones que inician con una perspectiva general del contexto mexicano y algunos datos sobre religión y creencias, para enlazarlos con los conceptos básicos de Bateson acerca de la espiritualidad y la cibernética. Su propuesta gira en la necesidad de una postura crítica respecto a las creencias

personales y de los otros en el tema de la espiritualidad, para minimizar los riesgos de la rigidez que ciertas creencias pueden ejercer. Pone el acento en el estilo personal del terapeuta y los fenómenos de su formación: sobre todo los temas de la igualdad y los procesos democráticos. Para finalizar, reflexiona acerca de cómo puede funcionar este ejercicio post-democracia "de segundo orden".

LA DANZA TERAPÉUTICA. UNA APROXIMACIÓN CREATIVA AL PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS TERAPEUTAS de José Mª Fuentes-Pila Estrada. Nos introduce con la creatividad, para considerarla un activo que favorece los cambios. Explora el concepto y lo pone al servicio de la formación en psicoterapia. Propone motivar la mirada compleja de sus narrativas que favorezcan la construcción progresiva de un relato sin fin: el de su rol como terapeutas y exploratorio. Para concluir que la activación de las dotes creativos será un recurso fundamental en su formación y al final como agentes de cambio.

El denominador común de los capítulos de este apartado es la presentación de estilos propios de intervención y formación que contribuyen al modelo sistémico, desde una contextualización local con impactos globales.

El segundo apartado que se titula INTERVENCIONES EN PROBLEMÁTICAS ESPECÍFICAS, se compone de los siguientes capítulos: EL TRASTORNO BIPOLAR DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA de Juan Luis Linares, Carmen Campo y José A. Soriano. Estos autores se enfocan en el trastorno bipolar, como una complejidad imposible de definir en un diagnóstico biológico. Para ello, analizan la historia de este problema desde la nosología psiquiátrica, y proponen un diagnóstico relacional, como metáfora guía, para generar un modelo de intervención que restaure las relaciones nutricias de estas personas y con ello su salud.

CONCLUYENDO LA ENTREVISTA: LA DEVOLUCIÓN EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA de Roberto Pereira. El autor señala en este artículo que en la Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar se utiliza el modelo sistémico clásico para la intervención y formación, y en particular desde la supervisión se utiliza un encuadre que favorece la devolución. Para esta escuela, la devolución es considerada como un momento privilegiado para intervenir, puesto que su preparación y desarrollo predispone a la familia a escucharla con especial atención. Además, tras ella se abre un largo periodo de reflexión y comunicación sobre lo dicho, que dura al menos hasta la siguiente sesión. Por lo tanto, consideran la devolución como un recurso terapéutico sistémico fundamental.

En LA TERAPIA DE PAREJA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN MODELO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN, Carmen Campo presenta a la pareja como una dimensión de la familia que es necesario convocar para conocer el todo, y como recurso para restaurar las relaciones. Señala que la terapia de pareja es una modalidad de intervención que permite desde el inicio incorporar una perspectiva diferente,

que por una parte mejora y completa el diagnóstico y por otra se convierte en una nueva fuente de recursos. Sin embargo, nos muestra la complejidad del tema y a la vez nos proporciona una guía de estudio e intervención sistémica.

VIOLENCIA DE PAREJA: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y USO DE SUSTANCIAS. Regina Giraldo, José Eduardo Montejo, Juan Carlos Valderrrama y Catalina Wild. Los autores muestran en este capítulo su investigación, intervención y psicoterapia sistémica del fenómeno del maltrato familiar, en especial de la violencia en la pareja. Señalan que la violencia conyugal afecta en mayor medida a las mujeres, aunque aclaran que es un tipo de violencia que se presenta en toda clase de parejas, en distintas fases de la relación, en edades cada vez más tempranas y es ejercida por ambos miembros, a pesar de ser los varones quienes mayoritariamente lo hacen. Proponen un abordaje relacional y ecológico que observa los elementos que conducen a la violencia repetitiva y los recursos con los que se puede desactivar.

TOXICOMANÍAS, FAMILIAS Y ABORDAJE RELACIONAL SISTÉMICO de Pier Giorgio Semboloni. Este autor nos regala una larga experiencia clínica en intervención con las toxicomanías. Se apropia del modelo sistémico para enfrentar el problema desde la familia de origen. Sin embargo, señala con cautela que los terapeutas sistémicos deben tomar en cuenta que existen una multitud de factores en este problema en especial y que tanto el terapeuta como su paciente, son una mínima parte de un gran sistema suprapersonal. Asimismo, considera que el contexto como mirada sistémica es donde encontraremos su sentido y resolución, acotando el sistema familiar como el principal objeto de intervención terapéutica.

El último capítulo de este apartado es LOS JUEGOS DEL MIEDO. HACIA UN MODELO INTEGRADOR EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PÁNICO de Marcelo Rodríguez Ceberio. Este autor, emula el modelo de Palo Alto para integrarle un estilo propio, argentino, que lo llena de creatividad latina y en este caso, desde ahí, nos presenta una metodología de intervención pormenorizada con problemas de trastornos de pánico. El autor señala que el modelo que presenta tiene 15 años en elaboración y desarrollo, que se dedica a estudiar y describir al síntoma para desmoronarlo, rompiendo con las soluciones intentadas fracasadas. Además, es un estudio atento sobre los intentos de solución que implica aplicar una variable nueva contraria a la lógica convencional, binaria y la linealidad que respaldan las acciones tradicionales.

Cada uno de estos capítulos, tal y como su título lo señala, enfrentan una serie de trastornos o técnica específica desde donde los autores exponen su mirada y estilo propio de intervención.

Por último, el tercer apartado: CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIOS, se integra de los siguientes capítulos: TERAPIAS DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR. ENTRE LA ESPADA DE LAS FAMILIAS Y EL MURO DE LOS SERVICIOS

de Ricardo Ramos Gutiérrez. Ricardo nos introduce a un estilo psicoterapéutico narrativo que le denomina Modelo Narrativo-Temático. Desde este modelo, se enfoca en reunificar a las familias que han sido separadas por recomendaciones de los Servicios de Protección al Menor, con el fin de que estas restauren su salud antes de seguir juntos. Ricardo nos presenta un panorama complejo que implican varios sistemas que intervienen y tienen poder en la vida de las personas. Su objetivo es darle coherencia a todas las narrativas sobre el problema para que las familias y terapeutas visualicen una historia posible en el futuro.

CUIDADO SISTÉMICO DE LA SALUD EN/DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS: UNA EXPERIENCIA SUR-BRASILEÑA de Olga García Falceto y José Ovidio Waldemar. Estos autores representantes del Instituto de la Familia del Sur de Brasil, definen su estilo como una Terapia Sistémica Integrativa. Reconocemos que la organización de los sistemas ampliados, principalmente el cultural y el económico, tienen una influencia determinante en la organización de los subsistemas que se constituyen en su interior. El objetivo de intervención lo definen como buscar resquicios por donde entrar para disminuir la disfunción. Este capítulo se enfoca en intervención en el sistema educativo, en especial en escuelas, en las que hay alumnos que viven en estancias infantiles y juveniles, porque muchos padres tienen problemas con la ley, la mayoría tiene problemas socioeconómicos y familiares y en ese sistema educativo los profesores son mal pagados. A pesar de esto, los terapeutas han encontrado en los profesores un gran recurso para el cambio, ya que la gran mayoría de estos, tienen una gran vocación, aunque existe una sobre carga que los conduce a la extenuación.

TRABAJAR CON LAS ORGANIZACIONES: ROMPER EL ESQUEMA de Lia Mastropaolo. Esta autora nos introduce un trabajo sistémico con organizaciones, presentando su estilo de intervención en diversas organizaciones que requieren del consultor sistémico ya sea para intervenir ante un problema o para mediar ante una red. Su enfoque innovador lo define como la habilidad de desconstruir un contexto para reconstruirlo según una lectura sistémica como primer e inevitable paso de redefinición de las relaciones en juego para elaborar una intervención. Desde ahí inicia para restaurar el diálogo entre los actores en conflicto.

REPENSAR LA INTERVENCIÓN CLÍNICA: REFLEXIONES ENTORNO AL CAPITAL SOCIAL Y SUS APORTES AL MODELO ECOLÓGICO EN TERAPIA FAMILIAR de Eduardo Hernández González y Karla Alejandra Contreras Tinoco. Estos autores desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, proponen establecer puntos de convergencia entre la teoría de capital social y la terapia familiar. Esta convergencia, señalan los autores, puede conducir al trabajo clínico a visualizar más recursos en la familia, en especial activando algunas redes donde vive la familia para su protección y desarrollo. Con ello invitan al terapeuta familiar a explorar en la teoría sociológica nuevos recursos para el cambio.

LOS BENEFICIOS DE LA MEDIACIÓN FAMILIAR PARA FALICITAR EL DIÁLOGO EN EL DIVORCIO Y FORTALECER LOS LAZOS FAMILIARES de Sandra Paredes Baltazar, nos introduce con las bondades de la mediación con parejas en proceso de separación. Señala que como abogada y terapeuta familiar sistémica apoya a las familias durante la solución de conflictos; la canalización de las familias hacia una terapia familiar mediática, independientemente del final de su historia, que favorece el buen desarrollo familiar. Agrega que una de las prioridades de esta empresa es el acompañamiento a las familias en sus problemáticas, así como la protección de los lazos emocionales, donde los hijos son los más vulnerables y por ende donde se observan daños, en ocasiones, irreparables.

Por último Mauricio Leija Esparza en su capítulo, PASOS HACIA UNA PAIDOPSIQUIATRÍA SISTÉMICA, propone una tarea difícil: aproximación interdisciplinaria entre el modelo "sistémico" y el psiquiátrico, en especial en evaluación y tratamiento psiquiátrico con niños y niñas. Hace referencia que este trabajo de fusión de modelo ha tenido buenos logros y resultados en un contexto institucional de salud mental en México, y propone un modelo de paidopsiquiatría sistémica.

Tal como podrán advertir en el contenido de esta publicación, RELATES ha contribuido al paradigma sistémico, el cual ha generado un propio lenguaje desde donde se "ve" y se "trata" el malestar psicológico, capaz de comunicarse con otros modelos y transitar entre disciplinas, un sueño que Bateson imaginó.

Estoy seguro que este libro se convertirá en un texto de referencia y consulta para diversos sistemas de salud, educativos y organizacionales de asistencia, y por supuesto en una publicación de referencia para la formación clínica de terapeutas familiares y de pareja, mediadores, consultores y facilitadores que trabajan en redes de salud, organizaciones diversas y comunidades.

**Referencias bibliográficas**

Bateson, G. (1993). Una Unidad Sagrada: Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente. Barcelona: Gedisa [Edición de Rodney E. Donalson].

Seikkula J.; Alakare, B. y Aaltonen, J. (2001). El enfoque del diálogo abierto. Sistemas Familiares 17, 2, 13-19.

www.redrelates.org

www.revistaredes.es

Raúl Medina Centeno

*Universidad de Guadalajara, Instituto Tzapopan, México*

*Primavera del 2014*

Apartado I

# MODELOS Y ESTILOS

Capítulo I

# DESCONSTRUYENDO EL "SÍ MISMO FARSANTE" Y EL "SÍ MISMO AUTOCOMPASIVO"

## NUEVOS APORTES A LA TERAPIA FAMILIAR CRÍTICA

Raúl Medina Centeno[1]

*El significado de una palabra es su uso*
Wittgenstein (1988)

### Introducción

Han pasado más de diez años desde que se propuso la Terapia Familiar Crítica (Medina, 2000, 2005, 2011). Desde entonces esta perspectiva psicoterapéutica se ha enriquecido de decenas de críticas, preguntas, dudas y sugerencias, que han provocado una constante reflexión y revisión sobre el modelo. En este capítulo se fortalece, con investigaciones relevantes, el argumento que sustenta el vínculo íntimo entre cultura, pobreza y exclusión estructural con el malestar psicológico. Agregamos el concepto de "sí mismo" como la narrativa personal que es necesario conocer e intervenir; se explicitan las propiedades de la posición crítica como recurso narrativo y, se proponen cuatro metodologías de intervención que conducen al cambio psicoterapéutico para presentar de forma sintética la Terapia Familiar Crítica.

### La Teoría Crítica

La teoría crítica tiene una larga historia. Una de las perspectivas de esta tradición con mayor fundamento la podemos encontrar en el marxismo (Marx, 1982); y más tarde en la Escuela de Frankfurt hasta llegar a la propuesta de Habermas (Calhoun, 1995). Cabe destacar a los autores latinoamericanos que han contribuido al desarrollo de una teoría crítica, los cuales se han convertido en un recurso teórico para la clase de terapia familiar que aquí se defiende. Entre los más sobresalientes se encuentran Montero (1994), Fernández (1994, 1999) y Jiménez (1994). Aunque especialmente destacamos los trabajos de Paulo Freire (1971) e Ignacio Martín-Baró (1998). Ambos coinciden en que la investigación en la educación y la psicología social en un contexto como Latinoamérica debe dirigirse desde una metodología cualitativa que trabaje "desde" la comunidad, "desde" ella y no para ella, evitando situaciones en que

[1] Universidad de Guadalajara, Instituto Tzapopan, México (topraul2002@yahoo.co.uk).

los "expertos" piensen e interpreten por ellos, mediante esquemas elaborados para otras "realidades". Ambos autores parten de la creencia de que la "realidad psicosocial" se estructura de una dialéctica histórica entre el conocer y hacer; y que la evolución de los individuos está íntimamente ligado al desarrollo de su comunidad, estos se conciben como dos campos inseparables, por lo que la liberación o cambio de la persona se da mediante la transformación micro-social. Para llegar a tal fin, estos proponen que las metodologías de intervención deben componerse de una abierta posición crítica "política".

**La teoría pos-estructuralista y pos-positivista**

Por otra parte, también reconocemos otras perspectivas que han sido fundamentales en la construcción de la Terapia Familiar Crítica, el pos-estructuralismo de Foucault (1983), la des-construcción de Derrida (1978), la pos-modernidad de Lyotard (1984), los usos sociales de la ciencia de Bourdieu (2008), las investigaciones filosóficas de Wittgenstein (1988), los paradigmas de Kuhn (1990), el construccionismo social de Gergen (1985, 1989, 1992, 1999, 2006), Harré (1992a, 1992b), Shotter (1989), Parker (1992, 2007), Ibáñez (1994, 1989) e Ibáñez e Íñiguez (1997), las teorías feministas (Bernad,1972; Crawford,1995), entre otras. De igual manera reconocemos la contribución de las psicoterapias sistémicas y narrativas de: Andersen (1994); Anderson y Goolishian (1988, 1996); Anderson (1999); Boscolo y Bertrando (1996); Cecchin, el et (2002); Minuchin (1990); Selvini (1990); Linares (1996, 2012); Falicov (1988, 1991, 1998, 2010); Sluzki (1997); White y Epston (1993); Seikkula, Alakare y Aaltonen (2001) y Ramos (2014), entre otros.

**La tensión entre los sistémicos y los narrativos**

En los últimos treinta años en la terapia familiar, se han generado una serie de tensiones ontológicas y epistémicas que han enriquecido el campo, ampliando la complejidad de la explicación e intervención. Por una parte, los sistémicos de manera general, desde el uso de modelos universales –orgánico y cibernético– conceptualizan a la persona como procesador de significados y los síntomas como producto de ciertos patrones o juegos relacionales recurrentes de la familia –triangulaciones, coaliciones, relaciones de poder, falta de relación nutricia, etc.– Por otra parte, las perspectivas de corte narrativo, señalan que es "en" los "usos" del lenguaje donde se encuentra el problema y éste configura al sistema y a sus múltiples patrones. Desde esta tradición, unos señalan que los problemas están en la conversación, por lo que tenemos que migrar a otra conversación que conducirá a disolver el problema (Anderson y Goolishian, 1996). Otros dicen que el problema se encuentra en la narrativa saturada, por lo que se tiene que "externalizar" –buscar su naturaleza sociohistórica– y explorar otras narrativas

alternativas vividas (White y Epston, 1993); por su parte, Andersen (1994) señala que los síntomas son el resultado de la ruptura del diálogo entre personas, por lo que la psicoterapia se enfoca en restablecer el encuentro entre personas con el fin de que estos se sientan vistos y oídos, para ello se proponen los equipos reflexivos. Seikkula et al. (2001) por su parte, señala que el malestar tiene sus orígenes en la pérdida del diálogo de la persona con su entorno, por lo que es necesario repararlo y establecer un "diálogo abierto". Ramos (2001, 2014) señala que su atención se orienta en "lo que se habla y se cuenta en terapia", como el contenido que se tiene que atender y desde donde es posible el cambio relacional, "tejiendo" durante el proceso terapéutico la "Historia por Vivir".

***¿La Terapia Familiar Crítica es sistémica o narrativa?***

Nuestra creencia sobre los fenómenos psicológicos se sustenta en la perspectiva del "construccionismo social", que señala que las familias, el sí mismo, la persona y los síntomas psicológicos son construcciones socio-discursivas (Gergen, 1985, 1989, 1992, 1999, 2006; Harré, 1989, 1992a, 1992b; Shotter, 1989; Parker, 1992, 2007; Ibáñez, 1994 e Ibáñez e Íñiguez 1997). Son imaginarios sociales que sólo subsisten en las prácticas sociales, entre espacios, zonas y límites de la gente, de manera que al hablar de ellos debemos considerarlos como consensuables, negociables y cambiantes (Shotter, 1989). Por lo tanto, el foco de atención para la Terapia Familiar Crítica, no son los modelos universales con explicaciones *ad doc* sobre el comportamiento humano. Aunque la sintomatología se exprese con patrones de comportamiento, relacionales e incluso procesos biológicos similares en diferentes comunidades en todo el mundo, esto no significa que las "causas" o explicaciones que conducen a tal malestar sean dichos patrones. Es necesario conocer el marco social existencial que las personas tienen de su mundo y de sí mismas (Laing, 1988). Esta es una observación ontológica y epistémica que debemos atender con el fin de no caer en la ingenuidad positivista.

Por lo tanto, la Terapia Familiar Crítica parte de la creencia de que los problemas psicológicos están íntimamente ligados a la narrativa del "sí mismo", que se nutre de forma activa del contexto socio-cultural donde participa la persona. Es decir, la narrativa como objeto de estudio se acota en el discurso que usa la gente en primera persona, por ello impacta en su cuerpo e identidad. En otras palabras, la "realidad" psicológica –depresión, psicosis, maltrato, etc.– está hecha de una gran variedad de usos del lenguaje que generan marcos sociales organizados específicos, que son apropiados por la narrativa "personal". Cabe aclarar que la narrativa se muestra y tiene impacto en su uso, no es un fenómenos cognitivo, sino principalmente social. Gergen (2005) señala al respecto: "las palabras son, después de todo, pasivas y vacías, simplemente sonidos o marcas sin consecuencias. Sin embargo, las palabras son activas en la medida en que son empleadas por personas en relación, en la medida en que se les dé poder en el intercambio humano" (p.160).

**¿Qué tiene que ver la exclusión social y la cultura con la narrativa personal y su malestar?**

Aponte (1987) enfatiza la interdependencia de la persona con su familia y comunidad, señalando que los problemas personales están contextualizados en una "matriz social ecológica", y que existen dos aspectos de dicha matriz que impactan significativamente en la vida familiar: los factores socioeconómicos y culturales. Siguiendo con este pensamiento y para propósitos clínicos, Selvini (1989) menciona que es necesario estar siempre coherentes con el contexto de nuestros clientes, para aprovechar sus señales y sus reglas.

***Pobreza y exclusión estructural y su relación con el estrés psicológico***

Existen muchos países con "pobreza estructural" (Aponte, 1987), donde las familias han vivido en la precariedad por varias generaciones. Este tipo de pobreza está relacionada con un deficiente sistema de bienestar social, donde, incluso, algunas instituciones del estado se convierten en maltratantes, y profundizan la exclusión social al hacer imposible que se rompa el círculo de la pobreza. A esta situación la hemos denominado "pobreza y exclusión social institucionalizada" (Medina, 2011; Medina, et. al. 2013b).

Las investigaciones sobre el tema muestran que la pobreza estructural genera una serie de problemas psicológicos como: estrés, depresión, problemas somáticos, negligencia parental, maltrato, abuso de alcohol y drogas, relaciones sexuales entre familiares, problemas de desarrollo infantil, actos antisociales en adolescentes, etc. (Kolvin *et al*, 1988; Rutter, 1990; Barnes, 1998; Díaz-Guerrero, 2008; Santiago *et al*. 2011). Por otra parte, Barnes (1998) vincula este tema con la psicoterapia para señalar que "el entendimiento de algunos de los efectos de la inequidad estructural como parte de la pobreza debe ser del conocimiento y sensibilidad de todos los terapeutas que trabajan con familias" (p.64).

***Cultura como contenido narrativo en la familia, la persona y el sí mismo***

Por cultura nos referimos en general a las creencias, emociones, conductas y rituales dominantes aceptados y que se practican cotidianamente de manera tácita por una comunidad (Polanyi, 1966). Por otra parte, a la familia la consideramos en términos generales –en cualquiera de sus formas y estructuras– el grupo de pertenencia, emocional y socializador más significativo de las personas. En cuanto al sí mismo, lo definimos como la capacidad –de la persona– de tomarse como un objeto de la propia conciencia al que damos indicaciones y respondemos… éste se constituye en un contexto social (no es una sustancia autónoma ni una propulsión interior), puede cambiar cuando cambia la estimulación social (Harré y Lamb, 1992:398), más adelante se profundizará en este término.

Tal como lo apuntó Aponte (op. cit., 1987) estas tres dimensiones, cultura, familia y sí mismo, están íntimamente relacionadas. Al respecto, Díaz-Guerrero (1994, 2008) menciona que las premisas socio-culturales gobiernan una gran parte de los sentimientos, ideas, relaciones jerárquicas, roles sociales y familiares, y las reglas de dichos roles, como ser familia, madre, padre, hermano, hermana, hijo, adolescente, pareja, matrimonio, etc. y debido a ello, el sí mismo, la subjetividad, la vida "interna" de las personas como un todo pueden ser entendidas en términos de contexto histórico, social y cultural.

Por otra parte, Taylor (2006) en su publicación "Fuentes del Yo", argumenta la construcción social del yo moderno de nuestra época. Por su parte, Gergen (1992) en "El Yo Saturado" contextualiza al yo premoderno, yo romático, y en la actualidad entre el yo moderno y el yo posmoderno, cada uno de ellos construcciones de su época y comunidad. Barnes (1998) señala que "la cultura es lo más intangible que cualquier otro aspecto social, y que influye en gran parte en la constitución del sí mismo, organizando la experiencia de éste. En este sentido, la cultura es constitutiva del sí mismo. Pero por otra parte, también participando en la cultura contribuimos en su propia constitución" (pp. 11-12). Esta última observación es fundamental, porque considera a la persona no como rehén de su cultura sino actor en su construcción. Nos llama especial atención la investigación del antropólogo Geertz (1988), quien distingue entre persona y sí mismo, señalando que la persona es un "universal cultural" mientras que el sí mismo sería la identidad misma que lo distingue. En relación a la cultura, señala que existen diferentes tipos de sí mismos en el mundo: el sí mismo individualista de la cultura occidental, el sí mismo impersonal de los esquimales, el sí mismo bifurcado de los javaneses, etc.

En relación a la terapia familiar, Falicov (1988) señala que "los terapeutas familiares deben distinguir aspectos universales, transculturales y patrones culturales específicos e idiosincráticos familiares en cualquier evaluación sobre el funcionamiento familiar. Por lo tanto, los terapeutas deben discriminar entre situaciones familiares donde los aspectos culturales son dignos de atención y relevantes de aquellos tangenciales" (p.35).

¿Cómo podemos revelar los componentes socioculturales que se encuentran en la narrativa del malestar psicológico de una persona?

**El "sí mismo" como narrativa psicosocial**

Nos detendremos a revisar con mayor profundidad el concepto del "sí mismo", al que consideramos sustantivo para conocer y comprender la naturaleza sociocultural del malestar o bienestar psicológico de la persona. El sí mismo (*self*) ha sido un tema de análisis y reflexión para diferentes religiones y filosofías desde hace más de tres mil años; por ejemplo en el Tao te Ching y Budismo en China, en la antigua

Grecia con Platón, el cristianismo de San Agustín, etc. (Leary y Tangney, 2005). Especialmente el sí mismo fue tema de revisión en la filosofía moderna, desde el Renacimiento hasta nuestros tiempos; véase Descartes, Locke, Hume, Leibnitz, Berkeley y Kant (Leary y Tangney, 2005). Con la aparición de las ciencias sociales en el siglo XIX y XX, es tomado como objeto de las ciencias sociales. Dentro de los estudios de psicología, fue W. James (1989) a finales del siglo diecinueve el primero quien le dedica todo un capítulo, en su obra clásica "Principios de Psicología". En el campo clínico cabe destacar las aportaciones psicodinámicas, aunque consideran a otras "fuerzas" con más poder en la constitución de la personalidad. Los humanistas como Rogers y Maslow le dan una importancia fundamental a la persona, siendo el centro de análisis e intervención para fortalecer la autonomía y su condición moral de "naturaleza" buena (Feixas, y Miró, 1993). Por otra parte, siguiendo la filosofía de Kant, los cognitivos de corte constructivista como Kelly (2001) desarrollan toda una teoría donde definen al sí mismo como un constructo personal al que se tiene que estudiar y atender. De igual manera, los sistémicos de la segunda cibernética lo consideran como un proceso recursivo cerrado de auto-reflexión personal coherente con el sistema de pertenencia donde la persona participa (Maturana y Varela, 1986).

En los inicios del siglo XX la Escuela de Chicago, desde la sociología, toma al sí mismo como un concepto fundamental, ubicándolo como el vínculo que constituye la acción entre lo social y lo psicológico. Al respecto destacan los trabajos de Cooley quien señaló que el "sí mismo es como un espejo, es decir, el sí mismo como construcción erigida con las actitudes de los otros respecto de uno mismo" (Harré y Lamb 1992, p. 398). Por su parte, Mead (1972) señala que el sí mismo es la capacidad de tomarse a sí mismo como un objeto de la propia conciencia al que hacemos indicaciones y respondemos, es decir un acto "auto-reflexivo". Sobre todo lo utiliza para explicar la aparición de la conciencia en los niños: tener la capacidad de asumir el rol del otro para interiorizarlo y a la postre constituir tu propio sí mismo. Más adelante, aparece, como parte de la misma tradición, el Interaccionismo Simbólico de Blumer (1982); quien parte de la creencia de que los fenómenos o sistemas sociales no tienen la capacidad por sí solos para imponerse a las personas, sino que son estas las que hacen posible la producción de los hechos sociales en su práctica narrativa cotidiana para señalar que el sí mismo funciona para que "una persona pueda ser objeto de su propios actos" (Blumer, 1982, p. 9), y añade que esta capacidad de autoconsciencia, lo convierte en un "organismo agente".

Esta escuela concluye que es en la interacción simbólica entre la persona y su entorno social, que emerge la narrativa del sí mismo" (*self*). Por ello lo consideran un proceso interpsíquico, y no intrapsíquico. Siguiendo con esta escuela Goffman (1987) le dedica una obra entera al estudio del sí mismo, para estudiarlo como

presentaciones en la vida cotidiana. Este autor, de manera creativa, propone un método para su estudio: el uso de la dramaturgia como metáfora. Dentro de esta metodología, conceptualiza a la persona como un "actor", que "representará" un "papel" específico de acuerdo al "escenario" donde se "presentará". Tal particularidad del "escenario" –en una fiesta familiar, un funeral de un amigo, en clase en la escuela, en el trabajo, etc.– el "papel y personaje" que "represente" la persona lo hará mediante el "sí mismo", que "interactuará" con otros "actores" y un "público . Este "escenario" muestra códigos morales y reglas específicas, que dirigirán la "obra" en "escena" y en cada una de éstas la persona negociará con los otros su propia identidad. Con esto Goffman (1987) concluye señalando que "el 'si mismo', como personaje representado, no es algo orgánico que tenga una ubicación específica y cuyo destino fundamental sea nacer, madurar y morir; es un efecto dramático que surge difusamente en la escena representada… Al analizar el 'sí mismo' nos desprendemos, pues, de su poseedor, de la persona que más aprovechará o perderá con ello, porque él y su cuerpo proporcionan simplemente la percha sobre la cual colgarán durante cierto tiempo algo fabricado en colaboración. Y los medios para producir y mantener los 'sí mismo' no se encuentran dentro de la percha; en realidad, estos medios suelen estar encerrados en establecimiento sociales" (Goffman, 1987:269). Su estudio causó una verdadera revolución en las teorías de la personalidad, porque desmitifica las explicaciones deterministas, lineales y unitarias de la identidad, al señalar que las personas no tienen una personalidad o identidad pre-establecida, sino que siempre están expuestas a cambios de acuerdo a los escenarios donde se presentan.

En otras palabras, esta tradición sociopsicológica ve al sí mismo como un objeto conceptual de gran utilidad para el estudio de la relación entre lo social y lo psicológico. Conceptualiza al sí mismo como algo de naturaleza socio-discursiva, por lo que es polifacético, relativo y abierto a nuevas formas de presentación. Esta manera de aproximarse a la "personalidad o identidad" de las personas, se ha convertido en un gran recurso psicoterapéutico para la Terapia Familiar Crítica, ya que ésta estudia e interviene en la persona desde los contextos de pertenencia emocionalmente más significativos y recurrentes donde interactúa: familia, trabajo, amigos, escuela, etc.

**El discurso cultural saturado en Latinoamérica y los "sí mismos" del malestar psicológico**

Retomamos a White y Epston (1993), para definir el discurso saturado como "verdades normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones" (p.36). En ese sentido, abordaremos el discurso saturado de la cultura mexicana y latinoamericana, que es el contexto socio-cultural empírico donde nace la Terapia Familiar Crítica.

### *La narrativa de la doble moral y la hipocresía: el "sí mismo farsante"*

> *¡Precaria y falsa piedad la que se asienta en terreno cenagoso! ¡Pantano de angustias, propicio al desarrollo de todos los morbos, concupiscencias e hipocresías!* (Yañez, 1947)

En algunas sociedades existe un tipo de cultura, donde la mayoría de la población practica una doble moral. Éste es el caso de algunas comunidades de México. La gran mayoría de la clase política, algunos empresarios, o grupos de poder (la élite) muestran un doble discurso: por una parte hablan con cinismo frente a la pobreza y la marginación, de modernidad, progreso, desarrollo, bienestar, paz social e incluso algunos, de amor; y por otra, practican un discurso egoísta, donde la prioridad son sus intereses personales, familiares o de grupo. Un discurso que contiene una degradación de los valores y la falta de respeto por el otro. Esto ha conducido a marcos sociales organizados de corrupción, impunidad, complicidad, indiferencia, etc. con impactos sociales terribles que profundizan la pobreza y la exclusión. Por otra parte, también está aquella narrativa que se sustenta en un tipo de catolicismo "mal entendido" que alienta la familia nuclear machista (Falicov, 2010; Medina, 2011). Esto ha propagado por varias generaciones una estructura social rígida, en la que comunidades y familias basan su moral en un fundamentalismo arcaico con nula tolerancia a la diversidad, por lo que rechazan, estigmatizan y, por lo tanto, excluyen otros estilos de vida que contradigan su retórica del mito de la familia nuclear machista universal.

Dentro de estos códigos morales se construye una serie de contradicciones "paradójicas", que conducen a la hipocresía –entendida como una narrativa basada en el fingimiento de cualidades o sentimientos contrarios a los que verdaderamente se tienen o experimentan-. Es decir, desde un discurso dominante e ideológico de "verdad" se genera un escenario relacional basado en la mentira, la simulación, el abuso, la evasión de la propia responsabilidad y finalmente en la contradicción de valores, que permean a las familias y al *sí mismo* de las personas: aparece en este escenario el "sí mismo farsante". Por ejemplo, por una parte, se rechaza y critica al divorcio, a las madres solteras, a los niños sin padres y a la homosexualidad. Al mismo tiempo, existe una total indiferencia al maltrato psicológico, físico y al abuso cotidiano de las familias nucleares-machistas. A esto tenemos que agregar el maltrato institucional de algunos gobiernos que empoderan a este discurso ideológico, como parte de la pobreza estructural a la que nos referimos antes, promoviendo desde sus políticas sociales a la "familia nuclear" como la "correcta y buena", con impactos de exclusión de otros tipos de familia, creando así la "exclusión social institucionalizada" (Medina, et al. 2013b). Este tipo de "paradojas sociales", fragmenta a la sociedad, su cohesión y por lo tanto, al igual que en un doble vínculo, rompen con el diálogo entre los grupos, familias y personas, conduciendo a que

expresen su malestar de varias y múltiples maneras, y en especial se convierten en la "antesala" de los problemas psicológicos. Al respecto, Goffman (1961) desde la investigación psicosocial, señala que si las acciones de una persona son tratadas por los otros como carentes de significados, esa persona puede experimentarse como no presente en el mundo de la vida cotidiana, y perder su sentimiento de ser agente, lo que se conoce como despersonalización.

### *La narrativa de la víctima: el "sí mismo autocompasivo"*

> *"Usted tiene la culpa, –padre– usted que nos dejó solas, distraído por sus trabajos y preocupaciones. Quiso ignorar que éramos mujeres y, como mujeres, flacas, dispuestas a caer, encerradas en la oscuridad, ansiosas de luz, torturadas de deseos. ¡Yo quería tener un hijo!" –"Y el Diablo te dio gusto." –"No, no fue el Diablo"-… –"¿Quién entonces?" –"Mi deseo."* (Yañez, 1947)

Como parte del escenario antes descrito, en algunas comunidades las personas se conceptualizan como víctimas de la "mala suerte" y ven su misión en la vida bajo la metáfora cristiana de "sufrimiento y sacrificio". Cuando se requiere enfrentar alguna adversidad por lo regular, bajo esta narrativa cultural, se apuesta todo a una plegaria, a un milagro, a la buena suerte, a la voluntad divina o al destino. Y los más realistas, orientan la responsabilidad de su bienestar a otras personas. Por lo tanto, los problemas que enfrentan se espera que se resuelvan mágicamente o con el mínimo esfuerzo. Acorde con esta narrativa, el poder se ubica fuera de la persona y de su propia responsabilidad, confrontando el estrés de manera pasiva (Díaz-Guerrero, 1994). Aquí es donde aparece el sí mismo "autocompasivo" –"sentimiento de pena hacia uno mismo que experimenta un individuo en situaciones percibidas como adversas" (Wikipedia, 2014). Expresiones como pobre de mí, qué mala suerte tengo, es la cruz que me toco cargar, así son las cosas, no hay nada que hacer, espero todo cambie algún día, etc., le dan vida al sí mismo "autocompasivo".

A manera de conclusión y siguiendo con las clasificaciones de "sí mismos culturales" de Geertz (1988), en Latinoamérica, en algunas comunidades con un discurso saturado de doble moral e hipocresía aparece un "sí mismo farsante", y por otra parte, el "sí mismo autocompasivo". Ambos son complementarios (como diría Villavicencio (2014) "*donde hay un hijo de puta hay una pobrecita*" y viceversa) no asumen responsabilidad de sus propios actos y tener una posición acrítica alimentada desde una narrativa cultural dominante machista. Al respecto Cecchin, et al. (2002) señala "la lealtad excesiva a una idea específica hace que la persona no sea responsable de las consecuencias morales inherentes a ella" (p.26). Otro aspecto empírico a resaltar de este imaginario social tomado como verdad, es su resistencia de desprenderse de esta narrativa aunque se sientan profundamente insatisfechos con ellos mismos y

sus vidas, porque, tal como señala Shotter (1989), en ella gira su propia existencia y propósito en la vida como persona, pareja y familia. Este escenario constituye un "marco socio-discursivo organizado específico", con sus propios códigos morales y reglas, que es necesario conocer para desconstruirlos.

### *La diversidad cultural como recurso psicoterapéutico: reconocimientos de otros sí mismos*

Creemos que parte del malestar personal es el resultado de aspectos específicos de la cultura dominante donde vive la persona tal y como lo explicamos arriba. Sin embargo, también reconocemos que es mediante la diversidad cultural desde donde se puede restaurar el bienestar psicológico. Por lo tanto, tendremos que conocer el "mosaico cultural discursivo" de la persona con el fin de tomarlo como un recurso importante para la psicoterapia crítica que presentamos aquí. Tal "mosaico" se encuentra en el discurso que practica la gente en sus diversos escenarios cotidianos, mostrándose de múltiples formas ante los demás. En otras palabras, los recursos culturales están en las propias historias, prácticas y escenarios que representan las personas. Tenemos que invocar aquellos aspectos culturales donde aparece un "sí mismo" co-responsable, tolerante y proactivo. Por ejemplo, las personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión a las que nos referimos antes, también tienen un "mosaico sociocultural" discursivo que es necesario explorar con fines terapéuticos. Barnes (1998) señala al respecto que "las destrezas de supervivencia para enfrentar las condiciones de pobreza son diversas, las familias responden con adaptaciones y resiliencia… es necesario que este tipo de destrezas de sobrevivencia sean reconocidas, y no enfocarnos sólo en sus fracasos" (p. 64). Por otra parte, Goldenberg y Goldenberg (1996) argumentan que las diversas formas de organización social para enfrentar la exclusión y pobreza estructural no se deben de subestimar, son un recurso para la intervención. En resumen, ante la adversidad estructural, las personas echan mano de otros recursos culturales para sobrevivir, como la cooperación y la solidaridad que por lo regular se dan dentro de la familia extensa y amigos cercanos (CEPAL, 1994). En este escenario, en algunas ocasiones, la persona enfrenta la adversidad desde otra perspectiva, aparece un "sí mismo actor" y un cierto nivel de "agencia" –persona que tiene las capacidades de auto-reflexión y autonomía en condiciones de aceptar y experimentar responsabilidad– (Harré y Lamb, 1992).

## ¿Hacia dónde se dirige la intervención psicoterapéutica en un contexto como Latinoamérica?

> *"No, padrecito, yo creo que el mal está en el abuso y hay más peligro cuando todo se hace a escondidas, con hipocresía; porque no me vaya a decir que los hombres dejan de ser hombres y de sentir que les corre la sangre, no más porque de fuera se hacen las moscas*

> *muertas; ni menos todavía las hembras; el que de santo resbala hasta demonio no para, como dice el dicho… todo puede hacerse en su punto; pero es peor el disimulo y obrar a fuerzas; cuando se rompe la reata, todos son traspiés… No más porque nosotros vemos claro, es por lo que nos critican"* (Yañez, 1947)

Tal y como lo revisamos antes, Latinoamérica está compuesta de un "mosaico discursivo cultural". Un tipo de cultura dominante que practica una narrativa de "doble moral", generando un sí mismo "farsante", y un sí mismo "autocompasivo". Ambos son parte del mismo escenario y se constituyen mutuamente, y ahí es donde la sintomatología encuentra su naturaleza y sentido.

La meta en este escenario cultural y psicológico es transitar hacia una narrativa "crítica" que permita "desenmascarar" al sí mismo farsante y autocompasivo para empoderar a un "sí mismo" tolerante, crítico y responsable. La intervención se dirige a explorar y reconocer en las personas la diversidad de narrativas que han vivido y viven en diversos escenarios (White y Epston, 1993). Para ello se propone la "narrativa crítica" como método de intervención que conducirá a los clientes y terapeutas a "verse" desde otra perspectiva en su representación en los diversos escenarios donde participa desde otra perspectiva. En otras palabras se busca, mediante la narrativa crítica, fortalecer un "sí mismo responsable y agente".

***¿Cuál es el camino para constituir un sí mismo agente?***

Spears (1997) señala que "es importante políticamente preservar la distinción conceptual de agencia (la intencionalidad del sujeto), aunque es igualmente importante reconocer los elementos externos o contextuales que ayudan a que aparezca dicha agencia y a desarrollarla… Al igual que Freire y Martín-Baró, añade que "la gente es capaz de resistirse o tener una participación política más activa… el trabajo colectivo invoca un poder social real más allá de la individualidad… muestra al sí mismo como agencia de naturaleza social" (pp.19 - 20).

Por otra parte, me detendré para analizar con detalle la propuesta del filósofo Sennett (2012) quien en su obra "Juntos" nos sugiere un camino para constituir un escenario terapéutico donde se empodere al sí mismo responsable. Para este autor el "Apoyo Mutuo" está en los genes de todos los animales sociales, y define la Cooperación como "un intercambio en el cual los participantes obtienen beneficios del encuentro" (p.18). Para este autor la cooperación es un valor por sí mismo en los rituales, y su virtud más grande es "poner en práctica las nociones abstractas del respeto mutuo" (p. 18). Señala que hay muchas formas de cooperación, distingue entre cooperación espontánea y cooperación deliberada. La primera es un acto espontáneo de juntarse por el placer mutuo, como "las personas que pasan el rato en una esquina o bebiendo juntos en un bar intercambian chismes y mantiene las fluidez de un charla sin conciencia de estar cooperando" (p. 18). Por otra parte

está la cooperación deliberada, a la que califica como una difícil actividad social porque "trata de reunir a personas con intereses distintos o incluso en conflicto… El desafío está en responder a los demás respetándolos tal como son" (p. 19). Esta forma de cooperación tiene un vínculo directo con lo que Maturana (1997) define como el amor "al aceptar al otro, sin condiciones, como legítimo".

Sennett resalta el sentido ético como el ejercicio a desarrollar para que la cooperación deliberada tenga éxito, porque es necesario mediar entre diversos grupos e intereses, y la ética conduce a las personas a constituir un diálogo donde dichos grupos puedan observar las consecuencias de sus propios actos en relación con las personas que no se le asemejan pero que viven juntos. Este diálogo de "observarse en consecuencias" conduce, según este autor, a tener mayor conciencia de nosotros mismos: "un sí mismo agente, cooperativo y amoroso".

Aunque aclara que para llegar a tal ejercicio de cooperación se requiere de cierto grado de destrezas, en especial señala la "habilidad dialógica", a la cual describe como "saber escuchar, comportase con tacto, encontrar puntos de acuerdo y gestionar las desavenencias o evitar la frustración en una discusión difícil" (p. 20). Este concepto presenta cierto parecido a lo que Goleman (1995) denomina "Inteligencia emocional". Para Sennett dialogar es el arte de "la atención y la sensibilidad con las otras personas" (p. 30). Saber escuchar es una destreza de alto nivel que implica "prestar cuidadosa atención a lo que dicen los demás…, apreciando el sentido de los gestos y los silencios como el de los enunciados. Aunque para observar bien tengamos que contenernos, la conversación que de ello resulte será un intercambio más rico, de naturaleza más cooperativa, más dialógica" (p.30).

Para este autor el arte de escuchar implica "proyectarse hacia el exterior, que reduce el ego… la inmersión del yo en un todo más amplio que lo abarca" (p. 31). Esta habilidad es ciertamente difícil, pero básica para el tipo de psicoterapia que se propone aquí.

Sennett distingue entre dos clase de escucha que se practica en la conversación: la dialéctica y la dialógica. "En la primera,… el juego verbal de opuestos debe construir poco a poco una síntesis"; el objetivo es llegar finalmente a una comprensión común" (p. 36). Este tipo de escucha o diálogo se da entre padres e hijos adolescentes, donde existe un diálogo de tensión, que puede conducir a generar nuevos acuerdos y relaciones. Lo importante en una relación tan cercana, emocionalmente hablando, es nunca perder el diálogo. Sennett le agrega al ejercicio dialógico una complejidad que impacta el sí mismo: "aun cuando no hayan llegado a compartir acuerdos, en el proceso de intercambio los interlocutores pueden haber tomado mayor conciencia de sus propios puntos de vista y haber aumentado su comprensión mutua" (p. 37). Si el terapeuta pone en juego este tipo de diálogo, constituirá una psicoterapia "desde" la familia, que explore diversos escenarios donde la persona encuentre otras narrativas sobre sí mismo más saludables.

Sennett profundiza sobre la conversación dialógica para incluir a la simpatía y la empatía como herramientas del diálogo. Retoma a Adam Smith en "La Teoría de los Sentimiento Morales" (1997), para definir la simpatía como "ponerse en el lugar del otro, y asimilar cada circunstancia de angustia que pueda afectar al sufriente… hasta en sus incidencias más insignificantes" (p. 39). La empatía la considera de una complejidad mayor: "una persona debe verse a sí misma en el otro, no solo como un prójimo humano, sino en los incidentes más insignificantes, que de hecho suelen presentar grandes diferencias de una experiencia concreta a otra" (p. 39). Retomando de nuevo a Smith, recurre a la imaginación como la habilidad que hace posible superar las barreras de ponerse en los zapatos del otro: "El duro esfuerzo de imaginar los detalles específicos de la experiencia de otro ser humano" (p. 39). Este ejercicio dialógico enriquece al "sí mismo", lo hace más sensible a los otros con los que convive. Otra habilidad dialógica que apoya a la empatía es la curiosidad, para señalar que "tanto la simpatía como la empatía transmiten reconocimiento, y ambas se dan en un vínculo, pero una es un abrazo, mientras que la otra es un encuentro. La simpatía pasa por encima de las diferencias mediante actos imaginativos de identificación; la empatía presenta atención a la otra persona en su particularidad…. La empatía es un ejercicio más exigente, al menos en la escucha; el que escucha tiene que salir fuera del sí mismo (se diluye en el otro y con el otro)" (p. 40). Sennett agrega que la empatía como parte del ejercicio dialógico contiene su propia recompensa emocional (p. 41), porque al ser visto y oído, la aceptación y reconocimiento del otro y de uno mismo se da en este intercambio. Vista la cooperación con estas características, representa un gran recurso para la terapia crítica, como un mediador de encuentros, para generar un marco social organizado que gira en torno a un diálogo abierto entre personas. Este camino, de la cooperación mutua, propuesto por Sennett, al final promueve una narrativa del "sí mismo" más proactiva y responsable, que es la meta última de la Terapia Familiar Crítica.

***La narrativa crítica para fomentar el "encuentro dialógico"***

Tal como señalamos arriba el "sí mismo agente" está hecho de un tipo de "encuentro dialógico". El camino que proponemos para dicho encuentro, es mediante la narrativa crítica. Con esta no nos referimos a aquella que genera hipercríticos y pesimistas o a una retórica que proponga un cambio utópico macro-social, sino a aquella que enfrenta con una "posición crítica" un problema específico. Es decir, la persona que expresa críticamente un problema lo hace de manera "explícita", y con ello comunica un malestar o inconformidad, y esta manera explícita es un acto social. Un crítico siempre se manifiesta con una alta implicación emocional, es decir "habla" con el cuerpo y el tono de voz. El uso de la crítica explícita es una reflexión sobre sí mismo desde una contextualización de su malestar que va más allá de la

retórica para invitar a la acción. Este ejercicio crítico enfrenta a la persona con una conciencia responsable sobre sus propias acciones. Por ello creemos que la posición crítica, como narrativa del sí mismo, tiene que ser una invitada especial para el contexto psicoterapéutico. Al respecto Gergen (2005) señala "la duda reflexiva… es un medio de reconocer realidades alternas y así dar voz a nuevas relaciones" (p. 161).

¿Cómo podremos generar un contexto terapéutico crítico que no sólo visualice distintas perspectivas de la realidad sino que empodere a la persona para participar en sus escenarios relacionales de forma activa y responsable?

**Seis fundamentos para la Terapia Familiar**

Nuestro estilo de terapia familiar, que conduce a crear un contexto terapéutico crítico, se sustenta en los seis fundamentos siguientes:

1. ***Fundamento Epistemológico***: Los modelos científicos que sustentan la diversidad de conceptos, métodos y técnicas de las psicoterapias son creaciones de comunidades de científicos y profesionales. Dichos modelos refieren modestamente a un tipo de "realidad" (Harré, 1986). Por lo tanto, reconocemos que las perspectivas psicoterapéuticas tienen limitaciones ontológicas y epistemológicas. Es decir, las psicoterapias, –con sus conceptos y diagnósticos– no representan la realidad mediante declaraciones de verdad absoluta y a-histórica, sino que refieren a la "realidad" mediante el uso de modelos, metáforas o analogías, las cuales les permiten interactuar "modestamente" ante la complejidad psico-social en donde los síntomas cobran vida y se sustentan. Dentro de estas circunstancias epistémicas, la posición del terapeuta se define como de "expertos modestos", que reconocen que tienen limitaciones teóricas y conceptuales, por lo que el diálogo terapéutico entre terapeutas y clientes se re-define, por mutua colaboración y aprendizaje. Atentos los terapeutas a las explicaciones de sus clientes y sobre todo a su recursos, que pondrán a prueba "la teoría", la psicoterapia se volverá un contexto de investigación crítica de alto nivel. Aquí es fundamental repensar el diagnóstico como modelo clasificatorio, para redefinirlo como un marco social organizado.

Como parte de la misma falacia positivista, gran parte de la narrativa de nuestros clientes contiene grandes contenidos de historias saturadas que refieren a sus problemas como "verdades" universales. Nuestro trabajo clínico crítico se enfoca en reconocer la naturaleza socio-cultural e histórica de sus problemas, con el fin de empoderar a la persona para enfrentar sus problemas desde una posición de co-responsabilidad.

2. ***Fundamento emocional***: El soporte básico en el que se sustenta la posición crítica son las emociones, especialmente el "amor" que define Maturana (1997), la aceptación del otro como legítimo, lo cual guía la interacción hacia la tolerancia y por lo

tanto estimula el "diálogo abierto". Este fundamento es uno de los principales dispositivos para enfrentar al "sí mismo farsante" y recuperar su sensibilidad y la responsabilidad social de sus actos. Sin este principio emocional, el proceso psicoterapéutico simplemente no se daría y perdería todo su sentido. Con esto queremos decir que si un cliente –sea quien sea, incluso alguien que exprese su sintomatología mediante el abuso, maltrato, manipulación, etc.– no se siente aceptado por el terapeuta, el diálogo terapéutico se verá altamente interferido, y con ello la psicoterapia. Tenemos que reconocer que el fundamento emocional implica una gran destreza terapéutica, porque es el sustento desde donde la conversación o narrativa encuentra legitimación emocional ante los otros, y pone a prueba la tolerancia del terapeuta.

3. ***Fundamento cultural***: Es en la cultura donde nos reconocemos como grupo particular, y es donde nos organizamos con agilidad desde una narrativa tácita (Polanyi, 1966). Por su parte, Garfinkel, (1967) señala que "las personas no somos idiotas culturalizados", sino que cada una de nuestras conductas tiene un sentido relacional, con cierto grado de intencionalidad –sea cual sea, aunque sea definida por un externo como estúpida o ilógica–; y por ello sitúa a la persona como co-responsable y agente activo en la construcción de los grupos a los que pertenece. Este fundamento, empodera al "sí mismo autocompasivo" y sitúa al "sí mismo farsante" en posición de responsabilidad. Para ello utilizamos la duda reflexiva, el "no dar por sentado nada" (Ibáñez 1989), mediante el uso del diálogo terapéutico en base a las preguntas "estúpidas" (Garfinkel, 1967), lo que nos posibilita navegar dentro del discurso tácito cultural que interfiere en las relaciones, en las historias de la gente, generando malestar psicológico; y conocer al mismo tiempo, la posición activa, siempre, de los actores en la construcción de la cultura a la que pertenecen y del malestar que manifiestan.

4. ***Fundamento histórico***: Vygotsky (1987, 1989) señaló que es sólo en el movimiento que la conducta muestra su verdadera naturaleza. Por lo tanto, la historia no es sólo un auxiliar para su estudio, sino su fundamento principal. Sin embargo, aunque somos entes históricos, no somos rehenes de ésta. La idea básica es desconstruir las "historias únicas". Para ello utilizamos la "historia progresiva" de Carr (1985) que conduce a la diferenciación de historias, y la dialéctica histórica de Vygotsky (1987, 1989) que nos revela el contenido socio-discursivo de los síntomas y de la identidad. Es decir, la propia historia de los clientes es el recurso desde donde es posible que recuerden y olviden con fines terapéuticos. En este sentido, la historia se convierte en un antídoto crítico para enfrentar al "sí mismo farsante y autocompasivo.

5. ***Fundamento político***: "No todo es aceptable". Aceptar al otro como legítimo, tal y como lo afirmamos en el Fundamento Emocional, o "darle sentido socio-cultural

al comportamiento", como lo señalamos en el Fundamento Cultural, no significa que sea justificable la conducta. La narrativa implica una co-responsabilidad ineludible, en diferentes grados –dependiendo del cuadro social organizado específico–. Esto es más visible, sobre todo, en aquellos que restringen la libertad de otros mediante diversas prácticas, guiados por ciertas ideologías –véase el caso de los racistas, el extremo del fascismo contra la comunidad judía, o la cultura machista a la que referimos antes–, por lo que los límites de la libertad están marcados por aquellos que imponen su forma de vida desde una posición de autoridad sin consenso. Esto, trasladado al campo de la familia y los problemas familiares, se convierte en un gran recurso metafórico para la psicoterapia. Creemos que gran parte del malestar psicológico en la actualidad está relacionado con la dimensión política, con el poder –la fragmentación de la comunidad, la familia y la propia persona– por lo que redefinimos a los síntomas como "resistencias", en el sentido político. Con ello, el Fundamento Político en psicoterapia busca fortalecer la "resistencia activa" que posee un gran contenido de "inteligencia emocional-social", y desactivará el poder que perturba la salud. Éste es de gran utilidad para "desenmascarar al "sí mismo farsante y empoderar al "sí mismo autocompasivo". Por otra parte, en países donde las instituciones son maltratantes y excluyentes, el Fundamento Político se convierte en un recurso de supervivencia, y el terapeuta, en estos contextos, no tiene otra opción que aliarse con sus clientes para "resistirse" con inteligencia al sistema. La estrategia psicoterapéutica que utilizamos para desactivar el poder que interfiere con la salud, es buscar o explorar narrativas vividas por nuestros clientes, basadas en la tolerancia, cooperación, solidaridad, resistencia, empatía, etc. que conduzcan a activar de nuevo la red de apoyo y cuidado mutuo de la persona. Este camino conducirá a activar al "sí mismo agente", que buscará abiertamente, junto con los grupos de pertenencia, su bienestar. En otras palabras, la psicoterapia contiene un alto grado de trabajo político.

6. ***Fundamento ético***: Finalmente, la posición crítica de la terapia familiar que se propone, debe basarse siempre en la ética, que nos hace preguntarnos como terapeutas: la psicoterapia ¿para quién y para qué? El Fundamento Ético enfrenta al terapeuta con una reflexión permanente sobre su rol social como agente de cambio. Reconocemos, por otra parte, que varios de los síntomas contienen dilemas éticos, los cuales el terapeuta debe revisar junto con sus clientes. Conducir el diálogo terapéutico desde una reflexión ética es un desactivador crítico potente del "sí mismo farsante y autocompasivo", porque la persona, en el diálogo se "observa en consecuencias". Al respecto, Bianciardi y Gálvez (2012) señalan que la psicoterapia es principalmente una práctica ética, desde donde es posible llevar a una metareflexión sobre los códigos morales que organizan marcos sociales organizados, y que conducen al malestar psicológico y a la propia práctica psicoterapéutica. Y en un

contexto como Latinoamérica "un objetivo ético" es que la psicoterapia pueda ser accesible principalmente para grupos vulnerables (Stratton, 2012).

**Terapia Familiar Crítica: métodos y prácticas clínicas**

El contexto cultural empírico de nuestro clientes y de la psicoterapia, la creencia sustantiva sobre la realidad psicológica, los seis fundamentos, las metas y objetivos de la Terapia Familia Crítica, son considerados como una guía conceptual que nos ha permitido diseñar una serie de métodos y prácticas clínicas que son los siguientes: el diálogo terapéutico en base a las preguntas "estúpidas"; el "recuerdo y el olvido terapéutico"; el uso de "metáforas locales" para la externalización del problema; y la "resistencia activa" como recurso psicoterapéutico en adolescentes (Medina, 2011).

***El diálogo terapéutico en base a las preguntas "estúpidas"***

Anderson y Goolishian (1988, 1996) señalan que "los problemas existen en el lenguaje y son únicos a contextos narrativos que le dan sentido, por lo tanto…. Los ejercicios de los terapeutas como expertos que hacen preguntas, deben hacerse desde una posición de "no saber" (Anderson y Goolishian, 1996, p.28).

Estamos de acuerdo en que el terapeuta asuma una posición de "no-saber" para abrir un nuevo diálogo. Sin embargo, también creemos que esta posición de "ignorancia" o "curiosidad" para transitar a otra conversación, implica una gran destreza. Al respecto, Ramos (2014) señala "ser "experto en conversar" debe incluir manejar criterios e instrumentos para tratar de guiar propositivamente, activamente, las conversaciones (y con ellas a los clientes) por los derroteros que le parecen al terapeuta los más adecuados en esas circunstancias, en ese momento" (p. 16). Por lo tanto la posición de no saber de terapeuta implica una gran destreza. Dicha destreza está implícita en las preconcepciones filosóficas y epistemológicas que asume el terapeuta cuando trabaja, lo que denominamos antes como el Fundamento Epistemológico, el cual debe explicitarse para no caer en la ingenuidad "realista positivista". Reconocemos la importancia de trabajar desde la familia, no para ella, tal y como lo propuso Paulo Freire (1971) e Ignacio Martín-Baró (1998).

Guiados por la etnometodología (Garfinkel, 1967), diseñamos un tipo de práctica psicoterapéutica basada en el diálogo en torno a "preguntas estúpidas", que conduce al terapeuta a tener una posición de curiosidad con el objetivo de ampliar el foco de la conversación en torno al problema. Las "preguntas estúpidas" hacen que el terapeuta "navegue" dentro de las aguas de la narrativa tácita que comparte la familia y la red del cliente. Esto significa que entramos en un mundo socio-cultural implícito, marcos sociales organizados que están íntimamente vinculados con la sintomatología y los "sí mismos" de las personas que participan en dichos escenarios (el Fundamento Cultural). Este conocimiento tácito está impregnado de elementos ideológicos, creencias, rituales, etc. que es necesario traer al discurso explícito para,

que puedan ser dialogados, re-pensados y re-negociados a la luz de los cambios y tiempos actuales (Fundamento Ético). Y por otra parte, para ampliar la perspectiva de cuidado mutuo que actualmente practican y empoderar a nuestros clientes a establecer cambios desde sus propios recursos (Fundamento Político). Desde nuestra experiencia clínica, las "preguntas estúpidas" nos llevan a encontrarnos ante la complejidad narrativa y estimulan el cambio desde los propios paradigmas de la gente. Esto redefine al terapeuta como "un experto en posición de no saber" (Fundamento Epistemológico) y al contexto terapéutico como una "exploración" crítica de corte antropológica.

***El "recuerdo y el olvido terapéutico"***

Antes señalamos que somos de naturaleza histórica pero no esclavos de esta. Creemos que el método histórico es crucial para la terapia familiar. Nuestra propuesta es crear un marco de análisis para una terapia familia histórica, la cual busca el recuerdo y olvido terapéutico. Para ello, por una parte, nos ocupamos de un tipo de terapia familiar histórica progresiva (Carr, 1985), que se enfoca en lo que podemos aprender del presente a la luz del pasado y también en lo que se aprende del pasado en relación al presente. Con ello, queremos recuperar la recursividad de la mutua construcción del análisis de la historia, como dinámica dialéctica (Vygotsky, 1987, 1989). En términos terapéuticos, este método nos dirige hacia una posibilidad, por lo menos tentativa, de que nuestros clientes se visualicen en "diversas historias" (Middleton y Edwards, 1990), y puedan, con ello, hacer sus distinciones contextuales y apreciar la diferenciación de su propia historia de otras historias. Los síntomas, desde el análisis histórico, encuentran su significado socio-discursivo-contextual y su cualidad cambiante y sobre todo abierta. En otras palabras, en la terapia familiar histórica propuesta aquí, los síntomas son vistos –y con ello los "sí mismos" de las personas– como marcos sociales organizados históricos. Es decir, el pasado de la gente se re-enmarca en un contexto social específico a la luz del presente, por lo tanto las historias que la gente cuenta, y con ello la memoria familiar y personal, son concebidas no como pre-determinadas o causalmente lineales, sino como un diálogo activo y abierto, que nunca se cierra. Con esto queremos decir que el recuerdo contextualizado en doble dirección –el pasado desde el presente– encuentra nuevos materiales o recursos racionales, emocionales y pragmáticos que conducen al recuerdo y al olvido con propiedades terapéuticas (Fundamento Histórico), además de que la persona se visualiza a sí mismo como un protagonista activo de su propia historia.

***El uso de "metáforas locales" para la externalización del problema***

White y Epston (1993) proponen una terapia familiar narrativa fundamentada en la filosofía posestructuralista del filósofo francés Foucault (1983), quien plantea que los discursos totalizadores y universales no representan la realidad sino que

conducen a la construcción de realidades acorde a éstos con un poder enorme, por el hecho de considerarlos únicos, verdaderos e incluso "buenos y correctos" –poder positivo–. A esto se le denominó el "discurso saturado" sobre la realidad. White y Epston (1993) retoman esta tradición para incorporarla de manera magistral al campo de la psicoterapia, señalando que la gente narra sus problemas de forma saturada, y por ello tienen un gran poder en sus vidas. Para devolverle el sentido "relativo" o contextual a dicho discurso, proponen la "externalización del problema" como método psicoterapéutico (White y Epston, 1993), el cual tiene el objetivo de desmitificar el estatus de verdad absoluta y única del conocimiento sobre el problema, como si los síntomas hubieran aparecido independientemente de sus condiciones socio-históricas. A esto se añade que esta forma de hablar e interactuar sobre los problemas, sitúa el poder fuera de las propias personas. En otras palabras, la naturaleza de la narrativa sobre los síntomas no solo hacen referencia a un "hecho", sino que organiza a la gente en marcos sociales específicos fuera de su voluntad y agencia. La externalización del discurso dominante tiene el fin de recuperar su naturaleza social, y para fines terapéuticos biografizarlo para situarlo de nuevo en el poder de la gente (Fundamento Político). Para ello utilizan de manera genial el uso de modelos o metáforas, para separar la narrativa dominante del problema, de la identidad de la gente y posibilitar la exploración socio-histórica del problema, refiriéndose a éste como fuera de nuestra propia identidad. Es decir, le devuelve a la gente el poder de "analizarlo, verlo, estudiarlo, investigarlo, etc. y con ello empoderar poco a poco a la gente de sus propias narrativas" (White, 1994). Y al final, como si fuera un exorcismo, sacar el problema fuera de sus cuerpos, o del discurso fuera de su poder. En otras palabras, la propuesta narrativa de estos autores es que el uso de metáforas como *médium* que le devuelve a síntoma carago de un discurso de verdad, su naturaleza sociohistórica. Empoderando al cliente sobre dicho discurso para que no interfieran en sus vidas, relaciones y su propia identidad.

Retomamos el método del uso de metáforas o modelos para la externalización del problema, sin embargo, proponemos que sea el cliente quien sugiera la metáfora sobre su problema y no los terapeutas, con ello la metáfora tendrá un poder cultural importante y sobre todo un sentido emocional para el cliente. Con ello, el proceso de la externalización tendrá un poder enorme en la apropiación en primera persona de la nueva narrativa, este es un elemento sustantivo para que se dé el cambio con mayor contundencia y tenga la nueva narrativa –un sí mismo agente– sobre el problema efectos terapéuticos cualitativos (Medina, 2005).

### *La "resistencia activa" como recurso psicoterapéutico en adolescentes*

En términos generales, la adolescencia es un invento cultural relativamente nuevo, es decir, el vínculo biología y cultura ha generado un estadio psicológico que hemos denominado adolescencia en los países occidentalizados. En otras épocas, la

adolescencia simplemente no existía como hoy se expresa, el niño o la niña pasaba a ser adulto mediante el enfrentamiento a temprana edad de responsabilidades como tener hijos y trabajar. Por otra parte, en la actualidad en las clases medias la adolescencia se ha convertido en todo un fenómeno psicológico, el estadio se ha ampliado en edades, de los 11 hasta, en algunas ocasiones, los 30 años. Esto se debe a muchos factores, entre los que destacan el ingreso a la universidad y la dependencia económica de los padres. Dado que el enfrentamiento de responsabilidades es mínimo, se genera también cierta dependencia psicológica para resolver problemas. En este apartado nos referiremos a esta clase de adolescentes, los que viven con sus padres y dependen de ellos, y su contexto tienen como objetivo ideológico último consolidar la individualidad.

Al respecto, Satir (2002) señala que los adolescentes se encuentran en proceso de diferenciarse en relación a su familia de origen, con el fin de consolidar su identidad como jóvenes adultos (Erikson, 1974, 1989). Si la relación parental está marcada por la intolerancia e inflexibilidad hacia los hijos o hijas adolescentes, genera una complejidad relacional, con un ambiente emocionalmente tenso. Los adolescentes pueden enfrentar esto de diversas maneras. Una, transculturalmente común, es la "rebeldía", la cual se puede convertir en síntomas psicológicos si no se atiende. Nuestra propuesta es re-conceptualizar esta rebeldía como una "resistencia", en el sentido político, donde las relaciones de poder están tensas entre dos o más participantes. La "resistencia" es una forma "política" de enfrentar el poder para defender los derechos de diferente índole. En este sentido la tomamos como una metáfora para utilizarla con adolescentes como un recurso psicoterapéutico (Fundamento Político).

La Resistencia basada en la teoría foucauliana, es definida como un acto creativo y activo de lucha (Foucault, 1983). Según este autor, conduce los que la practican a "romper" o "alejarse" de sus propias identidades, liberándolos de la actual subjetividad, para construir una nueva. Foucault denominó a este proceso una "práctica del sí mismo", que consiste en pequeñas modificaciones de la cultura pre-establecida convencional, con el objetivo de construir una nueva. Consecuentemente, esto lleva a integrar nuevas formas de vida dentro de la posición subjetiva. Por lo tanto, consideramos que la resistencia tiene propiedades terapéuticas: es una narrativa crítica que desconstruye al "sí mismo farsante y autocompasivo".

Por otra parte, retomamos la conceptualización de la naturaleza social de la conciencia que propone Vygotsky (1987, 1989), para trabajar con la hipótesis de que la emergencia y evolución de la conciencia como proceso psicológico superior no son exclusivas del desarrollo de la niñez, sino que se dan durante todas las etapas de la vida. A este proceso continuo lo denominamos la "expansión de la conciencia" (Medina, 2011). Con este término nos referimos a que la gente siempre está en procesos de expandir su sensibilidad social, es decir, la capacidad de verse en contexto

en relación a los otros, en especial en los grupos a los que pertenece y en los que participa. Consideramos, que la "expansión de la conciencia" conduce a la gente a ampliar su inteligencia emocional y social (Goleman, 1995). Además enriquece al "sí mismo" y lo sitúa con más poder, agencia y responsabilidad para actuar ante los demás, con intencionalidad ante sus propios escenarios relacionales. Distinguimos entre resistencia "pasiva" y "activa". La primera se da mediante la clásica "rebeldía" o síntomas, mientras que la segunda nos permite observarnos a nosotros mismos en relación a los demás. Esta puede ser promovida o activada mediante la psicoterapia, con fines de desintegrar los síntomas a través de la constitución de un *sí mismo* crítico y activo.

Esta idea la hemos aplicado en el trabajo clínico con mujeres adolescentes de 12 a 14 años que expresan su malestar mediante problemas de la alimentación. En principio nos enfocamos en la narrativa familiar, en especial la que se refiere a problemas relacionales que interfieren en el proceso de diferenciación del adolescente (Minuchin, 1990; Selvini, 1990), para restaurar las alianzas necesarias entre los subsistemas con el fin de acercarlos y propiciar de nuevo el diálogo. Al mismo tiempo, en un espacio solo con la adolescente, el terapeuta establece una alianza terapéutica con ésta. Después de abrir el juego relacional que interfería en la construcción de su autonomía (Selvini, 1990), el terapeuta exalta su valentía por haberse "resistido", aunque haya sido mediante el síntoma. Sin embargo se analizan los resultados de tal estrategia, donde se podrá advertir que está más atrapada y controlada que nunca, porque el síntoma está fuera de control e interfiere en su vida en diversos contextos, incluyendo el de sus pares –el grupo de pertenencia más importante en esta etapa–, además de poner en peligro su vida (White y Epston, 1993; White, 1994). En seguida se aumenta el control –más de lo mismo– de los padres hacia su hija, mediante una tarea donde se dice que no pueden dejar sola a su hija. Tendrán que ponerse de acuerdo para "acompañar" todo el tiempo a su hija, en el dormitorio, el baño, etc., invadiendo su propia intimidad, todo esto por razones de vida o muerte. Después de esto, inmediatamente se refuerza la alianza y se invita a la adolescente a que se siga resistiendo, una clase de instrucción paradójica o doble atadura (Hoffman, 1990). Aunque por otra parte y al mismo tiempo, se invita a la adolescente a que se resista de otra manera, tomando en cuenta que ella conoce bien a sus padres, para que la próxima resistencia "que elija" pueda defender con mayor eficacia su identidad (Fundamento Político).

Todo este procedimiento clínico, ha tenido como meta la generación de otro marco social organizado –unos padres aliados entre ellos, muy cerca de su hija, y por otra parte, una adolescente que utilizará otro recurso, que no será el síntoma–.

En la gran mayoría de nuestros casos clínicos, las adolescentes han generado un tipo de estrategia de adulto, con mayor sensibilidad e inteligencia social y emocional: el diálogo con sus padres, donde pregunta, escucha y responde, negociando con

mayor eficacia sus salidas, vestido, formas de ser, etc., en pocas palabras, su propia identidad. La "resistencia pasiva" ha pasado a ser "resistencia activa". Al igual que en un ritual de pasaje, el adolescente se convierte en un joven adulto, se ha producido la "expansión de su conciencia", se ha generado un "sí mismo agente". Mientras, el síntoma inicia a desaparecer. A esto le denominamos la "resistencia activa" como recurso psicoterapéutico. Esto puede ser utilizado para otro tipo de síntomas y diversos grupos.

**Conclusiones**

La Terapia Familiar Crítica busca resolver los problemas psicosociales mediante cambios modestos en los paradigmas y contextos inmediatos que originan dichos problemas. Al igual que una gota de agua que cae a un estanque, los efectos de la psicoterapia se desplazan mediante círculos concéntricos que afectan modestamente en la narrativa del ecosistema. Propusimos seis fundamentos que soportan la posición crítica en terapia familiar, que orientan el trabajo del psicoterapeuta que busca restaurar o construir el bienestar psicosocial de las personas. La Terapia Familia Crítica parte de la creencia de que el "sí mismo" y la mayoría de los síntomas psicológicos son de construcción socio-discursiva. Esto nos conduce a trabajar con los grupos de pertenencia y la red social de nuestros clientes que conduce a las personas a empoderarse para enfrentar sus problemas desde otra perspectiva y posición. Por lo que los terapeutas ven a sus clientes como expertos de su propia realidad, conduciendo a establecer una alianza terapéutica que estimule el trabajo crítico en colaboración. Este estilo clínico, además de hacer desaparecer los síntomas de los clientes, mediante un diálogo crítico terapéutico entre terapeuta y cliente conduce a los clientes a establecer un marco social organizado que promueva un tipo de "encuentro dialógico", que redefine la narrativa del "sí mismo" como actor social tolerante y responsable. Y por otra parte, se plantea una reflexión crítica continua sobre el trabajo de los terapeutas.

Por último, tal como pudieron darse cuenta, la Terapia Familiar Crítica es un tipo de psicología social aplicada, la cual podría derivar en el futuro en una Psicología Social Clínica (Medina, 2011; Medina, et. 2013a).

**Referencias bibliográficas**

Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process* 27, 371-393.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). "El cliente es el experto: La ignorancia como enfoque terapéutico". En S. McNamee y K. Gergen: *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Aponte, H. J. (1987). The treatment of society´s poor: An ecological perspective on the underorganized family. *Family Therapy Today, 2,* 1-7.
Barnes, G. G. (1998). *Family Therapy in Changing Times.* London: Macmillan Press LTD.
Bernard, J. (1972). *The Future of Marriage.* New York: Word Publishing.
Bianciardi, M. y Gálvez, F. (Eds.) (2012). *Psicoterapia como ética: condición posmoderna y responsabilidad clínica.* Chile: Universidad de Chile FACSO.
Blumer, H. (1982) *El Interaccionismo Simbólico: perspectiva y método.* Barcelona: Hora, S. A.
Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y terapia sistémica.* Barcelona: Paidós.
Bourdieu, P. (2008). *Los usos sociales de la ciencia.* Buenos Aires: Ediciones Quae.
Calhoun, C. (1995). *Critical Social Theory.* Oxford: Blackwell.
Carr, H. (1985). *¿Qué es la historia?* Barcelona: Ariel.
Cecchin, G, Lane, G y Ray, W.A. (2002). *Irreverencia: una estrategia de sobrevivencia para terapeutas.* Barcelona: Paidós.
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1994). *Familia y futuro: un programa regional en América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile: ONU.
Crawford, M. (1995). *Talking Difference: On Gender and Language.* London: Sage.
Derrida, J. (1978). *Writing and Difference.* Chicago: University of Chicago Press.
Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano: El descubrimiento de la etnopsicología.* México: Trillas.
Díaz-Guerrero, R. (2008). *Psicología del mexicano 2. Bajo las garras de la cultura.* México: Trillas.
Erikson, E. H. (1974). *Identidad, juventud y crisis.* Buenos Aires: Paidós.
Erikson, E. H. (1989). *Sociedad y adolescencia.* México: Siglo XXI.
Falicov, C. J. (1988). Learning to think culturally. En H. A. Liddle; D. C. Breunlin y R. C. Schwartz (eds.). *Handbook of family therapy training and supervision.* New York: Guilford Press.
Falicov, C. J. (1991). *Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo vital.* Buenos Aires: Amorrortu.
Falicov, C. J. (1998). *Latino families in therapy: A guide to multicultural practice.* New York: Guilford Press.
Falicov. C. J. (2010). Changing Constructions of Machismo for Latino Men in Therapy: The Devil Never Sleeps. *Family Process, 49,* 309-329.
Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia.* Barcelona: Paidós.
Fernández, P. (1994). Teoría de las emociones y teoría de la afectividad colectiva. *Revista Iztapalapa, Núm. 35,* 89-112.
Fernández, P. (1999). *La afectividad colectiva.* México: Taurus.
Foucault, M. (1983). *La arqueología del saber.* México: Alianza.
Freire, P. (1971). *La educación como práctica de la libertad.* Montevideo: Tierra Nueva.
Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Geertz, C. (1988). *La interpretación de las culturas.* Barcelona: Gedisa.
Gergen, K. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist. 40,* 266-275.
Gergen, K. (1989). "La psicología postmoderna y la retórica de la realidad". En T. Ibáñez (Ed.). *El conocimiento de la realidad social.* Barcelona: Sendai.
Gergen, K. (1992). *El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo.* Barcelona: Paidós.
Gergen, K. (1999). *An Invitation to Social Construction.* California: Sage.
Gergen, K. (2005). "La construcción social: emergencia y potencial". En M. Pakman (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana Vol. I.* Barcelona: Gedisa.
Gergen, K. (2006). *Construir la Realidad: el futuro de la psicoterapia.* Barcelona: Paidós.
Goffman, E. (1984). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales.* Madrid: Amorrortu-Murguía.
Goffman, E. (1987). *La Presentación de la Persona en la Vida Cotidiana*. Madrid: Amorrortu-Murguía.
Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (1996). *Family Therapy: an Overview.* United State of America: Brooks/Cole Publishing Company.
Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional.* México: Ed. Javier Vergara/Grupo Z.
Harré, R. (1986). *Varieties of Realism.* Oxford: Blackwell.
Harré, R. (1989). "La construcción social de la mente: la relación íntima entre el lenguaje y la interacción social". En T. Ibáñez (ed.). *El conocimiento de la realidad social.* Barcelona: Sendai.
Harré, R. (1992a). What is Real in Psychology: A Plea for Person. *Theory and Psychology, 2,* 153-158.
Harré, R. (1992b). The Second Cognitive Revolution. *American Behavioral Scientist. 36 (1),* 5-7.
Harré, R. y Lamb, R. (1992). *Diccionario de Psicología Social y de la Personalidad.* Barcelona: Paidós.
Hoffman, L. (1990). *Fundamentos de la terapia familiar.* México: Fondo de Cultura Económica.
Ibáñez, T. (ed.) (1989). *El conocimiento de la realidad social.* Barcelona: Sendai.
Ibáñez, T. (1994). *Psicología Social Construccionista.* México: Universidad de Guadalajara.
Ibáñez, T., e Íñiguez, L. (eds.) (1997). *Critical Social Psychology*. London. Sage.
James, W. (1989). *Principios de Psicología.* México: Fondo de Cultura Económica.
Jiménez, B. (1994). "Cambios sociopolíticos y desarrollos históricos en psicología". En M. Montero (Coord.) *Construcción y crítica de la psicología social.* Barcelona: Anthropos.
Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona: Paidós.
Kolvin, I.; Miller, F. J. W.; Scott, C. Mcl.; Gatzuilz, S. R. M. y Fleeting, M. D. (1988). *Adversity and Destiny: Explorations in the Transmission of Deprivation: Newcastle Thousand Families Study*. Aldershot: Gower.

Kuhn, T. (1990). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
Laing, R. D. (1988). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
Leary, M. R. y Tangney, J. P. (2005). *Handbook of Self and Identity*. Nueva York: Guilford.
Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa*. Barcelona: Paidós.
Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
Lyotard, J. F. (1984). *The Postmodern Condition*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
Martín-Baró, B. (1998). *Psicología de la liberación*. España: Editorial Trotta.
Marx, C. (1982). "Sobre la existencia social y la conciencia". En G. W. Remmling (Comp.). *Hacia la sociología del conocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.
Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Chile: Dolmen Y Granica.
Maturana, H. y Varela, F. (1986). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
Mead, G. H. (1972). *Espíritu, Persona y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
Medina, R. (2000). Contribuciones de la Etnometodología a la terapia familiar: La conversación terapéutica en torno a las preguntas estúpidas. *Revista Electrónica Iberoamericana de psicología social, 1 (1)*, 3-15.
Medina, R. (2005). El modelo sistémico en un mundo globalizado: La terapia familiar desde Latinoamérica. *Revista Redes. No15*, 125-132.
Medina, R. (2011). *Cambios Modestos, Grandes Revoluciones: Terapia Familiar Crítica*. México: E-Libro Red Américas Psicología.
Medina, R.; Vargas, E.; Castro, R. y Agulló, E. (2013a). Introducción a la Psicología Social Clínica. *Redes 29 Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales. Segunda época, Diciembre 2013*.
Medina, R.; Nuñez, S.; Vargas, E. y Castro, R. (2013b). "Pobreza y Exclusión Social Institucionalizada en México: definiciones, indicadores y dinámica sociológica". En E. Vargas; E. Agulló; R. Castro y R. Medina. *Repensando la inclusión social: aportes y estrategias frente a la exclusión social*. España: Eikaisa.
Middleton, D. y Edwards, D. (eds.) (1990). *Collective Remembering*. Londres: Sage
Minuchin, S. (1990). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
Montero, M. (1994). *Construcción y crítica de la psicología social*. Barcelona: Anthropos.
Parker, I. (1992). *Discourse dynamics*. London: Routhedge.
Parker, I. (2007). *Revolution in psychology*. London: Pluto Press.
Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. London: Routhedge and Kagan Paul.
Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narrativas vividas*. Barcelona: Paidós.
Ramos, R. (2014). *Terapia Narrativa con familias multiproblemáticas. El cambio que viene*. (Inédito)
Rutter, M. (1990). "Psychosocial resilience and protective mechanisms". En J. Rolf; A. S.

Masten; D. Cicchetti; K. H. Nuechterlein y S. Weintraub (eds.) *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
Santiago, C.; Wadsworth, M. y Stump, J., (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology 32*, 218–230.
Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar.* México: Editorial Pax.
Seikkula J.; Alakare, B. y Aaltonen, J. (2001). El enfoque del diálogo abierto. *Sistemas Familiares 17*, 2, 13-19.
Selvini-Palazzoli M. (1989). "Introduzione". En S. Cirillo y P. Di Blasio. *La Famiglia Maltrattante*. Milán: Rafaello Cortina.
Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación: La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazoli*. Barcelona: Paidós.
Sennett, R. (2012). *Juntos: Rituales, placeres y política de la cooperación*. Barcelona: ANAGRAMA: Colección Argumentos.
Shooter, J. (1989). "El papel de lo imaginario en la construcción de la vida social". En T. Ibáñez (ed.). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Sandai.
Sluzki, C. (1997). *La Red Social. Frontera de la terapia sistémica.* Barcelona: Gedisa.
Smith, A. (1997). *La Teoría de los Sentimientos Morales*. Madrid: Alianza.
Spears, R. (1997). "Introduction". En T. Ibáñez y L. Íñiguez (eds.) *Critical Social Psychology*. London: Sage.
Stratton, P. (2012). "Lecciones a partir de la investigación sobre la ética psicoterapéutica". En M. Bianciardi, y F. Gálvez (Eds.) *Psicoterapia como ética: condición posmoderna y responsabilidad clínica*. Chile: Universidad de Chile FACSO.
Taylor, C. (2006). *Fuentes del Yo: La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidís Surcos 21.
Villavicencio, F. (2014) Conversación personal. Cuenca, Ecuador.
Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamiento y lenguaje: Teoría del funcionamiento cultural de las funciones psíquicas*. Buenos Aires: La pléyade.
Vygotsky, L. S. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo.
Wikipedia, (2014) En htpp://es. Wikipedia.org/wiki/Autocompasión. (n.d.). En Wikipedia. Recuperado, marzo 21, 2014.
White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica.* España: Gedisa.
White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. México-Barcelona: UNAM-
Yañez, A. (1947). *Al Filo del Agua*. México: Editorial Porrúa.

Capítulo II

# CONTRIBUCIONES AL ENFOQUE SISTÉMICO; MODELO ECOLÓGICO ROBERTO CLEMENTE PARA FAMILIAS INMIGRANTES

Jaime Inclán[2]

## Introducción

Durante 30 años de servicio hemos tratado de contribuir al pensamiento sistémico a través del desarrollo del modelo Ecológico Roberto Clemente (Inclán, 2001; Inclán, 2009; Inclán et al. 2012). La Real Academia define la ecología como "la ciencia que estudia las relaciones de los seres vivos entre sí y con su entorno". Mientras que generalmente en el enfoque sistémico se habla de la familia como una entidad y el medioambiente como el contexto de esa realidad, el modelo ecológico considera a la familia y su medioambiente una sola realidad y entidad (Auerswald, 1968). Bronfenbrenner desarrollo un modelo "bioecológico" (Bronfenbrenner, 1976; Bronfenbrenner 1979; Bronfenbrenner 1986; Wachs & Evans, 2010) que sirve de guía para analizar la complejidad de las fuerzas directas e indirectas que afectan al desarrollo de las personas y sus medioambientes. Bronfenbrenner define la ecología del desarrollo humano como "el estudio científico de la acomodación mutua, en constante desarrollo, a través del tiempo, entre las personas y también el cambiante medioambiente donde viven; según el proceso es afectado por las condiciones dentro de y entre estos escenarios, y su entorno social más amplio; tanto en el ámbito formal como informal".

El modelo bioecológico se basa en cuatro componentes: 1) procesos de establecer proximidad (identidad y seguridad), 2) características de la Persona, 3) el medioambiente, 4) factor tiempo. El componente Medioambiente, también denominado ecología social, ha recibido mucha atención, y establece cuatro escenarios de medioambientes: microsistémico, mesosistémico, exosistémico y macrosistémico. El modelo considera niveles de medioambientes que extienden en amplitud de alcance desde el entorno microsistémico inmediato, hogar y familia, escuela y trabajo, hasta el macrosistémico que comprende las instituciones más amplias de la cultura como es el orden económico, político, social, y las políticas relacionadas con estos. Específicamente los escenarios en el modelo de ecología social de Bronfenbrenner son:

[2] Centro Roberto Clemente, NYU School of Medicine, EUA (jaimeinclan@gmail.com).

- Microsistema – Entorno inmediato (hogar, escuela, lugar de trabajo).
- Mesosistema – Interacciones entre microsistemas (padres/escuela; condiciones del trabajo/ dinámicas familiares).
- Exosistema – Extensión de meso sistema a instituciones principales sociales (agencias de gobierno; vecindario; medios de comunicación).
- Macrosistema – Instituciones más amplias de la cultura (orden económico, político, social, legal, educacional, sistema de salud).

El modelo ecológico abre el abanico de niveles y escenarios de intervención para el terapeuta sistémico. A través de este artículo presentaremos contribuciones y áreas de trabajo que hemos desarrollado ubicando la aportación en el nivel ecológico que corresponde.

**El nivel exosistémico** del modelo ecológico se refiere a la red de instituciones y recursos que tiene la comunidad. Algunos ejemplos siendo: parques de recreo, escuelas, centros de salud, instituciones financieras, transportación, etc. (Aponte, 1976; Aponte, 1979; Aponte, 1986; Aponte, 1990; Montalvo y Gutiérrez, 1983). Nuestra primera aportación al enfoque sistémico fue la creación del Centro Roberto Clemente (1984). El objetivo de esta intervención en la comunidad fue proveer acceso a familias inmigrantes, pobres, y Latinoamericanas a servicios de salud mental en su comunidad. Se propuso también que los proveedores de servicios fuesen terapeutas que tuvieran conocimiento del idioma y la cultura Latinoamericana, y que los servicios fueran orientados por el modelo ecológico. El Centro ha servido como agente catalizador de otros servicios, aumentado la red de servicios para hispanoparlantes, familias Latinoamericanas, inmigrantes, y familias pobres.

En el 1995, tuvimos la oportunidad de ser el Centro auspiciador de una segunda intervención a nivel exosistémico en la comunidad –la creación de Curso en Humanidades Roberto Clemente (Shorris, 1997; Shorris, 2000). Participamos con Earl Shorris en el proyecto de establecer un Programa Curso en Humanidades Roberto Clemente, donde a jóvenes marginados del sistema de educación se les ofrece en un Centro comunitario un Curso de un año de duración, equivalente a los que ofrecen las universidades –filosofía moral, lógica y análisis crítico, historia social , historia del arte, y literatura. Esta intervención ayuda a los estudiantes a entender los fundamentos y normativas que usan las sociedades occidentales en cuanto a la apreciación y valoración del pensamiento, conductas, propósito, y expresión de la creatividad humana. El efecto de esta intervención en el desarrollo de autoestima, valores sociales, habilidad de resolver problemas, y niveles de participación social son tan o más impresionantes que los obtenidos en psicoterapia. ¿O no es lo mismo, educación, terapia; intervención con familias, en grupos; a nivel microsistémico, a nivel macrosistémico? Pues visto desde la perspectiva ecológica el ser humano es parte de y contenido en todos los niveles de su ecología social, el

nivel exosistémico incluye consideraciones no solo sobre la disponibilidad o falta de recursos estructurales en las comunidades, sino también la disponibilidad de los recursos humanos que puedan proveer los servicios de una manera eficaz y eficiente. De aquí nace la necesidad de un programa de formación sistémico que incluya el desarrollo de las cualidades personales del terapeuta. Nuestro programa de formación se basa en facilitar un espacio relativamente libre y seguro donde terapeutas jóvenes, unos criados en entornos con más privilegios y menos necesidad y otros con menos recursos y más necesidad; terapeutas de diferentes continentes –Caribeños y Centroamericanos, Suramericanos, Norteamericanos y Europeos; todos portadores y representantes de la herencia del colonialismo –de países coloniales antiguos y actuales y de los países en desarrollo– se reúnen a trabajar con familias pobres que les brindan el mejor regalo de sus vidas –desarrollar consciencia sobre su humanidad y cuestionar las gríngolas de significados que mantiene rehén el potencial de sus vivencias y creaciones. Este nivel de formación ocurre tanto al estilo Benedictino, en relativo silencio y autorreflexión, como abiertamente dialectico y embarrado de crítica y autocrítica. Todo mientras en la pantalla se estudia la práctica de la terapia sistémica ecológica.

Hemos introducido el concepto de **"empatía social"** (Inclán, 2009; Inclán, et al. 2012) como clave al éxito en establecer una relación de trabajo fructuosa con familias. Es un concepto que examina la relación terapéutica y el enganche en la terapia desde la mirada ecológica. Se distingue de la empatía como se ha descrito en la literatura. No se circunscribe a una conexión de individuo a individuo, ni está basado en una ética de compasión. Se trata del nivel de familiaridad, validación, aceptación e identificación del terapeuta, no con el individuo, sino con la realidad social del grupo del cual el individuo procede; por ejemplo: la realidad de inmigrar, de ser inmigrante; de ser un refugiado, de ser pobre o de ser rico, de pertenecer a un grupo étnico, de vivir en una colonia o ser parte de un poder imperial, etc. Un alto nivel de empatía social provoca una ética de solidaridad. El terapeuta que trabaja en solidaridad con la familia tiende a operar desde una posición más cómoda y libre con los pacientes lo cual permite más fácil utilización de las dos herramientas básicas de la psicoterapia: 1) la regadera para cultivar la validación, apoyo, y entusiasmo por un mejor futuro y 2) el pico para cuestionar, criticar y retar a las narrativas pasadas y los miedos presentes.

Desde la mirada ecológica hemos examinado y ampliado **la teoría del desarrollo humano** (Inclán, 2009; Inclán, et al. 2012; Inclán y Quiñones, 2003; Inclán, y Hernández, 1992). Entendemos que así como la terapia sistémica plantea que para entender el desarrollo del individuo hay que estudiar también las etapas del ciclo familiar, la mirada ecológica plantea que para entender los cambios en las familias hay que también estudiar las etapas de cambio en sus medioambientes físicos, económicos, de valores y significados. Emigrar de un país, sociedad, y cultura a

otro implica un cambio agudo de medioambientes. Este cambio crea desarmonía y estrés, y desata desarrollos en busca de una nueva definición de la relación individuo/medioambiente y familia/medioambiente. Cambios en clase social, poder adquisitivo, y estatus laboral (Inclán y Ferrán, 1990); cambios en los esquemas de valores (Inclán, 1985; Inclán y Quiñones, 2003) que definen las relaciones y organización de la realidad, incluyendo cambios en roles de género (Inclán, 2003; Inclán y Albores, 2007) generan dinámicas prominentes en el proceso de recalibración de la relación del emigrante con su entorno.

Definimos la emigración de la clase pobre como una estrategia que emplean personas necesitadas que suenan en un futuro mejor para mejorar la calidad de vida de sus hijos y familia. Consiste en lanzar a los miembros de su familia que son más capaces y creativos, mejor preparados y aventurados a una misión crucial en otro mundo. El proyecto de vida del emigrante consiste en lograr el éxito de la misión. Le provee al emigrante un enfoque singular y claro, le endurece el cuero para no sentir el dolor de las injusticias que se sufren, y le da alas de sobra para perseverar. En una misión lo que escasea son las dudas y evaluación crítica del proceso. En cambio sus hijos, la segunda generación de inmigrantes, son estudiosos del experimento que protagonizan sus padres, no tienen el espíritu de necesidad y misionero de ellos, y por tanto tienen el desafío de desarrollar, también solos, su propio proyecto de vida**.** Las muy diferentes condiciones y el entorno que da significado al **proyecto de vida** de los emigrantes hace necesario plantear que, igual que hay etapas del ciclo vital de las familias, también hay que considerar las **etapas del proceso de ajuste del emigrante**, tanto en lo relacionado a la manejo de la pérdida como a la integración del inmigrante al nuevo entorno.

Los retos y consideraciones teóricas y prácticas en relación a la **evaluación y tratamiento de familias de inmigrantes** (Falicov, C. 2014). La pérdida que sufre el emigrante, vista desde la perspectiva ecológica, abarca mucho más que la pérdida relacionada a la relación de apego y seguridad con seres vivientes. Se trata de la pérdida y necesidad de trabajar el duelo relacionado también a la ecología social que se deja atrás: las calles, los olores, el aire, la montaña, el mar, el café, las mascotas, el sabor del café, del guiso o del caldo, de los programas televisivos, de los vecinos, de la radio y la música, de la plaza, de los horarios y costumbres, del clima, de la tertulia, del estadio y las rivalidades, del discurso, diálogo, y conflicto político, etc.

La mirada ecológica plantea la necesidad de igualmente **ensanchar el concepto de "pérdida ambigua"** (Boss, 1999). Tradicionalmente la pérdida ambigua se refiere a la dimensión microsistémico, es decir relaciones entre seres vivos. Desde esa perspectiva seria menos prevalente en familias que inmigran todos los miembros de la familia. Sin embargo hay que tener en cuenta que aun en estas familias, al emigrar se deja atrás una ecología social. El entorno que se deja atrás puede ser fuente de la perdida ambigua. El emigrante puede y suele estar primero físicamente en un

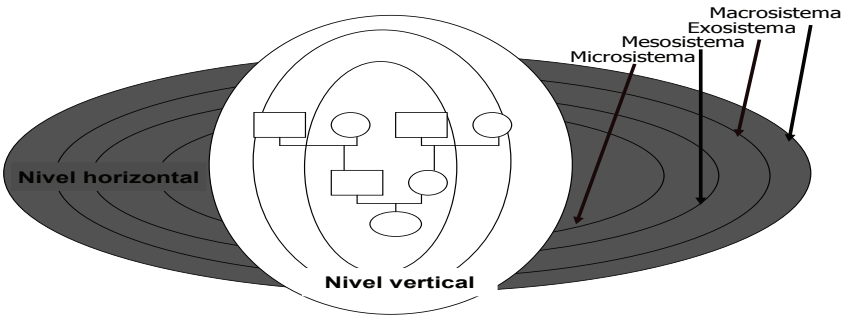
nuevo entorno y no hasta más tarde, a veces años más tarde, empezar a estar emocionalmente presente el entorno de acogida. En este caso la persona se encuentra físicamente en un entorno y emocionalmente ausente.

**Existen dos tipos de migración: la migración familiar y la migración progresiva.** La migración progresiva ocurre en etapas; un miembro de la familia viaja primero, preparando así las condiciones del viaje para el siguiente. El padre o la madre emigran, dependiendo de la estabilidad de la pareja y la posibilidad de encontrar trabajo de cada uno de ellos, dejando a sus hijos en su país de origen hasta que años después se reúnan en el país de acogida. Emigración en familia es cuando la familia emigra junta. Irrespectivamente del tipo de migración es ajuste a **la migración es un proceso multigeneracional de desarrollo ecológico que ocurre en etapas** cuyas características y retos hemos descrito (Inclán, 1985; Inclán, 2003; Inclán, 2009).

**Modelo ecológico aplicado a familias de inmigrantes**

La perspectiva ecológica abre el abanico de posibilidades de intervención en los múltiples niveles de escenarios de la ecología social de las familias. En la sesión de consultoría que se presentará, se podrá observar cómo los problemas escenificados a nivel microsistémico en la dinámica familiar de una familia inmigrante con un adolescente, son expresión y parte isomorfa de conflictos y retos escenificados en la vida del adolescente en el colegio, con su grupo de pares, en relación a su identidad, y a su adaptación, no solo a su familia, sino también a la cultura del país de acogida. Podrán también ver un ejemplo de cómo el Consultor abre las posibilidades de intervención y trabaja los niveles meso, exo y macro sistémicos de un problema que la familia identifica como un conflicto entre madre-hijo, es decir a un nivel microsistémico. En la entrevista, intervenciones a nivel microsistémico son complementadas por otras que atiende problemas a niveles relacionados con los cambios sociales, de valores y de identidad que forman parte de un mismo reto de adaptación, evolución y funcionamiento

**NIVELES DEL MODELO SISTÉMICO -ECOLÓGICO**



En resumen, el modelo sistémico-ecológico abre las posibilidades de intervención más allá del individuo, la díada o el núcleo familiar, y permite trabajar con la familia en los problemas que afronta en múltiples niveles de su ecología social.

Situando la familia actual como punto de encuentro, la ecología de los organismos se puede visualizar desde una perspectiva temporal cruzando perpendicularmente la dimensión horizontal, que se refiere al nexo de relaciones y redes sociales actuales, al Presente, con la dimensión vertical que se refiere al nexo de relaciones y redes familiares y sociales relacionadas al Pasado, y Futuro (Inclán, 2009).

La dimensión horizontal recoge las fuerzas dinámicas relacionadas con el individuo como ser. Incluye su salud física y emocional, sintomatología, etapa de vida y de ciclo familiar, estatus familiar y dinámicas en su familia, hogar, vecindario y condiciones de los mismos, participación laboral o en la escuela, grupo de padres y red social actual, participación social, cívica, política, etc.

Por otro lado, la dimensión vertical incluye las fuerzas dinámicas de una forma temporal, teniendo en cuenta presente, pasado y futuro. Dimensiones del conflicto familiar asociadas al pasado son, por ejemplo, traumas, legados de la familia de origen, valores transmitidos por la cultura de origen, conflictos de lealtades, etc. Dimensiones del conflicto asociados al futuro son, por ejemplo, la dificultad en visualizar o ejecutar proyectos futuros materiales, como asegurar pagos de educación o vivienda, proyectos emocionales, como formar pareja o familia, como asegurar el retiro, como proveer las necesidades anticipadas de seres queridos en otros países, etc.

La inmigración se origina en un sueño que se convierte en un proyecto de vida que pasa a ser el centro de atención de la familia. Es imprescindible conocer las expectativas y los proyectos de vida de las familias para entender su condición emocional, estructural, y funcional (Inclán, 2009).

El terapeuta estudia el desarrollo de los proyectos de vida de la familia. Condiciones a todos los niveles de la ecología impactan en el desarrollo de ese proyecto de vida. Prestaremos atención a factores en todos los niveles de la ecología social de la familia con singular a factores a nivel macrosistémico como lo es la adaptación a los retos de la inmigración y factores macrosistémicos asociado a las relaciones de apego y seguridad del paciente identificado y su madre.

Las experiencias conjuntas, un espacio y un tiempo compartido facilitan la co-evolución de la relación entre padres e hijos y así facilitar el desarrollo del vínculo. Cuando este vínculo es consistente y seguro, llamado también apego seguro (Bowlby, 1969), la familia goza de un factor de protección para el continuo desarrollo y adaptación. La posibilidad de co-evolución es mayor en familias que emigran conjuntamente. Sin embargo muchas familias emigran progresivamente, es decir, unos primeros y otros después.

En el caso de la migración progresiva, el padre/madre que emigra también sufre una pérdida significativa. Frecuentemente esta no queda resuelta. Este fenómeno añade complejidad al estudio de la familia y a su tratamiento ya que se ha establecido que cuidadores con traumas y perdidas irresueltas tienen mayor probabilidad de tener hijos con problemas de apego inseguro, tipo desorganizado (Steele, Steele y Murphy, 2009).

Los temas propios de la adolescencia en familias inmigrantes suponen cambios y rupturas en varios niveles de la ecología social de la familia. Estos cambios se dan, no solo en la relación de apego con los padres y la familia (nivel microsistémico), sino también en la red social, las relaciones con la escuela y el trabajo (nivel mesosistémico), y en los cambios de lugar, ubicación, sentido de pertenencia, cultura y valores (nivel macrosistémico).

Por lo tanto, para entender los retos de las familias inmigrantes, se tiene que tener en cuenta como se produce el proceso migratorio, pues no van a suponer las mismas rupturas si este proceso se da en familia o de forma progresiva.

Para un análisis más completo y detallado del tratamiento de adolescentes y familias de inmigrantes, refiérase a "Adolescencia e Inmigración: Una Perspectiva Sistémico-ecológica" (Inclán; Martí y Gay, 2012). En él se presenta la consulta en su totalidad y se elabora el análisis y las intervenciones más extensivamente**.**

En familias de inmigrantes con hijos adolescentes, especialmente si la migración ha sido progresiva, hemos de tener en cuenta las características especiales y los cambios en todos los niveles del sistema ecológico de la familia (microsistema, mesosistema, ecosistema y macrosistema) así como el manejo de los conflictos propios de la adolescencia, y en especial, el impacto de la migración en las relaciones de apego entre padres e hijos.

**Caso de familias con hijos que inmigran progresivamente**

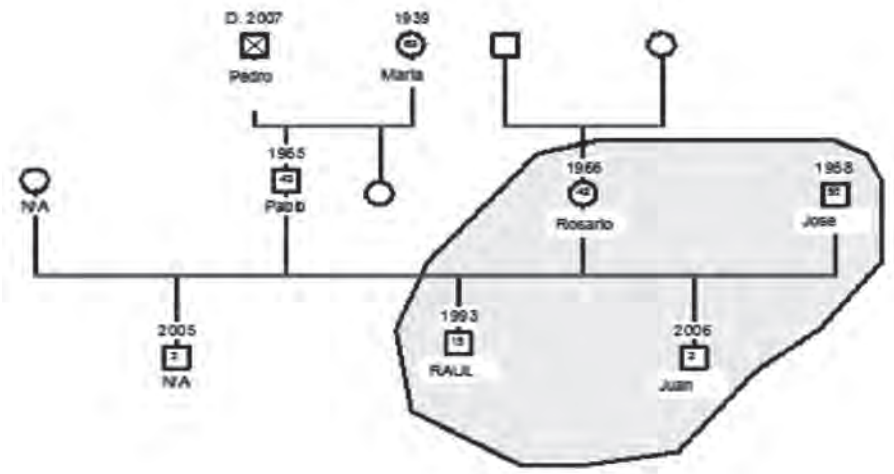
A continuación presentaremos una sesión de terapia donde se abordan los retos de la inmigración y la adolescencia en una familia de inmigrantes. En ella se podrán apreciar los supuestos teóricos y prácticos del modelo ecológico expuestos anteriormente.

Los nombres del paciente identificado y sus familiares se han modificado para proteger su identidad.

El terapeuta de referencia de la familia presenta el caso a consultaría a fin de dar un nuevo enfoque y nuevas orientaciones para la terapia. Se trata de un caso de migración progresiva.

El paciente identificado es un chico de 15 años originario de México que acude a psicoterapia con su madre. Ellos están asistiendo a terapia en el centro Roberto Clemente por problemas de comportamiento en la escuela, bajo rendimiento, así como por conflictos entre madre e hijo.

**GENOGRAMA**




Rosario de 42 años de edad es la madre de Raúl que tiene ahora 15 años. Rosario emigró a los Estados Unidos cuando Raúl tenía 5 años. Rosario rompió la relación con su marido Pablo, por ser víctima de su abuso. Ella emigró en búsqueda de nuevas oportunidades; es decir, en búsqueda de un nuevo proyecto de vida. Durante 8 años, desde los 5 hasta los 13 años, Rosario no tuvo contacto directo con su hijo Raúl.

Cuando Rosario emigró a los EEUU, Raúl se quedó al cuidado de familiares. Estos se ocuparon de su crianza desde la edad de 5 años hasta los 13 años cuando el chico se reunió con su madre en los EEUU. Durante periodos de tiempo fue criado por sus abuelos, tanto paternos como maternos. El padre de Raúl, Pablo, estaba presente en su vida mientras él estuvo al cuidado de sus abuelos, y luego asumió la responsabilidad primaria llevando a Raúl a vivir con él. También el tío del chico, hermano de su padre jugó un papel de tutor. Rosario intentaba mantener contacto telefónico con Raúl desde New York, pero mantener ese contacto era frustrante a la vez que infrecuente, pues muchas veces intentaba contactar con Raúl pero no lo encontraba y la familia de ella le ocultaba que estaba con su padre. A los 6 meses de su llegada a New York su abuelo paterno falleció en su país de origen.

Cuando Raúl llega a New York va a vivir con su madre, con la nueva pareja de ella, José, y con Juan, el hijo de 2 años que tuvo su madre con su nueva pareja. En el momento de la consulta Raúl llevaba un año y medio reunido con su madre en Estados Unidos.

En la presentación del caso a consulta, se destacan tres periodos en el desarrollo de Raúl: de los cero a los cinco años, cuando estuvo la madre presente con su hijo

en una situación de violencia doméstica y ansiedad en el medio ambiente familiar; de los cinco a los trece, cuando Raúl es criado por su familia extensa sin su madre, periodo caracterizado por discontinuidad, rupturas, perdidas y re-establecimiento de las relaciones primarias con sus cuidadores; y de los trece a los quince, cuando Raúl emigra y comienza el periodo familiar de adaptación a un proceso migratorio progresivo, caracterizado por el manejo de la pérdida del sentido de identidad ya establecido en su país de origen, y la desilusión y ajuste de su madre y familia a como esperaban que Raúl se sentiría con ellos.

A continuación se presentará la sesión de terapia dividida en nueve fragmentos. Los fragmentos han sido divididos según su contenido en función de la intervención que se ha hecho siguiendo el modelo ecológico.

***Análisis de secuencias de la entrevista***

*Fragmento 1*

Este primer fragmento es breve. El Consultor empieza a desarrollar la alianza terapéutica desde la perspectiva ecológica de empatía social: usa un lenguaje que enfatiza que el ajuste a la inmigración y la identidad cultural forman parte de los retos de los emigrantes y de su búsqueda hacia mejores alternativas vivenciales.

***Sesión de consulta:***

[La madre y su hijo llegan unos minutos tarde y la madre parece sofocada]

**Consultor**: no sé, ¿usted está bastante *aculturada* a este lugar? Un lugar donde se va caminando rápido y se llega a los sitios como…no sé.
**Mamá:** sí
**Consultor:** ¿sí? ¿Está adaptada a este país? Veo que está hablando…
**Mamá:** me gusta pero no me acostumbro todavía.
**Consultor:** sí.
**Mamá:** me gusta mucho pero todavía no me adapto al 100 %.
**Consultor:** ya lo comentamos un poco (pausa). Tal vez Ricardo (psicoterapeuta de la familia) les comentó. Hoy lo que hacemos (pausa)... nos reunimos una vez a la semana con alguna familia que está tratando de superarse y trabajar algunos temas que son importantes para su mejor funcionamiento.
Nos reunimos el terapeuta y yo, que soy Jaime Inclán, director de la clínica que llevaré la consulta de hoy. Detrás del espejo aquí está el Dr. Vilaró que han conocido y otros miembros del equipo. ¿Verdad? Conozco un poco su situación porque antes que ustedes llegaran, comentamos un poco y luego comentaremos un poco más para así tratar de poner dos, tres, cuatro, cinco cabezas juntas a ver cómo podemos mejor ...

Ellos nos ven a través de este espejo pero no nos oyen. ¿Si eres tan amable de sentarte acá por el tema de los micrófonos? (indicándole al chico para que se siente en diagonal a su madre en vez de a su lado). La sesión está video grabada. Les tengo que dar una hojita que yo les informé de esto que se usa para propósitos de supervisión y propósitos didácticos. Ya cuando concluyamos se las da la hojita a firmar.
PAUSA
Para aprovechar el tiempo que tenemos verdad (pausa).Yo entiendo que usted es Mexicana, que tu Raúl naciste en el México. Y entiendo que los primeros añitos de vida los compartieron y que entonces usted se vino a los Estado Unidos. Entonces yo quisiera primero que nada…

***Análisis:***
El Consultor comienza la sesión indagando sobre el nivel de adaptación general de la madre del paciente identificado (PI) al nuevo país. Esto, además de ser una forma de favorecer un clima seguro sirve para analizar parte del proceso de aculturación y medio ambiente que contextualiza el sentido de identidad de la madre. La aculturación se define como el resultado de un proceso en el cual una persona o un grupo de ellas incorporan aspectos de una nueva cultura, proceso que pone en marcha, a su vez, el comienzo de una redefinición de identidad personal nacional que entremezcla aspectos de las dos culturas en forma individual y única. Sluzki (1979) identificó las siguientes etapas del proceso de ajuste familiar a la inmigración: etapa preparatoria, momento de migración, periodo de asentamiento e integración, que incluye la *sobrecompensación* (momentos de aparente adaptación) y descompensación (momentos de crisis o desadaptación) y finalmente, fenómenos transgeneracionales.

*Fragmento 2*
El consultor entiende, por la discusión del caso previa a la consulta, que la familia se encuentra en la etapa inicial del ajuste al proceso de migración progresiva. Este análisis orienta su hipótesis sobre la posibilidad de que el estado de ánimo oposicionista del chico y los problemas de conducta y participación en el hogar y en el colegio, estén relacionados al manejo inconcluso de las pérdidas sufridas a consecuencia de su emigración desde México a los Estados Unidos y a la ruptura en su relación de apego seguro con su madre que se interrumpió cuando ella emigró a EEUU. Por tanto, el consultor dirige su conversación a restablecer el apego entre madre e hijo.

Para lograr el objetivo, el Consultor organiza la dinámica familiar poniendo límites entre la madre y el padre que permita al chico poder explorar su relación con su madre sin entrar en un conflicto de lealtad con su padre y todo su entorno familiar en México.

*Por economizar espacio no se presenta la transcripción de este segmento.*

*Fragmento 3*

Se introduce la posibilidad de realidades múltiples para apoyar un marco cognitivo/emocional más amplio que permita validar la experiencia de los motivos y consecuencias de cada parte (madre, hijo) como propios a su entorno y condición personal. El proceso de emigración como agente catalítico de experiencias individuales ("pantalla dividida") se manifiesta y explora.

También se hace énfasis en el proceso de desarrollo de seguridad de y entre la madre y el hijo, que ha sido afectada por las rupturas y cambios en el medio ambiente primario del paciente identificado, y específicamente, por el trauma sufrido por la migración de su madre a los EEUU.

***Sesión de consulta:***

**Mamá:** mi primer hijo. No tenía más que él. Fue el centro de mi vida. Y lo es.
**Consultor:** fue el centro de su vida.
**Mamá:** él me daba fuerzas, maldito sea Dios.
**Consultor:** ¿y esta barriga?
**Mamá:** fue mala, fue pésima.
**Consultor:** ¿sí?
**Mamá:** tuve muchas molestias, me indujeron el parto.
**Consultor**: ¿tú sabías esto? (señalando al hijo).
**Chico:** sí.
**Consultor:** ah.
**Mamá:** fue bien malo. Prácticamente me empecé a tratar con un médico aparte y tuve complicaciones durante el embarazo.
**Consultor:** entonces, a veces, cuando hay complicaciones así, más querido, más alabado.
**Mamá:** lo que pedía a Dios es que saliera sano porque yo tenía muchos problemas con el papá de él. Ese era mi miedo, que él saliera enfermito porque había mucha agresividad.
**Consultor**: pero por lo visto (pausa).
**Mamá:** bendito sea Dios, salió bien a Dios gracias. Fue malo el embarazo pero salió un niño sano.
**Consultor**: y cuando nació ese niño usted que sintió.
**Mamá:** ay, feliz. En medio de tanta tristeza él me llenó de felicidad.
**Consultor:** es que ser madre (pausa).
**Mamá:** él me dio esa alegría y esa paz que tanto necesitaba y todavía no (pausa) que a veces me pongo un poquito mal. Pero estoy feliz con mis dos hijos, porque tengo

otro más.
**Consultor:** ¿y fue tan guapo de bebé?
**Mamá:** era un bello (se ríe).
**Consultor:** ¿sí?
**Mamá:** sí. Bendito sea Dios. Y sobre todo sanito que era lo que más quería.
**Consultor**: ¿hizo alguna foto?
**Mamá:** tengo, pero ni una acá. Todas, yo tome mucha fotos y videos cuando yo me separé... Yo no tengo ni una foto de tiernito. Ya solo de grande. Sí de los dos años para arriba pero ninguna de tiernito.
**Consultor:** ¿ay y esto, como se siente usted?
**Mamá:** ay yo le dije a él cuando se iba a venir que traiga el álbum, que traiga las fotos que es lo que yo quería y dijo que se olvidó.
**Consultor:** bueno, quizás habrá manera algún día.
**Mamá:** bueno, si Dios quiera. Pero estaba viendo unos videos de él casualmente hace unos quince días de cuando él era chico.
**Consultor:** ah sí, los videos si los tiene.
**Mamá:** si, del cumpleaños, porque todos los años le he hecho el cumpleaños, todos los años tengo video de él. Desde entonces hasta ahora que está grande.
**Consultor:** y tú te reconoces en estos videos.
**Chico:** claro.
**Consultor:** y cómo, cuéntame de los videos de esos cumpleaños. Cómo se celebra en tu país, cómo te celebró tu mami ese cumpleaños.
**Mamá:** con amigos, con familiares.
**Consultor**: ¿sí? Acá se suele hacer una torta.
**Mamá:** igualmente ahí.
**Consultor:** ¿sí? ¿Y cuando tú ves el video?
**Chico:** tengo recuerdos.
**Consultor:** te acuerdas o lo estás viendo y (pausa) porque uno era bebito entonces.
**Chico:** ya no era tan bebé. Yo tenía siete años.
**Consultor:** hasta siete.
**Mamá:** ya el uno, cuando los vimos cuando cumplió siete años. Y tengo otro de cinco, de cuatro años.
**Consultor:** ¿Sí?
**Mamá:** no hemos llegado a ver todavía esos.
**Consultor:** o sea hasta los siete usted estuvo allá y compartieron.
**Mamá:** no, yo estuve hasta los cinco años y medio con él. Y ya para venirme, cuando estaba en planes de viaje, yo le hice, yo le hice cuando tenía cinco años. Y los cinco años y medio él que tuvo yo me fui.
**Consultor:** y entonces ese cumpleaños fue especial.
**Mamá:** yo lo mandé de aquí. Yo mandé muchas cosas de aquí para que lo hagan allá.

**Consultor:** ah, ¿pero para cuál?
**Mamá:** allá en mi país.
**Consultor:** pero celebró el quinto cumpleaños.
**Mamá:** con él.
**Consultor:** ¿con él allá?
**Mamá:** sí allá.
**Consultor:** o sea, luego de acá le enviaba cosas.
**Mamá:** desde allá me vine acá y siempre estaba mandando para que le hagan su cumpleaños.
**Consultor:** y ese quinto cumpleaños entonces (pausa).
**Mamá:** fue el más triste porque yo ya estaba en planes de venir.
**Consultor:** ya usted ya estaba en planes.
**Mamá:** ya estaba…bueno, económicamente estaba mal pero traté de juntar dinero. Y me ayudó desde luego mi familia para hacerlo.
**Consultor:** entonces celebrando el cumpleaños con mucha felicidad pero por dentro (pausa).
**Mamá:** triste porque yo sabía que era el único que iba a estar pequeño. Porque bueno, mi plan no era quedarme en ese país, mi plan fue estar unos tres años. Bueno esa era mi idea. Pero no fue como yo pensé. Uno cuando está en nuestro país tiene la mentalidad de en un año pago la deuda , por que vine endeudada en 10.000 dólares, dije un año pago los 10.000 dólares, un año compro una casa y un año reúno y me voy. Eso fue mi idea cuando yo estaba allá, pero cuando vine acá vi que no era fácil. No fue (pausa). Me cogió casi un año y siete meses para pagar la deuda.
**Consultor:** la deuda de todos los trámites…
**Mamá:** la deuda de los 10 años que yo vine acá endeudada. Porque yo vine por frontera, yo no vine con visa.
**Consultor:** y eso es otro….
**Mamá:** fue duro. Pero bendito sea Dios. Como que duro en un sentido, que lo tenía a él acá. Para mí fue un sufrimiento. Yo lloraba mucho. Cada vez que hablaba con él. Yo no hablaba, sólo lloraba y lloraba. Fue triste porque yo hubiese querido traérmelo a él. Yo estaba en planes de traerlo a él pero me querían cobrar con él 7.000 dólares.
**Consultor:** (pausa) no los tenía.
**Mamá:** no los tenía. Eran 17.000 dólares que tenía que sacar y que en mi país era un dineral.
**Consultor:** una fortuna.
**Mamá:** fue un dineral. Y tuve que dejarle con mi madre.
**Consultor:** ah. Y tu mami de dónde saca esta fortaleza, esta fibra para lanzarse así a un futuro por el bien de su hijo. De donde ella saca esta valentía y fortaleza.
**Chico:** según ella de mí.

**Consultor:** ¿Sí?
**Chico:** no sé, así dice.
**Consultor:** porque igual ella no te ha contado pero ella vino por frontera.
**Chico:** yo sé. Yo sabía.
**Mamá:** él sabía todo porque con él andaba yo arreglando mis trámites. Yo nunca lo oculte. Desde chiquito le decía "yo me voy a tener que ir y me duele". Él andaba conmigo dónde el coyote. Bueno, coyote le llaman. Arreglando… con él andaba. Él supo, y hasta el día que yo viajaba a otra ciudad para coger el avión él estuvo conmigo.
**Consultor:** sí.
**Mamá:** él era chiquito y yo tenía que viajar a las siete de la mañana. Él estuvo conmigo, mi familia. Él tiene que recordar eso.
**Chico:** no.
**Consultor:** tal vez no, ¿verdad?
**Chico:** yo me acuerdo que me quedé dormido.
**Mamá:** no, mi hijo no sé quedó dormido.
**Chico:** bueno no sé, yo te estoy diciendo lo que me acuerdo. No te estoy diciendo…
**Mamá:** él estuvo conmigo, casualmente teníamos que coger un bus.
**Chico:** un bus, eso sí me acuerdo.
**Mamá:** para irme a Guayaquil. Y el bus ya estaba cerca de abordar y yo no podía porque yo lloraba y lo abrazaba y…
**Consultor:** Y no podía abordar.
**Mamá:** y lloraba mucho. Y mi madre me decía "tranquilízate hija, haces sufrir a tu hijo". Eso era lo más triste que yo siempre recordaba. Que lo abrazaba y lloraba. Y sabía que no lo voy a volver a ver más. Y tenerle como yo quería, que no era fácil pero pensando en él mismo traté de salir y yo lo dejé con mi madre y cuando yo estuve en viaje yo me enteré que el papá me lo quitó.
**Chico:** no le quitaron. Yo mismo le dije. Mi papá vino y fue a la casa de mi abuelita y dijo "¿usted con quién quiere vivir? Pues venga conmigo". Él dijo "¿con quién quiere vivir, con su abuela o conmigo?" Y yo dije "con mi papá". Yo mismo lo decidí.
**Consultor:** o sea que, usted Raúl, desde muy pequeñito, está haciendo unas decisiones importantísimas (abre los brazos).
**Chico:** no porque mi papá me dijo que si yo quiero me quedo a vivir con mi abuela o con mi papá. Y como yo sabía cómo era el ritmo de vida de mi papá me dije "me voy a vivir con mi papá". Me dolió, porque yo siempre me criaba con mi abuelita y con todos pero en el otro lado estuve mejor.
**Consultor:** con tu papá...
**Chico:** sí.
**Mamá:** es lógico. No hay nadie como su padre. De hecho va a estar mejor.
**Chico:** si pero no diga que le quitaron.

**Mamá:** bueno es lo que yo supe. Porque yo le dejé con mi madre. Pero cuando yo llamaba a mi país, bueno yo estaba en México, yo le llamaba "mami páseme quiero hablar con Raúl", "no, está durmiendo", me cortaba. Está durmiendo, salió de viaje. Le digo "a dónde". No, salió con el tío, le llevaba a un pueblito, una ciudad. No, está de vacaciones, siempre había pretextos pero no me dejaban hablar. Yo decía "¡que pasa!". Y una vez llamé a una hermana mía, la mayor, digo "yo quiero hablar con Raúl, me dicen que está dónde vos jugando", y ella me dice "No, salió con la Vanesa" con una sobrina mía. "¿Y dónde andan?". Anda llámales, quiero hablar con Raúl que hace más de un mes que no hablo con él.

**Consultor:** y usted, entiende también señora, pues claro que querías estar con tu papi (señalando al hijo).

**Mamá:** es lógico, es su padre.

**Consultor:** o sea lo que sucede así cuando alguien como usted tiene que levantar la fuerza, la valentía por el bien de la familia, de los hijos, con todo lo que eso supone, entonces ya usted sabe cómo es la cámara que le llaman *Split screen*. Eso ya empieza a tener, desde la perspectiva de tu madre "estará con su abuelo, con su mamá" para ella. Pero son dos cosas.

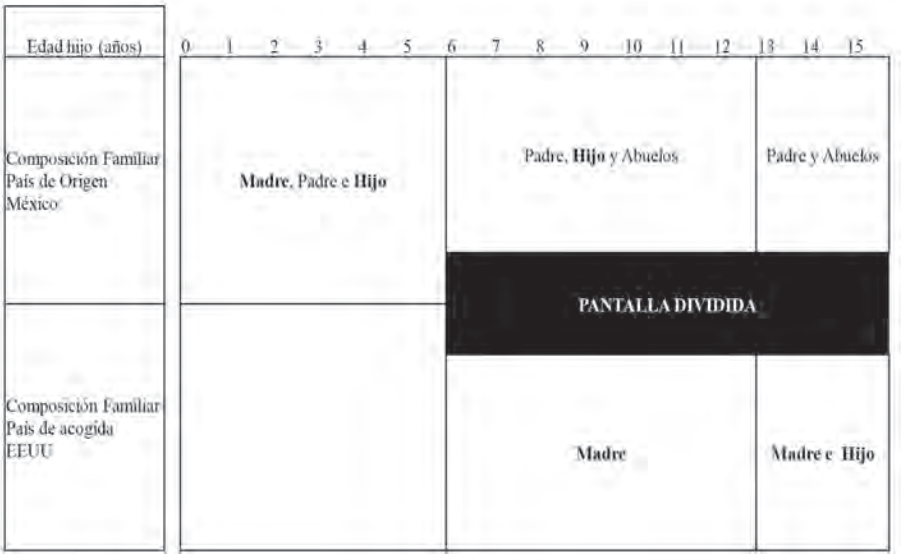
Esposos, padres. Como esposos había problemas y usted piensa que estaría mejor con su... Pero entiende también tu mamá que es tu papi. Y entonces ya él en el otro lado de la *screen* ya está estableciendo su vida con su papi. Ahí desarrollando un abrazo con su papi. Y ya tu mami había salido. Y por otro lado tú entiendes que tu mami se preocupa por tratar de que te trataran bien. Pero esposos es una cosa y padre de un hijo es otra.

***Análisis:***

El consultor promueve recuento de recuerdos y emociones de amor y solidaridad entre hijo y madre que facilite una vivencia alternativa y un re-encuadre que facilite que lo que se vivió emocionalmente como "abandono" pueda ser re-vivido como amor y sacrificio.

Se asume que la experiencia de abandono vivida por el niño es igualmente válida. Se pone el foco en el momento de la separación. Clarificando recuerdos de uno y de otro, haciendo ver a ambos las diferentes versiones que tiene cada uno.

**"PANTALLA DIVIDIDA"**




La metáfora de la pantalla dividida donde se hace explícito que: a) la ecología social del individuo y el medio ambiente social juegan un papel fundamental en la identidad del individuo, b) el compartir en un mismo espacio y tiempo es necesario para el desarrollo y co-evolución de las relaciones humanas, y c) rupturas en la continuidad de experiencias compartidas tienen consecuencias, dependiendo de la edad y calidad de la relación de apego y tipo de o separación , en el desarrollo del sentido de seguridad del joven, y por tanto en la calidad de sus relaciones afectivas.

*Fragmento 4*

Se valida la relación de apego entre padre e hijo, permitiendo que la madre pueda comenzar a internalizar la diferencia entre el rol de cónyuge negativo y el de padre positivo para su hijo.

A partir de aquí se va dejando el tema del apego con el padre dando paso al apartado de la migración y sus dificultades. En los adolescentes, el tema de la identidad se re-examina desde la perspectiva de su naciente autonomía, diferenciada de su identidad familiar. Para muchos jóvenes la adopción de nuevas formas de cultura, música, manera de vestir, red social de pares, interés social o deportivo forman parte importante del proceso de individuación de su familia de origen. Por tanto, puede ser útil en la terapia cuando se intenta trabajar estos temas a nivel familiar o

a nivel ecológico, como es necesario en los casos de jóvenes inmigrantes. La valorización y destreza al fútbol, que es deporte rey en prácticamente todo el mundo excepto en los Estados Unidos, sirve usualmente para conversar con jóvenes varones sobre el efecto traumático del trasplante lejos de su entorno social.

También se refuerza la idea de que no se tiene que renunciar a la cultura de origen para adaptarse a la nueva, sino que se pueden integrar de forma armoniosa ambas culturas. Por tanto, se señala también la capacidad de adaptación al nuevo idioma para fortalecer la imagen del joven delante de su madre como alguien capaz e inteligente.

*Por economizar espacio no se presenta la transcripción de este segmento*

*Fragmento 5*

Además de temas microsistémico relacionados a las dinámicas familiares, en el siguiente fragmento de video se tratan temas a niveles mesosistémico –específicamente las relaciones entre madre y escuela, y joven y escuela. Se tratan temas típicos de esta etapa de la vida, como son, su rendimiento escolar, sus intereses vocacionales, la toma de responsabilidad por parte del chico en ésta área. También se trabaja en temas como mantener y apoyar la identidad cultural y nacional del joven mexicano. La madre expresa aceptación de la identificación cultural de su hijo como mexicano, y es capaz de promover un contacto con su medio ambiente de origen, siempre y cuando responda al desempeño pleno de su responsabilidad actual como estudiante.

***Sesión de consulta:***

**Consultor:** fue un buen estudiante allá, vemos que sonríes y dices "yo sacaba buenas notas", pero hacer ese viaje acá…
**Chico:** también sacaba buenas notas… (sonríe).
**Madre:** jaja (ríe la madre).
**Consultor:** ¿acá?
**Chico:** bueno porque mis clases eran en español, pero ahora ya no tengo clases en español.
**Consultor:** ahora es más difícil.
**Chico:** todo es en inglés.
**Consultor:** ¿y?
**Chico:** está bien. Está más fácil… bueno no más fácil, pero en comparación con antes que no sabía nada de inglés.
**Consultor:** ¿y cómo te va con el inglés?
**Chico:** normal.

**Consultor:** estás ahí... ¿empezando a masticarlo?
**Chico:** si mami sabe qué... (mira a la madre).
**Madre:** sí habla mucho, entiende bastante.
**Consultor:** pero si acaba de llegar aquí hace un año y pico. ¡Es inteligente! (señala con la mano al chico).
**Madre:** si, es bien inteligente. Lo único es que es dejado.
**Chico:** yo no sé, pero lo único que me importa es suspender el inglés… pero si suspendo en matemáticas… antes las matemáticas me gustaban. Cuando yo vine recién el anterior año en una escuela de aquí yo tan sólo quería aprender el inglés y me descuidé todas las materias
**Madre:** aún está un poquito mal, digamos mal porque está mal.
**Chico:** pero también al principio tenía 19 en la escuela. Tenía 19 sobre 100 y ahora subí a 45. Tal vez yo pueda pasar...
**Consultor:** ok... por lo menos estás en una ascendiente.
**Chico:** (asiente).
**Madre:** yo tuve una reunión con unos profesores.
**Consultor:** (corta a la madre) y que tu apuestas, ¿qué pasarás?
**Chico:** sí. Es fácil. Sólo tengo que pasar en matemáticas y una… eh… inglés, porque en el primer trimestre no pasé inglés y en el segundo no pasé matemáticas.
**Consultor:** Pero tu mamá dice que quizás faltan ganas. ¿Serán ganas? O será que él está… o sea, imagínese una plantita que está sembrada, que ya está desarrollando un poco de cuerpo, que está sembrada aquí cinco, seis, diez, hasta doce años tiene esa plantita y entonces la sacamos, y entonces la llevamos y la replantamos en otro clima. Para replantar parece que trajeron poca de su propia tierra, parece que trajeron poca de su propia tierra por la situación y entonces se replanta acá. (Silencio). El primer año luce por lo general la plantita (baja los hombros)… un poquito desganada, le caen las hojas, verdad, no crece, entonces yo no sé si será desganado o será algo de verdad (gesticula con las manos igual que cuando explicaba el trasplante). Será mucho el manejo, porque fíjese…
**Chico:** no creo que no… no es eso que, como usted dice…
**Consultor:** ¿no?
**Chico:** creo que soy "dejado".
**Consultor:** ¿eres dejado?
**Chico:** porque yo me acostumbré.
**Consultor:** es inteligente.
**Chico:** porque yo me acostumbré rápido a este país.
**Madre:** es un chico inteligente, porque yo tuve una reunión que me mandaron sus profesores hace 15 días, que era un miércoles y me dijeron "tiene que venir a una reunión". Y fui y me dieron muchas quejas. Que estaba mal, que estaba mal, que no ponía afán en el estudio.

**Consultor:** será que está aburrido.
**Chico:** Es que....Ted es un profesor americano que vino y me dijo, ya le conté algo a usted (dirigiéndose a su terapeuta de referencia), total que vino y me dijo que todos estaban haciendo su trabajo y tenían cinco cosas y ya había al quinto, yo ya iba de trayecto al quinto, y los otros iban de trayecto para el seis, y total que le dije ya mismo acabo, "ya sólo me falta poco" le dije y él me contestó: "no, no, no, si tú sigues así te vas a quedar en *summer school*". Pero yo nunca he perdido la materia de él, siempre he pasado. Y yo le dije "ok, nos vemos en *summer school*", yo le dije, porque ya me hizo enojar. Y después dice "no porque yo me voy de vacaciones". "Ah" le dije "felicitaciones" y total que luego viene el señor ese y dice "si tu juegas conmigo vas a salir perdiendo" y entonces yo le dije "vamos a jugar" le dije y llamó a mi mamá. Y luego yo le dije "lo único que usted se puede refugiar es haciendo eso, usted no es hombre" le dije y ahí luego llamó a mi mamá y ya no me habló más. Eso fue.
**Consultor:** porque tú pensaste que no te estaba tratando bien.
**Chico:** exacto, porque él me estaba como amenazándome que me iba hacer quedar y le dije "que no", yo tampoco lo quería dejar.
**Consultor:** y ese maestro…entonces como tú vas a superar esto.
**Chico:** no, él ya está bien conmigo
**Consultor:** ¿sí?
**Chico:** si, él cuando tengo una pregunta y la hago, pero yo hago toda mi tarea ahora, y sí ahora lo hago todo… y ahora ya no me dice nada, como si se le olvidó todo, como que ya no hace nada. Y él ya me toma normal, como cualquier persona.
**Consultor:** ¿y si tú le sacas perfecto, el mejor de la clase?
**Chico:** entonces...
**Consultor**: entonces tal vez… entonces tal vez… (gesto de taparse la boca con la mano).
**Chico:** se pasaría este trimestre y él estaría más bien conmigo, tal vez le diría algo malo, pero no. ¿Para qué? Pero… si...
**Consultor:** además de estos incidentes con este profesor. ¿Hay incidentes con otros profesores?
**Chico:** ¿cómo cuál?
**Consultor:** no sé, pregunto, otras materias que tengas problemas…
**Chico:** matemáticas tenía el *average* malo, y me portaba mal, pero desde que vino mami y se fue, él le dijo que yo me estaba portando bien, sólo que no haga mis trabajos en clase, pero ahora ya subí en esa materia. ¿Qué más? El resto, el resto si pasé.
**Consultor:** ¿tú crees que estos mesecitos que quedan tú vas ponerte las pilas?
**Chico:** por eso mismo estoy estudiando, porque quiero ir para mi país. Si yo quisiera estar aquí, en este país, mejor para mí quedarme en *summer school* con mis amigos, para mí estaría mejor. Yo me quiero ir para mi país.
**Consultor:** ¿quieres ir en verano?

**Chico:** sí señor.
**Consultor:** pasar un poco allá, ver a la gente...y luego volver al curso.
**Chico:** claro.

***Análisis:***
Se trabaja a nivel microsistémico: el Consultor, cuestiona el nivel de responsabilidad del joven ante su situación escolar y propone la alternativa de que el chico tome responsabilidad en su situación. El Consultor interrumpe a la madre varias veces cuando está a punto de realizar un comentario crítico, ya que es un objetivo básico de la consulta favorecer un enganche cálido y positivo entre la madre y su hijo, rescatando aquello positivo y buscando reconstruir los lazos afectivos entre ambos.

También se trabaja a nivel macrosistémico y se cuestiona a la familia sobre sus expectativas de la duración y consecuencias de manejar los retos que contiene el ajuste a la inmigración. El consultor introduce una nueva metáfora: las expectativas del proceso de desarrollo cuando se cambia un ser vivo de un medioambiente a otro, por ejemplo el trasplante de una planta. Este marco sobre el proceso de adaptación a una nueva cultura complementa la visión de la madre del niño, sin desacreditarla, y provee un nuevo contexto para evaluar progreso a ambos miembros de la familia.

También podemos observar, como, ante el enojo del chico por el trato recibido por parte del profesor, que él califica de irrespetuoso, el terapeuta que por medio de la empatía social demostrada goza de buen enganche con la familia, tiene a su disponibilidad también "el pico," y con él confronta al joven provocándole a superar esa situación de una manera beneficiosa para él.

*Fragmento 6*
Este segmento ejemplifica la importancia para los grupos inmigrantes de establecer, lo que llamamos una cabeza de playa ("*Beach Head*") para los nuevos llegados a un lugar desconocido. Este entorno de seguridad y continuidad, trasplantado de el país de origen, consiste de un espacio físico y emocional donde se respira y afirma lo propio, y suele conservarse el tiempo necesario para desarrollar los principios de una nueva identidad y sentido de seguridad en el país de acogida. Es un ejemplo de las estrategias a nivel meso y exosistémico que desarrollan los grupos de inmigrantes para establecer confianza y arraigo en un nuevo entorno social.

A los jóvenes, sin embargo, conlleva diferenciarse activamente de sus padres y comenzar la exploración del nuevo mundo exterior, que metafóricamente yace más allá del entorno social de seguridad establecido por sus padres y las comunidades de inmigrantes, con el fin de facilitar la tarea, que corresponde a la nueva generación, de integrar elementos nuevos y conocidos y con ellos evolucionar su identidad en el nuevo medio ambiente.

*Por economizar espacio no se presenta la transcripción de este segmento.*

*Fragmento 7*

En éste fragmento la intervención del terapeuta se mantiene en el nivel macrosistémico. Se aborda el ajuste al proceso migratorio poniendo la atención en la falta de co-evolución o desarrollo familiar y se hace una intervención psicoeducativa y de re-encuadre mediante la explicación del fenómeno conocido como "pantalla dividida" que ya se había introducido previamente.

***Sesión de consulta:***

**Consultor:** como lo tengo visualizado (se quita el micro)… pues lo voy a hacer así (se levanta de la silla). Ya veo que aquí hay un pizarrón (desplaza el pizarrón). Porque yo sigo pensando. Aquí (dibuja) hay. Esto es tiempo, va pasando el tiempo, está acá (señalando el dibujo)… de cero a cinco años (silencio). Ustedes dos (silencio), esa foto que usted me dijo que añora, esos videos. Entonces esta: la madre y su hijo… entonces mami sale, está acá, entonces aquí. Esto son nueve o diez añitos.
**Madre:** ocho años y medio, a los ocho años justo le estaba viendo.
**Consultor:** ocho (lo dibuja)… uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, ¡y qué ocho! De cinco, entonces Raúl, aquí está la otra pantalla, entonces está acá con su papi (va dibujando el modelo de pantalla dividida). Y Raúl entonces está también con sus otros amiguitos acá, con su abuelo, eh… (dibuja) en ese abrazo... Pero mami aquí (dibuja en la parte de arriba de la lámina) todavía tiene su bebé consigo aquí adentro, así de cercano (señala dibujo), y aquí todavía mami tiene su bebé aquí (señala año 6), y acá tiene su bebé acá… todavía adentro (gesto con brazos de abrazar al bebé), pero su bebé ya es menos bebé acá (señala la otra pantalla). Está tomando decisiones, "me voy con mi padre", decisiones… ¡un hombre!... está participando, el padre lo lleva, vamos a pasear… es un jugador de fútbol… cuando acá, a los ocho años y medio llega Raúl. Yo pienso que la mamá (hace gesto de abrazo con los brazos), porque ella lo dejó acá (señala 5 años) y vuelve a acá (13 años). Pero Raúl cómo… (Señala la distancia entre 5 años y 13 años) a los 12 formar acá. Entonces me parece que tu mamá entiende esto porque dice "sí, yo creo que si sacas buenas calificaciones puedes regresar el verano (señala la lámina) a tener este sabor y este toque un poco…yo sigo pensando si no habrá un poquito ese tema de…

***Análisis:***

En este segmento de video el Consultor retoma el concepto de "pantalla dividida", haciendo énfasis en que la co-evolución de la madre y del hijo han seguidos caminos diferentes. La madre conserva grabado un recuerdo de su hijo de cinco años con sus correspondientes lazos emocionales, permaneciendo, en cierta medida, su

desarrollo y el de ellos como unidad, estancada en este momento. Su hijo Raúl, a su vez también ha visto suspendida la evolución de su relación con su madre, y es gobernado por el sentimiento de abandono sufrido. Madre e hijo no han co-evolucionado. Han vivido en pantallas divididas y ahora necesitan reconectarse emocionalmente.

*Fragmento 8*
En ente fragmento se mantiene el foco de trabajo en el mismo punto de validación de las experiencias del otro, manteniendo la intensidad y enfoque que provee la metáfora de la pantalla dividida. A su vez, se añade complejidad al tema: mientras anteriormente se tocaba la particularidad y diferencia de las experiencias de la madre y del hijo, el Consultor plantea la necesidad de colaboración entre los dos para lograr desarrollar un mejor manejo de su relación, donde los reclamos de cada cual sea manejado. Se cambia el enfoque de la validación de las diferencias a la solución de las diferencias. Este re-encuadre del foco del problema o queja principal responsabiliza a la madre e hijo en su resolución satisfactoria.

*Por economizar espacio no se presenta la transcripción de este segmento.*

*Fragmento 9*
En la última parte de la sesión, el Consultor elabora un resumen de cuál es el reto con el que deben enfrentarse y resitúa expectativas respecto a dicho proceso. Establece, primero, que se trata fundamentalmente de un proceso de negociación emocional (no de derechos y deberes). Segundo, que se trata de una negociación dirigida a restablecer la relación madre-hijo, el sentido de seguridad en la relación que ha quedado opacado fruto de las consecuencias de la migración progresiva. Tercero, que dicho proceso requiere de continuos y progresivos reajustes entre la madre y el hijo. Y en cuarto lugar, que estos cambios, los relacionados al restablecimiento de relaciones mutuas de confianza y seguridad, no se logran repentinamente ni se logran por declaraciones, más bien son resultado de un proceso de acercamiento emocional que requiere un plazo de tiempo realista. El consultor le plantea el reto al hijo, como un viaje que debe de realizar, pero esta vez, un viaje emocional, necesario aún a pesar que ninguno de los implicados sea consciente de ello.

Al final de la intervención, el consultor utiliza la auto-revelación, en relación a su propio proceso migratorio, para empatizar con el chico y facilitar que ambos comprendan que el proceso de adaptación necesita tiempo.

**Resumen de la intervención**
En esta sesión de terapia se ha podido observar una familia inmigrante con un hijo adolescente, que ejemplifica las dificultades que viven familias que emigran

progresivamente. El conflicto que presenta la familia y que los lleva a consultar hace referencia a los problemas de conducta del chico adolescente. En la consulta se va a ensanchar el marco del problema del joven a su familia y a las dinámicas de su cambiante ecología social. La adhesión del terapeuta al modelo ecológico, que hemos presentado, facilita visualizar e intervenir en meta-dinámicas medioambientales e intervenir en la familia de un modo complejo e integrador. Desde el punto de vista sistémico-familiar el problema se encuentra en el paciente identificado, es decir el adolescente, y su entorno familiar. Desde el punto de vista ecológico, ubicamos el caso como una situación de retos que tiene que afrontar la familia para continuar su evolución, como sistema en un nuevo entorno social. Esto supone ajustes a rupturas con lo familiar y discontinuidad en las relaciones familiares como consecuencia de las dinámicas del proceso migratorio.

El Modelo Bioecológico (Bronfenbrenner, 1976) provee un trasfondo orientativo para organizar el análisis sobre cómo el proceso de emigrar afecta al desarrollo del individuo y la familia dentro de sus cambiantes medioambientes. El componente más importante del modelo Bioecológico es el proceso del *Desarrollo de relaciones de seguridad* en el niño. El desarrollo del sentido de seguridad en las personas, o apego seguro (Bowlby, 1969; Main, et al. 2002), se desarrolla cuando el medioambiente de contención primaria (padres, cuidadores, y entorno social) provee una relación continua, consistente y generosa con el niño o persona. Lo primordial de esta consideración se hizo claro en el caso expuesto.

En la sesión se trabaja el desarrollo de un marco terapéutico (pantalla dividida) que centra su atención en el trauma y los ajustes hechos a las múltiples pérdidas sufridas, especialmente la discontinuidad en su relación con la madre desde los cinco a los trece años y la ruptura con el entorno y la cultura de su país al emigrar a EEUU.

En cuanto al componente *Contexto*, el proceso migratorio va a afectar a todos los niveles. A nivel microsistémico emigrar implica un cambio en las relaciones dentro de la familia, especialmente en las díadas hijo-padre, hijo-madre. En los casos de familias que emigran progresivamente, hay una ruptura en el vínculo entre el hijo y el padre o la madre que emigra, en este caso con la madre. Esta ruptura implica la falta de un espacio y tiempo compartido que permita la co-evolución de madre e hijo durante los años que están separados. También observamos cómo el niño busca otras figuras de apego como son su padre y sus abuelos. El Consultor entiende la importancia y busca proteger esas relaciones de apego que el chico ha establecido con otros miembros de la familia cuando la madre no estaba porque son las que han permitido el desarrollo de seguridad del chico.

En cuanto a cambios a nivel macrosistémico, podemos ver cómo la inmigración implica un cambio en la cultura y en los valores, en aspectos económicos, legales y sociales. El estatus de la persona inmigrante cambia cuando emigra a otro país con

otra cultura. Casi siempre la vida resulta difícil y las expectativas que uno tenía no se cumplen del todo, como podemos ver con la madre durante la sesión de terapia. También encuentran nuevas oportunidades, que casi siempre implican mucha dedicación, esfuerzo y tiempo.

**Referencias bibliográficas**


Aponte, H. (1976). The Family school interview: An eco-structural approach. *Family Process, 15*, 303-311.

Aponte, H. (1979). "Family therapy and the community". En M. S. Gibbs; J. R. Lachenmeyer, y J. Sigal (eds.). *Community psychology: Theorical and empirical approaches*. New York: Gardner Press.

Aponte, H. (1986). If I don't get simple, I cry. *Family Process, 25*, 531-548.

Aponte, H. (1990). Too many bosses: An eco-structural intervention with family and its community. *Journal of strategic and systemic therapies, 9*(3), 49-63.

Auerswald, E. H. (1968). Interdisciplinary Versus Ecological Approach. *Family Process, 7*, 202-215.

Boss, P. (1999). *Ambiguous Loss: Learning to live With Unresolved Grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment*. New York: Basic Books.

Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia, 19*(5), 537-549.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev. Psychology. 22*(6), 723-42.

Inclán, J. (1985). Variations in Value Orientations in Mental Health Work with Puerto Ricans. *Psychotherapy, V22*, #2S, 324 – 334.

Inclán, J. (2001). "Steps toward a culture and migration dialogue: Developing a framework for therapy with immigrants". En S. H. McDaniel; D. D. Lusterman y C. L. Philpot (Eds.) *Casebook for Integrating Family Therapy: an Ecosystemic Approach*. Washington: American Psychological Association.

Inclán, J. (2003). "Class, Culture, and Gender in Immigrant Families". En L. B. Silverstein y T. J. Goodrich (Ed.). *Feminist Family Therapy: empowerment in social context*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Inclán, J. (2009). Terapia de familia con Inmigrantes Latinoamericanos: Un modelo Ecológico. *Redes, Revistas de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 22*, 43-62.

Inclán, J. Y Albores, J. (2007). "Terapia de Pareja: Ajustes a Inmigración y Roles de Género". En R. Medina; J. L. Linares, y M. R. Ceberio (Eds.) *La Terapia Familiar Desde Iberoamérica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Tres Haches.

Inclán, J. Y Ferrán Jr., E. (1990). "Poverty, Politics, and Family Therapy: A Role for Systems

Theory". En M. Mirkin, (Ed.) *The Social & Political Contexts of Family Therapy*. Boston: Allyn and Bacon.

Inclán, J. y Hernández, M. (1992). Cross-Cultural Perspectives and Codependence: The Case of Poor Hispanics. *American Journal of Orthopsychiatry, V62* (2), 245 - 255.

Inclán, J.; Marti, M. y Gay, X. (2012). Adolescencia e Inmigración: Una Perspectiva Sistémico -ecológica. *Redes, Revistas de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 27*, 9-58.

Inclán, J. y Quiñones, M. (2003). "Puerto Rican Children and Adolescents". En J.T. Gibbs, L.N. Huang, (Eds.) *Children of Color: Psychological Interventions with Culturally Diverse Youth*. (2nd Edition). Michigan: Jossy-Bass.

Falicov, C. (2014). *Latino Families in Therapy Second Edition*. New York: Guilford Press.

Main, M.; Goldwyn, R. y Hesse, E. (2002). Adult attachment scoring and classification system (Version 7.1). Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Montalvo, B. y Gutiérrez, M. (1983). A perspective for the Use of the Cultural Dimension of Family Therapy. *Cultural Perspectives in Family Therapy, Aspen press*, 15-31.

Shorris, E. (1997). *New American Blues; A Journey through Poverty to Democracy*. New York: WW Norton & Co.

Shorris, E. (2000). *Riches for the Poor; The Clemente Course in the Humanities*. New York: W.W. Norton & Co.

Sluzki, C. E. (1979). Migration and Family Conflict. *Family Process*, *18*(4), 379-390.

Steele, H.; Steele, M. y Murphy, A. (2009). Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy. Res. 19*(6), 633-643.

U.S. Census Bureau. (2010). *Profile of General Population and Housing Characteristics: 2010* for the United States. http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/2010_census/cb11-cn144.html. Obtained on November 18th 2011.

Wachs, T. D. y Evans, G. W. (2010). *Chaos and its influence on children's development. An ecological perspective*. Washington DC, EE.UU.: American Psychological Association.

Capítulo III

# HOY EN PALO ALTO: UN TRABAJO EN ESCUELAS CALIFORNIANAS CON POBLACIÓN INMIGRANTE

Karin Schlanger, Marina Cinella, Gloria Díaz y Pamela González[3]

## Introducción

El Grupo Palo Alto es una extensión del Brief Therapy Center del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, creado en el 2012 con la misión explícita de tomar el trabajo realizado desde 1966 en la cuna de la terapia familiar sistémica y expandirla a una población latina en el norte de California que es bastante particular, de forma de abarcar muchas más escuelas, familias y comunidades en el norte de California.

Este capítulo brinda la oportunidad de hacer conocer el trabajo del Grupo Palo Alto a colegas en América Latina, como ejemplo de una forma de pensar más amplia. El modelo de resolución de problemas del Grupo Palo Alto intenta alejarse de los protocolos y los esquemas rígidos que hacen más fácil enseñar terapia pero que no favorecen a los consumidores de dichas terapias. En la aplicación de diagnósticos y etiquetas, se pierde la humanidad de las familias y los individuos con los cuales trabajan los psicólogos/consultores, especialistas en sistemas humanos.

Este capítulo hace un recorrido desde la historia hasta el día de hoy con la esperanza de mostrar una perspectiva que, si bien tiene sus raíces en la "antigüedad", sigue vigente con pocas modificaciones en el aquí y ahora. Se ha elegido un trabajo en curso con la idea de mostrar el perpetuo movimiento que existe en el campo de los sistemas humanos. La población latina en California es especial porque, si bien mantiene el idioma, ha tenido que adaptar sus costumbres a las reglas que se aplican en Estados Unidos. A los jóvenes les gusta la comida que hacen sus madres más que ninguna (nadie puede negar que un buen pozole hecho en casa es único) y se pelean a muerte si alguien ha insultado a su familia; pero no dudan en apoyarse en reglas estrictas contra el abuso de menores para llamar a la policía, lo que crea serios problemas en el seno de la familia en un momento de enojo adolescente. Cómo se manejan estas contradicciones en el marco de la resolución de problemas en la escuela es lo que se describe a continuación.

[3] Grupo Palo Alto, California, EUA (kschlanger@igc.org).

**La historia empieza con la terapia breve del MRI y termina en el Grupo Palo Alto**

Todos los caminos parten de Gregory Bateson y su proyecto: ¿por qué no empezar con su trayectoria? Bateson, científico y antropólogo de origen inglés, no solía separar lo que ocurría en su vida familiar y sus investigaciones científicas. Desde su punto de vista todo está relacionado con todo ya que la naturaleza todo lo abarca. Por lo tanto se hace en este capítulo, necesariamente, un recorte para intentar describir una parte de las contribuciones de Bateson a la terapia familiar. Los autores son conscientes del recorte del "Todo" (Nora Bateson: Remember the Future).

Bateson comienza su carrera científica en el campo de la Biología en Cambridge. Después de 2 años se embarca en una expedición a la isla Galápagos, viaje que resulta ser muy importante en su trayectoria profesional ya que le facilita su contacto con diferentes culturas, lo que despierta su interés como antropólogo. Será la primera de varias expediciones y quizás el comienzo de su interés por la interacciones. Cuenta su hija Nora que, donde Margaret Mead había sacado unas cuantas fotografías en un viaje anterior, Bateson sacó miles y además ¡tomó películas!

Bateson publicó su primera obra importante, *Naven*, en 1936 (Wittezaele y García, 1994). Influenciado en parte por sus viajes y sus observaciones empieza a desarrollar sus teorías sobre las interacciones humanas, en un principio en un contexto cultural y luego en un marco más amplio. La conducta de un ser humano está igualmente determinada por la respuesta de otro. Esta observación novedosa implica un cambio de enfoque en el comportamiento humano donde en lugar de observar lo intrapsíquico, la unidad de análisis es la interacción (Wittezaele y García, 1994).

Permítasenos un desvío para luego contextualizar el modelo del que hacemos uso. Carlos Sluzki dice repetidamente que el modelo que utiliza el terapeuta en un momento dado es como mirar la realidad a través de una lente: se ve aquello que se busca y por lo tanto se encuentra, lo cual hace que se vuelva a buscar porque "¡está ahí!" Un "matrimonio" interesante que tendió a desarrollarse sobre todo en Europa (y por lo tanto argumentaríamos que también en América Latina, que tiende a mirar al viejo mundo para su inspiración) fue el del psicoanálisis con la cibernética. Fue el modelo planteado sobre todo por la escuela temprana de Mara Selvini-Palazzoli, después de su interacción con la gente de Palo Alto (sobre todo Watzlawick que hablaba el italiano fluidamente) en el cual se veía al problema presentado por la familia como la solución a otros problemas que son subyacentes. Mirando la *historia* familiar hacían uso de las paradojas (influencia de la cibernética y la recursividad) porque, dado su marco de referencia de que lo expresado en el presente era una manifestación de algo en el pasado, no se ven "capaces" de sugerir nada que pueda producir un cambio en el presente como forma de intervención. Su "lente" de observación no se los permite. Como hacen uso de la historia, a la mejor

usanza psicoanalítica, los problemas presentes se *explican* por la historia familiar y generacional. El terapeuta usa entonces una explicación histórica para justificar una prescripción de "no cambio" en el presente para prevenir problemas mayores. El terapeuta es un personaje externo al sistema familiar que interviene estratégicamente (Sluzki, 1991).

Otro modelo que utiliza las explicaciones del pasado en "matrimonio" con las ideas cibernéticas es el del Dr. Juan Luis Linares, de Barcelona, quien habla de ejes de Conyugalidad y Parentalidad en la familia. Dependiendo de la historia familiar, un cliente (esto es, toda la familia) se encuentra en uno de los cuatro cuadrantes posibles resultantes de estos ejes. En el de Conyugalidad (C) y Parentalidad (P) positivos, cae la "funcionalidad", o sea probablemente toda la humanidad que no acude a consulta. En el cuadrante izquierdo (C+ y P-) las patologías son las Deprivaciones (Depresiones mayores y trastornos Borderline); en el cuadrante inferior izquierdo (C- y P-), caen las Caotizaciones (Familias multiproblemáticas y Sociopatías); en el cuadrante inferior derecho (P+ y C-) las Triangulaciones (Trastornos neuróticos y trastornos psicóticos). En este modelo hay claramente una visión cibernética de las interacciones humanas mientras se conserva la lectura de las explicaciones y del pasado que ejerce una influencia en lo que el paciente, la familia, trae a consulta (Linares, 1996).

Volviendo a la historia de nuestro modelo: El Proyecto Bateson (con John Weakland, Jay Haley y William Fry en el VA de Menlo Park) dura 10 años (1953-1962), en los cuales se ponen en práctica los conceptos que Bateson había supuesto en términos de interacciones. Las investigaciones se enfocan en la cibernética, la teoría de los sistemas, la comunicación, la teoría del aprendizaje y los comienzos de la terapia familiar. Sus resultados proponen un punto de vista que cambia la mirada en el campo de las teorías humanas. El proyecto Bateson y el MRI, contrariamente a la creencia popular, nunca trabajaron bajo el mismo techo; pero el MRI (más precisamente el equipo del Brief Therapy Center) estaba compuesto por casi todos los miembros del grupo Bateson (menos Bateson y William Fry que parte a servir en la guerra; Wittezaele y García, 1994). De ahí la enorme influencia de las premisas de este proyecto en la terapia breve de resolución de problemas que nos ocupa en este capítulo.

Don Jackson, psiquiatra, se interesa particularmente en los trabajos de Laurence Kuvie y Milton Erikson sobre hipnosis, después de regresar a California de Chesnut Lodge en Rockville, Maryland. Su formación es primeramente psicoanalítica, pero cada vez le es más dificultoso aceptar la prohibición a trabajar con la familia que este modelo presenta. Comienza a interesarse en la homeostasis familiar y presenta un trabajo en el Hospital de Veteranos en Menlo Park donde trabajaban los miembros del Proyecto Bateson, lo que llama la atención del propio Bateson (Wittezaele y García, 1994).

Don Jackson colabora con este grupo aportando su don como terapeuta exitoso. Su habilidad clínica es una de las mayores influencias en la primera publicación de este grupo, "Hacia una teoría de la esquizofrenia", en la que los autores presentan la teoría del doble vínculo. Luego de esta publicación Haley y Weakland trabajan con Milton Erikson en viajes mensuales a Phoenix, Arizona. Erickson ya les era conocido porque había participado en las conferencias Macy a finales de los 50, por invitación de Bateson y Mead.

En 1959 Weakland y Haley publican un artículo juntos sobre hipnosis y trance, que da a luz la idea de cómo la teoría de la comunicación y los procedimientos hipnóticos se entrelazan. De aquí empieza a nacer el diálogo sobre el proceso del cambio y como provocarlo. De esta forma, la influencia de Erikson sobre en la historia del modelo de terapia breve de resolución de problemas que hoy en día práctica el Grupo Palo Alto se vuelve determinante.

En 1959, Don Jackson, impulsado por su afán de promover y desarrollar las partes terapéuticas del Proyecto Bateson, funda el Mental Research Institute y es su primer director. Los dos grupos continúan funcionando de forma separada y ocurren frecuentes encuentros con Bateson. Don Jackson, utilizando los conceptos cibernéticos derivados del trabajo en el proyecto Bateson, comienza a desarrollar lo que hoy conocemos como psicología interaccional. Desde el punto de vista de Jackson, en cada familia hay reglas y, a pesar de que estas son implícitas, un observador externo podría entender cuáles son ya que la repetición de las mismas interacciones lo revelaría. Watzlawick solía decir que es como mirar varias partidas de ajedrez; eventualmente el observador podría descifras las reglas del juego. A esto Jackson agrega que estas reglas se van adaptando y cambiando a medida que la familia evoluciona; las familias que presentan patología comúnmente son aquellas en las que las reglas no fueron actualizadas a la par de la evolución familiar (Wittezaele y García, 1994).

Volviendo a la evolución de la historia, entre los años 1958 y 1962 Jackson contrata a Virginia Satir y Jules Riskin. ¿Por qué un instituto de investigación cuando Jackson quería justamente alejarse de este mundo y enfocarse más en la terapia? El propósito del MRI era encontrar un vínculo entre las teorías de Bateson y la práctica de la terapia familiar. Paul Watzlawick se suma al elenco del MRI en 1960. Austríaco ferviente, se inicia como analista jungiano y en 1959 recibe un trabajo como profesor en la universidad del Salvador. Se empieza a vincular con diferentes personalidades que finalmente lo conectan con Don Jackson que le ofrece ir al MRI en 1960 (Wittezaele y García, 1994).

A mediados de los años 60, Don Jackson y Janet Beavin, encabezados por Paul Watzlwick, continúan enfocándose en la comunicación que culmina en la publicación de 'Teoría de la Comunicación Humana' en 1967. De aquí salen los cinco axiomas de la comunicación humana que se dan por sentados en la terapia familiar

en la actualidad: 1) no se puede no comunicar, 2) en toda comunicación hay un aspecto de contenido y un aspecto relacional, 3) toda comunicación está basada en la puntuación de la secuencia de hechos, 4) toda comunicación es analógica o digital y 5) la comunicación determina que la relación entre los comunicantes sea simétrica o complementaria (Watzlawick, Beavin-Bavelas y Jackson, 1967).

Otra de las personalidades relacionadas directamente con la terapia familiar y con lo que ocurría en el MRI es Milton H. Erickson que veía la terapia como un aprendizaje más. Médico de formación, desarrolla estrategias y conceptos de trance e hipnotismo adoptados luego por la terapia breve de resolución de problemas como parte del lenguaje que usa el terapeuta. Erikson se enfocaba en la observación y en la experiencia del entrevistado buscando focalizar en la otra persona a ver qué lentes usa para ver el mundo con el fin de utilizar esta información para generar un cambio. Desde la óptica postmoderna de moda en la década pasada, este enfoque puede verse como manipulativo. Habiendo hablado con dos de sus hijas, lo que queda claro es que para Erickson nunca había duda de que 'el cliente siempre sabía que yo tenía su interés como primer meta'. Sabían, por el respeto que traía al encuentro, que nunca les haría daño (Comunicación personal, conferencia internacional en París, Octubre 2012).

Con todas estas influencias, la terapia breve de resolución de problemas (como será llamada más tarde) deja de enfocarse en cómo se forman los problemas y se centra en lo que se interpone en la vida del cliente. El enfoque es breve ya que muchas puertas no se abren: sólo las que el cliente trae y que están previniendo su funcionamiento en el seno de la familia, la sociedad o su ámbito de trabajo. Lo importante es la necesidad de definir el objetivo de la intervención, la idea que el terapeuta es activo, el enfoque en el presente y no en el pasado, el cambio de comportamiento, cómo motivar al cliente y la utilización del lenguaje imperativo.

En 1965 llega al MRI el Dr. Richard Fisch y sus ideas empiezan a dar una nueva forma al modelo de intervención del *Brief Therapy Center* que luego devendrá el Grupo Palo Alto actual. Fisch, psiquiatra de Nueva York, llega a trabajar a California. Frustrado por el trabajo en un hospital de la zona, se pone en contacto con Don Jackson que a su vez lo contacta con Jay Haley y la hipnosis. Después de esto lo demás es historia.

Fisch se interesa por lo que ocurre en el MRI y las técnicas con tendencia breve. En 1966 Fisch les propone a Watzlawick y a Weakland trabajar juntos en un equipo experimental donde el énfasis será la brevedad, en el contexto de la terapia psicoanalítica predominante. A finales de 1966, encabezados por el Dr. Fisch, se abren oficialmente las puertas del Centro de Terapia Breve – *Brief Therapy Center* (Wittezaele y García, 1994). Este quipo está formado por Fisch, Weakland, Watzlawick, Arthur Bodin y por sólo un año, Jay Haley. Los terapeutas rotaban para ver clientes mientras los otros observaban detrás del espejo unidireccional. Las

sesiones eran grabadas y el terapeuta podía salir para consultar con los observadores. Se reunían una tarde por semana para ver casos y otra para discutirlos y preparar las intervenciones. Todo esto sin honorarios, solamente por el placer de inventar una nueva mirada de la realidad. Don Jackson y Jay Haley también participan de esto viendo cada uno paciente por semana. De esta forma empezó y continúa el trabajo del Centro de Terapia Breve en el MRI hasta el día de hoy.

Después de la partida del Dr. Fisch en el 2008, Karin Schlanger, discípula de los tres durante más de 20 años, pasa de Directora asistente a quedar al frente como Directora del Centro de Terapia Breve.

Karin Schlanger, nacida en Argentina, ve la necesidad de ofrecer servicios a las familias latinas en la región. Ya que un tercio de la población de California, de acuerdo con el último censo, es de origen hispanoparlante, Schlanger decide fundar el Grupo Palo Alto para poder ofrecer servicios de apoyo a las familias cuyos hijos van a las escuelas de East Palo Alto, una comunidad con 85% de población latina. Es una forma de dispersar las semillas un poco más lejanamente que sólo en la meca de Palo Alto.

Para dar una idea de la importancia del trabajo de Grupo Palo Alto con la población hispana, cabe decir que en el censo nacional de Estados Unidos del 2010 la población hispana aumentó a 15.2 millones desde el 2000 hasta el 2010. La población total de Estados Unidos aumentó en esta década en 27.3 millones y más de la mitad de éste número son latinos. En esta década, la población hispana aumentó en un 43%, cuatro veces más que el crecimiento total de la población (10%). Estos cambios son aún más dramáticos en el estado de California: un aumento de la población latina del 27.79% en la misma década. En otras palabras, un 37.62% de la población que se tomó el trabajo de rellenar la forma del censo es latina. Esto no toma en cuenta la alta población indocumentada, que tiende a ser predominantemente latina (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2010).

Llevaría varios tomos hablar de las diferencias raciales en Estados Unidos y no es, ciertamente el punto de éste capítulo. Karin Schlanger y Noemí del Prado Sánchez han tocado el tema en 'La diferencia cultural en la Terapia Breve de Palo Alto' (Redes, 2010). Cabe decir brevemente que, en los treinta y tantos años que han pasado desde los movimientos cívicos tan radicales en su momento, las relaciones entre las razas en Estados Unidos han pasado de ser un sistema de castas a un sistema más sutil de discriminación económica, de clases sociales y de interacciones raciales. Hay una separación creciente entre el poder político que tiene impacto a largo plazo en el poder económico (Waters, 1999).

**Población con la que trabaja Grupo Palo Alto en las escuelas**

East Palo Alto está localizado en el área de la bahía de California a un lado de la ciudad de Palo Alto, de la cual está separada únicamente por un puente y por la

carretera 101 que cruza entre las dos ciudades: tan cerca y a la vez tan lejos. East Palo Alto (E.P.A) es la ciudad vecina a Palo Alto, conocida por un nivel socioeconómico alto y ser nido de las compañías tecnológicas más conocidas del mundo, incluyendo: Apple, Facebook, Linkedin y Google entre otras. E.P.A. (como la llaman sus jóvenes habitantes) es una pequeña ciudad humilde de un nivel socio económico bajo, en cuyas calles se siente la necesidad: peligro, violencia, pandillas, embarazos precoces, abuso de sustancias y falta de educación. En el 2009, 29.5% de la población vivía por debajo del nivel de pobreza, comparado con un 19.1% en el resto del estado. Con la división en clases económicas como forma de discriminación que sólo ha aumentado en el país en los últimos años, es de suponer que éste número es aún mayor en la actualidad.

En esta pequeña ciudad actualmente viven aproximadamente unos 28,000 habitantes (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2010), de los cuales un 60% son hispanos-latinos, 15% Afro-Americanos, 10% nativos de las islas del sur del Pacífico (un protectorado americano), 7% blancos, 7% asiáticos, y 7% otros. De estos hispanos la mayoría son inmigrantes de México y una gran parte no tiene residencia legal. Las diferentes circunstancias económicas y los precios altos del Norte de California empujan a muchos residentes de EPA a compartir hogar con otras familias como su única opción. Hasta tres o cuatro familias viven en una casa, cada familia en un cuarto, otros en el garaje; precariedades que conducen a altos niveles de abuso sexual, intrafamiliar o de extraños. Algo que también es frecuente entre las jóvenes son los embarazos precoces.

Esto también tiene que ver con el índice de deserción escolar a nivel de educación secundaria, casi de un 70% en EPA. Los estudiantes deciden retirarse de la preparatoria; las chicas por salir embarazadas y los chicos por entrar en una pandilla, buscar dinero fácil vendiendo drogas o armas de fuego. En muchos casos, los mismos padres sólo cuentan con un nivel de educación básico, otros ni eso. Por las noches se escuchan los tiroteos en las calles; por el día se espera que esa noche no haya habido muertos.

Aunque la situación es difícil, la supervivencia está basada en resiliencia[4] y fuerza. Muchos estudiantes sueñan con un mejor futuro y cuentan con el apoyo de sus padres que quieren para sus hijos una vida un poco más fácil de lo que la han tenido ellos. El objetivo de Grupo Palo Alto es estar lo más accesible a estas familias y, de ahí la ventaja de poder trabajar en las escuelas que, por definición en la cultura latina, es donde se ayuda a los estudiantes. Trabajar dentro de la escuela permite

[4] La resiliencia se construye en la relación. Ningún niño, joven o adulto puede volverse resiliente por sí solo, necesita a los otros. Necesita sentirse estimado y respetado, cómodo y respaldado, para que pueda valorarse y tener respeto y confianza en sí mismo y pueda respetar a los demás (Pereira, 2010).

a los profesionales tener acceso al estudiante con dificultades escolares *porque* está enfrentando dificultades emocionales, tanto en sus redes sociales como en la familia. También ofrece la oportunidad de modificar el sistema del estudiante hablando con los maestros y, por ultimo, da acceso a las familias, que acuden a la escuela con mayor facilidad que a un consultorio, con la carga de significados que se le adjudica.

El modelo de terapia breve de resolución de problemas practicado por convicción y no sólo por adecuarse a la población resulta muy eficaz. Así lo expresó Falicov (Mc Goldrick, Pearce, y Giordano, 1982:148): "las familias de niveles socioeconómicos bajos parecen responder mejor a la terapia breve y a terapias basadas en resolución de problemas, ya que estas redefinen el problema en términos relacionales basados en la relación entre los padres y los hijos".

La Figura 1 (Escuelas de César Chávez y Los Robles, Distrito Escolar de Ravenswood, 2013) muestra la etnia en las escuelas en las que trabajamos: queda bastante clara la ventaja de un equipo de trabajo que habla español, lo cual permite tener acceso relativamente fácil a las familias de los estudiantes.

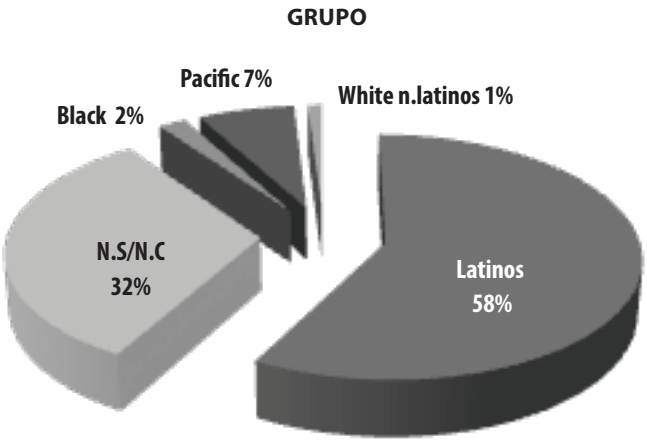



Figura 1: grupos étnicos del East Palo Altoatinos

**Tipo de problemática**

En las escuelas en las que se trabaja en East Palo Alto las problemáticas son muy variadas. Puede ser desde el comportamiento del estudiante en la clase, la muerte de algún familiar en el desierto tratando de cruzar a Estados Unidos, riesgos suicidas (tanto intentos como ideaciones), etc. Además, parece haber un incremento notable en las autolisis: chicas (de entre 10 y 14 años) cortándose con vidrio, sacapuntas,

navaja, cuchillo, lápiz y otras herramientas que encuentran. La mayoría de ellas no tienen el objetivo de quitarse la vida sino de expresar y sentir el dolor que no logran sacar por otras vías más sanas.

La mayoría de los problemas por la que los estudiantes llegan a nuestra oficina son emocionales: trastornos de ansiedad, depresivos, agresividad, de adaptación, tricotilomanía y hasta casos de alucinaciones que nos apresuramos a enviar a los psiquiatras del condado para su evaluación. Hay también problemas familiares; abuso físico sexual o emocional, muerte de algún familiar, duelo, deportaciones de padres o familiares cercanos, inmigración, encarcelación, suicidio de padres, comunicación en casa, falta de hogar, adaptación después de haber perdido su casa, compartir hogar con otras familias, u otros casos similares. Encontramos igualmente problemas de actitud: actitud desafiante, agresiva, irrespetuosa, y desmotivación. Los problemas de actitud son dirigidos la mayoría del tiempo hacia los profesores, administrativos de la escuela o padres.

Otro tipo de problemática con la que trabajamos son las relaciones, tanto de pareja como de amistades. En especial, chicas pre-adolescentes que piden ayuda para tratar de llevarse mejor con sus amigas cuando la relación está afectada por alguna razón; o tienen "problemas de amor", quieren llevarse mejor con sus novios, con el chico que le gusta o con el ex. Los chicos también piden ayuda en cómo conquistar a las chicas, en temas de sexo y protección.

En este sentido, el estado de California pasó una ley en el 2011 por la cual, cuando los problemas a tratar son sobre 'temas personales' y el estudiante tiene más de 12 años, ellos mismos pueden consentir a su tratamiento. Esto es particularmente útil cuando los padres no quieren que sus hijos vean a un terapeuta por temor a que delaten el abuso que está ocurriendo en el hogar. La contrapartida es que es de suma importancia informar a los estudiantes que debemos, por ley, llamar a las autoridades si *sospechamos* de abuso de niños o de ancianos. Este tema se repite varias veces, lo que ayuda al estudiante a decidir cuánta información quiere compartir y cuán difícil es la situación en el hogar. Es importante hacerlo para 'cuidar de la relación terapéutica' y la confianza que es, muchas veces, muy difícil de establecer con estos estudiantes. Lamentablemente la frágil e importante relación aún está supeditada a las leyes que regulan el ejercicio de la profesión.

Por el momento, el consumo y la venta de substancias prohibidas en las escuelas es relativamente bajo. Ha habido casos de estudiantes encontrados fumando o vendiendo marihuana y/o tomando pastillas de diferentes tipos (éxtasis, para el dolor, tachas, etc.) en el predio de la escuela, o tomando alcohol dentro de la escuela. En estos casos se involucra inmediatamente a la familia y se apoya al sistema a hacer los cambios necesarios. En la población limitada a los estudiantes no se han encontrado problemas de adicción serios. No así en el trabajo con las familias, que son referidos a instituciones especializadas en el tratamiento de adicciones, si así lo solicitan.

Los problemas de aprendizaje también son una razón por la cual nos envían a estudiantes, y con estos se empieza a crear el puente entre la familia, la psicóloga, la evaluación, y encontrar servicios necesarios como educación especial, o un plan de aprendizaje especial con el cual beneficiará al estudiante.

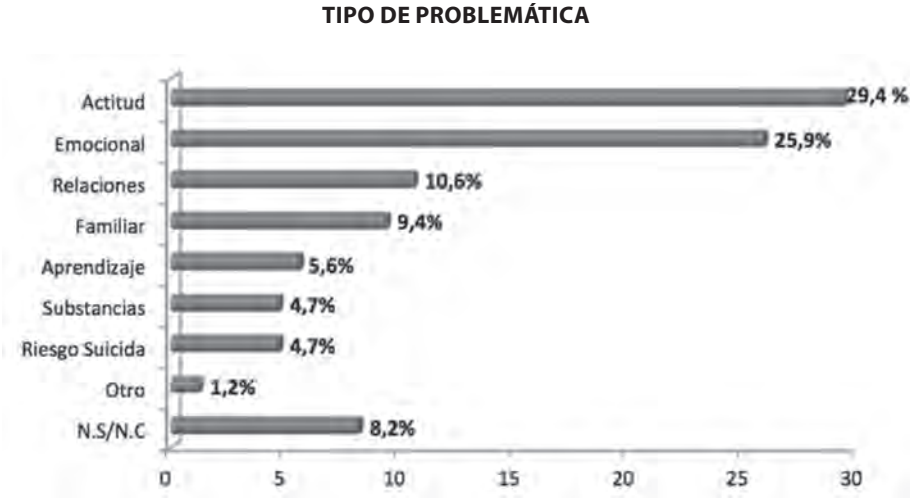



Figura 2: Tipos de problemas atendidos. Datos extraídos de los expedientes, basados en la queja de la persona que deriva el caso (2013).

**Colaboraciones útiles y necesarias para servir a los estudiantes**

Para lograr un trabajo más eficiente Grupo Palo Alto trabaja con los diferentes subsistemas y los individuos que son parte del sistema principal: la familia. Este trabajo se ve facilitado por el hecho de que la mayoría del equipo de trabajo de Grupo Palo Alto es bilingüe y bicultural. Al mismo tiempo, colaboramos y nos involucramos con otros sistemas que forman parte del contexto escolar. El sistema principal con el que estamos conectados es el escolar: profesores, directores, enfermera, la psicóloga de la escuela, la terapeuta de lenguaje, miembros de la administración, secretaría: Grupo Palo Alto ha formado una relación directa con cada uno de estos profesionales. Los directores, los decanos y los profesores son los que nos mandan la petición de que veamos a cierto estudiante y nos explican su preocupación. Como regla general ellos mismos son los que se encargan de solicitar el permiso firmado por parte de los padres para que el equipo tenga acceso al estudiante. Siguiendo lo que marca la ley, el equipo puede tener contacto con el estudiante por un máximo de 3 encuentros para 'evaluar' la situación si los estudiantes son menores de 12 años. También es ideal tener permiso de los padres o

tutores si el estudiante es mayor de 12 años pero en este caso el estudiante puede elegir hacer terapia por sí solo.

Ya dentro del proceso terapéutico, cualquier cambio importante se va comunicando a la persona que derivó al estudiante para mantenerlo informado y también por si se llegara a necesitar de su ayuda. Al mismo tiempo se mantiene informado al estudiante que estamos en comunicación con el derivante pero preservando su confidencialidad, tan importante en la alianza terapéutica. Es una línea muy fina que es importante mantener. Al igual que con los directores, el equipo mantiene una comunicación directa con los profesores. A veces son ellos los que llenan la petición para los estudiantes, especialmente cuando tienen que ver con su comportamiento en clase o algún cambio de conducta significativo (por ejemplo, si el estudiante era muy alegre, atento en clase y de repente se lo nota triste y descuidado). Antes de ver al estudiante normalmente lo que hacemos es hablar directamente con el cliente, en este caso el profesor. Él/ ella nos explica lo que le preocupa del estudiante; vemos por qué es un problema para ellos y que ha intentado hacer con el estudiante para resolverlo. De ahí empezamos a ver a los padres o al estudiante. El colaborar con el profesor y observar la interacción en las clases también nos ayuda a entender el contexto, abrir el foco del problema y hacer cambios a muchos niveles. Podemos pedirle al profesor que cambie ciertos comportamientos concretos que podrían cambiar los malos hábitos del estudiante.

También se cuenta con el privilegio de trabajar directamente con la psicóloga de la escuela, la terapeuta de lenguaje y la enfermera. La psicóloga está encargada de hacer cualquier tipo de evaluación con el estudiante por si existe algún retraso del desarrollo o trastorno de acuerdo con el DSM IV-TR (2000). En California, nuestra licencia no permite dar diagnósticos ni hacer *tests*: son funciones de la psicóloga del distrito. Ésta también trabaja haciendo un plan de tratamiento que la mayor parte del tiempo nos incluye a nosotros para brindar servicios terapéuticos tanto al estudiante como a la familia. Igualmente con la terapeuta de lenguaje, podemos referir a los estudiantes para hacer una evaluación del habla si notamos algún retraso. Lamentablemente, hemos visto varios casos de retraso severo en el habla que los mismos maestros, al tener tantos estudiantes, no han podido notar. Hay casos que el estudiante está por terminar la primaria sin haber recibido las evaluaciones necesarias. Con la enfermera, con la que en una de las escuelas compartimos oficina, también colaboramos directamente cuando el caso tiene que ver con algún problema médico.

Otros sistemas o servicios con los que trabajamos, unos por elección y otros por el tema legal, son los Servicios de Protección al Menor, el hospital más próximo que es el de la Universidad de Stanford y la policía local. La colaboración con los servicios de Protección al menor es básicamente para mantener a nuestros estudiantes fuera de riesgo o peligro. Legalmente estamos obligados a reportar cualquier abuso

o sospecha de abuso que el estudiante o la familia reporten, ya sea físico, mental, o sexual. Aunque estamos conscientes de que dependiendo el caso con el que nos encontremos, hacer un reporte a servicios de menores no siempre es la mejor solución para la familia o el estudiante, tenemos la obligación de hacerlo. Al hacer el reporte se le asigna un trabajador social al caso, con quien también mantenemos comunicación sobre lo que está pasando. En muchas ocasiones los servicios de protección al menor han intervenido y hecho cambios positivos para la vida de las familias. En nuestra experiencia esto ha sido más común con casos de abuso sexual y no tanto en otros tipos de abuso, que quedan más a la merced de lo que el trabajador social considera abuso/negligencia.

Con la policía local y el Hospital de Stanford la colaboración se ha dado más que nada en casos de intentos o ideaciones suicidas: Algunos estudiantes han demostrado y reportado ideaciones o intentos de suicidio y hemos tenido que hospitalizarlos. En estos casos se llama a los padres para pedirles o informarles que sus hijos serán internados; si no responden (lo más frecuente en esta población) seguimos el protocolo estipulado por nuestra licencia: llamamos directamente a la policía local, los que mandan una patrulla a recoger al estudiante y llevarlo/a al hospital después de haber hablado con nosotros y hacer su propia evaluación. También hemos tenido casos donde los padres muestran interés en llevarlos pero como carecen de transporte los trasladamos directamente al hospital. Al internar al estudiante, se mantiene una comunicación con los trabajadores sociales involucrados con el caso, para ver cómo será el tratamiento. Algunos de nuestros estudiantes han sido internados de una semana a quince días. Durante y después de la hospitalización se mantiene contacto para ver el progreso del estudiante: colaborando con diferentes servicios ayudamos a encontrar el posible bienestar del estudiante y su familia.

Estos son los sistemas con los que colaboramos más directa y cercanamente, aunque en casos especiales ofrecemos otros recursos. Por ejemplo, servicios en la comunidad, recomendar que los estudiantes apliquen a cierta escuela o universidad, donde participar en deportes, clínicas médicas, alguna conexión con abogados, etc.

Es importante contar con la colaboración de todos los servicios y los diferentes subsistemas para encontrar el bienestar del estudiante. De hecho, es la mirada interaccional del modelo de resolución de problemas que lleva a que ésta sea la aproximación usada en las escuelas. Es la comunicación abierta con las diferentes partes del sistema en el cual el estudiante está inmerso que hace que este modelo sea tan eficaz en su aplicación en las escuelas. Se trata de hacer lo mejor posible con las herramientas que se tienen, usando el modelo de terapia breve y colaborando con las otras partes del sistema. Como todo servicio tiene su límite, Grupo Palo Alto también es consciente y humildemente sabe que no siempre hay soluciones para todos los casos referidos. Cuando una situación es referida, y no logramos

implementar un cambio positivo (muchas veces tiene que ver que el estudiante y o la familia no son clientes y no están dispuestos o no sienten necesidad de cambio), el caso se regresa a quien nos habló inicialmente, se habla del trabajo hecho, y se le dice explícitamente que no hay nada más que podamos hacer, por lo menos por el momento. Siempre dejamos la puerta abierta para poder retomar los servicios cuando la situación o la voluntad han cambiado. Esto afortunadamente no sucede muy seguido.

**Teoría del Modelo de Resolución de Problemas**

Grupo Palo Alto cuenta con más de 20 años de experiencia trabajando con un enfoque sistémico-breve dentro del ámbito escolar. Se irán desgranando los diferentes puntos que hacen del enfoque de terapia breve de resolución de problemas el idóneo para trabajar en este contexto. Agilizar la resolución de problemas en un medio que está siempre desbordado de trabajo para atender a sus demandas es fundamental. De esta manera, no solo se colabora con la escuela para facilitar su labor educativa; además se disminuye el sufrimiento del cliente lo más pronto posible tal como lo pretendieron sus fundadores. Estos clientes, según nuestro punto de vista, pueden ser el niño o adolescente y también el personal administrativo, profesores o miembros de la familia que, dada la vulnerabilidad de la población con la que trabajamos, requiere más que nunca de una atención y visión sistémica. Una de las virtudes del modelo es su respeto por el cliente, lo cual permite abarcar las diferencias culturales entre Latinoamérica (de donde vienen los clientes) y Estados Unidos. Como el marco de referencia del cliente es el punto de partida, hay cabida para ajustes que los hará sentir en confianza y escuchados.

Como se explica en el libro Táctica del Cambio (Fisch, Weakland, y Segal, 1982:19), "el centro de interés específico consiste en qué y cómo hacer para ayudar a solucionar de manera efectiva los problemas humanos persistentes". Se toman las mismas pautas y directrices con las que se trabaja en un contexto clínico adaptadas al sistema escolar y sus particularidades. El modelo es el mismo, la forma de implementar un cambio será la misma y los elementos más importantes son el pensamiento circular, la atención a de qué manera se puede ayudar al estudiante y su familia a 'adaptarse' al sistema escolar para aprovecharlo al máximo y tener un futuro mejor.

***¿Quién es el cliente y cuál es su postura?***

Desde este modelo la intervención empieza desde el mismo momento en que se recoge información y se recibe la derivación del cliente. Hay formularios de consentimiento a llenar por lo padres y pedidos por el maestro, familia o administrador. En todos los casos es fundamental cumplir con las normativas legales.

Una de las partes fundamentales del modelo es saber quién es el cliente, lo cual, en una institución grande como la escuela, es complejo. El adolescente llega porque

su directora lo ha recomendado, porque su madre no deja de repetirle que tiene que ver al consejero, porque el terapeuta lo hace venir; a él/ella casi no le queda más remedio que acudir aunque no quiera (al menos en una primera sesión). Esto significa que la terapia empieza desde el mismo momento en que se recoge información de alguien que tiene una preocupación ya sea por un estudiante o, en el caso de los maestros, por sí mismos. Desde esta terapia breve, el cliente es siempre la persona con la que trabajamos en terapia: es aquel que más quiere que algo cambie, que presenta la queja, que realiza el mayor esfuerzo para cambiar la situación; y aunque no lo sabe, es quien, a pesar de sus intentos, mantiene el problema que busca cambiar (Fisch y Schlanger, 1999). El cliente será la persona que tenga más opciones de implementar cambios en el sistema porque es la más motivada, la que más sufre con el *statu quo*. En la escuela, habitualmente el cliente es el profesor o los padres: el estudiante no tiene interés por venir a terapia y por ende, de producir cambios. Cobra mucha importancia *convertir* al estudiante en cliente si es con él con el que vamos a trabajar. Si no se hace así, se corre el peligro de perder tiempo de terapeutas y estudiante, y además de crearle un mal recuerdo de "la terapia" para futuras ocasiones (porque efectivamente, no le sirvió para nada). De esta forma, al encontrarse ante un *"comprador fingido"* (Fisch, Weakland y Segal, 1982) habrá que hacer dos cosas: por un lado trabajar las interacciones del joven con el profesor (suponiendo que es este último el que se queja y/o está preocupado) y por otro lado, tratar de convertir al estudiante en 'cliente' con algo que quiera conseguir en su beneficio propio. Sirva de ejemplo decirle al estudiante "seguro que tener al profesor encima tuyo debe ser un problema". No obstante, paralelamente se ve a la persona que se queja para que se sienta aliviado y comprobar si está notando cambios, puesto que es él el que ha pedido ayuda y el que parece "afectado" con el problema.

Una vez claro quién es el cliente (inicial o "convertido") se puede empezar con la planificación del caso, teniendo presente todo el sistema relacionado con la queja o problema a solucionar. En esta línea, John Weakland afirmaba que el modelo de terapia breve es el modelo minimalista de terapia familiar porque, contrariamente a los modelos más clásicos de terapia familiar, no se necesita ver a toda la familia para producir cambios. Esta es otra ventaja del modelo: dado que la familia no siempre está disponible, se trabaja con el miembro del sistema que está disponible. Además, como *"si no hay queja no hay problema"* y es un modelo no-normativo, se evita siempre poner etiquetas a una conducta no deseada, averiguando cómo y en qué contexto se lleva a cabo (Fisch y Schlanger, 1999).

Remitiéndonos al contexto en el que se trabaja, la asistencia a las reuniones por parte de padres o tutores legales es esporádica en la mayoría de casos, sea porque no pueden o porque no hay compromiso. Lo que para otra orientación terapéutica sería una desventaja no lo supone para este modelo: no se necesita que las personas que están relacionadas o que forman parte de la dinámica del problema estén

presentes para promover el cambio. Si concebimos a la familia como un sistema de relaciones que involucra a todos sus miembros, no es necesario suponer que todos ellos van a estar relacionados con el problema por igual (Weakland, 1983). Esta visión más sistémica de la realidad se traduce en entender el problema dentro del contexto actual. El terapeuta define el problema como algo concreto y manejable, reduciendo la complejidad con la que viene el cliente; se intenta llegar a algo pequeño pero significativo, que si cambiara sería el primer dominó que hará caer los demás. Esto se llevará a cabo a través de ejemplos, detalles concretos y descripciones que permitirán pasar de lo ambiguo a lo concreto (Fisch y Schlanger, 1999). Se quiere saber la interacción entre el "paciente identificado" y las demás personas que dan forma y mantienen esa conducta problemática.

Una vez concretada una definición del problema y atendiendo a nuestra visión de que los problemas persisten *por* los esfuerzos del paciente y los que lo rodean en tratar con dicho problema (Weakland, 1983), el terapeuta está listo para averiguar las soluciones intentadas. Es por eso que se dice que en este modelo lo que se tratan no son los problemas, sino las soluciones intentadas (Fisch y Schlanger, 1999). Para ello, se pondrá atención al lenguaje del cliente y su posición, lo que implica conocer sus creencias, valores y cultura a la que pertenece. Todos estos aspectos dan información para comprender mejor el problema y hallar así una acción no intentada antes. En Terapia Breve no hay tiempo de enseñar al cliente un nuevo lenguaje y sistema de creencias (Weakland, 1983) así que se toma su punto de vista (posición, marco de referencia) para encauzarla en la dirección que al terapeuta le parece más útil: conseguir que las personas se desvíen de la manera que intentan hacer frente a su problema (Fisch y Schlanger, 1999). Si se usa correctamente esta información privilegiada, será más fácil que el cliente *pueda* seguir las instrucciones del terapeuta cuando se le pida que haga algo extraño, distinto de sus soluciones intentadas que, por definición, no han funcionado. Por lo tanto, la meta de la terapia va a ser que la queja se resuelva según la posición del cliente, no la del terapeuta. Y esto es uno de los aspectos que hacen de este modelo un modelo muy respetuoso del cliente, ya que el terapeuta no sabe mejor que el cliente cómo vivir su vida: sólo sabe cómo cambiar aquellas acciones que impiden que el cliente tenga una vida productiva y agradable.

***¿Cuál es el problema que lo trae aquí hoy?***

Este modelo parte de la base que en el momento en que una dificultad es explicitada es entonces potencialmente cambiable. Esto significa que si una persona expresa de forma concreta la queja en relación al contexto actual (al aquí y ahora) es cuando va a ser posible que se dé un cambio. Jeffrey Zeig (Zeig, 1982:217) destaca la importancia que otorgaba Erickson en sus supervisiones a no tener ideas preconcebidas sobre el paciente: "¿cuál es la situación que los hace sufrir ahora, hoy?, ¿cómo

ven las cosas para impedirse a sí mismos encontrar una solución? Y sobre todo, ¿adónde quieren llegar?"

En esta línea, como lo que se busca son descripciones para que el interventor tenga una idea clara de la queja, se usa lo que se conoce ya popularmente como *estilo Colombo*[5]. Se necesita saber quién está haciendo qué, para quién esto es un problema y cómo es que lo es. El modelo se centra en lo que las personas hacen y para ello se necesita información tangible y comportamental. Son útiles los ejemplos de la última vez que se dio la conducta problemática. Responder a estos interrogantes en las primeras sesiones va a ser fundamental para definir el problema, conocer la posición y sistema de creencias del cliente y planear una acción diferente a las soluciones intentadas. Como dicen en la Táctica del cambio (Fisch, Weakland y Segal, 1982:89), "La adecuada información constituye un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve pero efectivo, puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y realizan las intervenciones".

*El modelo resulta breve por las puertas que no se abren.* Cuando el terapeuta escucha la presentación del problema por boca de la madre o profesor, oye mucha información, muchos datos e historias. Dada la casuística del contexto de la escuela, la historia biográfica de estos estudiantes da para muchas hipótesis y diagnósticos pero en este modelo sólo interesa en términos clínicos de la terapia. La meta de la intervención es ayudar al estudiante a disminuir su sufrimiento. No se pueden tratar *todos* los duelos que ha sufrido o está sufriendo (por ejemplo: adaptación al nuevo país, duelo por dejar su familia y amigos en su país de origen, abusos sexuales o violencia doméstica en la familia); lo que se intenta es resolver la queja que presenta *ahora* y que le está trayendo problemas para que se desenvuelva con "normalidad". La premisa es que, si logra "conquistar" este hito podrá con otros en el futuro. Por lo tanto, el modelo considera dos premisas: el presente es todo con lo que se puede trabajar ya que el pasado no está sujeto a cambios (si bien se puede reinterpretar[6], eso ya es una acción presente); por otro lado, alterar el comportamiento de alguno de los miembros del sistema induce cambios en el comportamiento de los demás (Weakland, 1983).

Un modelo que ni es normativo –el terapeuta no sabe mejor que el cliente cómo vivir la vida– ni patológico y en donde los diagnósticos, como dice Juan Luis Linares, son "'metáforas guías relacionales'relacionales", no etiquetas incambiables que definen a la persona que está delante del terapeuta (comunicación personal con Karin Schlanger – Barcelona 2011). Cada caso es único y son los

---

5 Columbo es una serie policial protagonizada justamente por el teniente Columbo. Este es un detective que usando ropa simple y aparentando ser muy torpe y despistado termina siempre resolviendo el inicialmente creido ser, crimen perfecto.

6 Por supuesto se es consciente que el individuo actual es la suma de sus experiencias pasadas.

propios clientes que deciden qué es queja y qué no. Cuando un estudiante es referido por problemas de conducta en el aula no es "un caso más" al que se aplica un protocolo. Lo que una persona ve como un problema, otra podría verlo como algo no excepcional. Para nosotros, si no hay una queja, no hay un problema como afirman Fisch y Schlanger (1999:xviii). Esta opción marca una diferencia no sólo con otras orientaciones psicológicas sino también con otros modelos de terapia breve que asumen el modelo médico de suscribir en categorías y diagnósticos las conductas problemáticas. Fisch y Schlanger (1999:8), por el contrario, remarcan: "evaluamos con cuidado la conducta problemática y después tratamos esa conducta. Los etiquetamientos y rótulos de patologías son categorizaciones y, como tales, son construcciones de segundo orden" y por lo tanto, "el hecho de trabajar terapéuticamente con conductas, es una de las premisas básicas del modelo de terapia breve del MRI".

Los problemas en el aula se convierten en tales por las consecuencias que crean en el entorno, no necesariamente por la acción en sí misma. Así la conducta de levantarse de la silla como tal no es un problema, pero sí su consecuencia si se hace cuando la profesora está explicando un tema y el estudiante decide distraer al resto de la clase levantándose. Desde otra óptica, por ejemplo, desde un modelo más tradicional cuando llega un problema escolar se preguntará "¿qué está mal en el niño?" En cambio, la terapia de resolución de problemas se pregunta "¿qué está haciendo que mantiene el sufrimiento?"

Con padres que tienden a la sobreprotección en el cuidado de sus hijos, el terapeuta no discutirá su posición educativa. Si en el siguiente paso hay que pedirle y convencerla para que haga algo diferente, que no está acostumbrada a hacer, se le pedirá desde su percepción del problema. Luego, con un primer cambio y al estilo "bola de nieve" (como explica M. Erickson) será un primer impulso para que se dé un cambio más progresivo y con su experiencia pueda, en este caso, modificar su estilo parental (Rosen, 1982). Generalmente lo que se ve en los padres como explicación al comportamiento de sus hijos es que o bien son "enfermos" o bien son "malos". Será entonces desde este punto de partida que el terapeuta trabajará con el cliente una nueva forma de solución con una explicación que a la persona le resulte agradable.

***Intervención e implementación***

Es en este momento cuando se le propone al cliente que haga algo diferente teniendo en cuenta toda la información previa. Con los adolescentes es muy útil explicar la acción en términos que le dará a él control sobre las otras personas. Hay dos maneras de influir en el cliente:

1. Implicando la posibilidad de mejoría a través de generarle optimismo cara al futuro; pero no un optimismo sin sentido, explícito, donde se puede encontrar el cliente poco comprendido. Es, al contrario, implícito, que se lee entre líneas y

donde el juego del lenguaje toma un papel determinante. Un niño que tiene miedo no va a ser lo mismo si se le dice "superarás pronto tu problema, ¡ya verás!" que "superar tu miedo va a llevar un poco de tiempo". Allí se le está comprendiendo que tiene miedo, no se está minimizando su dolor. Además también enmarcaremos la experiencia de la persona, aunque indeseable, como una reacción humana normal (Fisch y Schlanger, 1999) y cuando haya dado un paso importante le mostraremos nuestra aprobación sorprendiéndonos en lugar de alabarlo de un modo explícito. En general, nuestra actitud ante sus cambios va a ser desalentadora, lo que en realidad tiene una serie de implicaciones positivas: el cliente es el que tiene el control para mejorar las cosas.

2. Con directivas diferentes a sus Soluciones Intentadas usando la redefinición o recategorización del contenido del problema. Lo que queremos es crear otras realidades para poder recategorizar ese problema, otorgarle otra categoría para poderlo redefinir.

***Despedida y cierre***

Como queda escrito por Fisch, Weakland y Segal (1982:143) en la Táctica del cambio, "El indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual él se encuentre completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento. Esto puede suceder por dos causas: porque la conducta perturbada haya cambiado, o porque haya cambiado su evaluación de tal conducta y ya no lo considere un problema significativo".

Desde la perspectiva de la terapia breve de resolución de problemas, finalizar la terapia no es algo especial. Se deja la puerta abierta para que vuelvan si así lo desean/necesitan. Se confirma no sólo por voz del cliente sino también por las personas que están relacionadas con la queja que también han visto ese cambio. Volviendo a la pregunta "¿quién es el cliente?", si el profesor era el que hacía la demanda de consejería se hablará con él para que nos corrobore que las cosas ya están bien o son distintas y su queja ya no es tal. En general la experiencia indica que el profesor estará tan contento con el cambio que ha visto que vendrá él mismo a contarle al terapeuta, quien, usando la posición baja, le dará todo el crédito por el cambio al profesor mismo ya que es él quien lo ha implementado, aún si la sugerencia inicial era del terapeuta.

**Caso clínico**

Antes de exponer un ejemplo clínico, cabe señalar que las autoras esperan fervientemente que no se extrapole esta intervención realizada desde el modelo de terapia breve de resolución de problemas *cada vez* que se encuentra esta problemática. Las intervenciones son *siempre* únicas al caso que el terapeuta tiene delante, de ahí la falta de protocolos a seguir en este modelo.

La madre de Esperanza pide servicios para su hija porque le alarma que esté leyendo un libro que habla de drogas, sexo y alcohol. Comenta que se autolesiona y que le parece que le vendría bien a Esperanza hablar con alguien ya que su padre (padrastro) se había suicidado hace 5 años delante de ella y de su hermana y desde entonces, no había hablado del hecho con nadie. Siguiendo este pedido el terapeuta se encuentra individualmente con Esperanza y con su hermana Almita de 11 años. En ese momento, Almita dice que ayudemos a su hermana porque ella ya había hecho mucha terapia alrededor de la muerte del padre. Almita es extrovertida, tiene muchas amigas y aparenta estar bien. Entre ambas mantienen una buena relación.

Esperanza es una niña bastante introvertida, callada, pequeña en estatura y muy inteligente. Cuando acude a terapia tiene 13 años y dice tener baja autoestima. Sus notas son promedio y los maestros la quieren mucho (dos de ellos también están preocupados porque la ven muy triste). Tiene algunas amigas en las que no puede confiar. Se siente como una extranjera entre ellas, no le gusta tener novio ni participa del cotilleo propio de la edad.

Es en las primeras sesiones cuando conocemos su historia. Es nacida en México; cuando tiene 7 años se mudan a Texas junto con su madre, 15 años mayor que ella, y su hermana menor, en busca del 'sueño americano' ya que el padre biológico las ha abandonado. Allí, la joven madre en poco tiempo encuentra novio y empleo a tiempo completo. Al estar tan ocupada, no ve otra opción que dejar con frecuencia a las pequeñas solas en casa. Cuando Esperanza acaba de cumplir 11 años, un día después volviendo del parque con su hermanita, llegó su padrastro (a quien consideraba y llamaba padre) y le pide que le acompañe a comprar. Allí le dice que él estará bien, que volvería a México y todo se arreglaría. Ella no entendía nada, y tampoco preguntaba. Cuando regresan a casa, mientras Esperanza comía su nieve y Almita daba vueltas en su bicicleta ante la mirada de la madre desde la puerta, el padrastro se bajó de la camioneta y con un revólver en la mano se da un balazo en la cabeza, cayendo sobre Almita y su bicicleta. Después de esta desgracia, la madre lleva a Alma a un psicólogo por varios años; no así a Esperanza, que creía que no lo necesitaba. A la madre se le diagnostica depresión y se le prescribe una medicación que decide no tomar ya que no cree que la pastilla fuera la solución. Al poco tiempo conoce a otro hombre con quien entabla una relación que se torna abusiva, tanto psicológica como físicamente. Este hombre flirtea con Esperanza sexualmente cuando su madre está ausente. Esta violencia dura alrededor de 2 o 3 años, período durante el cual la familia se muda a California. De esta relación nacen dos hijos. Después de finalmente separarse de su pareja abusiva, la familia comienza de nuevo; es cuando se recibe a Esperanza en terapia. La hija se convierte en la única 'amiga' y confesora de la madre, invirtiéndose los roles porque además asume que es Esperanza quien se debe ocupar de sus hermanos menores y los quehaceres domésticos mientras está trabajando. Cabe mencionar que después de casi un año

cuenta que su madre siempre la había culpado por la muerte de su padre ya que ella fue la última que estuvo con él. Confiesa que, una semana antes de que su padrastro se quitara la vida, Esperanza en una pelea muy fuerte le grita "¡Ojalá te murieras!" Palabras que a partir de ese instante, día tras día, quisiera no haber dicho.

En las primeras sesiones con Esperanza el terapeuta se enfoca en establecer cuál es el problema que la trae a terapia. Dado que la madre es la que ha solicitado la terapia se le considera la 'clienta' y se intenta trabajar con ella. Pero trabaja mucho (lo cual es respetado porque es la que pone la comida sobre la mesa) y por lo tanto no puede colaborar. De esta forma, el trabajo del terapeuta se enfoca en definir cuál es el problema para Esperanza puesto que también puede beneficiarse y ser clienta para trabajar la relación con su madre. Ahí es cuando describe la relación sin límites que las une, donde a veces se pierde entre el saber quién es la madre, la hija, la amiga, la confidente. Todas las sesiones están decoradas de bromas, cambio de temas, historias aventureras y evitaciones del tema del suicidio del padre. Al describir el problema poco a poco se va aclarando que lo que realmente quiere lograr es tener el reconocimiento de su madre por todo lo que ha hecho como hija mayor desde que su padrastro falleció. Dado que la terapia transcurre en la escuela, también es útil recordar, sin entrar en detalles dada la limitación de espacio, que una meta de la terapia es lograr un mejor rendimiento escolar y una mejor adaptación a sus pares. Si bien el tema de este capítulo es la terapia que se realizó en la familia, al mismo tiempo se están implementando cambios con los maestros en la escuela, "ganando tiempo" para que la energía de Esperanza pudiera centrarse nuevamente en el trabajo de la escuela y su éxito como alumna, del cual depende el éxito del resto de su vida.

Al definir el problema como falta de reconocimiento por su madre se empiezan a explorar las soluciones intentadas. El terapeuta junto con la clienta descubren que ha estado tratando de agradar a su madre manteniendo la casa limpia, cocinando, cuidando de los hermanitos, siendo responsable, sacando altas calificaciones, aconsejando a su madre con el novio, evitando conflictos sin queja alguna y demás cosas. Intentos de agradar a la madre con la esperanza de recibir un "¡Gracias, qué bien te quedó la comida!", "¡Qué bien que los niños ya están bañados!", "¡Felicidades por tus buenas calificaciones!" Estas soluciones intentadas la fueron cansando más, sobre todo porque paralelamente tenía que cargar con el peso del suicidio, la depresión de su madre, el abuso del novio y dos hermanitos nuevos que cuidar sin tener otros recursos que autolesionarse. Este comportamiento también se identifica como un intento de obtener la atención y el reconocimiento de la madre. De tal manera que las cortadas van subiendo de nivel, tamaño y profundidad, y las cicatrices se convierten en una colección de arte lineal en sus brazos pero no suficiente para que la madre pare y le dé esa atención que reclama. Es en este momento cuando se exploran y buscan nuevas soluciones intentadas, dándole el mensaje que no deje de cortarse,

ya que Esperanza poco a poco empieza a hacerlo menos. Por el contrario, el terapeuta enfatiza que lo siga haciendo pero en vez de cinco cortadas al día hiciera tres y más superficiales, como forma de obtener más control sobre una situación que Esperanza decía no tener. El terapeuta no pide expresamente que pare *porque* eso sería más de lo mismo: una solución intentada. Esperanza que es inteligente se da cuenta que el cortarse tampoco le está sirviendo para obtener ese reconocimiento así que poco a poco lo va dejando.

Al mismo tiempo, después de varias sesiones y cuando ya está creada la alianza terapéutica empieza a expresar con todo el dolor acumulado lo que había pasado el día que su padre se quitó la vida. Se le había dado el control de que se tomara su tiempo para hablarlo cuando ella quisiese. En las siguientes sesiones, también se identifica otra queja, cierto odio hacia los hombres. Tiene muchos pretendientes pero ella los ignora por miedo a enamorarse y después perder. De esta manera paralelamente se van trabajando diferentes comportamientos hacia el sexo masculino como el arriesgar y el ir dando pequeños pasos en lugar de ignorarlos.

Regresando al problema principal y después de varios meses de afrontarlo desde diferentes ángulos, hay otro cambio. Un día se presenta Esperanza ante la oficina del terapeuta con la mirada baja, el pelo sobre su cara, los ojos llenos de una tristeza extrema y sin esa sonrisa que aunque fingida, siempre la caracteriza. Sus palabras entre llantos y temblores como nunca antes son "ya no puedo más", "si regreso a mi casa, me quitaré la vida, tengo miedo de mí misma". Las ideaciones suicidas que describe son alarmantes. Tenía un plan, había perdido toda la esperanza, estaba rendida porque ya no le quedaba ni un ápice de fuerza. No tenía nada que perder y estaba decidida. El terapeuta sigue el protocolo marcado para la profesión de terapeuta familiar en California por lo que se la interna en el Hospital Stanford y se llama a su madre, que está de acuerdo aunque no convencida. El hospital después de evaluarla decide mantenerla ingresada diez días. La madre se enoja porque según ella es sólo un cuento para llamar la atención puesto que no sería capaz de quitarse la vida y que se trata sólo de chantaje. Estando Esperanza sola en el hospital, la madre dice que irá por la noche cuando encuentre a alguien con quién dejar a sus hijos; no se nota ninguna alarma en su voz. A su vez, Esperanza le comenta al terapeuta que está aterrada por lo que su madre le va a decir; se toma la decisión de avisar al agente de seguridad de turno para que esté atento de posible maltrato cuando la madre viniera.

Diez días después Esperanza vuelve a la escuela con un diagnóstico de depresión y se le prescriben antidepresivos y medicación para dormir. Ya que la madre no cree en las pastillas, sólo acude a la medicación para dormir cuando el insomnio es insoportable. Al regresar al contexto escolar se le pide a la madre comenzar una terapia familiar y acepta. La primera vez que la madre viene a la escuela después del incidente, se la ve muy enojada con su hija. Se siente frustrada con el silencio de

su hija y espera que se abra con el terapeuta para así dejar de cortarse. Menciona que quizás su comportamiento tiene que ver con el suicidio del padre, oportunidad que el terapeuta utiliza para sugerir hablar de ese tema en terapia. Sin embargo, la mamá minimiza este hecho en pos de decir que seguramente es la presión de sus pares la que hace que se corte. Desde el punto de vista de la madre añade que ya es hora que Esperanza se olvide del pasado como ella misma ha logrado. Aunque su reacción fue dura al principio, poco a poco empieza a verse un cambio. La mamá, a pesar de no venir a todas las sesiones que se le proponen, escucha al terapeuta. Por ejemplo, como Esperanza está muy débil después de la hospitalización, la madre le pide ayuda a Almita con los quehaceres de la casa y con los niños; esta lo hace con gusto con tal de que su hermana mayor se recupere. La madre también la trata con más suavidad y la comunicación mejora entre las dos. Entre tantos pequeños cambios, mes a mes, Esperanza se da la oportunidad de enamorarse y tener un novio aunque como ocurre en esta edad, le rompe el corazón. Ahora bien, esta vez su madre está ahí para apoyarla y para decirle que todo irá bien y que sólo es un chico que no la merece. Así es como Esperanza se levanta y su sonrisa vuelve a dibujarse como muestra de los recursos con los que vuelve a contar.

Este proceso ha durado aproximadamente dos ciclos escolares. Las sesiones han sido más seguidas durante el primer año; no así durante el segundo, donde lo que se ha tratado ha sido de mantener los cambios y reconocer que estaba haciendo las cosas de manera diferente. El terapeuta sigue trabajando en la escuela con ella y cada tanto viene a hablar, sobre todo para contarle lo que está aconteciendo en su vida amorosa. Actualmente, su sonrisa es más grande y más sincera que nunca; escribe poemas, escucha música inspiradora; su relación con Almita y su madre ha mejorado. Ha logrado ponerle límites y le dice que no quiere estar involucrada con sus novios. Conversan de la vida, y de lo que les espera en el futuro y sabe que cuenta con su apoyo emocional. De sus autolesiones sólo quedan las cicatrices. En la actualidad, su forma de demostrarse segura y única es pintando su pelo de colores brillantes. Si todo sigue igual, el próximo año terminará la preparatoria.

Si bien el terapeuta ha trabajado con Esperanza la mirada al sistema siempre ha sido de resolución de problemas. Cuando se habló del pasado fue de manera puntual, bajo las condiciones que impuso Esperanza que se respetaron. Siempre con la mirada hacia el futuro y hacia producir cambios en el aquí y ahora de su vida. "Breve" es un nombre que lleva la terapia de resolución de problemas. Para aquellos profesionales que practican esta forma de terapia, se convierte en más que eso: es una forma diferente de ver la realidad. El pelo azul de Esperanza lo confirma.

**Conclusión**

El nacimiento, la evolución y el trayecto del MRI ha sido largo, rico en contribuciones y ha conllevado miles de horas de investigación, terapia, encuentros y

desencuentros de grandes terapeutas e investigadores a través de los años: desde Bateson y su equipo, a la colaboración con Don Jackson, quien ideó la creación del Mental Research Institute en Palo Alto; el nacimiento del Centro de Terapia Breve, por los grandes ya mencionados al principio del capítulo; Fisch, Weakland, Watzlawick, Haley, dentro ya del creado MRI. Todo este largo e histórico proyecto lleva a la actual creación de Grupo Palo Alto, dirigido por la discípula y heredera de los maestros: Schlanger.

Grupo Palo Alto trabaja no solo en la comunidad de Palo Alto: extiende sus servicios únicos en las escuelas de bajos recursos de East Palo Alto. El modelo de Terapia Breve es una innovación para trabajar en contextos escolares, ya que se ha notado ser efectiva para mejorar el día a día y el bienestar de los estudiantes de EPA y sus familias. Los resultados son difíciles de medir con este modelo dada la naturaleza de no etiquetas y usar protocolos. Sin embargo los efectos pueden ser vistos o verbalizados por los clientes en la escuela. Además, se ven en las calificaciones de los estudiantes, al igual que en su comportamiento en clase, y puede ser reforzado por comentarios de los sistemas colaboradores, como por los profesores y directores. También al final del año escolar, los resultados de nuestros servicios se notan al ver el número de estudiantes que logran graduarse y continuar con sus estudios.

Puede decirse que un modelo que en sus comienzos causó alguna discordia entre lo teórico (Bateson) y lo descriptivo (Weakland, Haley) termina mostrando que, si bien hay muchos modelos que sirven para producir cambio, el de terapia breve de resolución de problemas fue y sigue siendo un modelo eficaz que está viendo un resurgimiento en su aplicación a diversos sistemas humanos.

**Referencias bibliográficas**


American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed., text rev.)* Washington, D.C.: Author.

Bateson, N. (2012). *A Daughter's Portrait of Gregory Bateson: An Ecology of Mind*. MindJazz Productions, película realizada por Nora Bateson.

Censo California (2010). www.census.gov/newsroom/releases/archives/2010_census/cb11-cn68sp.html

Falicov, C. (1982). "Mexican Families". En M. McGoldrick; J. Pearce y J. Giordano (3rd Edition). *Ethnicity y Family Therapy*. New York: Guilford.

Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1982). *Táctica del cambio.* Washington: Wiley.

Fisch, R. y Schlanger, K. (1999). *Cambiando lo incambiable: la terapia breve con casos intimidantes* (2da. Edición). Barcelona: Herder.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa.* Barcelona: Paidós.

Pereira, R. (2010). Trabajando con los Recursos de la Familia: Factores de Resiliencia Familiar. *Sistemas Familiares, 1*, Año 26, 93-115.

Rosen, S. (1982). *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson*. New

York, London: W.W. Norton& Co.
Schlanger, K. (2011) "Problem-Solving Brief Therapy: The Palo Alto Approach to working with a Latino Couple". En D. K. Carson y M. Casado-Kehoe. *Case Studies in Couples Therapy*. New York, London: Routledge.
Schlanger, K. y del Prado Sánchez, N. (2010). La diferencia cultural en la Terapia Breve de Palo Alto. *Redes No 24*, 9-21.
Sluzki, C. (1991). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. "Narrativas, Redes y Familia" 1991. Recuperado de http://www.youtube.com/watch?v=2Jz3H06lBnc
Waters, M. C. (1999). *Black Identities*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Watzlawick, P.; Beavin-Bavelas, J. y Jackson, D. D. (1967). *A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes: Pragmatics of Human Communication*. New York, NY: W.W. Norton y Company, Inc.
Weakland, J. H. (1983). "Family Therapy" with Individuals. *Journal of Systemic Therapies Vol. 29*, No. 4, 40-48.
Wittezaele, J. J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
Zeig, J. (1982). *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner-Mazel.

Capítulo IV

# EL TRABAJO CON EMOCIONES EN TERAPIA FAMILIAR: TEORÍA Y APLICACIONES

Esteban Laso Ortiz[7]

## Introducción: la escuela sistémica y el "retorno de lo reprimido"

Contemplada a vuelo de pájaro y con cierta irreverencia, la historia de la psicología dibuja una espiral entre la negación o menosprecio de un fenómeno seguida de su triunfante reaparición y redescubrimiento. En teoría básica, el conductismo, que empezó por desconocer las operaciones mentales, dio paso a la revolución cognitiva, que las convirtió en piedra angular de la psique y redujo las emociones a mero epifenómeno; y ésta, a su vez, a la "revolución emotiva" de Damasio y compañía (Damasio, 1995; Fineman, 2000). En psicología social, el énfasis en el individuo y la metáfora de la sociedad como agregado de personas independientes y autosuficientes, típicos de las dos terceras partes del siglo pasado (Allport, 1937), condujeron a la explosión de lo relacional y comunitario encabezada por el socioconstruccionismo (Gergen, 2009); etc.

La terapia familiar no escapó de esta danza entre represión y retorno de lo reprimido –o, para decirlo en términos sistémicos, entre la diferenciación para alejarse de la generación paterna y la integración de sus legados en una identidad más amplia. Su audaz grito de independencia fue el repudio al individuo como *locus* de los fenómenos psíquicos, que la distanció tanto del psicoanálisis como del conductismo y el humanismo y que fue convertido en lema por el pionero Whitaker: "No creo en los individuos, sólo en las familias" (Whitaker, 1992).

Mas, repudiando al individuo, los pioneros de la terapia familiar también repudiaban la personalidad, la psicopatología y las emociones. La forma de comportarse de una persona, atribuida a sus rasgos de carácter y temperamento, se podía reducir a la interacción con sus familiares. No hacía falta hurgar en el pasado de las familias con miembros sintomáticos: la etiología del problema se encontraba en el presente, en una estructura desequilibrada (Minuchin, 2003 [1974]), en la aplicación de una solución que empeoraba el problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), en una lucha tácita pero virulenta de poderes (Haley, 1991) o en la paradoja de querer cambiar manteniéndose igual (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991 [1986]). Fieles a su herencia antipsiquiátrica, alineados unos con la metáfora goffmaniana del estigma (Goffman, 1970 [1963]) y otros con el alegato de Szasz

[7] Instituto Tzapopan / Universidad de Guadalajara, México (estebanlaso@gmail.com).

contra el "mito de la enfermedad mental" (Szasz, 1961), los terapeutas familiares renegaron del diagnóstico (que veían como una validación de la condición desresponsabilizadora e incapacitante del "paciente identificado") para intentar, posteriormente, desamarrarlo del individuo extendiéndolo a la pareja (Wynne, Ryckoff y Day, 1958) o al sistema familiar completo. Finalmente, las emociones, tachadas por Bateson de "dormitivas" (Bateson, 1985 [1972]), terminaron ignoradas por los modelos más populares, centrados en la comunicación, la estructura o la estrategia, o reducidas a mero alarde dramático en el fragor de la batalla por el poder; y sus principales exploradores, Whitaker y Satir, son aún hoy los *enfants terribles* de la disciplina (cf. Betrando y Toffanetti, 2004).

A esta enérgica toma de postura le siguió una reacción igualmente enérgica. Del corazón de la cibernética que había anulado al individuo surgió la "cibernética de segundo orden" que lo resucitaría como "el observador que realiza las distinciones". Este "constructivismo" al que se habían ido apuntando von Glasersfeld y von Foerster, arrastrando consigo a Watzlawick (Watzlawick y Krieg, 1995) y abriendo paso a Maturana (1997), condujo al redescubrimiento de una obviedad: quienes tienen problemas o preocupaciones no son "las familias" sino diversas combinaciones de sus miembros. Las familias no "piensan", "manifiestan", "sufren" o "actúan" salvo en un sentido metonímico; es más, el terapeuta nunca ve a "la familia", ya que ésta es en realidad un conjunto de relaciones entre personas (cf. Carpenter y Treacher, 1993)[8].

En este "retorno de lo reprimido" volverían a escena, unos años después (Feixas, 1994), la personalidad (Selvini, 2010) y la psicopatología (Cancrini, 1996; Linares, 1996). Sin embargo, se ha tratado de una recuperación parcial: el individuo ha vuelto únicamente en lo cognitivo ("conversacional", "narrativo", etc.) y no en lo emotivo. Fiel a la maldición batesoniana, la terapia familiar aún no ha podido integrar la emoción en su práctica, aportar a su conceptualización ni, mucho menos, introducirla en la formación de los terapeutas[9]. En palabras de quien más ha trabajado para integrarlas, Juan Luis Linares (2012):

> …la recuperación de las emociones ha sido un laborioso proceso en el que se han implicado numerosos terapeutas, principalmente europeos, durante los últimos

---

[8] Más o menos por la misma época, y tras una mirada retrospectiva, Selvini admitía cándidamente que las emociones de las pacientes anoréxicas o bulímicas no eran meras "jugadas" sino manifestaciones de un auténtico sufrimiento. No sólo se podía sino que se debía empatizar con ellas: otra obviedad extraviada en medio del anti-individualismo recalcitrante de la adolescencia de la teoría (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

[9] También la terapia cognitiva, tradicionalmente desdeñosa de la emoción, ha empezado a darle la importancia que merece (Power, 2010).

veinte años, hasta llegar al momento presente, en que muy pocos niegan su legitimidad como fuente de recursos terapéuticos[10].

El objetivo de este artículo es contribuir a esta "recuperación de las emociones" en la teoría y la práctica de la terapia familiar y relacional (y, eventualmente, a una teoría global de la misma; Laso, 2009a) a partir de una extensión de la "ecología de la personalidad" de Juan Luis Linares. Para ello, describo tres aspectos de dicha teoría (la definición de "emoción", la continuidad de la experiencia y la diferencia entre emoción primaria y secundaria) y trazo sus implicaciones técnicas, ejemplificándolas con viñetas clínicas.

No se trata de añadir un modelo de "terapia familiar/sistémica enfocada en las emociones" a los centenares que ya existen sino de *facilitar a los terapeutas familiares, independientemente de su orientación, una receta para convertir todas sus intervenciones en emocionalmente efectivas.*

***¿Por qué trabajar con emociones?***

El primer obstáculo para la recuperación de las emociones es la actitud, mezcla de desdén y escepticismo, de muchos terapeutas ante ellas, plasmada en la respuesta de un anónimo maestro sistémico a un estudiante formado en la escuela rogeriana: "nosotros no necesitamos hacer *esas cosas*".

La investigación sugiere, por el contrario, que no atender a las emociones suele conducir al fracaso. El más importante de los "factores comunes" es la relación terapéutica (Prochaska y Norcross, 2010), vehiculizada por los estados emocionales de los pacientes ante el terapeuta (Friedlander, Escudero y Hearherington, 2010; Safran y Muran, 2005). Si lo que éstos sienten es suspicacia, temor, ira, resentimiento, vergüenza, etc., y si dichas emociones no son reconocidas y tramitadas, la relación se resiente y el pronóstico empeora.

Cabe aclarar que preservar la relación no consiste en "ponerse del lado del paciente" sino en *operar desde la comprensión empática de su experiencia reconociendo su legitimidad* (Laso, 2006; cf. la "aproximación crédula" de George Kelly, 1955). Esta postura fortalece la posición del terapeuta al diluir la resistencia: en vez del crítico "usted debería dejar de tratar así a su esposo" o el condescendiente "¿cuándo se dará cuenta de que sólo lo enardece más?", que desencadenan respectivamente la indignación y el autodesprecio de la paciente, adelanta el respetuoso pero firme "puedo entender que usted esté resentida y quiera lastimar a su esposo; veamos más detenidamente lo que sucede cuando eso la lleva a contraatacar"[11].

---

[10] Cf.: "…es imposible hacer investigación o intervención en estos procesos sin tomar en cuenta las emociones" (Medina, 2011:152).

[11] En otras palabras, fluye con el diálogo, Laso, 2010a. Cf.: "La emoción le da poder a la palabra

Asimismo, la evidencia señala que *el cambio que no involucra las emociones es poco duradero y propenso a la recaída* (Greenberg y Paivio, 2000). Esto se debe a que la arquitectura del sistema nervioso las coloca en la raíz de la acción, tanto motivacional como temporalmente (Solms y Turnbull, 2007).

En primer lugar, las emociones son "funciones de estado"; esto es, modifican el funcionamiento de *la totalidad del sistema nervioso* (y no sólo de una parte como las "funciones de canal" de la percepción). El miedo, por ejemplo, reduce los umbrales perceptivos: no sólo escuchamos más sino con mayor claridad; no sólo vemos mejor sino con más precisión. Reduce también el tiempo de reacción poniendo al organismo en "modo de alerta", presto a responder ante el más mínimo estímulo amenazante. Puebla la mente de una ráfaga de imágenes, anticipando a toda velocidad una miríada de escenarios para delinear la acción más apropiada a cada uno[12]. La emoción unifica al organismo proyectando la cognición y la acción hacia un mismo "punto de fuga" con economía y rapidez inigualables.

En segundo lugar, esta modificación global ocurre por lo general *antes* de la valoración cognitiva consciente: para cuando nos damos cuenta de que lo que hemos visto es una serpiente *ya estamos asustados* (Ledoux, 1997). Esto otorga una evidente ventaja evolutiva, la respuesta instantánea ante el peligro, a costa de dificultar el abandonar un estado emocional de manera voluntaria –pues cuando lo intentamos *ya nos encontramos en su interior*, pensando y actuando en la línea que la emoción dicta.

La emoción no se puede controlar directamente; lo cual, aunque parezca contraproducente, es imprescindible desde una perspectiva evolutiva: sólo funciona cuando responde verazmente al estado del mundo o de nosotros mismos independientemente de nuestros deseos. (Quien pudiese alucinar una opípara comida terminaría feliz pero muerto de inanición). Ya que la emoción "se contagia" para mantener "sintonizados" a los miembros de un grupo (Pineda, 2009), el poderla controlar *ad libitum* pondría en peligro la exquisita socialidad humana.

En la terapia no sólo trabajamos con el fin de modificar estados emocionales problemáticos y recurrentes: además, *trabajamos con nuestros propios estados emocionales para favorecer el cambio de los consultantes* (Semerari, 2002; Safran y Muran, 2005). La emoción es tanto el objetivo a cambiar como uno de los medios para lograrlo; es el punto arquimédico de la mente.

Finalmente, una de las metáforas más recurrentes en la literatura sistémica es la de la "danza": se equiparan las mutuas y exquisitamente sincronizadas comunicaciones

---

para que tenga efectos terapéuticos"; Medina, 2011:153.

12 De ahí la vertiginosa acumulación de recuerdos, escenas, sensaciones y pensamientos que caracterizan a las crisis de los trastornos de ansiedad: el ataque de pánico, la fobia circunscrita y la ansiedad del obsesivo ante la idea intrusiva se diferencian por su contenido, no por su dinámica.

de los miembros de la familia con una "danza" y al terapeuta con un "coreógrafo" que las "reestructura" (Whitaker y Blumberry 1991). ¿No es curioso que tras décadas de emplear esta metáfora sigamos sin dar el paso que se sigue de ella? Pues *toda danza es producto de una melodía, y no existe danza sin música*; pero en su afán de cambiar *la danza*, la terapia familiar ha descuidado *la melodía que la organiza*.

*Las emociones son la música que organiza la danza de la familia*; por ende, para cambiar la danza *es imprescindible cambiar la música* (Johnson, 2004).

**¿Qué "es" la emoción? Un modelo pragmático**

El segundo obstáculo para la recuperación de las emociones es *la ausencia de un marco teórico específico* que permita integrarlas en una comprensión sistémico-relacional. A este respecto, quizá persista un resabio del antiemocionalismo batesoniano en la interpretación construccionista de la emoción que la reduce a un juego de lenguaje dependiente de la cultura (Jubés, Laso y Ponce, 2000): lo cual, irónicamente, termina desnaturalizando la experiencia concreta y corpórea de la emocionalidad racionalizándola de manera paralela a la teoría cognitiva[13].

Para trascender este implícito racionalismo propongo aquí un modelo pragmático, tanto por su énfasis en la acción como por perseguir la utilidad práctica y no sólo la consistencia teórica. Este modelo se erige sobre bases expuestas en otros artículos (Jubés, Laso y Ponce, 2000; Laso, 2006; 2009a; 2009b; 2011) y permite precisar y extender consejos técnicos propuestos con anterioridad (Laso, 2010a; 2012b), a los que remito al lector que desee profundizar.

Pese a que no hay consenso entre los expertos sobre la naturaleza de la emoción (Ekman y Davidson, 1994; Plutchick, 2000; Greenberg, Rice y Elliot, 1996) ni sus componentes esenciales[14], se suele admitir que los siguientes elementos conforman un episodio emocional (cf. Greenberg y Paivio, 2000):

---

[13] Aunque, dada su epistemología relativista, "operacionalizar" las propuestas construccionistas es un tanto polémico, cabe extraer dos implicaciones de su concepción de la emoción como juego lingüístico: que no existen "emociones universales" y que toda emoción conlleva una previa valoración "discursiva" (esto es, cognitiva) en función de los "juegos" disponibles en una cultura. Ambas son desmentidas por la evidencia empírica: sí que existen emociones universales (al menos en lo tocante a su expresión facial, el tipo de situaciones que las desencadenan y las zonas neuronales involucradas; Ekman y Friesen, 2003; Damasio, 1995) que se activan antes de que sea posible el procesamiento cognitivo (como he mencionado antes; cf. Ledoux, 1997). Al hilo de esto último, podría decirse que, en lo que a la emoción respecta, el construccionismo es una suerte de "cognitivismo colectivo".

[14] "It may be true that some components are necessary for emotion, yet no component seems to be unique"; De Houwer y Hermans, 2010: 4.

- Estímulo o situación desencadenante;
- Activación del sistema nervioso autónomo (arousal);
- Valoración implícita del estímulo ("valencia" negativa o positiva);
- Tendencia de acción o preparación corpórea para actuar de determinada manera (p. ej., huir o luchar);
- Comportamiento expresivo (rictus, gestos, tono de voz, etc.);
- Experiencia consciente del estado emocional ("sentirse asustado").

Cabe añadir, a efectos terapéuticos, la *búsqueda perentoria de satisfacción de una necesidad* (huir del peligro en el miedo, expulsar una noxa en el asco, defenderse a uno mismo y a los suyos en la ira, etc.) hacia la que se proyecta la tendencia de acción concomitante. Esta es, desde una perspectiva centrada en la atención (Laso, 2012b), la clave del misterio: *el vínculo entre la emoción y la acción*[15].

He aquí una definición pragmática, a medio camino entre las alternativas contemporáneas (para una panorámica, véase De Houwer y Hermans, 2010):

- la emoción es un mecanismo instantáneo y automático de atribución de significado a las situaciones[16],
- en función de una jerarquía de necesidades (y, en el género humano, valores) actualizada a cada momento por el organismo,
- y del futuro de las mismas, inmediato o a largo plazo, que el organismo anticipa como continuación o desenlace más probable de la situación en que se encuentra;
- dicha atribución de significado consiste en *categorizar* la situación dentro de un conjunto limitado de alternativas, cada una caracterizada por un escenario prototípico y una estrategia concomitante,
- y se manifiesta en una predisposición del organismo a actuar de determinado modo, en línea con la estrategia adoptada.

Por consiguiente, la emoción *prepara al organismo de forma global para una situación tácitamente anticipada y lo mantiene dentro de una misma estrategia o "línea de acción"* mientras subsiste dicho escenario, ignorando sus aparentes modificaciones (Cf. con las nociones de "posicionalidad" y "actividad relacional", Frijda y Tcherkasoff,

---

15 Ya Aristóteles (en la Retórica) descifró las dos características cruciales de la emoción: su intencionalidad ("tender hacia", referirse a un estado de cosas u objeto en el mundo) y su potencia motivante (orientar la acción en una dirección determinada). Aun ahora es difícil superar su brillante análisis (como lo atestigua Elster, 2002).

16 Es decir, se trata de una forma de *conocimiento tácito* o *enactment* (Varela, 1996; Guidano y Liotti, 2006).

1997). De este modo, preserva los intereses fundamentales del organismo *más allá del entorno inmediato*, asegurando la coherencia de su acción a corto plazo.

Por debajo de las cogniciones de una persona o sus intentos de autoconvencerse (p. ej., los "no hay nada que temer" del fóbico), su estado emocional clasifica el contexto en que se encuentra organizando concomitantemente sus respuestas: de ahí que *para que el cambio sea duradero ha de alterar no sólo las creencias y acciones sino los estados emocionales que les subyacen* y que las determinan indirectamente. Esta es la explicación al fenómeno del "punto muerto" (Gendlin, 1999), tan familiar a los terapeutas experimentados; el paciente que tras una mejoría significativa (pero no concluyente) acaba en un callejón sin salida: "sí, ya sé por qué reacciono así y cómo debería actuar, pero sigo sintiéndome mal cada vez que tengo que hablar en público…" Puede que superficialmente clasifique la situación desencadenante de manera positiva o inofensiva ("no tengo nada que temer"); pero su estado emocional le atribuye tácita y subyacentemente otro significado (quizá articulable como "debo estar alerta, nunca se sabe por dónde aparecerá el peligro").

Este "significado encarnado" (*embodied*; cf. Laso, 2002; Varela, 1996) *no* nos es transparente: debemos explicárnoslo en nuestro diálogo interno para aprehenderlo conscientemente, apropiándonos de la necesidad subyacente a la emoción, identificando los aspectos de la situación que la han despertado y decidiendo si llevar o no a cabo la línea de acción concomitante. Esto es una destreza que se aprende y desarrolla con la edad y la experiencia, emparentada con la "metacognición" (Laso, 2009a), cuya ausencia se relaciona con varios trastornos (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002) y que puede ser obstaculizada o favorecida por el modo en que la familia entiende y maneja la emoción (la "metaemoción"; Laso, 2006).

En consecuencia, y debido a la arquitectura del sistema nervioso (Laso, 2009b) *nuestro conocimiento de nosotros mismos es siempre conjetural*, sujeto a corrección y enmienda, y *siempre in statu nascendi*, un poco a la zaga del fluir de la experiencia en constante transformación: se vive hacia adelante pero se comprende hacia atrás (cf. el "presente recordado" de Edelman, 1992). De ahí que la mayor parte de enfoques terapéuticos apunten al aumento de la autoconsciencia (más allá de las diferencias teóricas y terminológicas: *insight*, "darse cuenta", "cambio de epistemología de la familia", etc.; cf. Prochaska y Norcross, 2010).

### *Tres ventajas de esta definición*

Primera: enfatiza el carácter proactivo de la mente, siempre preparándose para un futuro que anticipa canalizando la acción; concuerda así con la herencia constructivista (Cf. la "teoría motora de la mente"; Mahoney, 2003), la visión del sistema nervioso como "simulador tácito" (Gärdenfors, 2006; Changizi, 2009) y el acento en la construcción de un cambio futuro (versus la comprensión inmovilista de la causa pasada) de la terapia centrada en soluciones (De Shazer, 1988) y su antecesor ericksoniano.

Segunda: permite salvar la brecha naturaleza-cultura, desafortunada consecuencia de la teoría socioconstruccionista (Gergen, 1996). Pues desde esta perspectiva abstracta, la diferencia entre una emoción "compleja" o "culturalmente determinada" y una "básica" e "universal" es de grado, no de especie (para entender lo cual profundizo en el siguiente apartado la conexión entre escenarios, acciones y emociones).

Tercera: *no conduce a delimitar un conjunto de "técnicas emocionales" separadas de las cognitivas y las pragmáticas sino a convertir casi cualquier técnica en un mecanismo de cambio emocional,* aprovechando las destrezas ya existentes añadiéndoles una nueva faceta y brindando al terapeuta una serie de objetivos específicos, observables y que se pueden compartir con la familia:

- facilitar la activación y expresión controlada de las emociones en sesión
- con la finalidad de ampliar la autoconsciencia del paciente (o familia) reconociendo sus estrategias y necesidades,
- para actuar de manera diferente redefiniendo sus relaciones para que puedan satisfacerlas o modificarlas.

Como lo dijo alguna vez Eduardo Cárdenas, "conseguir que tenga los brazos libres para amar" (Des Champs, 1998)[17].

***Emociones, escenarios y acciones***

Si la emoción es un mecanismo instantáneo y automático de categorización de las situaciones; si a cada categoría corresponde un escenario prototípico y el conjunto de acciones que se suponen más favorables para los intereses o necesidades del organismo en ese momento, ¿de dónde han salido dichos escenarios y sus acciones concomitantes?

La respuesta es que fueron seleccionados en el curso de la evolución, bien biológica, bien cultural (y por ende lingüística), por ser a la vez los más recurrentes y más cruciales para la supervivencia y la reproducción exitosas (o lo que es lo mismo, para la protección y actualización de las necesidades y valores del organismo). En el ámbito biológico, los organismos que no supieron afrontarlos se fueron extinguiendo, reemplazados por los que sí pudieron, que fueron modificando progresivamente su estructura para incluir sistemas de respuesta automática. Como sostiene Hayek (1952) la historia de los desafíos más frecuentes en la evolución de una especie está inscrita en sus genes: de que insectos, peces, reptiles, aves, mamíferos, etc., desplieguen agresión innata podemos deducir que sus antecesores tropezaron continuamente con situaciones en las que tenían que repeler una invasión a sus

[17] O lo que es lo mismo, que fluya entre ellos el amor complejo (Linares, 2012).

intereses vitales (territorios, hembras, supervivencia, etc.); de que manifiesten conductas evasivas, que dieron con enemigos o contextos que desbordaban su capacidad de afrontamiento; y así sucesivamente[18].

En el ámbito cultural, los individuos que no supieron (tomando un término de Ugazio, 2001) "com-ponerse" ante ciertas situaciones socialmente paradigmáticas terminaron descalificados, ignorados o excluidos del grupo, ya que es a través de dichas situaciones que los miembros determinan tácitamente su estatus (dominancia, poder) y adscripciones (cercanía, afecto); es el terreno de la mitología familiar o comunal ("todos los Ramírez somos fanáticos del fútbol", "todos los mexicanos somos albureros[19]", "en la vida o eres vivo o eres bobo", etc). Parafraseando el "corolario de familia" de Procter (1996), "para que un grupo de personas permanezca unido por un período prolongado, cada una de ellas debe elegir unas cuantas creencias y/o actividades de su sistema para mantenerlas en común con los demás" (Cf. Dallos, 1996)[20].

Por consiguiente, algunos de los conjuntos de acciones y categorías emocionales son "innatos"; esto es, los presentan todos los miembros de una especie a edad muy temprana y sus manifestaciones conductuales y expresivas son altamente coherentes y semejantes entre un individuo y otro. Son las "emociones básicas" o "universales" (cf. Ekman y Friesen, 2003). Otros pueden irse construyendo por medio del aprendizaje; serán, por ende, más variables entre distintos individuos o culturas –o incluso entre un mismo individuo en distintos momentos de su vida. Como el lenguaje consiste también en un sistema de clasificación, es la herramienta perfecta para crear y sustentar categorías de experiencia y respuesta más abstractas– que, una vez establecidas, se resisten notablemente al cambio (Hayes, Barnet-Holmes y Roche, 2001).

Esta teoría de las emociones unifica la visión construccionista, que las ve como estrategias ante escenarios culturalmente determinados ("juegos de lenguaje"),

---

18 *Ceteris paribus*, a mayor complejidad del sistema nervioso de un género, mayor es el número de conjuntos de acciones posibles y por ende de categorías; es decir, cuanto más complejo un organismo, más emociones puede manifestar y reconocer.

19 "Albur": juego de palabras de doble sentido, frecuentemente sexual, propio de México y la República Dominicana.

20 "The family constructs provide the members with alternative «slots» so they do not necessarily have to be in agreement. They do, however, share a finite set of avenues of movement" (Procter, 1996: 355). En último análisis, toda sociedad, so pena de fragmentarse, está sujeta al mismo imperativo de preservar ciertos mitos y rituales que evidencian los canales por donde circulan el poder y los afectos (cf. la "retícula de coordenadas sociales", Berger, 1963). Emociones como la culpa, la vergüenza y el desprecio operan como mecanismos de control social tácito, castigando a quienes inducen amenaza y ansiedad en sus congéneres al haberse apartado de la senda de lo predecible (Kelly, 1955; cf. la relación entre confianza y predictibilidad, Laso, 2012a).

con la biológica, que las ve como estrategias ante escenarios evolutivamente determinados. Ante este paralelismo carece de sentido tanto mantener el clivaje naturaleza-cultura construccionista como insistir en un determinismo biologicista inmune al aprendizaje y la cultura (cf. Jubés *et al*, 2000)[21]. La diferencia entre emociones básicas y culturales o complejas es de grado, no de clase; aquellas son más veloces, universales y automáticas y emergen en conjuntos de situaciones más difusos que estas. Se sigue de esto que las emociones "complejas" o sociales consisten en rápidas especificaciones culturalmente dependientes sobre una base de "emociones fundamentales"[22]. Para nosotros, seres humanos, *hacer cultura es nuestra naturaleza*.

**La continuidad de la experiencia: emociones, estados de ánimo y "sensación de sí mismo"**

Un segundo aspecto de interés terapéutico de la experiencia humana es su naturaleza continua (Laso, 2009b). Las actividades que la conforman se solapan e interpenetran, distinguiéndose con claridad sólo en los extremos. Así, el recuerdo tiene una dosis de imaginación (Solms y Turnbull, 2007); el pensamiento, de acción inhibida (Gärdenfors, 2006); el repudio moral, de asco corpóreo (Haidt, 2012), etc.

La experiencia emocional humana transcurre dentro de una dimensión que va de lo superficial, inmediato, fluctuante, llamativo y ocasional (el "foco") a lo profundo, permanente, sutil y constante (el "trasfondo"[23]), en la cual podemos distinguir tres fenómenos (véase Figura 1[24]): arriba, la emoción propiamente dicha; a mitad

---

[21] De paso, de aquí se sigue una crítica al giro pragmatista reinagurado por Rorty (1981): que le falta, precisamente, pragmatismo. Al centrarse únicamente en las "prácticas" intra-culturales ha perdido de vista las prácticas o acciones transculturales y universales sobre las que aquellas se erigen, surgidas en el contexto de la evolución biológica y no sociocultural. De hecho, el análisis de Gergen (1996) de las emociones en términos de diagramas arbóreos de decisión se puede trasvasar al análisis de la evolución de la emoción; basta con sustituir el contenido lingüística y culturalmente específico con el más global y disperso de las situaciones importantes para la supervivencia que los organismos antecesores de una especie encontraron con gran regularidad a lo largo de millones de años.

[22] La redacción de este texto coincidió con la publicación de una investigación cuyas conclusiones coinciden con la teoría que aquí adelanto (Jack, Garrod y Schyns, 2014).

[23] La distinción foco-trasfondo apunta a lo que ocupa la consciencia en un momento dado: el foco "salta a la vista", se impone, llama la atención; el trasfondo "se oculta", cede el paso al foco, requiere de un esfuerzo atencional sostenido para diferenciarse. Cf. Laso, 2011.

[24] En aras de la exhaustividad, incluyo en este gráfico la "sensación sentida", que no abordo en el texto; el lector puede consultar Gendlin, 1999. Pero dejo de lado, por su complejidad, los sentimientos (Marina y López Penas, 1999).

de camino, los estados de ánimo; y acercándonos al núcleo del ser, la "sensación de sí mismo"[25].

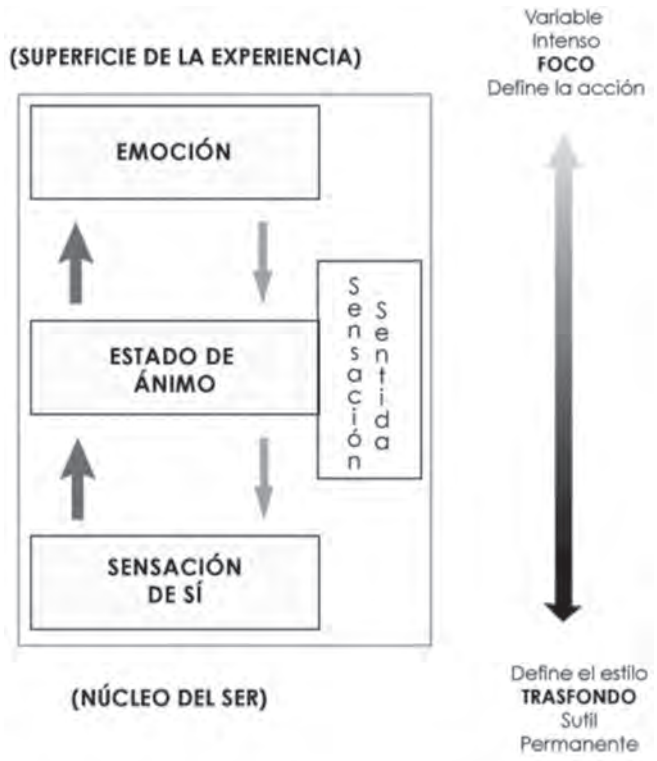



Figura 1: La continuidad de la experiencia humana

Esta última es crucial para la tarea terapéutica, sobre todo en los casos complejos: por regla general, *cuanto más grave el trastorno, tanto más comprometida está la "sensación de sí"*. El "estar vacío" o ser asqueroso del *borderline*, la "debilidad" del depresivo, el *ennui* del distímico, no son emociones sino combinaciones de estados de ánimo y sensaciones de sí; y es esto lo que hay que cambiar para una mejoría a largo plazo, ya que condicionan la probabilidad de aparición de emociones y por ende de conductas.

Se trata de un cambio sutil pero profundo; a diferencia de la emoción, la sensación de sí no responde directamente a la situación actual sino a la amalgama de

[25] Cf. *sense of self* (Ravenette, 1999:207 y ss.; Stern, 1985); la noción de "seguridad ontológica" de Laing (1960).

experiencias emocionales previas (en particular las relacionadas con el apego[26] y la competencia[27]) que proyectan un futuro difuso e inespecífico, por lo que permea la totalidad de la experiencia y orienta la conducta no tanto en su contenido sino en su estilo: la persona actúa con desidia, urgencia, desaliento, vehemencia, aplomo, etc.; es más, hasta su percepción se colorea de su estilo particular, lo que altera en mayor o menor medida el contenido de lo que percibe y su respuesta ante ello.

***La sensación de sí: asiento vivencial de la experiencia relacional acumulada***

Como señala Linares (2012), estas dos dimensiones de la sensación de sí, "cercanía afectiva" ("amor complejo") y "dominancia" ("poder"), son las constantes fundamentales de las relaciones humanas, que se entrecruzan, apoyan u obstaculizan de mil maneras[28]. Cada persona debe abordar a lo largo de su vida dos preguntas acuciantes e insoslayables, "¿merezco ser querido?" y "¿soy capaz de afrontar los problemas y al mundo?", destilando las respuestas de sus vivencias de amor o rechazo, éxito o fracaso. Cada nueva relación es una oportunidad de modificar o afianzar la experiencia de sí como "digno o indigno de ser amado"; cada nuevo reto, la de sí como "débil" o "fuerte"[29].

El poder ha sido territorio de la teoría sistémica, tanto comunicacional (simetría y complementariedad) como estructural (jerarquías, fronteras y subsistemas) o estratégica (paradojas y contraparadojas); el amor, del psicoanálisis británico, en especial la teoría del apego (Bowlby, 1998; Cyrulnik, 2005). La separación entre ambos enfoques ha supuesto un desarrollo unilateral y con frecuencia excluyente: reducirlo todo al amor es tan absurdo como reducirlo todo al poder. Para comprender y abordar cualquier problema humano se requiere contemplar ambos fenómenos: una nueva vuelta de tuerca a la "visión binocular" batesoniana.

A su vez, ambos fenómenos se apoyan en la emoción. Basta una breve reflexión para que el lector se convenza. ¿Qué le mantiene atado a sus seres queridos? En el

---

26 Se trataría del "modelo operativo internalizado del sí mismo" (Wallin, 2007).

27 Se trataría del "optimismo aprendido" (Seligman, 1990) o la "autoeficacia" (Bandura, 1995).

28 Y coinciden, dicho sea de paso, con los dos ejes del "modelo circumplejo interpersonal" (Leary, 1957); Cf.: "resultan decisivos dos temas motivacionales… la relación y el apego a los otros… y la exploración y dominio del ambiente" (Greenberg et al, 1996:102).

29 Se abre aquí un fascinante campo a la investigación: la relación entre el cuadrante diagnóstico de Linares (2012), parentalidad y conyugalidad, y el desarrollo de la "sensación de sí" en el modelo circumplejo de afecto y competencia, deslindando, por ejemplo, los efectos deletéreos del poder *qua* dominación de sus efectos salutíferos *qua* capacidad. Los padres "suficientemente buenos" deben, además de ofrecer afecto y protección a sus hijos, dosificarles adecuadamente las tareas para desafiarlos en vez de frustrarlos, ayudarles a interpretar positivamente los fracasos, enseñarles a gestionar las relaciones de poder sin incurrir en el abuso ni la complacencia, etc.

fondo, los dos polos de la experiencia afectiva: el dolor de la pérdida y la paz teñida de placer y alegría del amor en sus diversas formas. ¿Qué le mueve a obedecer a quienes reconoce como autoridades legítimas, sean sus padres, su jefe o un líder religioso? En el fondo, los dos polos de la experiencia del poder: uno más evidente, el miedo al castigo o la represalia, y otro más subrepticio, la seguridad derivada de la protección real o virtual que emana de la autoridad.

La sensación de sí es, en definitiva, el sustento corpóreo-vivencial de la personalidad que concibe Linares: "La dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente" (Linares, 2012). Su "estilo" se transmite analógicamente, propiciando respuestas emocionales en los interlocutores que tienden a definir la relación y limitar el tipo de vínculos que la persona es capaz de sostener, lo que genera circuitos interpersonales recursivos (Laso, 2009a, 2011; Ugazio, 2001); en terapia, subyace a la célebre "contratransferencia".

La sensación de sí es duradera y sólo fluctúa tras repetidas vivencias emocionales de gran calado; lo que no suele darse casualmente pues restringe la clase de vivencias a que accede la persona al colorear su interpretación (como lo sugiere el grosor de la flecha izquierda en la Figura 1). Como acompaña toda su experiencia, la persona no suele reparar en su sensación de sí (a la mayoría ni se le pasa por la cabeza que los demás puedan experimentar la existencia de otra manera). Para trabajarla en terapia (casi siempre en sesiones individuales) es preciso orientar con insistencia la atención del paciente, a quien el terapeuta conduce por medio del reflejo empático cada vez más profundo y tentativo (Greenberg y Elliott, 1997), lo que requiere que él mismo se sumerja en su consciencia (Laso, 2010a).

Por su parte, los estados de ánimo perduran semanas o meses y cambian con las vicisitudes impactantes: la muerte de un ser querido, un despido intempestivo, nos vuelven taciturnos o introspectivos, amortiguando los placeres y alegrías sin necesariamente deprimirnos (a menos que ocurran sobre el trasfondo de una sensación de sí depresiva, de debilidad y soledad). Por ende, la persona no necesita retroceder mucho para detectar un cambio en su experiencia; los pacientes suelen identificar los sucesos que los pusieron tristes o irritables tras una breve anamnesis. El estado de ánimo influye de manera más directa en el pensamiento y la acción y se contagia a los interlocutores con más facilidad que la sensación de sí; pero al ser más acotado, no consigue sobrepujarla: el depresivo que acaba de recibir un premio importante dice "sí, estoy contento… pero *en el fondo sé que es pasajero*".

En resumen: la emoción nos dice cómo *nos afecta lo que ocurre* en un momento dado; el estado de ánimo cómo *estamos* en general; y la sensación de sí, cómo *somos*. La emoción es la cresta de la ola del campo experiencial, el estado de ánimo la ola, la sensación de sí las corrientes submarinas. Por ende, es más fácil en terapia abordar la emoción, que se impone a la consciencia, que la sensación de sí, que necesita de una atención más prolongada y contemplativa; trabajar sobre el estado de ánimo es

poco aconsejable ya que se modifica de todos modos operando en la emoción y/o la sensación de sí.

Ahora bien: a diferencia de la emoción, la sensación de sí y el estado de ánimo[30] no nos dan información sobre el estado actual del mundo en lo tocante a nuestros intereses: ¿para qué sirven, entonces?

Desde esta perspectiva pragmática, la respuesta es que *no están para informarnos del exterior sino para mantenernos iguales a nosotros mismos*[31]. Como he apuntado, la emoción es un mecanismo para asegurar la coherencia entre las acciones a corto plazo: que cuando hemos de huir no nos dispongamos a comer o que ante la necesidad de defender algo valioso no saltemos de alegría, y así sucesivamente. Los estados de ánimo aseguran una coherencia más abstracta y a mediano plazo al hacer más probable el surgimiento de ciertas emociones que tienden a satisfacer las necesidades menos urgentes pero más importantes para el individuo: autoestima, apego, trascendencia… Y las "sensaciones de sí" sostienen el más amplio y abstracto nivel de coherencia al hacer más probable la búsqueda de situaciones consistentes con la propia estimación de la competencia y la valía.

Por ende, el propósito de la sensación de sí no es prepararnos para una acción en particular sino dotarnos de una "teoría general del mundo" dentro de la cual encauzar nuestros actos y que destilamos en los primeros años de vida, uno de cuyos aspectos, estudiado por los teóricos del apego[32], es la naturaleza de las relaciones afectivas, y otro, posiblemente, la confiabilidad y buena fe de las demás personas (Laso, 2010b). El que el organismo aprehenda en su infancia las constantes del entorno en que ha de sobrevivir aumenta su capacidad de adaptación dándole una "línea base" a la cual volver en contextos de amenaza o incertidumbre; sin embargo, esta estrategia es eficaz únicamente si dicho entorno infantil es una muestra representativa del mundo en general, ya que, de lo contrario, conduce a las profecías autocumplidoras que todo terapeuta conoce: la niña deprivada que se transforma en adulta repetidamente abandonada, el niño de familia caótica convertido en joven delincuente, etc.

Y aquí reside una de las grandes ventajas de la terapia familiar: incidir sobre la incipiente sensación de sí del niño modificando su relación con los adultos que la determinan. La reparación, que Linares (2012) considera la técnica emocional por antonomasia, apuntala una potencialmente frágil sensación de sí de un niño abusado, traumatizado o deprivado: el auténtico "amor que nos cura" (Cyrulnik, 2007).

---

30 Un enigma para la teorización contemporánea: por ejemplo, Ekman (2003) admite cándidamente que no sabe para qué sirven los estados de ánimo y que podría vivir perfectamente sin ellos.

31 Cf. Linares, que apunta que la identidad es el espacio privilegiado en que el sujeto se puede reconocer a sí mismo a través del tiempo (1996).

32 Bowlby, 1998.

**Emociones primarias, secundarias y síntoma**

Las emociones presentan dos "capas" que es preciso no confundir ya que operan de manera muy distinta y se han de procesar por separado en la terapia[33]. La emoción *primaria* es la respuesta inmediata y automática a una situación dada: el miedo al ver una serpiente, asco frente a la comida en mal estado, ira cuando alguien nos echa encima el coche, etc. La emoción *secundaria* es una reacción de la persona ante su propia emoción primaria, generalmente mediada por una interpretación rápida (pero no automática) que la contrasta con un ideal que encarna las "reglas emocionales" predominantes (se enfada consigo misma por haber sentido tristeza, se asquea de su miedo, etc.); tiende a confirmar dicha interpretación configurando un circuito recursivo.

En otras palabras, el "objeto" de la emoción primaria es "exterior" al sí mismo; el "objeto" de la emoción secundaria *es el propio sí mismo* en la medida en que alcanza o no un "ideal" de "cómo debería ser y sentirme", y su escenario concomitante, *la pérdida o conservación de la capacidad de gestionarse a uno mismo y/o del aprecio de "los demás en general"*[34]. Para experimentar emociones secundarias hemos de "dividirnos" metafóricamente en dos: uno que ejecuta la acción y otro que simultáneamente la observa, critica o elogia[35] desde el punto de vista del "otro generalizado"[36], el "qué dirán" o "la conciencia"; dos *posiciones retóricas* que ocupamos sucesivamente en el diálogo interno que teje la consciencia momento a momento y cuyo origen es la internalización infantil de los diálogos con nuestros "otros significativos"[37]. Las emociones secundarias requieren de una mayor capacidad de abstracción y son alcanzadas progresivamente por los niños en el curso de su desarrollo (Greenberg *et al*, 1996).

La cognición mediadora suele ser implícita; el terapeuta facilita su verbalización y desafía su validez, por ejemplo, mediante "preguntas estúpidas" (Medina, 2011). Las reglas subyacentes a la emoción secundaria suelen plasmarse en los "debería" y "no debería" identificados por la terapia Gestalt y la racional-emotiva[38]

---

33 Cf. Greenberg y Paivio, 2000, p. 62 y ss., que agregan la emoción instrumental (de la que prescindo en este resumen) y cuya definición de "emoción secundaria" es menos acotada que la que aquí propongo.

34 Constituye, por ende, el fundamento corpóreo-experiencial del "control social informal" humano.

35 El "yo" y el "mí" de James (1983 [1890]).

36 Cf. Mead, 1934.

37 "Pensar es hablar con uno mismo, y hablamos cada uno consigo mismo gracias a haber tenido que hablar los unos con los otros" (De Unamuno, 1986 [1912]; Cf. Vygotsky, 1962 [1934]. La metáfora del "diálogo interno" se encuentra ya en el *Teeto* de Platón: "¿Qué entiendes por pensar? –Un discurso que el alma se dirige a sí misma sobre los objetos que considera".

38 Perls, Hefferline y Goodman, 1977 [1951]; Ellis y Dryden, 1997.

("los hombres no deben llorar", "las mujeres no deben sentir ira", etc.) y responden al modo en que en la cultura se tramitan las emociones "inaceptables" para cada género o edad, generalmente reprimiéndolas, evitándolas o negando su existencia. Esto trunca el proceso emocional primario, impidiendo que la persona diferencie las facetas de su experiencia y se haga cargo de sus necesidades (Cf. el "segundo circuito" de la consciencia humana, Laso, 2011); la desconecta de su vivencia corpórea y aliena de sí misma (Laso, 2006).

Casi todos los enfoques terapéuticos buscan disolver estas reglas, cada uno a su modo. En terapia individual, la emoción secundaria se facilita, explora y empatiza con el fin de quitarla de en medio y alcanzar la emoción primaria; en familiar, el trabajo sobre la emoción secundaria permite cambiar las "reglas emocionales" de las familias, los "deberías" y "no deberías", que a su vez obstaculizan el libre flujo del "amor complejo" o las expresiones de autonomía. El requisito fundamental en ambos casos es la empatía compasiva del terapeuta *primero hacia la emoción secundaria para "disolverla" y luego hacia la primaria para legitimarla*.

No hay que perder de vista que el problema no radica en la emoción secundaria, que constituye una dificultad añadida, un segundo circuito evitativo que mantiene –pero no alimenta– la homeostasis patógena. La mejoría a largo plazo requiere vivenciar, diferenciar y reconocer la emoción primaria haciéndose cargo de su necesidad básica insatisfecha: sólo de esta forma puede la persona redefinir sus relaciones equilibrando la autonomía con la proximidad afectiva.

Un paciente, casado desde hace quince años y con diagnóstico de depresión, declara "¡Estoy *harto!* Ya no me aguanto deprimido". ¿Es esta ira su problema de fondo? ¿Se logra una mejora significativa si el terapeuta lo convence de que "tiene derecho a estar triste"? No; a lo sumo, un repunte temporal del estado de ánimo. Para "curarse" tiene que atravesar su ira consigo mismo y vivenciar y reconocer, inicialmente, su tristeza ante la pérdida de sus ideales, su *status* o su aprecio en la familia; y, eventualmente, su ira primaria ante los constantes desaires de su esposa e hijos, adueñándose de sus necesidades de afecto y autonomía y tomándolas como base para redefinir sus relaciones cercanas de forma menos complementaria, marcando un límite más equitativo.

Las personas suelen ser más conscientes de su emoción secundaria (y hasta cierto punto de la interpretación mediadora) que de la primaria, ya que aquella es más reciente, más conspicua y con frecuencia coherente con la sensación de sí. Evidenciar la primaria supone ayudar al paciente a evocar la situación desencadenante (o reproducirla en sesión con los miembros de su familia implicados) para diferenciar el trasfondo de su consciencia; el terapeuta reorienta la atención de aquel tomando su propia experiencia interna, empáticamente sintonizada, como "sónar" de lo que medra bajo la superficie (Laso, 2011). En terapia familiar, esto genera potentes cambios relacionales: desnudar el dolor oculto bajo la máscara de

indiferencia, desprecio o agresión de uno de los miembros de la familia en presencia de otros suele "ablandarlos" y predisponerlos hacia la compasión que el terapeuta ejemplifica con su actitud empática. Es lo que hacía, en buena medida, Virginia Satir, más intuitiva que estratégicamente (Satir y Baldwin, 1983).

En muchos casos, el síntoma puede entenderse como *un circuito defensivo, compuesto de emociones secundarias y creencias y acciones concomitantes, que protege el núcleo vulnerable de sensación de sí* a costa de impedir la diferenciación de las emociones primarias y el acceso a la consciencia de las necesidades básicas insatisfechas (Laso, 2011). Esto es particularmente útil en terapia de pareja, donde la proximidad afectiva es tal que puede suscitar en ambos auténtico terror a la desconfirmación existencial (Leitner, 1988), lo que los mueve a erigir una "barrera protectora" inexpugnable desde la cual contraatacar. Un círculo vicioso, instancia del "la solución es el problema" identificado por la escuela de Palo Alto: "me defiendo de lo que vivencio como un ataque tuyo por medio de la agresión o la indiferencia, lo que tú interpretas como un ataque mío del cual debes defenderte con más ahínco", y así sucesivamente[39].

De ahí que las terapias de pareja exitosas atraviesen dos fases: la disolución de los circuitos defensivos seguida, cuando es viable, de la reconstrucción basada en las mutuas muestras de cariño (Johnson, 2004). Aquel es un "cambio 1", mera reducción en la intensidad del conflicto sin alteración de sus patrones; éste, un "cambio 2", creación de nuevas reglas que redefinen la relación (Watzlawick *et al*, 1974). Y como saben los terapeutas experimentados, el cambio 1 es necesario, pero pocas veces suficiente.

**Emociones en terapia**

Esta teoría establece *condiciones mínimas para el cambio emocional duradero* útiles para concebir intervenciones orientadas al trabajo emocional. De que la emoción consista en una atribución tácita y encarnada de significado orientada a la acción se sigue que *el cambio supone la modificación de dicho significado*. Por tanto, la mera activación emocional (al estilo de la "abreacción" freudiana o la intensificación minuchiniana) no basta; cuanto más dramática, más riesgosa, porque se limita a reproducir un escenario de sobra conocido para la persona sin ayudarla expresamente a modificarlo. La intensificación *per se* es un tiro al aire, que puede tanto dar resultado como empeorar la situación si no se da sentido relacional a la emoción o si se dirige a potenciar la emoción secundaria, que a diferencia de la primaria no "ancla" a

[39] Gottman (Gottman y Silver, 1999) ha identificado las cuatro respuestas emocionales de las parejas con problemas (los "cuatro jinetes del Apocalipsis"): la crítica acerba asociada con la ira, el desaire del desprecio, la indiferencia activa y ostentosa de quien se siente ofendido y la defensividad del que espera una represalia.

la persona en sus necesidades insatisfechas ni en su experiencia corpórea momento a momento[40] y no propende a la diferenciación de la mente (Laso, 2011).

Pero, por otro lado, *la activación emocional es indispensable para modificar los escenarios y estrategias emocionales patógenos*, porque sólo experimentándose en el fragor de la batalla puede una persona diferenciar las diversas capas de su experiencia emocional y verterlas a su diálogo interno para contrastarlas con la realidad. Mas esta activación debe darse *en una intensidad óptima* en que la persona acceda a su experiencia sin comprometer su capacidad de orientar su atención y tejer un discurso. El terapeuta es responsable de propiciar la activación, regular su intensidad, asistir la articulación empática de la capa protectora de emoción secundaria y la primaria, así como sus necesidades y estrategias concomitantes, para "abrirla" al cambio, todo esto mientras erige un "cinturón protector" a su alrededor para salvaguardar a la familia. Emplea para esto herramientas como la empatía compasiva, la puesta en escena de situaciones desencadenantes de los circuitos defensivos, la selección de temas a abordar y miembros del sistema a convocar en cada sesión, etc.

De que la emoción (sobre todo primaria) no nos es transparente se sigue que *las personas necesitamos de cierto esfuerzo, y a menudo ayuda, para articular nuestra experiencia*: puesto que los estados emotivos problemáticos suelen sucederse más aprisa de lo que la consciencia los puede retener, es necesario revivirlos en sesión, imaginariamente o con sus protagonistas presentes, para ralentizarlos, desplegando sus desencadenantes, facetas, estrategias y necesidades asociadas una a una. *Hemos de habitar nuestras emociones, paladearlas, para poderlas entender.*

Particularmente importante en la violencia impulsiva (McEllistrem, 2004; Laso, 2009a) donde la ira secundaria encubre la vergüenza, la tristeza o el miedo al rechazo primarios (Goldberg, 2002), esto permite "desempacar" la complejidad de la experiencia de las personas en torno al escenario en que se dan los síntomas o dificultades, lo que las capacita para modificar sus expectativas tácitas, reconocer y trascender sus estrategias defensivas y vincularse desde sus emociones primarias. Por tanto, lejos de ser una pérdida de tiempo (como creía Haley[41]), preguntas del

---

[40] A estas alturas, es injustificable seguir creyendo que "el terapeuta necesita hacer que la familia «oiga», y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia" (Minuchin y Fishman, 2004) o que la rabia es en sí misma terapéutica (Cf. "nosotros contamos… con las reacciones de rabia como detonantes del cambio", Selvini-Palazzoli et al, 1991).

[41] "Creo que es un error preguntarle a los pacientes cómo se sienten, esto sólo proporciona algún tipo de metáfora, y lo que aparece, de ese modo, es una simulación… Esta visión se opone a la teoría de la represión que sostenía que quién expresa su emoción cambia… En lo personal, no creo que eso cambie a nadie. Tal vez se modifique el modo en el las personas hablan acerca de ello, y quizás aprendan a actuar como si estuviesen enojados pero definitivamente, no estoy de acuerdo con la idea de que afectando la emoción se produce el cambio, sino más bien pienso que

estilo de "y eso ¿cómo te hizo sentir?" o "¿cómo crees que se haya sentido ella cuando le dijiste eso?" son imprescindibles para desbrozar el camino.

De esto también se sigue la respuesta a la clásica disyuntiva entre psicodinámicos y sistémicos sobre el papel de la consciencia o *insight*, y por extensión, del pasado de la familia o individuo, en el cambio terapéutico: "darse cuenta" de la propia experiencia es *necesario, pero no suficiente*, para producir una mejoría, siempre que no se trate de una comprensión intelectual sino experiencial (que no dramática). Pasar revista al pasado sirve no para dar con las "causas" del malestar actual sino para identificar episodios críticos, "escenarios prototípicos" que condensan y suscitan emociones primarias no reconocidas, necesidades básicas insatisfechas y emociones secundarias con sus estrategias defensivas asociadas. El terapeuta anima al consultante a revivir dichos episodios no para "reenmarcarlos" o "intensificar el síntoma" sino para procesar *in vivo* sus emociones y sensaciones de sí ayudándole a diferenciarlas, articularlas y contrastarlas de manera empática, progresiva y paciente.

De que la experiencia emocional sea parte de un continuo que incluye estados de ánimo y sensaciones de sí se sigue que *el terapeuta debe elegir el nivel sobre el cual intervenir* en función de la gravedad/cronicidad del trastorno (si lo hubiere), la urgencia del caso y la existencia de recursos tanto personales como relacionales. Cuando la sensación de sí es frágil (psicosis), inestable (trastorno límite de personalidad) o crónicamente negativa (depresión), incidir en episodios emocionales aislados recientes es efímero y poco provechoso; en cambio, corregir las expectativas tácitas subyacentes a la sensación de sí es imprescindible y sumamente eficaz, sobre todo si lo hacen quienes las propiciaron inadvertidamente durante la infancia del paciente identificado, sus padres y hermanos. De ahí que la reparación sea la intervención más apropiada en estos casos (Linares, Castelló y Colliles, 2001; Campo y D'Ascenzo, 2010). Sin embargo, de esta teoría se desprende que, para potenciar su eficacia, antes de la reparación hay que de ayudar al paciente a articular su sensación de sí y las emociones y necesidades insatisfechas correspondientes de forma que se abran a la modificación por parte de sus allegados: para esto, la *via regia* es la ya mencionada identificación de episodios críticos.

La continuidad de la vida mental explica también la recientemente redescubierta alta comorbilidad de los trastornos mentales (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004), su carácter proteico (Cancrini, 2007) y su correspondencia con las características de los entornos de crianza (Linares, 1996), que devienen escenarios paradigmáticos sentando las bases de la sensación de sí y la gama emocional al alcance de la persona.

De que existan emociones primarias y secundarias se sigue que *la intervención*

---

afectando la organización, ésta, a su vez, afecta a la emoción y produce el cambio". (Linares y Ceberio, 1998).

*terapéutica ha de abrirse paso de lo superficial a lo profundo*, "pelando" sucesivas capas de los circuitos interaccionales de la familia en la medida en que lo requieran la gravedad o cronicidad del caso y/o lo permitan los recursos del ecosistema. Las emociones secundarias, sus estrategias defensivas y circuitos concomitantes han de identificarse y disolverse *antes* de que se puedan diferenciar y asumir las emociones primarias y sus necesidades básicas; para esto sirven técnicas "tradicionales" como la interrupción de la pauta problemática, el reenmarque y el desvelamiento, destinadas más a "cortar el problema" que a "construir la solución".

En familias cuyos recursos superan las dificultades, esta disolución de las peleas, silencios y distanciamientos puede bastar para salir del atolladero; pero donde el malestar cala más hondo, donde hay resentimientos, rencillas, triangulaciones y dobles vínculos de larga data, retirar la capa protectora no libera los afectos subyacentes sino que deja a los familiares en una incómoda e y perpleja indefensión: "ya no peleamos, pero tampoco sabemos querernos". Es aquí que técnicas como la reestructuración minuchiniana, las atrevidas maniobras de Whitaker para simbolizar, expresar y gestionar las fantasías, deseos y emociones "inconscientes" de la familia, las incitaciones de Virginia Satir a sus miembros a que dieran voz a sus afectos, el diálogo colaborativo, centrado en soluciones o de búsqueda de excepciones que persigue cambios prácticos y no discusiones filosóficas, pueden valer para construir juegos distintos y más saludables que acojan las emociones y necesidades insatisfechas en vez de silenciarlas. Incluso la prescripción invariante, concebida en un inicio como regla para medir a todas las familias sacando a la luz sus "juegos" particulares en la manera en que la incumplen, puede reorientarse sacando a flote su potencial reestructurador: acercar a la pareja parental por un lado, y a la fratría por otro, instaurando un ritual que solidifica sus fronteras y acrecienta las interacciones dentro de cada subsistema. El único requisito es que, desmarcándose parcialmente de sus respectivos marcos teóricos, el terapeuta las dirija a *activar, diferenciar, articular y contrastar las emociones primarias de los familiares* en un entorno de firme compasión empática.

Así pues, el trabajo emocional profundo supone "purificar" las manifestaciones de cada miembro de la familia hacia los demás, resaltando el fondo de emoción primaria y necesidad insatisfecha o no asumida por encima de, pero sin descuidar, la emoción secundaria defensiva. Esto exige del terapeuta "traducir" las manifestaciones de los consultantes, opacando progresivamente el foco secundario y acentuando el trasfondo primario que intuye, normalmente desde una postura más tentativa que crítica, sermoneadora o autoritaria. Al hacerlo, modifica tanto el proceso como el contenido del diálogo familiar: por una parte, modelando ante la familia una forma de reconocer, apropiarse de y regular las emociones que luego los incita a poner en práctica, primero en sesión y bajo su guía y luego en su vida cotidiana; y por otra, centrando la conversación en las emociones y necesidades que palpitan

bajo las quejas cotidianas, atendiendo a la raíz del problema y no a sus múltiples y proteicas manifestaciones.

Desde esta postura, el terapeuta conserva su margen de maniobra sin caer en la confrontación sino limitándose a señalar lo que ocurre en la interacción correlacionándolo con lo que se da al interior de cada miembro de la familia ("cuando ella te mira de esa manera, evoca en ti el recuerdo de lo que pasaba con tu madre, sientes miedo de que te pueda abandonar, y para no sentirte vulnerable, tomas distancia…"), facilitando la articulación de las necesidades básicas implícitas (…"¿qué es lo que necesita escuchar esa parte de ti que tiene miedo de perderla?...") y ejemplificando, si cabe, modos más genuinos, eficaces y pacíficos de manifestarlas ("…quizá algo como «necesito saber que si me quito la armadura y te dejo ver mi debilidad vas a seguir aquí»?")

Por último, de que la consciencia se extienda entre un foco conspicuo pero estéril y un trasfondo velado pero pregnante se sigue que *el cambio se teje en el zig-zag entre foco y trasfondo* y que *la principal, si no única, herramienta del terapeuta es su capacidad de redirigir su atención* (Laso, 2012b). Aquel rastrea continuamente, en su interacción con los consultantes, los indicios sutiles de las emociones primarias bajo las explosiones secundarias, reorientando primero su atención y luego la de éstos, moviéndose insensiblemente hacia el trasfondo de la experiencia en común. *Toda técnica*, en último análisis, *es un truco para dirigir la atención de los consultantes en una dirección inédita.*

***Receta para cocinar intervenciones emocionales sistémicas***

Desde el punto de vista de esta teoría, el cambio profundo requiere de la coincidencia de cuatro factores:

- La activación (controlada) de la emoción primaria nuclear y su capa protectora secundaria,
- La diferenciación y articulación de la estrategia defensiva secundaria y su objetivo (evitar el daño anticipado), que da paso a la articulación de la emoción primaria y su necesidad concomitante,
- La respuesta, real o virtual, de los "otros significativos" a la manifestación de la emoción, y
- la consiguiente toma de postura por parte de la persona (que en otro texto he llamado "anagnórisis"; Laso, 2006), que equivale al simultáneo aumento de diferenciación de su experiencia interna ("la mente que se piensa a sí misma" Laso, 2011) y de sus estrategias relacionales y vinculares (Laso, 2009a).

A diferencia de otras, más habituales en terapia familiar, esta teoría se presta a la validación o desconfirmación empírica; pero lo más importante es que, como

he apuntado, no se trata de proponer un modelo de "terapia sistémica de las emociones" sino de *convertir cualquier proceso en emocionalmente* eficaz sin importar su enfoque. *Toda intervención que satisfaga estas cuatro condiciones producirá cambios emocionales de gran alcance y calado*, que se irán reduciendo a medida que se incumplan algunas de ellas.

Así, por ejemplo, escenificar en sesión las situaciones-problema (como invitar a comer a la familia "anoréxica" al estilo Minuchin y Fishman, 2004) satisface únicamente la primera condición: activa las emociones para "abrirlas" a la posibilidad del cambio *pero no alcanza a inducirlo*. "Desvelar" el juego familiar (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990) *puede* satisfacer la segunda si además de los "hechos" incluye las "posturas" y sentimientos de los protagonistas, lo cual *puede* provocar un "cambio 1", evidenciando la raíz de las emociones secundarias y bloqueando sus estrategias defensivas, lo que a su vez *puede* bastar para regresar a la familia a buen cauce, si cuentan con los recursos necesarios y no están sepultados bajo años de mutuo rencor. Facilitar la expresión de las necesidades básicas y las reacciones concomitantes por parte de los familiares *puede* suscitar mejorías sustanciales siempre y cuando sean medianamente positivas, empáticas, genuinas y equitativas. Pero el cambio más potente consiste en una reorientación global de la persona en virtud del florecimiento de una porción de su experiencia nunca antes atendida, lo que modifica el significado encarnado de los eventos y por ende la postura, la experiencia y el abanico de respuestas ante ellos. Cuando esta reorientación toca la sensación de sí se convierte en una "revolución personal" (Mahoney, 2003) que altera el sentido mismo de la existencia de los consultantes.

***Ejemplo: fragmentos de terapia***[42]

Julio (53) y Elena (55), casados por casi 25 años, acuden debido a la infidelidad de aquel afirmando que más allá del problema inmediato desean mejorar su relación. En una de las primeras sesiones, el terapeuta pregunta: "Quiero que recuerden las peleas que suelen tener y me las describan. *¿Cómo son las cosas cuando están en su peor momento?"*[43] Julio y Elena se enzarzan en un intercambio de acusaciones que el terapeuta, más que interrumpir, dosifica: "me temo que están yendo muy rápido para mí… Vamos punto por punto, cada uno a su turno, a ver si lo desentrañamos". De este modo, propicia la activación de las emociones subyacentes a la "danza" destructiva, las regula y comienza a desempacar sus capas y facetas, empezando por los circuitos secundarios, alternando entre uno y otro, manteniéndose equidistante:

---

42 Los nombres han sido cambiados en aras de la confidencialidad.

43 La "pregunta de Gustafson" (Gustafson, 2005).

**T.:** "entonces, cuando él se encierra en su silencio y tú te quedas desolada, ¿qué haces?"
**E.:** (pensativa): "pues… supongo que sigo insistiendo…"
**J.:** (interrumpe): "¡Claro que sigues insistiendo! ¡Es lo único que haces!"
**T.:** "Elena, ¿así responde Julio cuando sigues insistiendo?"
**E.:** "Sí, siempre se pone violento".
**T.:** "Ya veo. Julio, ¿qué te sucede cuando Elena te sigue preguntando sin aceptar que ya no quieres hablar?"
**J.:** (abruptamente): "Me molesta, ya le dije que lo hablamos luego y sigue, ¿es que no escucha o qué?"
**T.:** (lentamente): "Noto que te acabas de irritar… ¿Qué es exactamente lo que te molesta?"
**J.:** (pensativo): "Que ella… sigue y sigue…".

Eventualmente, puede dirigir la atención de las personas al trasfondo de su experiencia haciendo sugerencias desde una postura tentativa y respetuosa:

**T.:** "…¿como si estuviera… persiguiéndote… cuando lo que quieres es un momento de paz?"
**J.:** "Sí, exactamente…"
**T.:** "…Y cuando ella persiste, tú lo vives como una imposición, como que no respeta tu espacio…" (J. asiente)
**T.:** "…A ver, entonces en sus discusiones, llega un punto en que Julio se siente abrumado y prefiere quedarse en silencio, frente a lo cual Elena insiste, con lo que al final Julio se enfada, ¿es así?" (J. y E. asienten).
**T.:** "Correcto. Ahora Elena, ¿qué te ocurre cuando Julio se mete en su cueva?" (E. piensa; prolongado silencio). "Noto que se te humedecen los ojos… ¿puede ser que te entristece?"
**E.:** (llorando) "Sí…"
**T.:** "Te entristece, ¿porque sientes que no le importas? ¿Que le da lo mismo? ¿es eso?"
**E.:** "Sí, eso es… Si le importara seguiría intentando, ¿verdad? Pero se rinde…"
**T.:** "Entonces, sigues insistiendo porque si no significaría que él se ha rendido, ¿algo así?" (E. asiente) "Y esa tristeza sería muy dolorosa, ¿verdad?"

Hasta aquí, el terapeuta ha cumplido las primeras dos condiciones, activar la emoción y diferenciar sus componentes, haciendo aflorar la pauta problemática. Podría rematar al estilo del "antiguo" equipo de Milán, desvelando la circularidad:

**T.:** "Tú, Julio, te aíslas para evitar más problemas, y sientes que ella no te respeta

porque sigue insistiendo, ante lo cual te enfurruñas aún más. Pero tú, Elena, crees que él evade el problema e insistes para sacarlo de su mutismo, y como no responde, te entristeces y pierdes la esperanza. Cuanto más insistes, más se aleja, y cuanto más te alejas, más insiste".

O al estilo MRI clausurando la solución intentada:

**T.:** "Elena, ¿te ha funcionado seguir insistiendo para dejar de sentirte desolada?"
**E.:** "…la verdad, no, creo que no".
**T.:** "Y a ti, Julio, ¿te ha servido quedarte callado y aislarte para que Elena deje de insistir?"
**J.:** (ríe): "No. Todo lo contrario".
**T.:** "Bueno, pues ¿qué tal si dejan de hacerlo?"

O proponiendo un ritual:

**T.:** "Vamos a pedirles que cada vez que discutan, lo hagan caminando entre la cocina y el baño de su casa. No van a dejar de caminar hasta terminar su discusión. Si empiezan a discutir estando fuera de casa, se detendrán y acordarán continuar en el mismo punto más tarde…"

Lo cual *tal vez* suscite un cambio 1 que quizá sea suficiente. Podría asimismo proyectarse a una solución (tipo Steve de Shazer o Bill O'Hanlon):

**T.:** "Pues ya que hemos visto de qué manera terminan atascados, podrían hacer algo diferente la próxima vez… Julio, ¿qué se te ocurre en vez de quedarte callado? Elena ¿algo que no fuera seguir insistiendo?"
**E.:** "Quizá yo podría darle un momento... aguantarme y…"
**J.:** "Y yo decirle claramente que en ese rato no siga…"

Lo cual *quizá* promueva un cambio 2, si el armisticio despierta un afecto adormilado. Pero aunque fieles a la circularidad y demás principios sistémicos, *ninguno de estos cierres cumple las últimas dos condiciones*; y por tanto, sostengo, se quedan cortos en fomentar cambios duraderos. Consciente de ello, el terapeuta prefiere otra jugada:

**T.:** "Vamos a hacer una prueba, ¿de acuerdo?, para ver cómo nos va… Pónganse frente a frente, mirándose… Julio, quiero que le digas a Elena lo siguiente: «cuando me quedo callado no es porque no te quiera o esté evitando, sino que necesito un momento para mí»." (J. y E. lo hacen. El terapeuta espera un momento y continúa). "Elena, ¿qué sentiste al escuchar a Julio decir eso?"

**E.:** "No sé, fue extraño… No fue bueno, pero fue mejor que lo que suele pasar".
**T.:** "Muy bien. ¿Y tú, Julio?"
**J.:** "Para mí fue… difícil de decir…"
**T.:** "Sí, fue extraño para ambos. Es natural, porque están acostumbrados a asumir posiciones de batalla y despojarse de ellas deja ver lo vulnerable de cada uno. Pero al menos fue mejor que las discusiones, ¿verdad?" (Ambos asienten). "Bueno, ahora es tu turno, Elena. Quiero que le digas a Julio: «cuando insisto no es porque no respete tu espacio sino porque temo que no te importe lo suficiente»". (Tras un momento, continúa). "Julio, ¿qué pasó en ti al escuchar a Elena decirte eso?" (Etc.)

De esta forma, el terapeuta ha cumplido la tercera condición, facilitando no sólo la expresión de las emociones y necesidades primarias de cada uno *sino la escucha y respuesta del otro ante aquella*, en un entorno de seguridad y experimentación, lo que fomenta su reconexión en un nivel más profundo donde puede manar el "amor complejo". Es *ahora,* con los dos consultantes en un estado emocional más fluido, con sus consciencias extendiéndose a un trasfondo difuso en vez de aferradas a un foco rígido, que puede "buscar soluciones", proponer un ritual o sugerir el abandono de anteriores estrategias *y ser comprendido y obedecido*. No se trata de "hacerlos sentir bien": nuestra responsabilidad no es producir en la familia emociones "positivas" sino flexibilizarla, reorientando su atención para propiciar en sesión el surgimiento de escenarios interpersonales donde aquellas puedan manifestarse sin temor, y extender dichos escenarios a la vida fuera de la terapia.

Resta por satisfacer la cuarta y última condición, la toma de postura de la persona ante su redescubierta experiencia emocional más la respuesta de los otros significativos. Unas sesiones más adelante, Julio apunta:

**J.:** "No es que todo esté bien pero estamos un poco mejor. Me he dado cuenta de que Elena no es la bruja que a veces he pintado aquí… Ni yo soy el cabrón. Yo siempre he tenido miedo de que ella me abandone porque siempre ha sido más madura que yo… Es más fácil buscar una relación por fuera que hablar de esto. Eso no lo justifica, pero… Y eso es porque en el fondo nunca me he creído que me pueda querer. Pero tal vez sí puede… Estoy descubriendo eso".

Tras un año de terapia, Julio y Elena han decidido seguir juntos, conscientes de que aún quedan heridas por restañar y que no saben en qué medida lograrán hacerlo; su relación es más pacífica y nutritiva. Como apunta Elena: "Al fin podemos querernos sin hacernos daño".

María es una chica de 11 años que presenta un incipiente "trastorno de la alimentación no especificado" (TANE): come cada vez menos desde hace unos meses

y se sospecha de vómitos ocasionales. Alarmados, sus padres acuden junto con ella y sus dos hermanos. Tímida y reservada, María calla ante las preguntas de los terapeutas, cuyos frustrados intentos mueven al supervisor a entrar. Consciente de que la actitud de María se deriva de su clasificación tácita de la situación como amenazante y peligrosa, apunta:

**S.:** "María, me imagino lo incómoda que debe ser esta conversación para ti. Hagamos una cosa: yo voy a tratar de ponerme en tu lugar e imaginarme lo que puedes estar sintiendo, y tú vas a decir que sí con la cabeza si me acerco a lo que te ocurre, ¿bueno?" (M. asiente). "Muy bien, empezamos. Yo, María, siento que me han traído a hablar con gente que no conozco de cosas que no quiero que se conozcan…" (M. asiente) "…porque no las entiendo bien y estoy confundida…" (M. asiente) "…Y por eso no quiero hablar. Me molesta que me hayan traído sin preguntarme…" (M. asiente enfáticamente, sus padres se agitan) "…y que me hagan preguntas que no quiero responder" (M. asiente y sonríe apenas). "Vamos bien, ¿verdad?" (M. sonríe más ampliamente, los padres se tranquilizan).

Además de fortalecer la alianza, esta intervención ha articulado las emociones subyacentes a la estrategia del silencio de María activadas por la situación terapéutica, tranquilizando a la chica que empieza a responder en voz baja y dando sentido a su conducta ante sus padres. Más adelante, en la misma sesión, el supervisor comienza a externalizar (White y Epston, 1990) el trastorno:

**S.:** "María, tú no lo sabes pero ahora está sentado a tu lado un bicho muy feo" (M. levanta las cejas). "Tú no lo ves porque el bicho te tapa los ojos, pero los demás nos lo podemos imaginar. Es más, yo casi que lo veo, ahí con sus patas sobre tu cara…" (Todos ríen, M. sonrie). "Y ¿sabes? Como todo bicho, este también se alimenta, y ¿qué crees que come? Come todo lo que tú no comes… Y por eso tú estás flaquita y él está bien gordo" (risas, M. sonríe inquieta). "Entonces tenemos que quitarle su comida para que no siga engordando a costa tuya. Ahora viene la pregunta difícil: María, ¿qué más crees que alimenta al bicho? ¿Qué cosas que tú o tu familia hacen lo hacen crecer?"

La familia propone diversas respuestas. El supervisor repara en que María recibe las de la madre con un gesto de sorna e intercala:

**S.:** "Creo que una cosa que le da mucha fuerza al bicho es el enfado que sientes a veces con tu madre, María" (Se hace un silencio, M. mira al supervisor estupefacta). "Es natural que las chicas se enfaden con sus mamás a veces; el punto es que tú te tragas ese enfado y va a dar a la panza del bicho. Quizá podamos ayudarte a

encontrar maneras de no tragártelo para que no le dé más poder al bicho sobre ti, y a usted, señora," (mirando a la madre) "maneras de decir y hacer las cosas de modo que ella no se enfade o que le pueda manifestar ese enfado".

La reacción de María sugiere que acaba de hacerse consciente de una ira subrepticia y sorda con su madre, derivada de una triangulación desviatoria con su padre, alcohólico en recuperación; es decir, que ha empezado a alcanzar la cuarta condición, una reorientación general ante sí misma en virtud de apropiarse de su experiencia emocional. El supervisor ha empleado la externalización *con miras a diferenciar y articular la emoción primaria que teje la danza familiar patógena*; acto seguido, trabaja sobre ella modificando los escenarios que la hacen surgir: reestructurando la desquilibrada jerarquía familiar, fortaleciendo la fratría, señalando la relación conyugal como tema de futuras sesiones con los padres y desresponsabilizando a los hijos, etc., todo en pro de "quitarle la comida al bicho".

***Epílogo***

Estos ejemplos muestran cómo pueden usarse las cuatro condiciones especificadas, nacidas de la teoría aquí propuesta, para "cocinar" intervenciones sistémicas emocionalmente potentes. Lo que es más, esta teoría permite integrar diversas técnicas y conceptos de la terapia familiar bajo un mismo estandarte: *el cambio del significado encarnado emocional*.

Las limitaciones de espacio impiden ampliar otros aspectos de esta teoría: la naturaleza de los circuitos emocionales interpersonales, la diferencia entre emociones adaptativas y desadaptativas, el papel de las "resonancias" en terapia y su posible base neurológica, la transmisión transgeneracional de patrones emocionales… Con todo, espero que esta propuesta se demuestre útil a los terapeutas que decidan explorar el fascinante mundo de las emociones.

**Referencias bibliográficas**


Allport, F. (1937). Toward a Science of Public Opinion. *Public Opinion Quarterly, 1*(1),7-23.

Bandura, A. (ed.; 1995). *Self-Efficay in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press.

Bateson, G. (1985 [1972]). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.

Berger, P. (1963). *Invitation to Sociology*. New York: Doubleday.

Bertrando, C., y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.

Campo, C. y D'Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Redes*, *24*, 23-52.

Cancrini, L. (1996). *La caja de Pandora: manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona:

Paidós.
Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline*. Barcelona: Paidós.
Carpenter, J., y Treacher, A. (1993). *Problemas y soluciones en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
Changizi, M. (2009). *The vision revolution*. Dallas: Bernbella.
Cyrulnik, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo: una historia natural del apego*. Barcelona: Gedisa.
Cyrulnik, B. (2007). *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa.
Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Barcelona: Paidós.
Damasio, A. (1995). *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New York: Penguin.
De Houwer, J. y Hermans, D. (2010). *Cognition and emotion: reviews of current research and theories*. New York: Psychology Press/Taylor & Francis.
De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: W W. Norton & Co.
De Unamuno, Miguel (1986 [1912]). *Del sentimiento trágico de la vida*. Madrid: Alianza Editorial.
Des Champs, C. (1998). Lidiando con la violencia y la indiferencia en contextos no terapéuticos: entrevista a Eduardo Cárdenas. *Perspectivas Sistémicas*, 53. Obtenido de http://www.redsistemica.com.ar/cardenas2.htm
Edelman, G. (1992). *Bright Air, Brilliant Fire: On the Matter of the Mind*. New York: Basic Books.
Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Times Books.
Ekman, P. y Davidson, R. (1994). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New York: Oxford University Press.
Ekman, P. y Friesen, W. (2003). *Unmasking the face*. Cambridge: Malor Books.
Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. New York: Springer.
Elster, J. (2002). *Alquimias de la mente. La racionalidad y las emociones*. Barcelona: Paidós.
Feixas, G. (1994). Abordando al individuo, abordando al sistema: modelo constructivista para la psicoterapia integradora. *Sistemas Familiares, 10*, 25-48.
Fineman, S. (2000). *Emotion in Organizations*. New York: Sage.
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the Self*. New York: Other Press.
Friedlander, M.; Escudero, V. y Hearherington, L. (2010). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
Frijda, N. y Tcherkasoff, A. (1997). "Facial expressions as modes of action readiness". En J. Russell, y Fernández-Dols (eds). *The psychology of facial expression*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gärdenfors, P. (2006). *How Homo Became Sapiens*. New York: Oxford University Press.
Gendlin, E. (1999). *El Focusing en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.
Gergen, K. (2009). *Relational Being*. Oxford: Oxford University Press.
Goffman, E. (1970 [1963]). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
Goldberg, C. (2002). *Análisis psicológico de la maldad*. México DF: Cosmovisión Ed.
Gottman, J. y Silver, N. (1999). *The Seven Principles for Making Marriage Work*. New York: Three Rivers Press.
Greenberg, L. y Elliot, R. (1997). "Varieties of Empathic Responding". En L. Greenberg y A. Bohart (eds). *Empathy Reconsidered*. Washington: American Psychological Association.
Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
Greenberg, L.; Rice, L. y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
Guidano, V. y Liotti, G. (2006). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
Gustafson, J. (2005). *Very Brief Psychotherapy*. New York: Routledge.
Haidt, J. (2012). *The Righteous Mind*. New York: Pantheon.
Haley, J. (1991). *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Barcelona: Paidós.
Harvey, A.; Watkins, E.; Mansell, W. y Shafran, R. (eds., 2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
Hayek, F. (1952). *The Sensory Order: An Inquiry into the Foundations of Theoretical Psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
Hayes, S.; Barnet-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: a Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Kluwer.
Jack, R.; Garrod, O. y Schyns, P. (2014). Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. *Current Biology*, *24*(2), 187-192.
James, W. (1983 [1890]). *The Principles of Psychology*. New York: Harvard University Press.
Johnson, S. (2004). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection*. New York: Bruner-Routledge.
Jubés, E.; Laso, E. y Ponce, A. (2000). Constructivismo y construccionismo. Dos extremos de la cuerda floja. *Boletín de Psicología*, *69*, 71-89.
Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: W. W. Norton & Co.
Laing, R. D. (1960). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin.
Laso, E. (2002). *Estética y conocimiento encarnado: en defensa de la metafísica*. Trabajo de investigación no publicado, Universidad Autónoma de Barcelona.
Laso, E. (2006). Anamnesis, catarsis, anagnórisis: una miniteoría filosófica del cambio terapéutico. *Redes, 17*, 9-30.

Laso, E. (2009a). "Estados mentales y ciencia cognitiva: un marco post-sistémico para el trabajo relacional en violencia". En R. Giraldo y M. I. González (eds.). *Violencia Familiar*. Bogotá: Ed. Universidad del Rosario.

Laso, E. (2009b). El hormiguero y el símbolo: la mente conjetural. *Quaderns de filosofia i ciència, 39*, 95-114.

Laso, E. (2010a). Fluir con el diálogo: la técnica de la terapia relacional y el arte marcial de la armonía, *Conversaciones Sistémicas*, *ARSISCO, 1*(3), 31-62.

Laso, E. (2010b). La confianza como encrucijada: cultura, desarrollo y corrupción. *Athenea Digital – Revista de Pensamiento e Investigación Social, 17*, 97-117.

Laso, E. (2011). Dejar que la mente se piense a sí misma: un modelo atencional de la interacción terapéutica. *Redes, 25*, 69-92.

Laso, E. (2012a). Oxitocina, confianza y corrupción: una teoría sistémica del camino al autoritarismo. *Athenea Digital – Revista de Pensamiento e Investigación Social, 12*(2), 69-88.

Laso, E. (2012b). Saber a dónde mirar: la atención en la enseñanza y práctica de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 88*, 35-53.

Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York: Ronald Press.

Ledoux, J. (1997). *The Emotional Brain*. New York: Simon & Schuster.

Leitner, L. (1988). Terror, risk and reverence: experiential personal construct psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*, 261-272.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Bilbao: Herder.

Linares, J. L. y Ceberio, M. (1998). Terapia sistémica: sus orígenes, su presente y su futuro: Entrevista a Jay Haley. *Perspectivas Sistémicas, 50*. Obtenido de http://www.redsistemica.com.ar/haley.htm

Linares, J. L.; Castelló, N. y Colliles, M. (2001). La terapia familiar de las psicosis como un proceso de reconfirmación. *Redes, 8*, 9-29.

Mahoney, M. (2003). *Constructive Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Marina, J. A. y López Penas, M. (1999). *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama.

Maturana, H. (1997). *La objetividad – Un argumento para obligar*. Santiago de Chile: Ed. Dolmen.

McEllistrem, J. (2004). Affective and Predatory Violence: a bimodal classification system of human aggresion and violence. *Aggresion and Violent Behavior, 10*, 1-30.

Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.

Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica*. Guadalajara: Red Américas.

Minuchin, S. (2003 [1974]). *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (2004). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.

Perls, F.; Hefferline, R. y Goodman, P. (1977 [1951]). *Gestalt Therapy: Excitement and*

*Growth in the Human Personality*. Gouldsboro: Gestalt Journal Press.
Pineda, J. (ed.; 2009). *Mirror Neuron Systems: the Role of Mirroring Processes in Social Cognition*. New York: Humana Press.
Plutchick, R. (2000). *Emotions in the practice of psychotherapy: Clinical Implications of Affect Theories*. Washington, DC: American Psychological Association.
Power, M. (2010). *Emotion-Focused Cognitive Therapy*. Oxford: John Wiley & Sons.
Prochaska, J. y Norcross, J. (2010). *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis*. New York: Brooks/Cole.
Procter, H. (1996). "The Family Construct System". En D. Kalekin-Fishman y B. Walker (eds). *The Construction of Group Realities*. Malabar, FL: Krieger.
Ravenette, T. (1999). *Personal Construct Theory in Educational Psychology: A Practitioner's View*. Londres: Whurr Publishers.
Rorty, R. (1981). *Philosophy and the Mirror of Nature*. Princeton: Princeton University Press.
Safran, J. y Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
Satir, V. y Baldwin, M. (1983). *Satir step by step: a guide to creating change in families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
Seligman, M. (1990). *Learned Optimism*. New York: Vintage Books.
Selvini, M. (2010). Once tipos de personalidad, cuatro años después. *Redes, 24*, 79-84.
Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1991 [1986]). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
Selvini-Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
Selvini-Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
Semerari, A. (2002). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave: metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
Solms, M. y Turnbull, O. (2007). *El cerebro y el mundo interior*. México: Fondo de Cultura Económica.
Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Londres: Karnac Books.
Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper & Row.
Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Barcelona: Paidós.
Varela, F. (1996). *Conocer: las ciencias cognitivas, tendencias y perspectivas*. Barcelona: Gedisa.
Vygotsky, L. (1962 [1934]). *Thinking and Speaking*. Cambridge: The M. I. T. Press.
Wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
Watzlawick, P. y Grieg, P. (eds., 1995). *El ojo del observador*. Barcelona: Gedisa.
Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: W. W. Norton & Co.
Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós.
Whitaker, C. y Blumberry, W. (1991). *Danzando con la familia: un enfoque simbólico-experiencial*. Barcelona: Paidós.

White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton.

Wynne, L.; Ryckoff, L. y Day, J. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, *21*, 205-220.

Capítulo V

# PSICONARRACIONES EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA

Sandro Giovanazzi Retamal[44]

## Introducción

El enfoque sistémico, con sus diferentes escuelas de trabajo, ha permitido flexibilizar la observación de los seres humanos y así validar diversas realidades que alivian el sufrimiento humano.

La psicoterapia es un contexto/texto de trabajo clínico donde surgen múltiples historias que hacen referencia al pasado, al presente y al futuro. Estas van conectadas con escenas psiconarrativas de los pacientes (individuos, parejas y familias), que abarcan temáticas relacionadas a la familia de origen, a la familia creada, y a sus contextos relacionales más significativos.

Desde lo sistémico, pretendemos ofrecer esta guía de trabajo con una base teórica y de intervención con un énfasis en lo que hemos llamado psiconarraciones (Giovanazzi, 2009).

## Hacia una construcción psiconarrativa del experienciar

Habitualmente en psicoterapia la importancia está dada al relato puro de los sucesos o acontecimientos. Ahora bien, si se agrega al foco de observación lo corporal, lo espacial, lo escénico, lo emocional, lo reflexivo, se transforma en una psiconarración, es decir, un acto donde la experiencia del sujeto queda plasmada en una escena completa, con "color emocional", con guiones plasmados en pensamiento y roles, que hacen que este acto humano distintivo sea único e idiosincrático de cada sujeto.

Si las psiconarraciones son propias del ser humano, el terapeuta no debería bloquearlas con métodos centrados exclusivamente en lo narrado/verbalizado; al contrario, debería utilizarlas para un adecuado diagnóstico psiconarrativo. El diagnóstico psiconarrativo, es un procedimiento relacional entre paciente y terapeuta, que permite apreciar escenas/narrativas nucleares de las personas que tienen una alta carga e implicación emocional.

Sin duda las psiconarraciones son primarias también en nuestra experiencia, es decir, se constituyen como tal a medida que transcurre la vida de la persona. En un comienzo son poco precisas y a medida que el lenguaje se desarrolla permite centrarlas en nuestra vivencia pasada, actual o de proyección.

[44] Universidad Santo Tomás, La Serena, Chile (sgiovanazzi@santotomas.cl).

Si tomamos los modelos narrativos desde el constructivismo, se ha hecho una analogía entre el ciclo de vida humano y la composición de una novela (Bruner, 1990). También los modelos psicodramáticos han dado pie a pensar en escenas la vida de las personas y sobretodo la escena terapéutica.

En el desarrollo de las psiconarraciones se requiere identificar la primera construcción que aparece en un paciente, que es una imagen mental. La imagen mental es una construcción inicial, ambigua y fundamentalmente centrada o referida a las sensaciones corporales del sujeto. Estas sensaciones van reforzando la identificación de la escena psiconarrativa, a través de ir focalizando esas sensaciones corporales e ir conectándolas con la escena.

Según Bruner (1990), la acción humana no puede explicarse por completo ni de forma adecuada en la dirección de dentro hacia afuera, es decir, refiriéndonos sólo a factores intrapsíquicos: disposiciones, rasgos, capacidades de aprendizaje, motivos, o cualquier otra cosa semejante. Para poder ser explicada, la acción necesita estar situada, concebida como un continuo con un mundo cultural y psicosocial, donde el contexto cobra una relevancia vital. Por lo anterior, la conexión espacio –narrativa es una "puerta de entrada" a la vivencia del paciente.

Las realidades que la gente construye son realidades sociales, negociadas con otros, distribuidas entre ellos. Tal como señala Bruner (1990, p. 98) *"...el mundo social en el que se vive, no está, por así decir, ni «en la cabeza» ni en el exterior» de algún primitivo modo positivista. La mente humana como la identidad forma parte de ese mundo social. Si la revolución cognitiva hizo erupción en 1956, la revolución contextual (al menos en psicología) se está produciendo ahora."*

El pensamiento narrativo de Bruner (1990) conjuga una noción de *self* o de sistema psicológico como una entidad evolutiva con contexto y significado que puede ser entendida como una identidad narrativa en términos de significados.

Por lo anteriormente mencionado, podemos decir que la posición epistemológica de las psiconarraciones es fundamentalmente constructivista, y permite amplificar la comprensión del sufrimiento humano desde la praxis de los significados de cada una de las personas. Pero esos significados no solamente están hechos en la narración o en lo verbal sino que cobran el carácter de significados porque la emocionalidad llega a ellos a través de aspectos analógicos de los sujetos.

Si entramos al mundo de los significados nos acercamos a la comprensión de esas "calles de la ciudad que aparecen extrañas en un comienzo" (Bruner, 1986).

Es fundamental poder distinguir que dichos alcances posicionan las posibilidades de cambios de las personas de acuerdo a su dimensión emocional-cognitiva-pragmática, a su organización experiencial en el marco de su *"mundo de significados"*, a su forma de conocimiento como sistema "*self*".

Todo lo anterior nos permite entender que el trabajo clínico estará orientado hacia una praxis científica del trabajo con los significados personales, familiares y

de pareja, mediado por el uso de lo narrativo y de la vivencia corporal (imagen/escena).

En el trabajo con las psiconarraciones se utilizan las historias de vida que hacen que cada uno de los sujetos se identifiquen y se proyecten en el tiempo. Se busca también trabajar las discrepancias escénicas, que principalmente están relacionadas con los sufrimientos psíquicos. El personaje/paciente construye su historia de vida, durante el proceso terapéutico, dando lugar a una reconstrucción completa de la vivencia narrativa, y así se puede retroceder y avanzar en la focalización de temas a trabajar.

Ninguna persona vive sin explicaciones de lo que le ha sucedido; que eso sea más o menos consciente es otra cosa. Tal como menciona Guidano (1995) "ninguno de nosotros vive sin referenciarse a una singularidad imaginaria a lo que llamamos nuestra identidad. Esa singularidad o individualidad corresponde al registro imaginario, el conjunto de imágenes, identificaciones y narrativas que aparentan consolidar una naturaleza distintiva del sujeto/individuo".

En este sentido es necesario considerar como sugiere Guidano (1987) que "... la subjetividad se construye en y a través de un conjunto de relaciones con las condiciones materiales y simbólicas mediadas por el lenguaje, lo cual requiere aceptar entre otros aspectos, que toda relación social, incluida la de género, clase o raza, conlleva un componente imaginario."

**Las psiconarraciones**

Las Psiconarraciones son escenas nodales de la historia de cada persona, pareja o familia cargadas de sentido y de significados para los protagonistas. Actúan dando un sentido de continuidad histórica, de proyección, y reafirmando la base identitaria del sujeto (personal, de pareja o de familia). Además, al ser relatadas se cargan de emocionalidad, permitiendo pensarse a sí mismo, como también respecto de los otros significativos.

En las psiconarraciones se pueden apreciar ejes centrales y ejes periféricos de un relato/escena. Los primeros, los ejes centrales, van pautando nuestro estar en la vida, por lo que son elementos constitutivos de la identidad individual, de la pareja o de la familia. Por otra parte, en los ejes periféricos encontramos narraciones o escenas que están referidas a elementos de menor carga identitaria de/las personas, que son contextuales del relato o escena. Estos ejes periféricos se suman y complementan los ejes centrales.

Técnicamente las ventajas de una construcción terapéutica de este tipo radica en el hecho que el paciente puede observase desde "dentro y fuera" de la escena, esto se logra gracias a que elabora su relato desde distintos niveles; primero como el autor de una novela, luego como protagonista de la misma, ubicándose en relación con los otros, y finalmente como un espectador de una película o de una obra de teatro.

Esto posibilita el darle sentido emocional, cognitivo, y pragmático a lo que aprecia (por ejemplo, el efecto de él/ella en sus relaciones interpersonales.

**La escena y el texto**

El concepto de escena está tomado de los modelos psicodramáticos y hace referencia a que en la psicoterapia, a través del relato (texto), aparecen las imágenes de los implicados. De estas imágenes surgen acciones, personajes y un espacio en el cual interactúan. A esto se le denomina "pensamiento en escenas" (Martínez, 2005).

Desde la corriente de autores psicodramáticos y dramaterapéuticos, se ha hecho alusión al papel que juega el espacio y la luz en el trabajo psicoterapéutico (Torres, 2007). En psicoterapia el escenario pasa a ser el espacio físico que acompaña cada sesión (Rojas-Bermúdez, 1997). Las sillas y sillones cobran vida, alimentando la dramatización de escenas en cada uno de los consultantes. Es labor del terapeuta tomar en cuenta estos elementos y darles vida útil al servicio de los pacientes.

El texto se refiere al relato "oficial" y "no oficial" de la sesión. El relato oficial del paciente sería lo que dice y el relato no oficial sería lo que silencia. También se los ha llamado el "texto" y el "subtexto". Lo oficial, el texto o escena manifiesta, hace referencia principalmente a escenas o versiones de algún acontecimiento de la vida de un paciente, que a través del tiempo se has establecido como una "verdad" única. Dentro de esto se incluye la versión de cómo empezaron los problemas en la relación de pareja, la idea de por qué están consultando en una primera entrevista en terapia de familia, etc.

**La narrativa**

Hablar de la narrativa es referirnos a la teoría narrativa, la cual intenta ver todo el ciclo de vida humano y toda la coherencia de la vida humana. De la misma manera en que uno puede ver la coherencia de una novela, la que tiene un inicio, un desarrollo, con unos temas que se van encadenando, hasta un final que es coherente con el inicio y el desarrollo (Guidano, 1991).

Por otra parte, resulta relevante mencionar que en los años ochenta sucedió un punto de inflexión en la psicología así como en las psicoterapias, trasladando sus intereses hacia la narrativa (Gergen y Kaye, 1992).

En este sentido, cabe resaltar que han sido los modelos sistémicos y cognitivos los que en mayor medida han adoptado la metáfora narrativa para comprender e intervenir en la praxis clínica (Feixas y Villegas, 1990). Es así como la terapia familiar sistémica ha sufrido una transformación significativa a la hora de focalizar su interés clínico. Esto ha llevado a que se generara una especie de puente conector entre la terapia familiar y el siglo XXI: ese puente ha sido el construccionismo social.

En esta epistemología cobra relevancia la idea de que nuestra experiencia es una función de la manera en la que articulamos los eventos, es decir, las historias con

las que describimos nuestra experiencia. Éste hecho evidencia la ocurrencia de un desplazamiento desde la conducta a la cognición, el cual abrió un nuevo mundo de posibilidades en las psicoterapias, especialmente en las de orientación sistémicas (Minuchin, 2008).

Los relatos que se hacen y se escuchan a lo largo de la vida, son muchos y variados. Se vive dentro de ellos, tanto en los propios como en los relatos de las demás personas, los que a su vez son incluidos en los relatos propios, asumiendo así que dichos relatos corresponden a una experiencia participativa (Ramos, 2001).

En este punto resulta importante referirse a lo que se entenderá por narrativa, concepto que Martin Payne (2002) describe como el relato de uno o varios sucesos que surgen producto de los recuerdos, percepciones, experiencias e interpretaciones de un individuo. Los sentimientos, para que puedan ser entendidos y conocidos por los demás, tienen que ser significados: la mejor manera para conseguirlo es por medio del relato, de su narración. Estas narraciones, en conjunto, formarán la base de aquellos conceptos y creencias que ayudan a comprender las vidas, tanto del propio individuo como las del mundo donde éstas se desarrollan, ya que cualquier relato da cuenta de un mundo.

Paralelamente, se destaca la influencia de factores socioculturales que influyen en tales relatos, donde estarán incluidos los valores de la sociedad que se han interiorizado en cada individuo. De ahí la importancia de los relatos, ya que aquellas historias que las personas narran son las que los hacen ser humanos (Payne, 2002). En este sentido, Cecchin, Lane, y Ray, (1992) agregan que el ser humano es, ante todo, un narrador, ya que todas las personas tienen una historia que contar y que en el caso de no tenerlas dejarían de existir como personas, ya que son precisamente sus historias las que los hacen humanos, pero a su vez son estas mismas historias las que los aprisionan (Cecchin, Lane y Ray, 1992).

White y Epston (1993) mencionan que las personas disponen de varios y diferentes relatos acerca de si mismos, de los demás y de las relaciones que se forman, siendo algunos de esto relatos los que suscitan las competencias y el bienestar, mientras que otros sirven para descalificar o patologizar a sí mismo, a los demás y/o a sus relaciones. Es primordial comprender que el relato dominante, a la hora de significar los sucesos de la vida, determinará, en gran medida, la naturaleza de las vivencias y, por ende, de las propias acciones. En otras palabras, las personas viven de acuerdo a las historias que cuentan, las cuales nacen, crecen y se desarrollan a partir de sus experiencias de vida, por lo que serán, precisamente esos relatos, los que esculpen la vida, la constituyen y la engloban (White y Epson, 1993). Por consiguiente, la forma más poderosa para cambiar la vida de una persona, es por medio de la modificación de los relatos que se cuentan a sí mismos y a los demás, lo que ayudaría a la aparición de relatos alternativos.

Sluzki (1995) agrega la idea de que los miembros de una familia comparten una historia sobre lo que les pasa, siendo esta historia un "todo interconectado de acontecimientos, personajes, temas y valores", lo que a su vez, resulta el sitio donde reside el problema. Por esto, se comprenderá que la modificación de alguna de sus partes tendría como resultado la disolución del problema.

**Las narrativas en la familia**

Las narrativas a nivel familiar permiten apreciar la construcción relacional, la que a su vez tiene efectos a nivel de la narrativa individual y de pareja. Es así como para poder describir las narrativas del nivel familiar se hace necesario presentar el concepto de narrativa individual, para lo cual es menester dar cuenta primeramente del concepto de identidad.

Ackerman definió identidad como una representación psíquica, de carácter único, que posee cualquier ser humano: es el núcleo de la mente y es producto de la decantación de la experiencia, en donde el ser permanece constante (Ackerman, 1966 en Linares, 2000). Según Linares, la identidad, además, es el espacio en donde el individuo se reconoce a sí mismo, por lo que es bastante resistente al cambio (Linares, 2000).

Siguiendo esta línea y de acuerdo a lo planteado por Linares, es posible afirmar que en torno a la identidad se establece la narrativa producto de la experiencia relacional (Linares, 1996). Así, "una parte importante de la narrativa individual es única, irrepetible y, como las huellas dactilares, diferencia al sujeto de cualquier otro a través de una singularísima manera de construir el universo y de inscribirse a sí mismo en él" (Linares, 2000).

Con relación a esto, es posible imaginar la existencia de un *continuum*, el cual va desde las capas más superficiales de la identidad hasta las más profundas de la narrativa, a través del que se produce una progresiva rigidez de la experiencia relacional. Gracias a la superficie narrativa es que se produce el contacto con el exterior, hecho que se realiza mediante los procesos comunicacionales. Esto permite que el núcleo de la identidad se modifique agregando nuevos elementos o desprendiéndose de otros, pero aún así es muy resistible al cambio, principalmente porque la identidad es el espacio en donde el individuo se reconoce a sí mismo. En resumen, la identidad está presente en cada narración, aunque en una proporción cambiante de la que dependerá el equilibrio del conjunto. Según Linares, es posible percibir la distribución de las proporciones entre identidad y narrativa mediadas por la nutrición emocional, la cual se produce cuando el individuo se siente reconocido, valorado y querido. Contrario a esto, la identidad y la narrativa, a su vez, condicionan la continuidad de la nutrición emocional, facilitándola o dificultándola (Linares, 1996).

Dentro de las diversas narraciones que puede tener un individuo, la correspondiente a la familia de origen posee una evidente preeminencia sobre las restantes.

Esto se puede ver reflejado en el hecho de que en general las narraciones conyugales ocupan un lugar muy importante en las narrativas de la mayoría de sujetos, sean hombres o mujeres. Linares (1996) señala que las narraciones parentales siguen siendo más relevantes para las mujeres, pero ambas, tanto conyugales como parentales, sólo ceden en importancia ante las de la familia de origen. La intercomunicación de las narraciones puede generar nuevas narrativas, siendo la narrativa generada en la familia de origen un factor decisivo en la construcción de éstas. Además, puesto que las narrativas individuales convergen en la mitología familiar, es normal que los cambios del individuo repercutan en la familia y viceversa (Linares, 1996).

**Las técnicas Activas**

El concepto de técnicas activas es tomado de las terapias psicodramáticas como anteriormente se mencionó. En las técnicas psicodramáticas la acción se significa como vía terapéutica desde el momento en que el terapeuta se introduce en el sistema como co-experimentador, constituyendo el sistema terapéutico. También es parte sustancial del caldeamiento y, por supuesto, de la dramatización, es decir, de la puesta en pie del juego dramático (drama = acción), sea éste una sencilla técnica de representación, una técnica fundamental como el espejo o la sofisticación de un juego simbólico o algunos tipos complejos de escultura (López y Población, 1997).

Al hacer referencia a las técnicas activas, ponemos en relieve el hecho de que en la concreción de un encuentro psicoterapéutico existe un variado abanico de técnicas y formas de abordaje del trabajo con los pacientes. Un gran número de ellas nos remiten a metodologías que se centran exclusivamente en lo verbal, las que a su vez suelen transformarse en narraciones que no llevan a movilizar al paciente hacia un rol más protagónico de la experiencia clínica. En este sentido la incorporación de técnicas activas resulta en un elemento diferenciador que nos lleva a alejarnos de esquemas terapéuticos exclusivamente verbales.

Las técnicas activas, al trabajar con elementos simbólicos, facilitan la construcción de narraciones que llevan a movilizar al paciente hacia un rol concretamente más protagónico. Como ya se ha señalado la utilización de técnicas activas resulta en un elemento diferenciador e importante en el proceso terapéutico.

**El diagnóstico a través de las psiconarraciones**

En el cuerpo y el espacio se plasma la psiconarración. Es por esto, que en los primeros momentos en el encuentro con el paciente, pareja o familia, recogeremos información valiosísima en su lenguaje analógico; cómo se encuentran antes de entrar en la sesión o escena terapéutica, cómo entran, quién lo hace primero y cómo utiliza el espacio, cómo se sentarán, si algún miembro de la pareja o familia espera al otro(a) antes de entrar, si entran de la mano, si entran evitando el contacto visual entre ellos, etc. Estos elementos nos permiten ir hipotetizando inmediatamente acerca

de cómo viene emocionalmente hablando la persona, pareja o familia a sesión, qué nivel de conflicto vamos a encontrar, así como si la persona, pareja o familia ya trae recursos a explorar y desplegar para su beneficio.

Si bien es cierto que los elementos analógicos mencionados nos entregan información relacional, también en estos primeros momentos empiezan a aparecer las psiconarraciones del paciente, pareja o familia, que son relatadas por ellos. Los pacientes pueden comenzar la escena formal con el terapeuta, construyendo un relato de algún tipo. Al respecto la narratología nos enseña a observar quién relata, cómo relata, qué relata (trama), qué personajes van apareciendo, cuales son las imágenes iniciales de las escenas que aparecerán, cómo los personajes se enrolan (entran) en sus roles y otros elementos significativos de la escena y guión de los pacientes.

En las primeras sesiones de una psicoterapia sistémica con utilización de psiconarraciones debemos centrarnos en la construcción que realizan del motivo de consulta. Nos enfocaremos en cómo cada paciente va "definiendo su guión". En estos instantes empieza a aparecer la visión del mundo del paciente y de alguna manera psiconarrativa, comienza la conexión corporal con las imágenes idiosincráticas del paciente.

Como en el primer encuentro con el paciente, casi siempre está pauteado por el sufrimiento actual de este, y a través de ello el carácter de urgente que toma la sesión, nos focalizaremos en el momento actual del paciente, pareja o familia, más que trabajar con la línea histórica. Sin duda que podrán aparecer elementos históricos significativos, sin embargo, es recomendable dejarlos para sesiones posteriores. Nuestro interés primordial en estos primeros encuentros con el paciente, pareja o familia será co-construir un cuento terapéutico donde el paciente, pareja o familia, se pueda visualizar como actor/eres relevantes y no como simples espectadores. Nuestra atención será permanente en el qué y el cómo relatan lo que quieren relatar. En el qué, nos centraremos en esos temas que le dan significados o formas de interpretar y entender el mundo relacional/emocional/cognitivo en los pacientes, la pareja o en la familia, y en el cómo, nos focalizaremos en cómo relatan lo que relatan, es decir, en los elementos analógicos del relato.

A lo anterior, Sluzki (1995) ha planteado la necesidad en nuestro diseño del encuentro terapéutico de generar y representar los relatos dominantes en donde el terapeuta obtenga información acerca de la naturaleza y el contexto del problema o conflicto, sus principales temas asociados, personajes, lógica, ética y corolario comportamental.

¿Cómo será la escena/texto que el paciente (pareja o familia) puede co-construir de su momento actual que vivencia? Este es nuestro objetivo a trabajar durante los primeros encuentros terapéuticos, relacionado con la construcción en la psiconarración, es decir, en aquella escena/texto central de ese paciente (pareja o familia), que tenga una carga emotiva actual primordial para el/los pacientes. Para

lograr una co-construcción escénica/narrativa, podemos utilizar un sin número de técnicas, provenientes desde las visiones psicodramáticas y de las narrativas. Por ejemplo, en el caso de una pareja que consulta por primera vez para terapia de pareja, podemos utilizar una intervención directa donde ellos mismos traten de construir un breve cuento acerca de lo que les sucede como pareja. O si queremos empezar percibiendo cómo se ve cada uno, y cómo ve o percibe al otro/a, podemos solicitarle en los primeros momentos de la sesión que vayan pensando en un personaje/rol que se imaginan está ejecutando cada uno en la relación y el personaje/rol que el/la otro/a desarrolla en esa relación. Esta petición o tarea directa la podemos utilizar inmediatamente en la sesión o en cualquier otro momento.

Cuando el paciente (pareja o familia) relata sus problemas debemos empezar a reconstruir la escena que empieza a aparecer. Generalmente el relato de los problemas de las personas/parejas/familias, va conectado a una imagen que cada uno en su mente empieza a elaborar. Si como terapeutas pudiésemos acceder a esa imagen, a través de preguntas, que las vayan induciendo, como por ejemplo, "cuando Uds. me hablan de que en esta relación ya no es lo mismo que antes, ¿con qué imagen se conecta cada uno en estos momentos?". Para la terapéutica estas imágenes actuarán de una manera que empezarán a transformarse en centrales, y se empiezan a elaborar de mayor manera cada que vez que son traídas a la escena terapéutica por el terapeuta. Sin duda que las imágenes que aparecen pueden variar y no hay una norma clara y explícita (todavía) de qué tipo de paciente (pareja o familia) surgirá qué escena y qué texto o narración, o qué tipo de escena generará cuál motivo de consulta. Estos elementos deben ser investigados para ir construyendo mayor cuerpo teórico en este incipiente marco de trabajo clínico.

**Caso clínico**

Marcela y Jorge consultan por "problemas de comunicación", que se vienen dando hace un tiempo atrás y que últimamente se manifiestan en peleas explosivas. Esto le ha hecho pedir una terapia de pareja. Llevan doce años de matrimonio, con momentos "buenos y malos" según sus propias palabras. Fruto de su relación tienen dos hijos Vicente y Antonio, de nueve y cinco años respectivamente.

***Co-construcción del motivo de consulta***

En la primera sesión con ambos miembros presente se generó la siguiente interacción terapéutica:

**T:** Terapeuta; M: Marcela; J: Jorge.
**T:** Qué está pasando entre Uds.?
**M:** Yo estoy cansada ya de esto, ya que creo que me hace daño, y que casi ya no aguanto más…es como que él se ha vuelto más cruel…

**J:** Eso es como yo te decía (dirigiéndose al terapeuta), ella no da su brazo a torcer, nunca acepta que ha perdido en la discusión, siempre quiere tener la razón…
T: Cuando Uds. hacen todo esto que dicen que ha sucedido en este tiempo, cómo se ven?, si por ejemplo pudiesen verse en un rol o personaje de un cuento o novela?...
**M:** Yo pienso que como que si estuviéramos en guerra constante…sin tregua…
**J:** Como si nos tratáramos de ganar el uno al otro, de cazar…

Al finalizar la sesión inicial, el terapeuta les menciona que les enviará alguna reflexión vía internet, y que la trabajarán en la sesión siguiente.

Tomando en cuenta los elementos relacionales, emocionales y cognitivos que surgieron en la primera sesión, se les construye el siguiente cuento terapéutico:

***De guerreros y cazadores:***
*Esta es la historia de un planeta donde solamente había guerreros y cazadores, ese planeta se llamaba "planeta depredación".*

*Cuenta la historia que este planeta empezó a entrar en crisis, ya que sus habitantes siempre hacían lo mismo, repetían y repetían sus conductas, casi como un ritual, es decir, daban guerra o cazaban, no había otra alternativa a esas conductas.*

*Un día en el planeta depredación, aparecieron unos pequeños seres, eran muy extraños, ya que no eran ni guerreros ni cazadores. Esos seres se transformaron de pronto, por lo pequeño e indefenso, en las presas preciadas de guerreros y cazadores…..pero algo pasaba, ya que ni cazadores ni guerreros podían con ellos, sus viejas estrategias ya no servían, la competencia y la lucha era un arma completamente ineficaz para lidiar con estos pequeños seres. Fue tanto, que guerreros y cazadores se reunieron y en discusiones acaloradas, culpándose de quienes eran los responsables de que su poder ya no sirviera con estos pequeños seres.*

*Muy cansados ya de esta reunión que se prolongó por días, los más viejos de ambas tribus, mencionaron que quizás había que probar con otras estrategias…..uno de los guerreros dijo que había visto a uno de esos pequeños seres tendido en el pasto y otro a su lado haciéndole cariño…. CARIÑO¡¡¡¡¡ expresó otro, "qué es eso?", y el viejo dijo.. "es un ARMA muy poderosa, que antes nosotros la teníamos, pero algo pasó en este planeta que la dejamos de ocupar….es muy potente, pero requiere que dejemos las lanzas y las estrategias de lado por un momento, y que nos dediquemos a abrazarnos y a sentirnos quizás indefensos".*

*Ambas tribus se propusieron que en vez de cazar a esos seres, copiarían de ellos su adaptabilidad y entrega a ser queridos. Después de haber realizado esto la tribu de los guerreros y de los cazadores, empezaron a sentirse cada vez más poderosas, ya que cuando pasaban y se veían, en vez de dar guerra y caza, se pedían cariño.*

*Esta historia no termina, ya que el desenlace es incierto todavía, pero si los guerreros y los cazadores aprenden de ella podrán verse de forma diferente.*

*Un abrazo para Marcela y Jorge, y aprendan a ser "guerreros y cazadores" con más paciencia, y sobre todo a verse desde la emoción.*

En esta primera parte del caso, en la *co-construcción del motivo de consulta de la pareja*, se puede apreciar cómo lo que va apareciendo en la sesión, a través de la narración de los cónyuges, se va conectando con imágenes que en un primer momento podrían verse como que son "tomadas prestadas" desde otra historia, como sucede en sesión de esta pareja, cuando hablan de sentirse "cazados y que se dan la guerra"; sin embargo, al revisar y conectar con su historia de pareja, podemos apreciar la conexión con un estilo relacional simétrico de la relación de pareja, que generaba conflictos "explosivos" en ellos. El recurso terapéutico del cuento metafórico, centrado en los conceptos que ellos mismos utilizaron y en donde anclaron sus respectivas imágenes de su relación (cazadores y guerreros), permitió incluir una nueva perspectiva para ellos, y mostrarles su estilo relacional.

***Reconstrucción histórica de la pareja***

En una tercera sesión con ambos miembros de la pareja, se genera la siguiente interacción terapéutica:

**T:** Hablando de memoria, y ya que Jorge hace mención a ella, quiero que piensen en una cosa importante, si Uds. ven su historia de pareja, esta historia de pareja que lleva su tiempo y que tiene sus frutos, que piensen en esta historia, si Uds. pudiesen ponerle un título a esa historia, a esta historia de pareja, cómo la llamarían?. A algunas personas les resulta más fácil, imaginar que son un director de cine y tienen que ponerle nombre a esa película,
**M:** No sé, no se me ocurre…
**J:** Yo creo que se llamaría "Un difícil camino juntos"
**T:** Ese es el título?
**J:** Sí, no porque todo sea malo, sino porque ha sido "Un difícil camino juntos"…
**T:** Marcela ayudémosle al director de la película, él la titulo así, puedes ponerle subtítulos o capítulos también…
**M:** Yo le pondría…"Desde que empezó a ser difícil", porque para mí no siempre ha sido difícil…
**J:** No
**M:** Es lo que yo te he contado (dirigiendose al terapeuta), para mí se me ha hecho difícil desde 3 años atrás, desde que el camino empezó a ser difícil…
**J:** Pero, hace 3 años atrás tan poco, yo creo que más tiempo…
**M:** No antes teníamos problemas como cualquier pareja y peleábamos por cosas puntuales, pero desde que yo personalmente lo estoy pasando mal es esa cantidad de tiempo, yo siento que es desde que murió tu papá…

**J:** Puede ser…
**T:** Y esta película antes de eso ¿cómo era, qué cosas importantes y significativas tenían que tengamos que rescatar de esa historia para poder ayudarlos en la actualidad?
**M:** La otra vez lo conversábamos con unos amigos, que cuando nosotros teníamos menos teníamos más, yo creo que los dos sentimos nostalgia de esa etapa, cuando teníamos nuestra casita chica, cuando partimos la relación…
**T:** O sea que ¿esa sería como la primera parte de la historia, el primer título de la historia?
**M:** Quizás, porque uno también va cambiando, y tú a lo que estabas dispuesto en el pasado, en cuanto a tolerancia, en cuanto a un montón de cosas, llega un minuto que tu dices para, esto a mí no me parece, y voy a actuar de una manera que a mí me parece. Entonces de una manera empiezas a ser más tu mismo, y empiezan a haber conflictos….menos tolerancia…
**T:** Jorge, si tú tuvieras que pensar en un personaje que podría haber ejecutado la Marcela en esta primera parte de la historia, piensa en ¿cómo le llamarías al personaje que representó la Marcela?
**J:** La compañera, como una pareja con todo lo que implica…
**T:** Cuéntame un poco más de ese personaje.
**J:** Como incondicional… Sí, en verdad creo que era bien compañera, harto campo, hartas cosas juntos, antes estábamos más interesados de hacer feliz al otro, si me preguntas ahora… como que yo no veo eso, y eso me cansa…
**T:** Y ¿tú piensas que es importante que esos personajes empiecen a recobrar vida en la actualidad?
**J:** Por supuesto, yo creo que los dos queremos estar mejor….
**T:** Pero en relación al periodo este que tú dices… qué pudieses rescatar para utilizar en este tiempo, y que les lleve nuevamente a sentirse más compañeros como ocurría antes, porque eso es muy importante en la historia de Uds…
**J:** Sabes que pasa, yo no sé si ella se preocupa más de mí o se preocupa del círculo íntimo, después se desviaron las atenciones a muchas otras cosas, que es lo que yo te he dicho que me pasa, que a mí me gusta ser centro de interés, y necesito que las cuestiones me motiven, yo funciono en base a que las cuestiones me motiven o me desmotiven en todo orden de cosas. Nos poníamos mucha más atención entre nosotros. Hoy hay muchas cosas que no me motivan…
**T:** Pienso que esa historia positiva de Uds. dos sería necesaria rescatarla y revivirla, a veces a los personajes hay que darles vida nuevamente, esos personajes que están medio olvidados, medios ocultos, algo pasó en la historia que el director de la obra… dijo: "saben…este personaje va a quedar un poco fuera por el momento, vamos a meter otros personajes, vamos a hacer otro guión". Y eso en algún punto empezó a generar sufrimiento… lo que creo que es importante, es ver cómo actualizarlo en

esta parte de la película, y para eso creo que sería muy importante que le pidas a la Marcela que te dé en algún minuto, elementos de ese personaje que ella tenía, ese personaje que tu llamaste "la compañera", es un personaje o parte de ella, que tú necesitas en la actualidad, y lo que pasa que tu personaje en la actualidad le cuesta pedirle a ella que de alguna forma esté nuevamente como era antes quizás.
¿Qué cosas crees tú que podrías pedirle a ella en la actualidad, que tenga que ver con ese personaje de antes?…
**J:** ¿ Qué le podría pedir?
**T:** Piensa por mientras. Marcela, vamos a tu parte de la historia, ¿cómo podrías llamarle al personaje que hacía Jorge en esta primera parte de la historia de la pareja, cómo le llamarías?
**M:** Yo me sentía super contenida, protegida, "Mi protector", me sentía super contenida, super valorada, super cuidada…. Cosa que ahora siento que no es así, esas sutilezas que antes hacía él ya no están, me sentía su tesorito.

En la *reconstrucción histórica de la pareja*, el objetivo fundamental es que a través de incluir las ideas narrativas, de novelas o películas u obras de teatro, le permita al terapeuta poder ir delimitando personajes y sus respectivos roles o guiones. A través de esta metodología de trabajo, el "entrar" en ciertos temas de los pacientes es menos amenazante y hace de cada miembro de la pareja, así como del terapeuta, un co-creador de personajes, escenas, desenlaces futuros, y un agente activo en la recuperación de las relaciones más sanas.

Sumado a lo anterior, en esta reconstrucción histórica de la pareja, el terapeuta puede ir focalizando los recursos terapéuticos a mostrar a los pacientes que surgen de historias altamente emotivas de ellos, y entrega la posibilidad de "refrescar" personajes en la historia de la relación de ambos.

***Focalización de escenas psiconarrativas de la pareja***

En la quinta sesión con la pareja de Marcela y Jorge, ocurre la siguiente interacción:

**T:** Vamos a hacer una cosa, vamos a pensar en 3 imágenes, la primera es desde que Uds. empezaron en el primer periodo de pareja, la segunda imagen es el momento mas negativo que han tenido como pareja, y la tercera imagen es cómo a Uds. les gustaría estar. Entonces la primera es el momento inicial de la pareja, la segunda es el peak de sufrimiento, y la tercera es cómo a Uds. les gustaría llegar a estar. Vamos a hacer una especie de escultura humana, Uds. dos se van a esculpir frente al espejo…. Piensen en ese primer periodo de la historia, cómo era la pareja en ese tiempo,pueden ubicarse en el espacio para representarse en cómo estaban…
**J:** Yo creo que estábamos como así…. (se ubica abrazado a su pareja uno junto al otro).

**M:** Yo creo que así (ella se ubica delante de su pareja y le cruza los brazos de él en su cintura).
**T:** Y si se miran así, ¿qué ven?
**J:** A mí me gusta más así (se cambia de posición con su pareja y queda en la posición inicial, donde ambos están abrazados uno al lado del otro)…..no es de comodidad, sino que yo creo que es como de a dos.
**T:** Es interesante porque de esta escena surgen dos escenas nuevas, vamos a ver si se ven en la primera escena en la que creó Marcela….(se ubican nuevamente en la posición que Marcela definió).
**M:** Cuidada, yo me siento cuidada…
**J:** Yo me siento como el protector…
**T:** Ahora vamos a la imagen de Jorge (se cambian nuevamente de posición a la posición que Jorge había definido).
**M:** Me siento pareja, compañera, de igual a igual…
**J:** Yo también me siento así como cuidándola, pero de a dos, me siento más identificado con lo que a mí me gustaría…
**T:** Cómo le llamarías a esta escena?
**J:** Compañeros
**M:** Eso es lo que comentábamos en sesiones anteriores, antes uno andaba tomado de la mano, y lo hemos dejado de hacer…
**J:** Eso yo creo que es motivación, y por supuesto hay algunos que necesitamos más que los otros…
**J:** Yo se lo digo a la Marcela, pero necesito que me llamen, que las cosas que se dicen se cumplan, yo pienso que la Marcela es buena para hablar y mala para hacer….
**T:** Yo estaba pensando cómo poder hacer una combinación de estas dos escenas, esa escena en que te sientes bien, te sientes protegida, tú te sientes el protector, creo que estas dos escenas que han mostrado en la primera parte es muy significativa, cómo hacer esto de mezclar escenas, la primera con la última, el cuidador, la cuidadora, la que se deja proteger, cómo poder construir una tercera escena…..estos parecen polos de UDS. como pareja…

En la tercera parte del trabajo ejemplificado, *la focalización de escenas psiconarrativas de la pareja*, permite a través del uso del cuerpo, como en las esculturas que se van creando, el surgimiento de psiconarraciones asociadas. De diferentes etapas o momentos de la pareja, nos permite como terapeutas visualizar los conflictos y los recursos o lados fuertes de ellos.

Estas escenas se transforman en psiconarraciones: al ser relatadas por ellos se cargan de emocionalidad, les permiten pensarse a cada uno de ellos de diferentes perspectivas, y pueden tambien apreciar el efecto que genera y ha generado en su relación, a lo largo de la historia.

También es interesante destacar que a través de este recurso técnico el terapeuta puede ir ayudando a co-construir nuevas psiconarraciones, las cuales aparecen intencionando la modificabilidad de los protagonistas en la escena, por ejemplo, "mezclar" escenas y construir una escena más sana y constructiva para la pareja.

**Discusión**

Las ideas preliminares planteadas en este capítulo hacen que el relato y la escena se conecten íntegramente a través de las psiconarraciones, dando vida a diferentes personajes, situaciones, historias de familia de origen, pareja e individual. Sumado a lo anterior, los recursos terapéuticos que se pueden utilizar son variados, por sencillos que aparezcan, si cumplen la función de ayudar a los pacientes, bienvenidos sean.

El trabajo clínico se debe ejecutar de tal manera que les permita a los pacientes centrar/focalizar las psiconarraciones vinculadas a sus diversos contextos relacionales significativo.

Según la etapa en que nos encontremos en una psicoterapia sistémica se podrá focalizar en múltiples temáticas. Por ejemplo, en la historia de la familia de origen, los nucleos angustiosos psiconarrativos, la construcción identitaria, las etapas en la vida.

El relato de cada paciente activará los planos de funcionamiento humano, cognitivo, emocional y pragmático. Cada uno de estos planos se transformarán en ejes de trabajo clínico, que llevará a influenciarlos con las psiconarraciones, y así posibilitar el cambio terepéutico.

A través de las psiconarraciones, se activará la construcción del recuerdo de imágenes centrales, como la de nuestros padres y/o pareja, relaciones en la fratría, fortalezas familiares, creencias familiares, construcciones míticas de nuestra familia y construcciones identitarias.

Sumado a lo anterior, la posibilidad de ampliar el foco de observación y de co-construir significados alternativos para que los pacientes los puedan utilizar de una manera más positiva y activa, con un énfasis en tratar de fortalecer sus recursos y competencias personales, hacen que el uso de las psiconarraciones sean un agente activo de interés de los protagonistas/pacientes, por una parte para entrar y salir en su historia (pasado), por otra parte situarse en el presente, para que finalmente lo lleven a dar un nuevo sentido al futuro.

La investigación en psiconarraciones es incipiente y el desafío es poder estructurarlas con parejas, familias e individuos para así observar qué tipo de escenas y relatos se van construyendo con cada una de esos sistemas consultantes. Además, poder apreciar qué tipo y cómo son construidas estas psiconarraciones dependiendo del motivo de consulta de cada uno de estos sistemas.

Por último, es relevante mencionar, que en cada una de estas intervenciones clínicas debe existir un equilibrio entre el estilo del terapeuta, y el estilo de los

pacientes. Todo ello cruzado por el timing terapéutico, es decir, el momento de la sesión dónde se produce la intervención. Estos elementos no se pueden perder de vista, y se deben poner en constante interrelación, para que las intervenciones resulten apropiadas (Ceberio y Linares, 2005).

**Referencias bibliográficas**


Bruner, J. (1986). *Realidad Mental y Mundos Posibles*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Bruner, J. (1990). *Actos de Significados: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Editorial Alianza.

Cecchin, G.; Lane, G. y Ray, W. (1992). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.

Ceberio, M. y Linares, J. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico.* Barcelona: Paidós.

Feixas, G. y Villegas, M. (1990). *Constructivismo y Psicoterapia.* Barcelona: PPU.

Gergen, K. y Kaye J. (1992). "Beyond the narrative and the negotiation of therapeutic meaning". En S. McNamee y K.J. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction*. London: Sage.

Giovanazzi, S. (2009). "Escenas que paralizan: El impasse terapéutico en psicoterapias dramáticas". En R. Giraldo y M. González, (eds.). *Violencia Familiar.* Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

Guidano, V. (1987). *Complexity Of The Self.* New York: Editorial Guilford Press.

Guidano, V. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.

Guidano, V. (1995). *Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-racionalista*. Santiago: Editorial Instituto de Terapia Cognitiva.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.

López, E. y Población, P. (1997). *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia.* Barcelona, España: Paidós.

Martínez, C. (2005). *Fundamentos para una teoría del psicodrama*. Buenos Aires: Siglo XXI.

McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social.* Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. (2008). *Evaluando Familias y Parejas: de los síntomas al sistema*. Trabajo presentado en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, 25 y 26 de Abril 2008. Santiago de Chile.

Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.

Ramos, R. (2001). *Narraciones contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Paidós.

Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnicas psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.

Sluzki, C. (1995). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia. 22 – 23.* Pags. 53 – 70.

Torres, P. (2007). *Sangra la Escena. Psicodrama terapia del trauma y del duelo*. Santiago de Chile: Edras, Universidad de Chile.
White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Capítulo VI

# TERAPIA FAMILIAR Y ESPIRITUALIDAD

Juan Carlos Gutiérrez de la Cruz[45]

## Introducción

En este capítulo realizo una serie de reflexiones que inician con una perspectiva general del contexto del país y algunos datos sobre religión y creencias, para comprender estos aspectos se abordan los conceptos básicos de Bateson acerca de la espiritualidad y la cibernética; luego, una descripción general de la interacción en el escenario de la terapia familiar desde la experiencia del autor, lo que se consolida con un breve repaso sobre dicha experiencia y su vida personal para que el lector aprecie las circunstancias que confluyen en el pensamiento y práctica del autor.

A esto sigue el planteamiento de la necesidad de una postura crítica respecto a las creencias personales y de los otros en el tema de la espiritualidad, para minimizar los riesgos de la rigidez que ciertas creencias pueden ejercer. Se pone el acento en el estilo personal del terapeuta y los fenómenos de su formación: la propuesta al respecto aborda temas de la igualdad, los procesos democráticos, una crítica a la misma democracia y sus fallas en los sistemas sociales.

Para finalizar, se reflexiona acerca de cómo puede funcionar este ejercicio postdemocracia "de segundo orden" y se presentan dos casos para ejemplificar brevemente algunas de las ideas planteadas.

Quisiera empezar con una inquietud: la de los límites del lenguaje. En el escenario de las palabras muchas quedan vulnerables a la equivocación y otras tantas sin posibilidad conexión con la experiencia de la cual surgen.

Invito entonces a que sea la hermenéutica la que facilite la negociación del sentido de los significados que puedan emerger. Cuando un texto es creado emerge en un contexto específico, en tiempo, en lugar, en circunstancias. Cuando dicho texto es leído, analizado e interpretado por un sujeto de otro contexto, tiempo, lugar y circunstancias es de esperar que surjan dificultades para un entendimiento; pero la participación del lector puede dar nuevos elementos a los significados originales del texto.

La propuesta es que el lector asuma el presente escrito como una invitación a reflexionar sobre los contenidos. No se pretende promover una verdad respecto a cómo abordar el fenómeno de la terapia familiar y la espiritualidad; desde la tradición hermenéutica se puede abrir un espacio para el dialogo metafórico entre autor y lector.

[45] Instituto Tzapopan, México (jkgutierrez@gmail.com).

A mi particular entender la hermenéutica analógica de Mauricio Beuchot, como lo propone Napoleón Conde (2003) es una alternativa: no interpretar el texto con significados unívocos ni equívocos, sino con significados analógicos entre las diferentes circunstancias entre autor y lector. Así teniendo en cuenta los múltiples contextos del autor, del lector y de los otros aquí nombrados surge esta interpretación intertextual que abrirá otros debates y significados que enriquezcan los equívocos aquí planteados.

**El contexto mexicano**

Más allá del lenguaje de esta época y aun paradójicamente mapeado por él, Latinoamérica y en especial México están delimitados por circunstancias sociales que lastiman. Crisis económica, política y violencia social enmarcada por la corrupción de las instituciones en colaboración con la delincuencia: fenómenos que impactan esta lectura de una realidad mucho más específica que es el ejercicio de la terapia familiar en la zona metropolitana de Guadalajara en el estado de Jalisco.

Dicha zona geográfica se reconoce por una actividad económica mixta, desde industrial hasta de servicios, que dan cuerpo a una población donde las creencias religiosas son importantes.

En México de una población total de 112,336, 538 de habitantes las religiones se distribuyen de la siguiente manera (Ver Tabla 1): ("Panorama de las religiones en México 2010" 2011)

| Religión | Población | Porcentaje |
|---|---|---|
| **Católica** | 92,924,489.00 | 82.720% |
| **Protestante/ Pentecostal/ Cristiana/ Evangélica** | 8,386,207.00 | 7.465% |
| **Bíblica diferente de Evangélica** | 2,537,896.00 | 2.259% |
| **Origen Oriental** | 18,185.00 | 0.016% |
| **Judaica** | 67,476.00 | 0.060% |
| **Islámica** | 3,760.00 | 0.003% |
| **Raíces étnicas** | 27,839.00 | 0.025% |
| **Espiritualista** | 35,995.00 | 0.032% |
| **Otras religiones** | 19,636.00 | 0.017% |
| **Sin religión** | 5,262,546.00 | 4.685% |
| **No especificado** | 3,052,509.00 | 2.717% |
| **Total** | 112,336,538.00 | 100.00% |

Tabla 1: Población de México por filiación religiosa, 2010

Es en este contexto de creencias religiosas donde trabajo como consultor de individuos, parejas, familias y organizaciones; en específico con personas, con otros, en un ejercicio social que solemos llamar terapia. Ese es otro contexto, delimitado por un espacio físico pero sobre todo por una serie de conceptualizaciones de lo que se llamaría configuración teórica de la interacción terapéutica. De la misma manera trabajo en un contexto de formación de terapeutas familiares de la Maestría en Terapia Familiar del Instituto Tzapopan.

En dicho contexto el acto de la comunicación como lo establecen Watzlawick, Beavin y Jackson (1985:49-51) es ineludible, a través de conversaciones e interacciones que van más allá de la conversación. En un contexto más amplio está la teoría general de sistemas, pero de la manera en que Gregory Bateson (2002:21) la incluye como una lectura de los patrones que se inscriben en una comprensión tautológica de los fenómenos del cosmos, y de manera específica en la "pauta que conecta".

Así que este artículo es una invitación a la reflexión del problema epistémico respecto a los temas de espiritualidad, religión y la teoría de la terapia familiar fundamentada en un enfoque sistémico-cibernético matizado por una postura crítica social en la práctica del consultor en colaboración con aquellos que lo consultan y en los espacios de formación del mismo.

Aunado a ello se encuentra otro contexto, el de la formación de terapeutas familiares: los códigos institucionales que la validan, sus historias de vida y sus creencias particulares se suman al conglomerado de ideas que se debatirán en el presente artículo enfocado a la espiritualidad y la terapia familiar.

Trataré de ejemplificar desde mi narración de las interacciones con consultantes la serie de reflexiones y experiencias que me han invitado a proponer dicho tema.

**Espiritualidad**

Conceptualizar lo que es el espíritu y la espiritualidad requeriría un trabajo extenso acerca de la historia del concepto. Para efectos del presente escrito recurrimos a Gregory Bateson (2002:15) y sus aproximaciones a lo que la idea de espíritu refiere. Para comenzar, el de la referencia de "animal", que refiere a espíritu o *ánima*. Y describe en los seis criterios del espíritu o mente que las estructuras orgánicas tienen una función inmanente mental o espiritual pero que está en su organización con el todo y con una energía colateral (Bateson 2002:227-228).

Sin embargo no es tan sencillo definir el espíritu, ya que en toda la obra de *Mind and Nature* (traducida como Espíritu y Naturaleza, Bateson 2002) hace un recorrido o un "mapeo" acerca de la "pauta que conecta" a la mente entendida en sus múltiples recursiones y conexiones. Al final de esta misma obra propone una aproximación: "lo Sagrado". Así que el espíritu, lo Sagrado y la pauta que conecta son conceptos que están vinculados de una manera que es difícil separarlos para su comprensión.

Mejor es su metáfora de lo que es la comprensión de la religión y la magia, donde sospecha que la magia es un malentendido de una necesidad religiosa profunda, la de pertenecer a una "Tautología ecológica" (Bateson 2002:225).

Samper, A. y Garciandia I. (2007:22-24) han retomado este aspecto para incorporarlo a su propuesta de trabajo en terapia de parejas pero más enfocados a la "transformación permanente" y al sentido de "trascendencia".

Mientras que para efectos del presente se utilizan también los aportes de Freire (1997), Levinas (1993) y Eco (1997) respecto a la ética y la presencia del Otro como ese espacio donde emerge lo sagrado. Esa pauta que conecta en el contexto de la consulta familiar sistémica con un enfoque crítico, es donde se manifiesta esa Tautología ecológica, esa espiritualidad.

Cuando hablamos de Ética hablamos entonces del reconocimiento del otro en una interacción donde el aprecio y el buen trato tienen lugar; el buen trato entendido desde las propuestas de Linares (2012:61) respecto a la "nutrición relacional".

Lo que nos lleva a entender la espiritualidad como "lo Sagrado" que hay en la pauta que conecta esa interacción del consultor con el Otro en el escenario de la consulta.

Sin embargo ese Otro en la consulta en lo general no tiene este concepto de espiritualidad. O tal vez sí, puesto que bajo estos presupuestos la idea de la espiritualidad refiere a una idea de conexión, de conexión con el Otro y de conexión con el entorno.

**Interacción en el escenario de la terapia familiar**

Como ya lo había mencionado el espacio de la consulta es donde los mapeos de las múltiples realidades de los protagonistas danzan en una constante negociación. Aquí es donde la teoría del construccionismo social toma importancia, reconociendo los límites y múltiples debates que esto representa; no todos los discursos son igualmente válidos, la realidad compartida a través del lenguaje en la interacción terapéutica impacta sobre la experiencia de la construcción tanto del consultor como del consultante. Como afirma Gergen (2001:23):

> Cambiar el registro discursivo, separando la expresión de una persona, haciendo hincapié en la expresión polifónica y explorando la relación son formas de reducir el impulso aniquilante y se prestan a formas más ricas y más sostenibles de vida en común.

Lo que se dice, y también lo que no se dice, lo que se hace y también lo que no se hace son las fibras con las que se teje esa interacción de reconocimiento mutua, de validación y refutación de discursos que se sustentan muchas de las veces en la tradición contextual de la que cada individuo se nutre. Y otras tantas en franca diferenciación como una analogía entendida como lo propone Bowen (1991:64).

En nuestro contexto es común que los consultantes hayan recurrido a intentos de solución que incluyen limpias, lecturas de carta y de café, confesiones ante el sacerdote, brujería y algunos otros rituales no poco comunes. Más aún, los mismos terapeutas han recurrido a estos rituales alguna vez para aproximarse a soluciones o comprensión de fenómenos en su vida personal.

No me interesa juzgar estas prácticas como buenas o malas sino aproximarme a describir un fenómeno que es visible, en mí, en los terapeutas con los que colaboro en su formación y en los consultantes que recurren a mi servicio profesional.

En el contexto de formación impera un código que es el marco de referencia del grado de Maestro en Terapia Familiar: la ciencia.

La ciencia, como es fácil de suponer, no acepta dentro de sus premisas experiencias pseudocientificas como lo son generalmente los rituales mencionados, sean de magia o religión.

Pero no digamos "la ciencia", digamos "este científico en particular", una persona con nombre y apellido, con identidad; digamos alguien como Carl Sagan (2000:299), conocido por su capacidad crítica y tenaz escepticismo frente a la explicación pseudocientifica de la religión. Y sin embargo en su trabajo existió un continuo interés por encontrar los puntos en común entre la ciencia y la religión.

Suponemos que la interacción en la terapia familiar está regida por principios de la ciencia, lo cual le otorga cualidades de sistematización, autocritica, actualización así como una metodología, por mencionar algunas de esas características deseables. Está también regida por un marco de legalidad y de ética que se construyen en la convencionalidad de la formación del terapeuta familiar.

Pero dicha interacción terapéutica no sólo es enmarcada por el marco de la ciencia, sino por la sociedad donde se vive. Donde la cotidianeidad transcurre con su forma casi subestimada por los discursos de la ciencia.

Es decir, lo que ocurre en la interacción terapéutica está teñido de los usos y costumbres de los participantes, desde el saludo, los temas libres como diría Ramos (2008:133), las expresiones, el uso del sentido del humor, los refranes, y aquellos códigos sociales que los identifican como pertenecientes a un sistema más amplio que se llama comunidad.

Es esta interacción en la que es común escuchar frases como: "si Dios quiere", "Bendito Dios", "gracias a Dios" entre otras, algunas veces ya vacías de significado y otras altamente significativas.

No está de más mencionar que los rituales de tinte religioso marcan parte importante de la actividad social, tales como la romería, la celebración de la navidad, la semana santa y la semana de pascua, así como los valores integrados en los mandamientos religiosos en un entorno de doble moral aceptada socialmente.

Por ejemplo en una familia es normal (estadísticamente) esperar que la salida, especialmente de las hijas, del sistema familiar sea por un ritual de matrimonio y

de "blanco", es decir bajo el marco de la religión dominante. Y de esa misma manera las relaciones entre pares de adultos que comparten la llegada de un hijo se familiarizan a través del bautizo, lo que los denomina compadres.

Otro ejemplo es los rituales de festejo de las familias que van desde los bautizos de los niños pequeños, pasando por la presentación al templo, la primera comunión, la confirmación, la fiesta de los quince años, la boda religiosa, y el funeral. Todos ellos rituales con alto contenido religioso.

No se trata de un juicio a los aspectos sociales religiosos sino a la postura del consultor en terapia familiar. Puesto que al parecer el terapeuta algunas veces es o debería de ser un ente "neutral" en el contenido de sus creencias religiosas y espirituales.

Pero ¿puede un consultor ser neutral? No. Seamos irreverentes, en el sentido en que lo menciona Cecchin (2002:26):

> El terapeuta irreverente nunca se somete a una sola teoría, a un solo cliente o al sistema derivante (como los tribunales o los servicios sociales).

Ya Von Glaserfeld (1995:19) ha discutido por qué no somos objetivos y Cecchin (2002:22-25) ha hablado de cómo es necesario seguir aprendiendo a aprender. Entonces ¿cómo participan las creencias personales del consultor respecto a la religión y la espiritualidad en la interacción terapéutica con los consultantes?

**La experiencia personal**

Para dar más contexto a lo que estoy planteando es necesario hacer un poco de historia personal. Inspirado en un ejercicio que corresponde a los análisis cualitativos como el de la etnometodología plasmo algunas de mis reflexiones sobre mi historia de pensamiento y formación como consultor en terapia familiar. No quiero decir que la presente es una investigación etnometodológica, sino que la pertinencia de las reflexiones aquí plasmadas siguen la línea de pensamiento de Garfinkel al respecto, que afirma (2006:20):

> Uso el término «etnometodología» para referirme a la investigación de las propiedades racionales de las expresiones contextuales y de otras acciones prácticas como logros continuos y contingentes de las prácticas ingeniosamente organizadas de la vida cotidiana.

Haré hincapié en lo que representa tener un padre con una tradición racional y escéptica de comprender los fenómenos del mundo, y por otro lado una madre con una visión mágica y mística de la vida. Esta base familiar me llevó por variados caminos donde he reconocido las influencias que dichos sistemas de pensamiento

se mostraban en mí para abonar y algunas veces dificultar mi reflexión sobre mi actividad profesional.

Al principio de mi actividad como consultor busqué enfocar el ejercicio lo más apegado a la teoría posible, así como una actitud alejada de las formas comunes de la sociedad y sus conceptos de espiritualidad y religión.

En mi crecimiento profesional hace ya 10 años me invitaron a participar en una clínica de tratamiento para adicciones, en la cual estuve colaborando cerca de cuatro años como terapeuta familiar. La clínica se basaba en el Modelo de atención integral de Minnesota (Cook, 1988), el cual incluye internamiento durante cinco semanas, atención psicoterapéutica individual, atención psicoeducativa grupal, terapia familiar, asesoría espiritual, grupo institucional de AA y NA de doce pasos y seguimiento con propuesta de comunidad terapéutica o casa de medio camino.

Está etapa de mi actividad profesional es donde más cercanía tuve con la integración de los conceptos espirituales dentro de los tratamientos especialmente en los casos de adicciones y Trastornos de la Conducta Alimentaria.

El concepto viene de la tradición de los grupos de doce pasos y se refiere a la inclusión de un poder superior en el tratamiento para que la persona en rehabilitación desarrolle humildad y se deje guiar por los elementos de su alrededor que facilitarán su recuperación; el mismo Bateson (1998:339) hizo una reflexión acerca de cómo esta relación simétrica entre el alcohólico y su intento por dejar de consumir así como la posición de humildad ante un poder superior representaba una relación complementaria que llevaría al alcohólico a un nivel de aprendizaje superior bajo ciertos requerimientos.

El trabajo de la terapia familiar estaba más encuadrado a los aspectos de emancipación y tensiones emocionales en la familia como lo sugiere Stanton (1999:109-111): como un sistema que facilitaba el síntoma de manera homeostática que bajo una faceta espiritual. Sin embargo era común que en el paciente identificado y los miembros de la familia emergieran en la interacción terapéutica los conceptos referentes al poder superior, muchas veces claramente identificados con sus creencias religiosas.

Fuera del contexto de la clínica he continuado trabajando con adicciones; pero ahora la variedad de demandas de los consultantes se ha amplificado desde lo que podríamos denominar trabajo de coaching sistémico como lo plantea Kourilsky (2005:337) o consulta terapéutica, dependiendo del momento y los consultantes. Hoy en día prefiero llamarlo consulta a personas basada en la terapia familiar.

El trabajo se encuadra en un aspecto socio-construccionista, desde una epistemología sistémica cibernética-ecológica con intervenciones narrativas y estructurales pragmáticas.

¿Cómo se relaciona esto con la espiritualidad? Hace algunos años tuve la experiencia de trabajar con una consultante que refería tener visiones premonitorias, así

como una intuición muy desarrollada que le permitía conocer a las personas que le rodeaban. Ella misma pertenecía a una familia donde las creencias espirituales formaban parte de su tradición ya que había una abuela con la que compartía dichas experiencias. La demanda giró alrededor de acomodar su interpretación personal de estas experiencias, que la llevaban en ocasiones a entrar en conflicto con su profesión y su actividad laboral. Sin embargo después de varias sesiones donde lo trabajamos como un recurso para navegar en su entorno laboral y con la suficiente aceptación de su familia terminamos el proceso con una adecuada satisfacción de que esas experiencias la ayudaban en la vida cotidiana.

A la par, me consultó otra mujer de alrededor de 40 años con un tema similar, pero en este caso, debido a dichas experiencias, había sido internada en un sanatorio con diagnóstico de esquizofrenia. Su entorno familiar apoyado por un grupo de profesionales había construido una realidad consensuada acerca de su experiencia categorizándola como patológica.

De la misma manera después de trabajar en varias sesiones con la familia se redefinieron las experiencias en un ámbito más personal sin la carga patológica y el resultado fue una aceptación del entorno familiar de las capacidades o "dones" como ellos le llamaron a la sensibilidad de quien había sido antes etiquetada como enferma.

Estos son algunos episodios acerca de cómo los contenidos de significado compartidos espirituales o mágicos son parte de la manera en que se construye una realidad compartida en el sistema familiar que facilita una enfermedad o una vida funcional de sus miembros.

Mi postura es que no era mi trabajo validar las experiencias de los consultantes sino interactuar en la manera en que el sistema familiar podría redefinir su situación y que el mismo sistema se reorganizara para que una nueva experiencia de identidad emergiera en el paciente identificado.

Hoy en día reconozco a mis consultantes como grandes maestros de lo que es la interacción en la consulta en terapia familiar. Son ellos con los que he ido aprendiendo a sentirme más cómodo con los recursos que emergen del sistema de creencias espirituales y religiosos, así como al mismo tiempo adoptar una posición de crítica al respecto.

**Postura crítica**

¿Por qué una postura crítica?

Existen varios riesgos al hablar y reconocer los aspectos espirituales o mágicos en los intentos de solución de los sistemas familiares. Y estos tienen que ver con generar una posición de dominación en uno mismo en relación con otro. De esa manera la homeostasis está inscrita no solo en el sistema familiar sino en el entorno donde el sistema familiar se encuentra inserto.

Dentro de estos riesgos está la charlatanería: un negocio donde es fácil vender promesas de soluciones mágicas a cambio de grandes cantidades de dinero. No es raro escuchar historias de familias que han intentado a través de "terapias alternativas" buscar una solución a sus conflictos físicos y emocionales, pagando sumas importantes sin obtener una solución a su situación, y sin embargo con la idea de que es válido y han sido de ayuda dichos intentos de solución.

Una postura crítica no implica rechazo. Implica en parte como bien lo dice Raúl Medina (2011:55-56):

> replantear los paradigmas que dan vida a los patrones recurrentes donde se sostienen los síntomas, y como fin último pretende buscar el bienestar social de la persona.

Ya hemos escuchado como se planteó la posibilidad de que el sistema familiar se organizaría en torno al síntoma y por lo tanto tendría una tendencia homeostática al respecto. Pues bien, de la misma manera el entorno de la comunidad y las creencias religiosas o espirituales pueden tener un efecto similar en la función del síntoma. Aún más los mismos terapeutas pueden contribuir a dichos efectos.

Pero esto no significa que el terapeuta deba combatir y enfrentarse a dichos sistemas de creencias en los cuales muchas veces está él inserto. La propuesta es colaborar en la interacción terapéutica para que nuevos elementos de organización surjan en los sistemas y de esa manera nuevas posibilidades emerjan en sus subsistemas y elementos, es decir los individuos, sus conductas, sus pensamientos, sus emociones y sus relaciones.

Una postura crítica es contemplar eso sagrado que posibilita una organización diferente a través de una interacción en un contexto especifico con una teoría basada en el entendimiento de cómo funcionan los sistemas y la pauta que conecta.

Una postura crítica es hacer un ejercicio constante de observación de segundo orden con ayuda de colegas para minimizar e incluso evadir los riesgos que conlleva ingresar en temas difíciles de las cuestiones de religión y espiritualidad.

Para ello, el consultor reconocerá la influencia de dichos sistemas de creencias, para acomodarlos en su ejercicio profesional. Revisará sus implicaciones personales que genera el trabajo con ciertos temas o ciertos consultantes. Y al mismo tiempo podrá armar una serie de habilidades para cuestionar y facilitar nuevos espacios donde dichos conceptos sean útiles en la interacción terapéutica con el fin de ayudar al consultante a lograr los objetivos planteados en común en la consulta.

¿Cuál es el papel del consultor respecto a las creencias de sus consultantes?

Descalificar las creencias religiosas y espirituales, especialmente cuando estas están íntimamente ligadas a la demanda o al motivo de consulta puede ser muy tentador. Sin embargo, tendrá una repercusión importante en la interacción ya que muchas veces el

consultante al sentirse juzgado limitará los temas a debatir y reflexionar en el espacio de la consulta. Y en otros momentos incluso se alejará de la interacción terapéutica.

Lo que queda pertinente en el consultor es cuestionar sus propias creencias y compartir esas reflexiones calibrando la relación con el Otro. Lo que implicará esta intervención es que el consultante se permita expresar sus propias dudas y cuestionamientos, con una postura crítica personal, que no le es impuesta por el consultor sino que se crea un escenario de reflexión conjunta.

Esta capacidad de reflexión del sistema de origen del consultor comienza en la formación: es durante los ejercicios continuos vivenciales donde puede explorar en conjunto con sus compañeros, lo que incluye al docente, las diferentes ideas que tiene acerca del modelo relacional con el mundo que le rodea. De esta manera genera filtros reflexivos acerca de temas que anteriormente no había tenido oportunidad de expresar, lo que ayuda a generar nuevas reflexiones acerca de las implicaciones de estas creencias en el trabajo con sus propios consultantes.

**El estilo personal del terapeuta**

Cuando se trabaja con terapeutas en formación es claro el impacto que tiene en su estilo terapéutico el estilo terapéutico de sus profesores y supervisores. Debido a temas de identificación, de pertenencia y de reconocimiento existe una búsqueda de ser como alguien a quien consideran especial; ya Haley (1997:52), Ceberio y Linares (2005:54) han revisado este tema respecto al terapeuta y las vicisitudes de las variables den la formación del terapeuta y su ejercicio.

No es sencillo que con poca práctica y en el inicio los terapeutas familiares en formación construyan con suficiente claridad un estilo terapéutico propio. Poco a poco irán construyendo estas experiencias de cuales elementos teóricos y prácticos van sumándose a su repertorio de competencias terapéuticas.

Cuando han alcanzado cierto nivel de confianza en sí mismos comienzan a hablar de aspectos que han influido en ellos y que son externos a la formación institucional; algunos de estos aspectos se refieren a un repertorio cultural identificado como espirituales.

Lecturas, conferencias y obras de arte tienen su impacto, muchas veces acallado en su estilo por temor a ser enjuiciados y expulsados de los círculos de reconocimiento de los gremios de terapia; sin embargo van emergiendo los elementos que ellos mismos reconocen como importantes y que son imposibles de pasar por alto o de eliminar como si fuesen un error en el código de un programa de computadora. Aun así, la mirada de los supervisores es importante para ayudar a que los estilos personales de los terapeutas en formación se afinen en cuestiones teóricas y en elementos pertinentes a las necesidades de cada contexto.

¿Qué sucede con la construcción del estilo terapéutico cuando no se da espacio a estos elementos del terapeuta en formación que involucra religión y espiritualidad?

Es una pregunta que invita a reflexionar sobre lo limitado que puede ser que un terapeuta en formación no explore sus inquietudes acerca de su propia vida, sus creencias y sus orígenes, haciendo como si existieran a partir de la formación o sólo por la formación; eso atenta en sí mismo con una postura crítica y lo vuele un tabú para los círculos de formación terapéutica.

Muchas veces una elite de supervisores pasa por alto el grado de ansiedad de un terapeuta en formación el cual está más atento a cumplir las expectativas del supervisor que de la interacción terapéutica con sus consultantes. Lo complejo en esta situación es establecer un programa que ayude a que el terapeuta en formación desarrolle las competencias necesarias, evaluar como adecuadas y pertinentes dichas competencias sin pasar por encima de las aportaciones que los mismos terapeutas en formación pueden hacer al conjunto de teorías y conocimiento que ya existe sobre la práctica de la terapia familiar.

No olvidemos que los recursos de ejecución de la consulta de un supervisor están sujetos a su propia historia de vida, a sus redes sociales y por lo tanto su estilo personal es una interpretación de la teoría; no podemos estandarizar el pensamiento ni la manera de experimentar los fenómenos relacionales que ocurren en las interacciones sociales ni en supervisión, ni en la consulta, ni en la formación.

Y como dice Sluzky (1998:42), "esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí".

Lo que si podemos hacer es establecer criterios de formación, de supervisión y de consulta. Es aquí que volvemos a la idea de Bateson respecto a la tautología ecológica; estos criterios son entonces una serie de premisas que tienden a apoyarse mutuamente respecto a lo que es la realidad, la teoría de la interacción y la manera de trabajar con sistemas familiares. Pero al ser premisas están sujetas a las reglas del lenguaje, por lo que el objeto de estudio son los criterios o las premisas en sí.

Pero ¿cómo evaluamos y validamos la experiencia interna, subjetiva de una persona? ¿Cómo decimos que tal proceso tiene tal valor académico aprobatorio o no, y más aún el desarrollo o crecimiento de un consultante que ha asistido a un proceso terapéutico?

La propuesta es cambiar de paradigma en el sentido de que el ejercicio de la formación, de la supervisión y de la consulta sea analógico al proceso democrático.

**Ejercicio social de la igualdad**

Sabemos que el ejercicio de la democracia es caótico y desgastante, sin embargo antes de trabajar con las ideas de democracia y terapia familiar en el tema de la espiritualidad revisemos algunas ideas interesantes.

Bauman (2013:13) responsabiliza a Bourdieu de que es la cultura como saber en las artes y que servía históricamente para diferenciar clases sociales. Y al mismo tiempo nos recuerda que:

> De acuerdo con su concepto original, la "cultura" no debía ser una preservación del statu quo sino un agente de cambio; más precisamente, un instrumento de navegación para guiar la evolución social hacia una condición humana universal (Bauman 2013:13).

Bauman (2013:17) establece una lectura crítica de la cultura heredada del concepto de Bourdieu donde se vuelve un dispositivo homeostático, y a la vez introduce el concepto de "modernidad liquida" y lo utiliza en una posición a lo que otros autores denominan la posmodernidad, o hiper modernidad.

Refiere Bauman (2013:18) que no es un cambio de paradigma sino una lucha contra los paradigmas:

> Puede decirse que la cultura de la modernidad líquida (y más en particular, aunque no de forma exclusiva, su esfera artística) se corresponde bien con la libertad individual de elección, y que su función consiste en asegurar que la elección sea y continúe siendo una necesidad y un deber ineludible de la vida, en tanto que la responsabilidad por la elección y sus consecuencias queda donde la ha situado la condición humana de la modernidad líquida: sobre los hombros del individuo, ahora designado gerente general y único ejecutor de su "política de vida".

Para Bauman (2013:19) la desigualdad social se establece en una metáfora donde la cultura es la de consumo, donde todos son clientes, donde algunos pueden consumir más que otros y eso establece una diferencia significativa en la construcción de los elementos de la realidad.

De manera similar Wilkinson y Pickett (2011:23-24) hacen una serie de correlaciones entre esta desigualdad social y los distintos padecimientos de las sociedades en la salud, la vida en comunidad y las relaciones sociales. Es aquí donde quiero establecer un vínculo con la desigualdad en la relación del terapeuta en formación con su supervisor y su consultante.

Haciendo uso de una cita de Alfred Adler, Wilkinson (2011:40) sugiere que: "ser humano significa ser altamente sensible acerca de ser considerado inferior".

Entonces tanto Bauman (2013) como Wilkinson y Picket (2011) conforman una idea clara de cómo el consumismo en la modernidad liquida otorgan un valor a una persona, un estatus que marca la desigualdad. La desigualdad incrementa la ansiedad por ser evaluado implícita en el criticismo, refiere Wilkinson (2011:43).

Esa desigualdad se ha permeado a los escenarios terapéuticos. Existen franquicias donde el consumo de ideas y certificados generan consultores elites con mayor "valor" que otros; hablando en un sentido de consumo son las ideas y las teorías, o las marcas registradas las que se consumen en la formación de algunos procesos de formación.

Asimismo, algunas veces esa desigualdad se permea en la relación entre terapeuta en formación, supervisor, maestro y consultante. Esto parece entonces contradecir el propósito mismo de la consulta en terapia familiar, la cual busca que los cambios sistémicos emerjan en contraposición a los movimientos homeostáticos disfuncionales.

En esta relación, en esta interacción entre formador, consultante, consultado, ¿quién es más valioso? ¿Quién tiene un mayor estatus? Y ¿cuáles son las implicaciones de la posibilidad de que este código esté presente en la interacción en terapia familiar?

Así que cuando una persona habla con otra e implica ciertas creencias religiosas y espirituales ¿quién está calificado para evaluar dichas ideas? Lo que me lleva a reflexionar sobre que el volver tabú un tema como el de la espiritualidad en la consulta de la terapia familiar o en los procesos de formación amplifica esta idea de desigualdad, incrementa la ansiedad por ser evaluado por las ideas manifiestas ante otro que se supone está en la interacción para facilitar el crecimiento, la resolución de problemas, la búsqueda del bienestar social de los individuos y los sistemas en los que viven.

Es aquí donde la idea de la democracia en el proceso de formación de los terapeutas es posible.

**Procesos de formación democráticos**

Minuchin (1998: 57-58) en el arte de la Terapia Familiar señala que la práctica clínica y la supervisión es análoga a la formación del gran samurái Musashi: la relación entre profesor y alumno es claramente desigual. Advierte sobre cómo puede ser esta experiencia de aprendizaje espeluznante para los que son sensibles a las jerarquías y a las cuestiones de control.

Es indudable lo que Minuchin ha aportado al entendimiento de los sistemas familiares, y reconociendo las múltiples críticas a la posición de "no experto" que han adoptado múltiples figuras terapéuticas en los movimientos conversacionales y de prácticas colaborativas propongo una lectura alternativa a este embrollo.

La igualdad no implica el desdibujamiento de los roles, y mucho menos de las responsabilidades individuales asumidas socialmente, los estilos de formación y de consulta. El mismo Minuchin (1998:27) reconoce como el terapeuta se enfrenta con su propio "es quien es" a una familia que dice "somos quienes somos".

Es ahí donde aparece la igualad en la diferencia, donde la posibilidad de la multiplicidad de contextos y voces se encuentran en un nuevo escenario denominado terapia familiar.

La idea de la democracia es muy antigua y ha encontrado eco en diferentes pensamientos y corrientes, pero lo menciono como pertinente en este apartado por dos aspectos básicos, el político y el de gobierno o control.

Dice Victoria Camps (2001) que en Aristoteles la ética y la política se confunden, "el fin de la polis, o de la comunidad, es superior al fin del individuo… deliberación (Bouleosis viene del nombre dado a la asamblea (Boulé), o al Consejo de Ancianos, el órgano de participación de la democracia ateniense" (Camps 2001:116).

Y sugiere:

> Es cierto que en las democracias actuales la participación directa no es posible, pero quizá lo sea más en el seno de las varias organizaciones sociales, sobre todo si estas se estructuran democráticamente. Procurar que la deliberación no falte ni falle en las organizaciones de la sociedad democrática no solo constituye una forma de profundizar en la democracia, sino que es el medio más adecuado para fomentar la responsabilidad y producir actitudes más solidarias. (Camps 2001:117).

La democracia no es perfecta, sabemos que es propensa a la corrupción; he de dejar muy claro que no es una apología a la corrupción. Pero lo que si aporta de manera significativa es la posibilidad de la construcción de debates con un Otro, de estar en desacuerdo con el Otro y de construir elementos de bienestar y cuidado en los múltiples entornos en los que vivimos. Y ese Otro tiene un rol diferente al mío, pero no de más valor.

La práctica de la democracia no puede ser dictatorial ya que ello iría contra sí misma. Es un continuo encuentro entre las diferencias con los otros de manera que van emergiendo nuevos significados y nuevas interacciones en el sistema. Un ejemplo de ello son las cartas que se publicaron entre Umberto Eco y Carlo Maria Martini (1997) respecto a diferentes temas de religión desde una mirada laica y con una asesoría religiosa.

Ya sea sistema familiar, sistema terapéutico o sistema de formación: el derecho básico de toda democracia es la posibilidad de ser escuchado. Lo que no significa que cualquier discurso es válido; y es en esa posibilidad cuando la ética, entendida como la capacidad de convivir con el otro sin maltrato, sin destrucción, se logra para generar los aspectos de salud y bienestar.

Un proceso democrático en formación implica crear escenarios donde las voces de los otros se escuchen. La escucha critica de sí mismos facilita el pensamiento autónomo que se podrá evidenciar en diferentes contextos con sus mismos principios, con la pauta que conecta.

Es en esos escenarios donde he escuchado las inquietudes de los terapeutas en formación respecto a sus dudas sobre espiritualidad y religión en la terapia familiar, es ahí mismo donde cada uno de ellos expresa sus creencias y las acomoda con los

elementos de formación que van surgiendo, y es ahí donde se genera una postura crítica frente a dichos elementos.

Es así como muchas ideas sobre espiritualidad y religión se elaboran como recursos de sí mismos, de su interacción con los otros y de su trabajo con los consultantes.

¿Qué es lo que aún no sucede en este proceso democrático?: si bien es cierto que tanto el rol del docente como el rol del alumno son evaluados, no existe un acuerdo mutuo consensuado acerca de dichas evaluaciones. Los criterios de evaluación obedecen a políticas institucionales gubernamentales y a tablas estandarizadas: un número no refleja la experiencia de aprendizaje que tanto docente como alumno viven en dicho proceso.

No se trata de renunciar al rol de formador o supervisor, ya que cada sistema necesita la diferencia de los roles para que el entorno social genere la retroalimentación adecuada para la función de dicho sistema. Se trata de matizar los elementos de reflexión crítica, de facilitar su presencia en la vida cotidiana de los personajes involucrados en los escenarios de la consulta y de la formación.

**Y entonces ¿cómo?**

Me gusta esta pregunta porque la escucho muy frecuentemente en terapeutas en formación y en los consultantes. Es la pregunta de la receta en pasos de cómo lograr algo en específico.

Pero recordando los fundamentos de equifinalidad, equicausalidad y entropía, el "cómo" es variable, es único a cada situación, es delimitado por su propio encuentro multicontextual e intercontextual.

El principio está en la metáfora del observador; la observación de segundo orden requerirá de una práctica constante para facilitar este observar. Porque la tendencia es el autoengaño donde creemos que tenemos control de nuestras premisas y que tenemos las riendas de nuestra conducta en nuestras manos.

José Luis Díaz (2007:509) refiere que Gary Schwartz y colaboradores publicaron dos estudios sobre las capacidades de los médiums para producir información sobre los muertos en condiciones controladas. Y se pregunta respecto a la consciencia de la muerte o incluso más allá de la muerte, si como sugieren sus conclusiones, aun con sus errores del alto grado de acierto de los médiums, nos indica que los fenómenos de la consciencia aún son limitados para conocerse, la paradoja radica en que la consciencia estudiando la consciencia podría tenderse trampas a sí misma.

Sin ser víctimas totales del determinismo, sea orgánico o social, sabemos que por fin de economía la conciencia es limitada y que muchas de las creencias y premisas funcionan sin que podamos estar en un percatamiento consciente de ellas todo el tiempo.

Pero esa repetición continua de una actitud crítica ante nosotros mismos y nuestro lugar en los sistemas de creencias incorporará en la vida cotidiana una postura menos riesgosa para el consultor y el supervisor.

He aquí donde vuelve a aparecer la importancia de poner en la interacción terapéutica y de formación los elementos espirituales y religiosos. Hacer las preguntas que faciliten la reflexión y generar una retroalimentación acerca de conocer esas conexiones que están presentes en nosotros facilitará la comprensión de los múltiples fenómenos que a primera vista parecen grandes misterios sin respuesta.

**Casos para ejemplificar**

Los nombres han sido cambiados para protección de identidad de los consultantes, así como algunos datos ligeramente alterados para dificultar la identificación de los mismos pero lo suficientemente cercanos para darnos una idea de los elementos pertinentes.

***María y Mario***

Hace aproximadamente un año me solicitaron consulta una pareja, ambos tienen aproximadamente 80 años de edad, y poco más de 50 años como matrimonio. Tienen varios hijos en edad adulta, la mayoría con familias conformadas.

La demanda giraba alrededor de que ella solicitaba irse a una casa de retiro porque estaba "cansada" de vivir en pareja con su esposo. Ante lo cual él le solicitaba que se quedará para cumplir el sueño de pasar juntos la vejez con cariño y apoyándose mutuamente.

Durante las primeras sesiones en una indagación curiosa la pareja fue relatando como se organizaron para vivir en base a las costumbres de la época. Él se hacía cargo económicamente del hogar y ella se hacía cargo de las labores domésticas y de educación de los hijos.

Estos roles no habían sido negociados o consensuados sino que se dieron por si solos; es común que en los años en que la pareja se formó se dividieran los roles de tal manera sin que la pareja construya un contrato explícito.

María expresaba continuamente durante las sesiones recuerdos de dolor y resentimiento por sentir mucha carga por parte de su pareja así como el que sus necesidades personales no se hubiesen satisfecho. Señalaba continuamente que la separación de los roles había generado una distancia entre ellos que ahora le parecía difícil de aproximar. Ambos dormían en habitaciones separadas y cada quien se hacía cargo de sí mismo, por así decirlo.

Mario expresaba dolor ante la actitud dura de su esposa y el alejamiento que tenía, así como la expresión continua de resentimientos por experiencias en la relación de pareja.

Durante las sesiones María verbalizaba más expresando sus emociones y preguntando constantemente como podía cambiar esas emociones. Mario solía ser más reservado y mostrando una escucha atenta solía debatir los recuerdos de su esposa en una actitud a la defensiva.

En sus expresiones era común escuchar un apego importante de ambos, aunque más enfático en ella, de sus creencias religiosas católicas. Incluso en la familia hay quien sirve a alguna congregación religiosa.

María entonces narraba sus primeras experiencias de pareja: como se sentía frustrada continuamente respecto a lo que ella esperaba. Su esposo no era cercano, cariñoso ni la tomaba en cuenta para las decisiones de como guiar a la familia, ante lo cual ella decidió callar y asumir las decisiones que su esposo tomaba.

Esta actitud fue generando emociones negativas de rechazo hacia su esposo que no habían sido expresadas abiertamente, sino a través de conducta de alejamiento y desapego.

Así que fue durante la tercera sesión que estábamos hablando acerca del perdón como una posibilidad de resignificar la historia y la relación de pareja cuando nos volcamos a la idea cristiana (es decir de lo que los evangelios narran respecto a Cristo y el arrojar la primera piedra) cuando ella reconoce que para ella es importante esa experiencia del perdón.

Ella propone que quiere hacerlo pero que no sabe cómo, ante lo cual le propongo una idea que se trabaja en los grupos de doce pasos para el perdón, y que consiste en hacer oración durante dos semanas pidiendo a tu poder superior que le otorgue a la persona con la cual te sientes ofendida aquello que quisieras para ti mismo.

A ella le encantó la idea, ya que la oración era frecuentemente un recurso para encontrar un espacio de tranquilidad cuando vivía una crisis emocional.

En la siguiente sesión dos semanas después ella relata sentir mucho alivio en las emociones hacia su pareja. Pensar constantemente en que su esposo también tenía necesidades y muy parecidas a las de ella le permitió enfocar la narración que hacía constantemente del pasado y sus carencias, por una narración de una persona con necesidades y errores con la posibilidad de cambiar, al mismo tiempo Mario se mostraba más atento con su esposa, respetando sus espacios y disminuyendo la crítica hacia ella por preferir socializar con otras personas que con él.

Al hacer un cambio en esta situación en la sesión ella mirando a su esposo le pidió perdón por haberlo juzgado severamente sin haber comprendido sus necesidades y reconociendo que en su historia de pareja no sólo había habido problemas, sino también historias de gozo y crecimiento.

Contó una alegoría muy interesante, de cómo cuando algún producto, especialmente de los de higiene personal, se le terminaba al tirar el envase le daba las gracias por la función que había hecho, y como se daba cuenta que con su esposo

no había agradecido aun sus errores o sus carencias porque de esa manera ella había aprendido a ser autónoma.

Ante tal muestra de humildad Mario con llanto en los ojos pidió también perdón por no ser el hombre perfecto, y hacía hincapié en su necesidad de sentir cariño de su esposa, especialmente en los detalles de sentirse importante y tocado por ella.

A partir de entonces la pareja se enfocó en tener más cuidado de cómo se mostraban mutuamente el cariño y el respeto. Y las sesiones siguientes giraron en una continua reflexión de cómo sus aprendizajes de jóvenes no habían sido cuestionados y solamente fueron asimilados para construir una familia.

La posibilidad de generar un filtro reflexivo sobre esos aprendizajes les permitió reflexionar sobre lo que sucedía en la actualidad con las parejas jóvenes y como ellos mismos podían generar una oportunidad de vivir una experiencia diferente de lo que significa vivir en pareja.

Muchas de esas creencias vienen de la situación social religiosa rígida pero al mismo tiempo las nuevas maneras de vivir la relación de pareja no desechaban las creencias religiosas, sino las maneras de vivirlas.

Así que la experiencia quisieron trasladarla a su relación con sus hijos y ellos mismos propusieron que le llamarían por su cuenta a cada uno de ellos para pedirles perdón por sus errores como padres.

Cuando lo hicieron las experiencias fueron múltiples pero sobre todo habían cambiado una imagen que tenían de sí mismos como padres que tenían que ser honrados y que anteponían el orgullo en la relación con sus hijos especialmente María.

Al posicionarse como una madre que podía pedir perdón ella misma decía "sentí que mi alma descansó, que pude tener paz" lo que reformuló los sentimientos negativos con el pasado y la imagen que se había construido de sí misma.

En esa época ella tuvo que ser intervenida quirúrgicamente en una de sus piernas lo que la limitó en su autonomía, ante esa circunstancia su esposo mostró una actitud colaboradora para su recuperación, lo cual ella valoró mucho y le permitió fortalecer la nueva narrativa que tenía de la pareja.

María había ya abandonado la idea de irse a una casa de retiro. Y disfrutaba la compañía con su esposo, aunque ocasionalmente vivían episodios que les recordaba la distancia en el pasado y volvían a experimentar emociones negativas entre ellos.

Cada sesión la recuerdo por estar muy complementada por frases de "bendito sea Dios" le agradezco a Dios" y continuas referencias a los valores que la Iglesia establece moralmente.

A mi parecer estos elementos fueron recursos importantes en la pareja para que trabajaran de acuerdo a sus valores, valores y frases que me son familiares.

Creo que el hecho de que pudiéramos conversar alrededor de esos temas y posibilitarlos como facilitadores de la relación de pareja emergió como un recurso para las sesiones.

*Alma y Rocío*

Alma y Rocío me buscaron hace un par de años: estaban viviendo en pareja desde hacía 9 años.

Su relación se encontraba en un *impasse:* los 5 años recientes estaban enmarcados por una serie de problemas económicos, crisis emocionales donde Alma se cortaba y amenazaba con suicidarse y Rocío ejercía la función de rescatadora incondicional, al mismo tiempo alejándose porque le era muy difícil vivir las crisis.

Ambas fueron diagnosticadas con depresión y estaban siendo tratadas farmacológicamente con un apego irregular al tratamiento, más regular cuando había crisis pero después de que esta pasaba el medicamento lo tomaban intermitentemente o lo dejaban aludiendo que no tenían dinero para comprarlo.

Las familias de origen se oponían abiertamente a la relación culpando a la otra pareja respectivamente de la situación de cada una de sus hijas o hermanas.

Alma fue internada varias veces en atención de estancia breve debido a la gravedad de sus crisis. En el caso de Alma era evidente su dificultad para emanciparse ya que mantenía una lealtad muy poderosa hacia su madre quien se había separado de su padre por una infidelidad, lo que llevo a que incluso Alma no tuviera ningún contacto con el padre. Dicha triangulación la hacía susceptible a ataques de celos continuamente hacia su pareja por miedo a que se repitiera la historia entre ellas.

Rocío por su parte tenía una historia de maltrato y descalificación en su familia de origen donde en algunas ocasiones miembros de la familia se dedicaron a actividades ilícitas generando un ambiente de violencia y ambigüedad hacia los limites.

La pareja había intentado repetidamente separarse, no lo habían logrado, no mejoraban y tampoco podían separarse. Es ahí cuando comenzamos la consulta.

Alma había estudiado psicología y Rocío se dedicaba a hacer trabajo de la religión Orisha, las dos a su manera eran "sanadoras", un papel que alguna vez quisieron ejecutar en sus familias de origen pero en el que fueron descalificadas constantemente.

Las dos estaban dentro de la religión de Palo, algo desconocido para mí. Pero a través de las sesiones fui aprendiendo más de ello.

Dentro de los elementos de su religión que me llamaron la atención fue un principio tabú que había sido marcado hacia ocho años antes para las dos, y era que no podían estar juntas, que si ellas insistían en seguir juntas sufrirían y nada lograrían en su vida.

Así parecía que la gran paradoja de querer seguir juntas pero no lograrlo fue establecida tanto por la sociedad, su religión y sus familias de origen.

Las primeras sesiones las enfocamos al manejo de las crisis, a mejorar el apego al tratamiento farmacológico y a las funciones cotidianas laborales para que sus

recursos económicos se estabilizaran. Una vez logrado esto nos enfocamos en los acuerdos de pareja y el tema de la crisis de celos.

Las crisis continuaron.

Durante las sesiones aprendí mucho sobre su religión y sobre lo importante que era para Rocío quien sentía que su vida era seguir el camino de guía espiritual de su religión. De esa manera ella se sentía atrapada entre su tabú de no seguir con Alma y su deseo de seguir creciendo en su religión y en sus obras espirituales.

Conforme transcurrían las sesiones y Rocío hablaba más y más de su religión su pasión crecía, después de transcurrido un poco más de un año. Rocío decidió separarse definitivamente para seguir con su llamado a la religión, fue duro para Alma quien vivió una crisis muy dura y se internó nuevamente con una ideación suicida muy elevada.

Unas semanas después Alma fue recibida por su familia de origen y comenzó sus actividades laborales y de apego a su tratamiento. Ocho meses después Alma ya estaba viviendo con una nueva relación donde las dos estaban aprendiendo a estabilizarse, aunque habían ocurrido tres crisis más la nueva relación le permitía a Alma mantenerse apegada al tratamiento, sin afectar sus otras relaciones sociales, sin afectar dramáticamente su actividad laboral y con una clara consciencia de que sus crisis duraban tres días donde buscaba dormir todo el tiempo pero después de ello retomaba su actitud saludable ante la vida.

La vida de Alma no es perfecta pero ha crecido y aprendido mucho sobre su relación con su familia de origen y ahora mantiene una relación cercana con su padre y se ha destriangulado de su lealtad con su madre.

Me parece que mi participación con ellas fueron muchas pero este tinte de darle importancia a la vida espiritual de Rocío ayudo a que pudiera reconocer que encontraría un camino alternativo en su vida. Actualmente Rocío sigue trabajando como guía espiritual en su religión y se mantiene estable.

No soy especialista en religión o en espiritualidad, pero darle un espacio suficiente a estos elementos permitió que hayan emergido como recursos en los sistemas con los que trabaje en consulta. Sé que no son los únicos elementos que ayudaron a que estas parejas resolvieran sus situaciones, pero en ambos casos había una necesidad importante en ellos de hablar al respecto ya que habían encontrado censura en otros espacios terapéuticos. Para mí eso es lo sagrado, lo ético en la interacción terapéutica: la espiritualidad en la terapia familiar.

**A manera de conclusión**

Abordar el tema de la espiritualidad en Terapia Familiar no es común, tal vez porque no es el eje de los sistemas, y sin embargo muchos sistemas familiares generan narrativas altamente significativas en su organización a partir de ideas espirituales y religiosas.

He decidido hablar en separado de la espiritualidad y de la religiosidad debido a los cánones que las múltiples religiones conllevan, así como las ideas laicas acerca de la espiritualidad y que no están incluidas en la religión.

Reconozco la importancia que tiene generar espacios en la formación del terapeuta familiar para que se discuta sobre sus ideas en base a la espiritualidad y la religión ya que con sus propios consultantes dichos temas emergerán a veces casualmente a veces de manera central.

Los sistemas familiares siguen siendo importantes aunque sus funciones vayan transfiriéndose a las organizaciones; es aún en los sistemas familiares que surgen los aspectos de pertenencia y de facilitación de la identidad como lo han expuesto Minuchin (1998), Linares (2012), Bowen (1991), Medina (2011) y otros en sus obras.

Reconocer los elementos discursivos que entretejen el trazo de distinciones de los terapeutas facilitará su postura crítica ante dichos postulados, para así introducir nuevos elementos de retroalimentación dentro de los sistemas en que navega. Siendo una práctica constante lo que se incorpore en él consultor como elemento autónomo dentro de esa capacidad auto organizativa.

Lo que hago en este contexto es reconocer la riqueza simbólica que convive desde las ideas religiosas mágicas prehispánicas hasta las más modernas, *new age*. Las ideas que inspiran a los consultantes a buscar alternativas para vivir, para resolver sus problemas, para crecer o para encontrar narraciones alternativas al discurso dominante. Sea como fuera que le quieran llamar a la teleología ecológica de la consulta en la terapia familiar.

El propósito es en relación con Otro y siendo nosotros mismos un Otro, con un escenario ético, teniendo en el centro lo sagrado y comprendiendo que las limitaciones del lenguaje nunca van a permitir dar cuenta de todo lo que ocurre en la experiencia de la interacción durante la consulta.

Generamos aproximaciones conceptuales, limitadas, muchas veces perdidas y obligadas de lo que es un cuerpo de ideas y de teorías, a veces por temor a caer en los vacíos de significado y que el "todo vale" destrone el *statu quo* de las ciencias imperantes.

No se trata de abrir los caminos profesionales para el "todo vale" sino de proponer los espacios de reflexión democráticos donde el deliberar permita generar esa responsabilidad compartida de nuestra participación en la construcción de la cultura, de la tradición, de lo social.

Es claro que los modelos sociales propuestos en nuestro contexto no están funcionando, por eso las crisis. Así que es hora de volvernos a cuestionar ¿de qué otra manera lo podemos hacer?, ¿con cuales metodologías que nos han servido? y de no ser así ¿que necesitamos reformular para obtener resultados diferentes?

Es muy tentador pensar que la teoría sistémica y sus movimientos modernos, pos-modernos, ultramodernos, hiper-modernos, etc., se encuentran fuera del rango

de dichas crisis sociales. Pero vemos que no es así cuando reconocemos que la consulta es un acto social, que está inserto en un grupo de ideas que emergen de lo social y para lo social, sea este medio el lenguaje o la interacción o la cultura.

El compromiso es el trabajo día a día con esta propuesta para que la retroalimentación de los sistemas se cuestionen a sí mismos, para que se provoquen alternativas, ese es el compromiso ético: lo Sagrado.

**Referencias bibliográficas**


Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

Bateson, G. (2002). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bauman, Z. (2013). *La cultura en el mundo de la modernidad liquida*. España: Fondo de Cultura Económica.

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. Buenos Aires: Paidós.

Camps, V. (2001). *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares.

Ceberio, M. y Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia familiar: la construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.

Cecchin, G.; Lane, G. y Ray, W. (1995). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.

Conde, N. (2003). "Hermenéutica y filosofía. El discurso filosófico Beuchotiano". En M. Beuchot y A. Velasco (eds.). *Quintas Jornadas de Hermenéutica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part II. Evidence and Conclusions. *British Journal of Addiction 83*, 735-748.

Díaz, J. L. (2007). *La conciencia viviente*. México: Fondo de Cultura económica.

Eco, U. y Martini, C. (1997). *¿En qué creen los que no creen?* México: Taurus.

Freiré, P. (1997). *Política y educación*. México: Siglo XXI editores.

Garfinkel, H. (2006). *Estudios en etnometología*. Barcelona: Anthropos.

Gergen, K. J. (2001). *Social construction in context*. London: Sage Publications.

Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). Panorama de las religiones en México 2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Secretaría de Gobernación. México : INEGI, 2011. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_religion/religiones_2010.pdf 2 de Diciembre 2013 2 pm.

Kourilsky, F. (2005). *Coaching. Cambio en las organizaciones*. Madrid: Pirámide.

Levinas, E. (1993). *El tiempo y el otro*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder.

Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones. Terapia Familiar Crítica*. Guadalajara, México: Red Américas.

Minuchin, S.; Wai-yung, L. y Simon, G. M. (1998). *El arte de la terapia familiar.* Barcelona: Paidós.

Ramos, R. (2008). *Temas para conversar.* Barcelona: Gedisa.

Sagan, C. (2000). *Miles de Millones. Obra póstuma*. España: Biblioteca de Bolsillo.

Samper, J. y Garciandía, J. A. (2007). "Espíritu, espiritualidad y pareja". En Eguiluz, L. de L. *Entendiendo a la pareja: Marcos teóricos para el trabajo terapéutico*. México: Pax.

Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica.* España: Gedisa.

Stanton, M. D.; Todd, T. y cols. (1999). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.

Von Glaserfeld, E. (1995). "Despedida de la objetividad". En P. Watzlawick y P. Krieg (comps). *El ojo del observador, contribuciones al constructivismo*. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, P.; Helmick, J. y Jackson, Don D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2011). *The Spirit Level. Why greater equality makes societies stronger.* New York: Bloomsbury Press.

Capítulo VII

# LA DANZA TERAPÉUTICA UNA APROXIMACIÓN CREATIVA AL PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS TERAPEUTAS

José Mª Fuentes-Pila Estrada[46]




*La educación comienza con una noción que ya es una división terrible del trabajo; ya en la escuela primaria aprendemos que hay dos cosas: una aburridora y útil, la clase; otra, inútil y maravillosa, el recreo. Pronto se nos ubica muy bien en el tiempo y el sitio: en la clase uno se aburre, pero es necesario, se aprende, si no se pierde el año; en cambio, en el recreo uno goza, pero eso ni sirve para nada; y algo se queda para siempre en nuestra mentalidad... el saber no es disfrute y esa pequeña separación se nos mantiene durante toda la vida: aprender es lo contrario de disfrutar, disfrutar es lo contrario de aprender, pero entonces no habrá más que un interés exterior.*

Estanislao Zuleta

## Introducción

La creatividad es el activo del ser humano que le redefine en la escala evolutiva. Es, posiblemente, el recurso que le puso de pie en la evolución. Renovar el pensamiento

[46] SISTEMICCA. Instituto Cántabro de Psicoterapia-Escuela Vasco Navarra de Terapia de Familia, Santander, España (jm.director@sistemicca.es).

es desactivar fantasmas, sacudirse de legados que a veces condicionan los caminos del cambio.

La capacidad creativa es inherente al ser humano. Es luz que redefine la toma de decisiones, es reformulación de conflictos, es la búsqueda de soluciones alternativas a las ensayadas en la resolución de los problemas.

Las personas no carecen de creatividad. Simplemente no ha sido explorada o ha sido cauterizada, castrada al servicio de discursos vitales homogéneos. La creatividad es, desde este punto de vista interaccional. El acto creativo se establece en la encrucijada entre el emisor del mensaje (creador) y el receptor del mismo (modulador creativo). Es desde esa posición desde la que podemos entender la necesidad de promover las capacidades creativas teniendo como referencia las artes. Pero desde la bidireccionalidad. Es decir, arte genera quien escucha música, quien observa un cuadro, quien lee un libro, al ser el elemento transformador del mensaje artístico, creativo del artista.

En todos estos años de experiencia en la resolución de los conflictos emocionales de las personas, podemos considerar que la creatividad es el activo que favorece los cambios. La vida de las personas es un devenir de cambios, jalonada de crisis y estados homeostáticos. Pues bien, considero que es la activación de las dotes creativas la que descubre soluciones nuevas a los mismos problemas que las personas expresan.

Alcohólicos severos que desconocían su capacidad para escribir, personas en situación de trauma que se han salvado del abismo emocional a través de la música, de la pintura, enfermos mentales que descubren su juicio mediante las artes plásticas. Pero la creatividad es también un elemento de carácter social. La representación social sobre la creatividad queda limitada en muchos casos al foro de los artistas, de quienes fueron agraciados con dotes creativas y les diferencian del mundo. Y creo que este aspecto socio cultural ha hecho que la cultura también sufra estancamientos no participativos. Por eso vuestra idea me parece única. Porque alberga contenidos de profundo calado, transformadores.

La mente es en sí misma creativa. Cuales son los activadores de ese potencial es algo que permitirá cambios profundos en las organizaciones humanas, sean políticas, culturales, sociales. Cuando hablamos de creatividad, hablamos de personas. De progreso, de futuro, al fin y al cabo.

Solo se puede transformar una crisis en oportunidad si realmente somos capaces de crear. Cada uno desde sus capacidades. Pero de crear. Y las referencias artísticas son poderosas, pero también lo son las guías que nos marcan quienes expresan creatividad en su cotidianeidad.

El discurso de las capacidades elaborado desde mi experiencia en el trabajo con los conflictos de las personas es, en sí mismo creativo. Desarrollado en adolescentes permite que los jóvenes se legitimen en sus propias capacidades limitando su

déficit. Pero la creatividad es también sanadora. Ante el sufrimiento emocional es un camino balsámico, poderoso en la atenuación de la angustia, en la regeneración de las expectativas de cambio de las personas.

Creo que la idea de explorar la creatividad puede ser integral e integradora. Es su belleza la que ensalza la belleza del ser humano en situaciones de dificultad.

El aprendizaje educativo no contempla la creatividad en sus curriculum de una forma clara. En este momento, en España, el Gobierno de la Nación se plantea que la asignatura de Música sea opcional en el curriculum de los Centros Educativos. Es, crear, una actividad "pirata", un acto de contrabando intelectual frente al discurso de la causalidad lineal. Fomentar en las familias la exploración de la creatividad de sus miembros, es invitarles a la búsqueda del tesoro en el territorio de sus relaciones emocionales.

Este capítulo pretende sacar de la sombra la creatividad para convertirse en un afluente del gran río de la terapia sistémica relacional. La sala de terapia es un encuentro en el que las convergencias se producen a través de conversaciones que tejen un nuevo espacio, un nuevo sistema relacional. El terapeuta sistémico se convierte en un "hacedor de palabras entretejidas", en filtro y parte de un viaje exploratorio que la familia emprende a través del laberinto del no cambio.

Un breve repaso a las diferentes definiciones de creatividad, me lleva a pensar en el terapeuta como un ser creativo. Necesariamente creativo. Tomado de Esquivias (2001), Guilford define la creatividad en sentido limitado "como las aptitudes que son características de los individuos creadores, como la fluidez, la flexibilidad, la originalidad y el pensamiento divergente". Esta definición, aunque limitadora de mentes creativas, podemos integrarla en la mirada compleja de los terapeutas al interactuar con los sistemas familiares, con las propias narrativas esclerosantes que retroalimentan el síntoma. Todo ello daría lugar a la conversión de elementos conocidos en algo nuevo, gracias a una imaginación poderosa. Y en este sentido, las conversaciones terapéuticas se articulan como representaciones de una realidad sistémica en la que el material creativo es, en cierto modo, la expresión del sufrimiento, el conflicto, el problema que dimana de la propia demanda de la familia. La realidad construida desde el imaginario familiar aporta los elementos a partir de los cuales, familia y terapeuta se convierten en artesanos de esa masa de barro informe que los une y los separa a la vez. Fotogramas de malestar que son captados bajo la mirada de los terapeutas como una representación de la realidad como una oportunidad para la reinterpretación de las formas y los colores, incluso del lugar evolutivo en el que se realiza la instantánea. Si nos quedamos con la definición de Barron (1969), llego a la conclusión de que la sala de terapia es un encuentro creativo. Para Barron, la creatividad "es una aptitud mental y una técnica de pensamiento". Desde esta sencilla definición, el terapeuta no puede huir de su propia realidad como "creador", pues la aptitud mental está envuelta de curiosidad, de ambigüedad

e incertidumbre. El terapeuta entra en un mundo relacional, no solo en una sala. Ya Bateson (Bateson et al, 1956; Bateson, 1971), estableció la idea de contexto, como el marco en el que las conductas se traducen en bits de comunicación que solo cobran significado en el contexto en el que se producen. Por lo tanto, la conducta (el síntoma), es causa y consecuencia de una serie de interacciones definidas en un sistema. De esta manera se produce un proceso de retroalimentación de la conducta, así como la co-evolución de la conducta en el proceso dinámico del propio sistema. Es en este marco en el que la creatividad cobra sentido.

Para May (1959), la creatividad es "el encuentro del hombre intensamente consciente con su mundo". Desde mi punto de vista, la definición de May perrmite pensar en un terapeuta que se enfrenta a su propia consciencia del mundo, de su mundo, de sus construcciones de la realidad para conectarse con mundos complejos como lo son los sistemas familiares. Es responsabilidad del terapeuta ser consciente de la relevancia de su tarea exploratoria, de su potencial de recursos, algunos expresados y tangibles, otros latentes y soterrados bajo temores e inseguridades. Las fantasías del terapeuta no reveladas, revelan sus propios temores, inseguridades que hacen mella en los abismos de las escenas temidas de los propios terapeutas. Las resonancias, descritas por Whitaker (1992) requieren una presencia clara, moderada, para poder conectar con realidades que identifiquen el sufrimieneto o lo hagan reconocible. Estas resonancias pueden tener su intersección creativa, lo cual favorecerá la construcción del sistema terapéutico.

Fromm (1959) nos aproxima a una realidad que considero incuestionable y de gran valor a la hora de plantear y resolver problemas, algo inherente a la realidad de los terapeutas. Define la creatividad no tanto como una cualidad de la que están dotados especialmente los artistas y otros individuos, "sino una actitud que puede poseer cualquier persona". Por lo tanto, si exploramos las capacidades de la familia, sus lados fuertes, es inevitable bucear en los laberintos creativos del sistema, quizás enquistados en alguno de sus miembros, depositario del imaginario creativo familiar, pues en esas celdas de los sótanos familiares solemos encontrar prisioneros fantasmales que determinan la danza familiar, su propio sufrimiento petrificante.

Sir Ken Robinson, doctor en drama, artes y creatividad, consejero institucional en artes, (2011) sostiene que las escuelas y la educación actual están matando la creatividad. Todos los niños tienen talento y ganas de innovar porque no temen correr riesgos, inventan y aprenden de sus mismas invenciones, sin vergüenza, sin preguntar, sin normas, sin prejuicios, sin sentido del bien o del mal. Los adultos somos los que explicamos las reglas, los que les decimos lo que es correcto o no, los que insistimos en que se equivocan o que están haciendo las cosas de manera diferente, y empiezan a darse cuenta de que lo "diferente", lo "malo", lo "equivocado" no se acepta, la creatividad comienza a verse acorralada por miedo a cometer errores. "Si no estás preparado para equivocarte, nunca harás nada original", dice Robinson.

Y al releer estas líneas, vuelvo al mirador de la docencia. Una terraza al mar inspiradora, una realidad que progresivamente cambia su exigencia porque distintas son las necesidades de las personas en su viaje por el saber. La formación de los terapeutas de familia es ardua y compleja. Fundamentos teóricos, prácticos, supervisión, son etapas de un proceso en el que los aspirantes viven momentos de emoción, desaliento, soledad y entendimiento. Cada uno con sus capacidades en su cofre particular, con sus temores y valores, con su forma de ver el mundo, con sus prejuicios y "verdades", procedentes de las diferentes disciplinas desde las que han configurado su rol académico-profesional. Las disciplinas de las que procede el material discente que encara su futuro como terapeuta sistémico relacional no dejan mucho margen a la creatividad, como elemento que modele el pensamiento en interacción con los problemas del contexto en el que se encuentra el interviniente. Tal vez, por la necesidad de dar respuestas científicas y regladas a los problemas encasillados como tales, agarrándose desesperadamente al conocimiento como forma de salvar los temores y actuar según un orden establecido. Muestra de ello son los protocolos, los criterios de calidad que, en muchos servicios clínicos han convertido a los trabajadores sociales y psicólogos clínicos en operarios de complejos programas informáticos. El bagaje personal, el conocimiento inherente a las experiencias vitales de las personas convertidas en parte de sistemas de servicios asistenciales que operan como un todo, atomiza las capacidades que no están contempladas por los criterios de intervención clínica. Y este devenir podría limitar el propio proceso de formación de los terapeutas cauterizando la expresión creativa de quienes son, más allá del conocimiento académico y de la capacidad para asimilar información que no se entremezcla con el potencial creativo que alberga cada persona.

**La creatividad. "Alas" al terapeuta**



Al igual que en las ilustraciones de parte del cuento que acompaña estas páginas, un ensayo creativo inédito, Otoña no quería ser ella. Quizás no sabía ser ella desde sus capacidades. El proceso de construcción de identidad del terapeuta no puede definirse de forma lineal a través de un curriculum formativo. La formación del terapeuta familiar es proporcional a la tarea que tiene ante sí. Aproximarse a la complejidad desde una mirada capaz de aceptar la danza terapéutica como una danza creativa, creadora, al fin y al cabo de un proceso de cambio que surja de la interacción con el sistema familiar. Co-construir, supone co-inspirar nuevos escenarios vivenciales que permitan a la familia deslegitimar el síntoma a través de nuevos significados evolutivos.

El contexto formativo, desde mi experiencia docente, no puede entenderse como la transmisión de información, más aún en un mundo informado y constantemente informante que todo parece saberlo. La formación es siempre, desde mi punto de vista, bidireccional. No concibo la docencia sino como un proceso de crecimiento bidireccional en el que a lo largo del proceso, docentes y discentes cambian de posición, de rol, desde la legitimidad que debe dar el propio contexto a quienes comparten el objetivo de establecer una base segura en los terapeutas noveles. Y esa base solo es viable cuando el escenario académico es experimental, exploratorio, respetuoso y define la invitación al conocimiento desde el autoconocimiento en un sistema de relaciones. Es, desde esta mirada, desde la que la creatividad entra a formar parte de todo el proceso, dejando la impronta experiencial en los alumnos, pero también la certeza de que han sido parte de la riqueza del sistema.

***La creatividad en el contexto terapéutico***

El enredo comunicacional puede ser la celda de cristal en la que enmudece el cambio. Las cimas, insalvables a veces, de la disonancia entre las familias y los terapeutas, pueden generar altos grados de ansiedad en el seno del sistema terapéutico. Pero formas de comunicación alternativas, creativas y reparadoras de los entuertos de las palabras, favorecen en muchos casos representaciones simbólicas mucho menos amenazantes que las propias palabras. Las primeras aproximaciones terapéuticas relevantes vinieron de la mano de Melanie Klein y de Donald Winnicott. Klein (1988; 1990) equipara el juego infantil con la psicoterapia verbal del psicoanálisis en los adultos. Para la autora, la simbolización le permite al niño transferir sobre los objetos de su entorno sus propios intereses, pero también sus fantasías, angustias y culpabilidades. Así, el juego del niño constituiría el equivalente a los sueños de los adultos. Y en este sentido, la comprensión del juego es determinante para el análisis del niño. Esta primera aproximación nos permite pensar en el juego comunicacional de la familia. Un juego cuyas reglas, en muchas ocasiones están definidas por la narrativa familiar, encriptando narrativas ocultas que no emergen si no es de la mano de una redefinición del juego y, por ende, de nuevas formas de comunicación.

De la obra de Winnicott, cabe destacar en referencia a la creatividad, su concepto de "espacio potencial" (Winnicott, 1971). Este espacio, un entorno a caballo entre el mundo interno y el contexto externo, es el lugar en el que el niño desarrolla el juego. Pero también es el marco en el que los adultos experimentan la creatividad y la cultura. Este espacio potencial actúa como puente y fuente creativa que favorece el viaje constante entre el mundo interior y el exterior motor evolutivo de la persona. Para Winnicott (1971), es determinante favorecer el juego en el paciente. Abrir su psiquismo hacia el juego y la creación es la tarea principal del terapeuta. Y el trabajo terapéutico fue definido por el autor como un espacio de juego, de creatividad y creación.

La creatividad no debe considerarse como una mera herramienta del terapeuta. Debe impregnar la actitud en la exploración del problema. En la formación de los terapeutas debe integrarse no solo la comprensión de la funcionalidad del síntoma. La mirada sistémica debe permitir observar en el contexto. Este hecho genera la posibilidad de observar lo extraño, aquello que no se considera corriente. Es contemplar las necesidades y capacidades donde tal vez otros no son capaces de verlas. Guilford (1967) lo llamó "sensibilidad a los problemas", que es la habilidad para observar lo extraño o inusual, las deficiencias o necesidades, donde otros no las ven. Esta característica ha sido estudiada e incorporada a varios modelos sobre el proceso creativo (Getzels y Csikszentmihalyi, 1976; Sternberg, 1988).

Desde esta perspectiva, podemos entender la existencia de semejanzas entre la resolución de los conflictos en el contexto creativo, como en lo que a la interacción con las familias se refiere. La conjunción de habilidades relacionadas con el "pensamiento convencional" y el pensamiento creativo (productivo, divergente o lateral) es determinante para permitir la exploración y redefinición del síntoma. Algo que los terapeutas de familia hacen, no siempre, desde su mixtura de recursos, sino desde posiciones rígidas atendiendo a modelos y escuelas que permiten una definición segura del problema y, por ende, de la posición del terapeuta.

La familia es, en sí misma un contexto creativo. Un sistema relacional evolutivo no puede serlo sin reinventarse constantemente. Y este aspecto no puede quedar en la bóveda mental de los terapeutas. Es la danza comunicacional de la familia la que nos muestra sus recursos y, como consecuencia, su potencial de cambio. Son los adolescentes muchas veces los portadores del síntoma, pero también, los verdaderos resilientes dinamizadores de capacidades al servicio del cambio. Como dice Cyrulnik (2003), "las narraciones permiten volver a coser los trozos de un yo desgarrado". Pero Para que se produzcan narrativas alternativas, la posición terapéutica debe ser lo suficientemente flexible, aceptadora de incertidumbre… Creativa.

La creatividad está sometida, como una gran cantidad de capacidades interaccionales, a factores sociales y culturales. Simonton (1975; 1997) analizó la influencia de los ambientes políticos en la generación de creativos. Csikszentmihalyi (1990;

1996; 1999), autor reconocido por sus estudios sobre la creatividad, desarrolló un modelo integrador, considerando el clima socio cultural de forma significativa.

Erika Landau (1987) considera el proceso psicoterapéutico como un proceso creativo por excelencia. Y asocia los estadios a los que Wallas (1926) definió hace décadas. Ramón Rosal y Ana Gimeno-Bayón (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001; Rosal, 2002), definen un modelo más concreto, atribuyen a ciertos episodios eficaces del proceso psicoterapéutico las fases del proceso creador destacadas por Wallas (preparación, incubación, iluminativa y evaluativo), optando por la división del proceso global de la psicoterapia en procesos creativos más pequeños.

Respecto a la creatividad del terapeuta, debe vincularse a la formación y a la evolución del estilo del propio postulante. Podemos pensar en tres aspectos relevantes en la figura del terapeuta: el resultado, el propio proceso terapéutico y la propia personalidad del terapeuta. Csikszentmihalyi y Getzels (1971), apuntan estos elementos como determinantes del potencial de cambio promovido desde el rol del terapeuta.

El resultado puede entenderse como la creación de una nueva técnica o un nuevo modelo. También podemos entenderlo como la modificación o ampliación de técnicas o teorías ya existentes, incorporadas al saber al ser aceptadas por la comunidad científica. Este aspecto lo presentaré más adelante, como una serie de propuestas de intervención alguna de las cuales se han incorporado al curriculum formativo de los Terapeutas de Familia en la Escuela Vasco Navarra de terapia de Familia. Pero existe otro producto intangible salvo en la narrativa interna del sistema terapéutico. Se trata de cada micro "acto creativo", cada intervención que moviliza a la familia, que mueve los resortes de la caldera familiar e invita a los miembros a convertirse en tripulación del barco en el que poner la proa al cambio. Es el despliegue de la autenticidad, de la credibilidad de los terapeutas como parte de esa obra que supone desencallar el buque, repararlo y echarlo al mar nuevamente. Y esa tarea no puede ser del terapeuta. La danza relacional en la sala de terapia es, pues, una danza creativa. Mentes que se conocen, que se reconocen en la maraña del sufrimiento y buscan puertas en la oscuridad. Respecto al proceso, la terapia sistémica tiene, desde mi punto de vista, un fondo creativo que puede cuestionarse desde los temores o la rigidez de los modelos de intervención, pero que tarde o temprano se quiebra por la propia marea productiva de las familias. Son ellas las que favorecen la confusión (Whitaker y Keitd, 1981) salvo que el terapeuta no esté dispuesto a aceptarla. La confusión es el movimiento que cuestiona la rigidez del sistema entorno al síntoma. El proceso es, pues, un viaje exploratorio en el que el terapeuta se convierte en un co-partícipe del mismo, que comparte los mapas, las rutas del malestar de la familia y despliega amplios pergaminos para dibujar nuevos territorios al servicio del cambio. Por último cabe penar en el estilo del terapeuta. Podemos pensar en terapeutas originales, imaginativos, terapeutas teñidos por el

sentido del humor, la ironía, abducidos por la poesía, por las metáforas… Pero en realidad, desde mi punto de vista, pensar en el "terapeuta creativo" lo es por el hecho de mirar desde la complejidad.

Es creativo a través de una formación que, quizás no haga consciente este aspecto. Pero lo es. La forma de preguntar. Las preguntas circulares son una forma de interesarse por la realidad de la familia, por la dinámica del problema en la homeostasis del sistema.

La curiosidad como forma de definir la relación terapéutica con la familia, es un aspecto determinante en el pensamiento creativo.

La exploración de recursos, el descubrimiento de los lados fuertes de la familia, la legitimación del fresco familiar como un coro en el que destacar la musicalidad encubierta, actuar como audífono de la sordera selectiva de unos miembros respecto a otros que susurras bellas melodías inaudibles para el imaginario familiar.

La comprensión de los mitos familiares como epopeyas particulares de quienes narran sus vidas a través de experiencias emocionales difíciles de entender desde la linealidad de discursos monocordes. La aceptación de la ambigüedad y la incertidumbre, como parte de la angustia del artista ante un lienzo en blanco, ante una hoja en blanco.

El autoconocimiento como parte de su proceso vital. La Familia de Origen del Terapeuta es una experiencia que mueve y conmueve a los terapeutas y los reposiciona en su propia narrativa vital. La perseverancia, la constancia en entender el paisaje familiar, sus cambios de colores, de luz. Pintar en las sombras, observar y entender, recoger, plasmar respetando la imagen que está viendo, sintiendo, viviendo. Un proceso creativo inconsciente vertebra la formación de los terapeutas sistémicos. Es hora de hacerlo consciente.

***Aproximación narrativa al proceso terapéutico creativo***

El contexto de terapia como un escenario narrativo nos acerca a la idea de que somos historias que contamos (White y Epston, 1993; White, 1994). Somos historias contadas a través de la interacción con los otros. Es innegable la relevancia de la mirada sistémica para poder entender la trama que determina un proceso narrativo. Las personas, en la construcción del relato de su vida estamos en constante co-construcción de significados en diferentes planos de nuestra existencia. Distintos escenarios en los que interactuamos al servicio de una red de narrativas que tejen un relato vital del "soy" en relación "con".

El pensamiento narrativo forma parte de la díada paradigmática/narrativa que, para Bruner (1998), son complementarios pero irreductibles entre ellos. El autor escribe, "los argumentos convencen de su verdad, los relatos de sus semejanzas con la vida". Este es un aspecto clave que aflora en los intercambios narrativos a través de la co-creación de nuevos significados en los diferentes movimientos creativos que,

desde SISTEMICCA desarrollamos con el objeto de favorecer puertas al cambio en el viaje exploratorio con las familias.

Entender la terapia sistémica desde la narrativa hace necesario el pensamiento creativo en el terapeuta, en el propio equipo, en la mirada de la supervisión. Tenemos ante nosotros la posibilidad de co-construir un relato un diálogo transformador. Conversaciones en las que la familia transfiere información en forma de vivencias, de fotogramas, de cortos que generarán el largometraje familiar. Los "micro relatos" de los diferentes miembros, secuencias de un sufrimiento acomodado en el alma del sistema, no son conceptuales. Son experienciales y deben ser asimilados por el laboratorio creativo del terapeuta sistémico dándolos coherencia en el contexto interpretativo de la realidad que emerge para el sistema en conflicto. En este sentido, considero la interacción terapéutica como un acto creativo. Y recojo las bellas palabras de Lévinas (2000): "Las personas no están una ante la otra simplemente, están unas con otras alrededor de algo. El prójimo es el cómplice. En cuanto término de una relación, el yo no pierde en esa relación nada de su ipseidad".

*Un ejemplo favorecedor de intercambios narrativos*

Hilvanando el discurso con el objetivo de este capítulo que no es otro que hacer fluir nuevos semilleros creativos en los procesos formativos de los terapeutas sistémicos presento como posibilidad, como mera aproximación, un ejercicio que favorece narrativas alternativas a la mirada del observador. Mi colaboración con artistas de diferentes áreas me ha permitido beber de la expresión del talento al servicio del conocimiento y reconocimiento del sufrimiento de las personas. Este es uno de los núcleos que centran la atención del equipo de SISTEMICCA. Considero que, en la formación de los terapeutas debe movilizarse su talento, entendido éste, como su capacidad para la interpretación del conflicto, favoreciendo el despliegue de sus recursos. Una fotografía artística es la captación y construcción de un microcosmos en una instantánea. El autor quiere expresar más allá de lo observado. Una fotografía, una pulsión, un relato. Favorecer este tipo de ejercicios a lo largo de la formación de los terapeutas sistémicos permite que esas pulsiones cobren forma, generando un territorio co-inspirador.



Foto: Luis Chicote

Autor: José María Fuentes-Pila

*Huele a silencio espeso, húmedo. Mis ojos acortan la distancia hacia la oscuridad entre niebla o humo...Humo... Restos de humo, briznas que se mezclan con un amanecer que se abre paso agónico entre los pilares eternos de la noche. A un metro yace mi infancia. Las risas que salpican los ojos de jabón entre esponjas engarzadas en dedos paternales. Ese breve barco de la vida en el que transitaron mis sueños. Indios y vaqueros aprendiendo a nadar en un mar de fuerte oleaje movido por palmadas que se mueven como aletas sabias en el fondo de la bañera. Territorio de íntima desnudez en la autopista relacional de la familia, los nudillos en la puerta exigiendo el turno, bañera que oyó los alaridos de mi padre en los inviernos gélidos sin agua caliente, empeñado en que la ducha de agua fría era el salvavidas de su propia apatía vital.*

*Velero de anhelos, refugio de dolores adolescentes, laboratorio en el que hacer pompas de jabón con las lágrimas de la existencia, miro la bañera varada en las proximidades de la casa. La fábrica de sombreros desdentada se despide tras el velo de luz opaca. Veo en mi mente ese mismo prado primaveral, mariposas haciendo garabatos en el aire, grillos que sierran la paz de la tarde en verano, el manto de yerba que acariciaba mi espalda, ahora insensible, buscando la vía láctea en las noches de septiembre asurado.*

*El dolor me recorre el espinazo hasta el hombro, giro la cabeza y no encuentro mi brazo izquierdo. Podré seguir escribiendo... La alambrada entre fincas ha sido la carrera de obstáculos de una existencia desesperada para niños disfrazados de soldados que han dejado su inocencia entre pinchos lacerados.*

*Ha dejado de llover. Los gritos de una niña me despiertan de un lánguido dormitar. Avisa de mi presencia y oigo las voces de vecinos que deben correr hacia mí... Allí se quedó mirándome, en medio del charco, con sus botas catiuscas, sus rodillas embarradas, su pelo entrelazado con el barro y sus enormes ojos verdes intentando sonreírme para salvarme la vida. Entre la caperuza de nubes, el sol ilumina ese charco, recordándome la luz que iluminaba al atardecer la bañera. Y en ese instante entendí que sobreviviría, devolviéndole la sonrisa a la niña... La última bomba estalló en la vieja casa familiar a la que me retiré hace 3 años.*

*Y de los labios de la niña, consiguió salir una hilera de palabras articuladas entre lágrimas de esperanza...*

*"La guerra ha terminado…"*



Foto: Luis Chicote

Autor: José María Fuentes-Pila

*Cerré los ojos un instante. Solo fue el deseo de volar, de sentirme libre, de no mirar. Y en ese segundo de vida, mi cuerpo se paró. Aquí estoy y sin embargo no me ven. Me siento observada, escucho las voces que se entremezclan en mi mente agónica. Rostro de porcelana, ensoñación eterna de serena lejanía, parálisis de rutas eléctricas, químicas y cósmicas. Me siento tallada en porcelana, muro que no transpira sentimientos, ahogándome en emociones sin lágrimas que derramar.*

*Siento la porosidad del ensueño, de la piel que me encarcela mientras camino dentro de mi ser hacia ninguna parte. Y respiro. Respiro profundamente y el aliento fresco de la noche me convierte en ser no siendo. Nube de papel que mis manos ornamentaban la sedosa textura garabateando cielos de sueños, de niña escurridiza de trenzas y muñecas, ávida de alas cosidas a mi espada rígida.*

*No me veo pero me siento. Mis dedos acarician el rostro que contemplo, mi rostro ensoñador en la quietud de un instante eterno. Y siento la tersura de una superficie sedosa, tibia que dibuja mi nariz, los pómulos de un rostro en quietud petrificada por los años de exilio del amor. Recorren como finos pinceles el cuello de garza que me distinguía en las cenas familiares, imposible de ahorcar entre prendas y regalos de quienes pretendieron dármelo todo en un estuche de terciopelo. Y al perfilar mis labios, esos labios sellados por el silencio de lo solo expresado por la voz de las conciencias de quienes simularon pasiones, compromisos y viajes al fondo del alma, acerqué mi boca a la suya, a la mía. Un beso suave, una caricia en mi corazón soterrado en el glaciar de la existencia, un beso que pide vida, que exhala el amor que siento por ella, por mi. Un beso mágicamente correspondido. Unos brazos que abrazan mi cuerpo etéreo y me empujan hacia adentro, hacia mi misma, reacomodando mi alma en esa piel ahora viva, cálida, que vuelvo a sentir mía.*

*Y muy despacio, como si tuviera miedo de la luz de la noche, abro los ojos, los siento húmedos, grandes, mientras observo desde mi adentro, una realidad por escribir. El sol se despereza extendiendo sus brazos entre las calles de la ciudad... Oigo mis pasos sellando las aceras vacías, el eco de mi sonrisa en la voz de un niño que sale corriendo al colegio despidiendo a su madre avizora ante el paso de cebra, puente de aventura cotidiana del pequeño... Se dónde quiero ir. A donde nunca me atreví, a donde deseo estar, allá donde sienta que las páginas de mi vida no son el capítulo del libro de la vida de nadie.*

Estos son dos sencillos ejemplos nos muestran el juego creativo posible y compartido entre el autor de las fotografías y quien escribe una reflexión desde una mirada compleja, desde un movimiento creativo. Sirva para pensar en las infinitas posibilidades en el desarrollo de ejercicios narrativos durante la formación de los terapeutas sistémicos.

**Aportaciones creativas al proceso sistémico narrativo**

La formación de los Terapeutas sistémicos desde mi punto de vista, como docente en el programa presencial de la Escuela Vasco Navarra de Terapia de Familia, así como participando como tutor en el Master semi presencial de Funtaterapia, en Colombia (como tutor del primer bloque *on-line*) y en la Formación *on-line* de la EVNTF (en el bloque de casos clínicos del primer año) tiene un torrente creativo inconsciente que se expresa vivencialmente en el tercer curso, en las Técnicas Activas.

Técnicas Activas, también llamadas acto-afectivas, parecen distinguir la posición verbal de los terapeutas frente al movimiento, el arte, el propio constructo de creatividad. Técnicas que pueden verse como herramientas desbloqueadoras de los enredos verbales, espacios que aparecen cuando las palabras se agotan para generar, crear, intersecciones conversacionales que aporten narrativas alternativas al discurrir del relato rígido familiar.

Los alumnos en formación recogen 2 técnicas principalmente sobre las que se trabaja y que son de uso común en las salas de terapia de familiar:

***El juego de roles y las esculturas***

Técnicas estudiadas e integradas en "la caja de herramientas" del terapeuta de familia, abren los espacios verbales hacia un lenguaje analógico que establece formas de interacción y relación en el sistema que afloran de los fondos del sistema y que tienen relevancia en la capacidad evolutiva de la propia familia. Sirva un breve repaso de ambas para entrar en las aportaciones que este capítulo quiere realizar en el proceso creativo/formativo de los terapeutas de familia.

Para Minuchin (Minuchin y Fichman, 1984), el juego de Rol es "la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia". Reorganizar el escenario familiar, conseguir que la familia "dance" en presencia de los terapeutas quizás no sea suficiente. La familia debe interpretar sus vivencias desde nuevas posiciones y roles, desde una interacción escenificada en una realidad que acepten como creíble. Interpretan el sufrimiento común desde diferentes perspectivas, en un esfuerzo empático sin precedentes, pero desde las aportaciones de su interpretación. La carga emocional que se incorpora al "papel" que interpreta cada miembro de la familia en la escena será lo que mueva el "nuevo guión" de los co-protagonistas. Caldear la escena, elegir a los "actores", enlentecer la preparación para digerir el rol,

son aspectos concluyentes a la hora de producir una escena que se interioriza en la filmación oculta de la familia.

La prescripción en la sala es una invitación a la movilización de los miembros del sistema terapéutico. Es un deseo compartido, una invitación. La interpretación es reveladora y, en caso de que el director de la escena (el terapeuta) sea capaz de favorecer intensidad y veracidad en el reparto, se producirá una nueva forma de relación en la familia que multiplica e intensifica los intercambios (Villeneuve, 1990).

La Escultura es una de las Técnicas Activas por excelencia. Una técnica evolutiva desde sus orígenes y que favorece la plasticidad de la mente del terapeuta a la hora de mirar a la familia desde la complejidad del lenguaje simbólico. La Escultura se relaciona, como lo indican diferentes autores (Simons, Stierlin y Wynne, 1988) se relaciona con el Psicodrama, que tiene como referencia inicial a Moreno (1966). Las "esculturas" se incorporaron a la sala de terapia de la mano de Virginia Satir (1972). Satir abre la lata de la emocionalidad simbólica en la sala de terapia, recordada por sus coetáneos como aquella ante la que nadie se podía agarrar al síntoma.

Movilizar a la familia en una posición determinada por parte de uno de los miembros, que puede ser el paciente identificado o el miembro más periférico del sistema, por ejemplo, saca al grupo de su atrincheramiento dialéctico expresado desde sus posiciones fuerza. La sala de terapia es, desde una mirada externa, una escultura de la configuración del sistema terapéutico. La posición de los miembros de la familia al entrar, obligando a los terapeutas a cerrar el espacio con los lugares que dejan vacíos los miembros del sistema está generando un primer dibujo que se convierte en escultura pétrea si la dinámica no se modifica. Luigi Onnis ha trabajado en nuevas modalidades de la escultura (1990; 1991; 1992) esculpiendo la familia el presente y el futuro como variantes que permitían proyectar emociones del constructo plástico y, en muchos casos sufriente, a un futurible, simbolizando por parte de quien esculpe, el potencial de cambio. Por último, señalo una definición que considero ajustada a la realidad del uso dinámico y complejo de la Escultura. Población y López Barberá (1991), en un magnífico artículo que sirve de soporte teórico en la formación en Técnicas Activas de la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar, definen la Escultura como " la expresión plástica simbólica de la estructura vincular de un sistema, mediante la instrumentalización de los cuerpos de los elementos de dicho sistema". Población y su equipo han elaborado poderosas guías de uso y diferentes movimientos esculturales en función de la tipología familiar y del síntoma que presenta.

### *Tres movimientos creativos. Aportaciones de la sala de terapia al proceso formativo*

Antes de presentar lo denominado tres movimientos creativos en el marco de la terapia sistémica narrativa, quiero dedicar unas breves líneas a algunas acciones,

técnicas, si queremos denominarlas en el marco de la búsqueda de narrativas emergentes, alternativas a la narrativa oficial de la familia.

El deslizamiento hacia las realidades actuales, hacia los movimientos que progresivamente han ido vertebrando los vientos globalizadores tan atractivos como posiblemente alienantes consolidan el constructo intimista entre los nuevos y viejos síntomas y persona, entre sufrimiento e identidad, entre dejar que la vida cuente la nuestra o construir nuestro relato en relación con el contexto (Gergen, 1997). La presencia cada vez más persuasiva de las tecnologías de "saturación social" (Gergen, 1999), parece que las personas tiendan a depender de ellas mismas.

Gergen (1997), parece describir la solución a la crisis de la posmodernidad a partir del construccionismo social. Un paradigma intelectual que nos acerca a las narrativas personales como cemento de nuestra propia identidad. El construccionismo otorga relevancia a la conversación en la construcción de la identidad, y el lenguaje y los significados aparecen con potencia como activadores de proceso. Las familias, en este sentido, presentan profundos anclajes discursivos en torno a su percepción de la realidad asociada a su "yo familiar", cuando no a una profunda sensación de desarraigo contextual.

Desde esta reflexión evolutiva en el análisis de la posición verbalizadora de las familias en el contexto terapéutico, así como en las posibles intervenciones de ayuda, destacamos un aspecto relevante de la Narrativa terapéutica. La "externalización del problema". El lema de White (2002) ha sido siempre: "la persona no es el problema. El problema es el problema".

Desde mi experiencia clínica, el terapeuta puede desmitificar una de las creencias más lapidarias de los pacientes con problemas de dependencia: la cronicidad de la patología. Permitir al paciente que encuentre los mecanismos liberadores de la trampa de la cronicidad, permite también la elaboración de la abstinencia como un proceso a normalizar, integrable en el constructo vital de la persona. Pero, desde nuestra experiencia, este proceso favorece el inicio de narrativas básicas dominantes en las que la familia queda atrapada bajo el signo del síntoma más allá de los trastornos adictivos.

Considero que externalizar puede convertirse en un acto creativo de gran poder evocativo. La pizarra en la sala de terapia se ha mostrado como un instrumento de enorme capacidad para la externalizacion. Presento un breve ejemplo de externalización en la forma en la que lo hacemos en SISEMICCA.

*Primer movimiento creativo. Collage y cuentos.*
*El Diálogo Creativo al Servicio del Cambio*

La "técnica de los collage y los cuentos", ha sido incorporada desde hace 4 años en la formación de terapeutas sistémicos en el programa de la Escuela Vasco Navarra de Terapia de Familia.

María. De 36 años, casada con José, de 38, director de un centro educativo con internado, acuden a terapia derivados de la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria. María presenta un trastorno de anorexia nerviosa y un trastorno límite de personalidad. Y así se presentó el primer día. Alta, morena, desafiante, altiva… "Buenos días, soy María, soy anoréxica y trastorno límite de personalidad…"

Saludé tres veces, a María, a Anorexia y a Trastorno Límite de Personalidad. Sin entrar en excesivos detalles sobre el caso, María había sufrido abuso sexual en la infancia por parte de su padre, quien vivía en una ciudad a 500 Km. Su madre había muerto cuando ella tenía 16 años. Tenía un hermano que vivía en París con su pareja. José y María estaban casados desde hacía 6 años. Y María pasaba temporadas sola debido a que José era el director del internado y tenía que pasar semanas en el centro educativo. Había tenido 3 intentos autolíticos en los últimos 3 años.

En la tercera sesión en la que los síntomas eran el eje discursivo de la pareja invité a María a dibujar en la pizarra a Anorexia y a TLP. Lo que ella sentía que era o quienes eran. No había prisa. Se quedó pensativa mirándome. Luego miró al suelo. El silencio sonó como un bello tic tac… Se levantó, cogió el rotulador negro y dibujó despacio dos seres parecidos a mujeres, pero con características deformantes. Se las quedó mirando, dio unos retoques a los personajes, dejó el rotulador y se sentó. Confirmó que, efectivamente, esas eran "sus" representaciones de trastornos que estaban profundamente interiorizados en su propia narrativa.

Nos quedamos mirando los dibujos, las presencias, en silencio. Y después de que el silencio hubiera ocupado la sala dejando sitio a los dibujos, le hicimos una propuesta:

"María, te hacemos una propuesta. Debes pensar bien cual es tu decisión. Y decidas lo que decidas estará bien. Te proponemos que pienses en cual de las dos presencias querrías dejar en el centro bajo nuestra custodia temporal. Piénsalo. Quizás no puedas dejar a ninguna. Nosotros no podemos quedarnos con las dos. Tienes que elegir a una de ellas. De aquí no saldrá salvo que sea imprescindible para ti recuperarla. En ese caso, no tienes más que llamarnos y venir a buscarla. Te la entregaremos. En otro caso, al salir por esta puerta, debes ser consciente de la ausencia de la compañía que hayas decidido dejar con nosotros. Y todo aquello que te recuerde esa presencia, el síntoma, deberás resignificarlo".

María aceptó después de ` pensarlo un rato. Nos dejó a TLP, posiblemente el síntoma que más estaba perturbando la convivencia de la pareja. Durante los siguientes 15 días María no llamó al centro para solicitar se le devolviera el síntoma. Y al volver a la sala de terapia pudieron construir una narrativa alternativa sobre las conductas que antes eran incuestionables por estar asociadas a la enfermedad. Solo hubo un episodio en el que ella le cogió la tarjeta de crédito para hacer unas compras sin consultarle. Apareció la soledad, la rabia, la frustración, pero no apareció el TLP. Fue el inicio de un conversar sobre relatos de vida más allá del poder comunicacional del

síntoma. Hemos custodiado a la culpa, a la ansiedad, incluso al Mr. Hyde de algún alcohólico recalcitrante. Al igual que hemos utilizado a Iracundo, un ogro cíclope y jorobado que engullía la ira de algunos niños y que terminó devorando la ira de los padres…

Nació en SISTEMICCA hace 9 años, como consecuencia de las dificultades familiares en la vivencia del síntoma droga, en el marco de intervención sistémica en el abordaje de las drogodependencias y otros trastornos adictivos. La representación social de las drogodependencias ha generado el mito trágico de la cronicidad. Y la tendencia a trabajar desde la causalidad lineal, así como la posición estática de la familia (generalmente la demanda nunca se produce por parte del portador del síntoma). Y trabajar con las familias no es manejar a la familia en el contexto de intervención de adicciones. Es entender la danza familiar alrededor de un síntoma poderoso, estigmatizante, crónico. Pero considero importante pensar en la familia desde el propio mito fundacional de la misma, el mito de destino, desde el cual, Neuburger (1998) nos da una preciosa definición de pareja: "una pareja está formada por dos seres que se cuentan que son pareja. Se inventan un íntimo: la historia de su pareja". Un relato, una canción co-inspirada, co-creada, una narrativa que no es ni tuya ni mía.

Comenzamos a elaborar esta técnica, el diálogo creativo entre pareja y terapeutas, que después lo ha sido entre familia y terapeutas, con el objeto de cuestionar la cronicidad que sobrevuela en el imaginario, no tanto del paciente identificado, sino del sistema que lo soporta y lo retroalimenta. Las palabras son, como ya he expresado en este capítulo una red de redes comunicacional que puede estar al servicio del sufrimiento, de la celda protectora del sistema, inhibiendo los cambios.

Una vez sofocados los signos más significativos del síntoma droga, exploramos la narrativa de la demanda a través del subsistema pareja, independientemente de que en alguno de los miembros estuviera depositada la demanda… O no. E independientemente de mantener la danza familiar con todos los miembros, trabajamos sobre el subsistema pareja con el objeto de explorar la narrativa del sistema a través de la voz de los titulares, de los socios fundadores. El alma de la familia procede de la "casa pareja" (Neuburger, 1998) de una narrativa que inunda o seca el bosque familiar y, desde nuestra experiencia la narrativa de los titulares del "país familia" son la voz que marca una buena parte de las demandas del sistema.

El subsistema pareja (que puede o no desplegar además el subsistema parental, en caso de que el paciente identificado sea un hijo) construye también sus propias narrativas respecto al síntoma. Y por lo tanto, el "absoluto relacional" que describe Caillé (1992) puede quedar anegado por el propio síntoma como forma de favorecer la homeostasis del propio sistema familiar.

Una vez sofocado el síntoma (en el supuesto de trastornos adictivos) desde el punto de vista neurobiológico, la mirada sistémico relacional debe permitir al menos:

1) Explorar el sistema en el que se ha expresado el síntoma en "ausencia" del mismo, así como las puntuaciones comunicacionales "guía" promovidas a través del propio síntoma.
2) Redefinir la presencia de la droga en términos relacionales.
3) Desetiquetar al paciente identificado de su rol de enfermo crónico, corresponsabilizando a los miembros de la familia del cambio del sistema. Competencia vs. Incapacidad
4) Diluir el síntoma entorno a las narrativas emergentes, alternativas, que favorezcan movimientos de apertura y nuevas soluciones (y como consecuencia creativas) entre los miembros del sistema familiar.

Los objetivos iniciales de este movimiento creativo son (Fuentes-Pila y Pereira, 2007):

a) Visualizar el subsistema pareja como núcleo de posibles conflictos tras el síntoma droga u otros síntomas explicitados en la demanda.
b) Redefinir la intervención en función de los conflictos ocultos por el síntoma, trabajando sobre el subsistema pareja.
c) Trabajar sobre el reacomodamiento del subsistema pareja a través del momento evolutivo de la misma.

¿Cuándo se indica la intervención?

En la cuarta sesión.

La primera (exploratoria sobre la puntuación comunicacional), la segunda, la otra mirada (la pareja sin la presencia de la droga… ¿es posible?), la tercera, un encuentro desde el desencuentro…. La cuarta, una invitación creativa.

Esta danza con el subsistema pareja permite la toma de conciencia de una narrativa, del co-relato relacional desde una comunicación simbólica, más allá del territorio de las palabras. Una invitación a un diálogo creativo entre la pareja y de la pareja con los terapeutas.

Sin embargo, en la actualidad, la prescripción del collage y los cuentos puede hacerse también en las fases finales del proceso terapéutico, como juego creativo que favorece y da forma plástica y escrita a la vivencia de los cambios desarrollados en la terapia. La experiencia de "comenzar a cerrar" mediante este movimiento creativo es benefactora pues, apuntala los cambios.

*El desarrollo de la intervención*

La elaboración del collage (Fuentes-Pila y Pereira, 2006; Fuentes-Pila, 2006) se desarrolla durante 15 días, el tiempo entre sesión y sesión, sin tener en cuenta las peculiaridades de la adicción en remisión.

Más allá de que el PI sea miembro de la pareja, la propuesta se realiza desde el marco del subsistema pareja como una elaboración creativa conjunta.

1) El lenguaje simbólico frente al enredo de las palabras. La propuesta consiste en que realicen un collage entre los dos, sobre lo que sienten cada uno que es su relación de pareja. Pueden hacerlo desde los recuerdos del pasado, la experiencia del presente o las expectativas de futuro. Tienen plena libertad para expresar todo aquello que quieran sin dar ninguna explicación al otro, ni pedir explicaciones sobre los significados que van dando forma a la obra.
2) Se trata de un trabajo creativo conjunto al que serán completamente ajenos el resto de los miembros de la familia.
3) Ninguno de los actores podrá opinar verbalmente sobre lo que el otro está expresando. En este instante se explica lo que se les ofrece para el trabajo co-creativo con el equipo de terapia.
4) En caso de aceptar la propuesta, deberán comparar una cartulina. En este punto deberán estar los dos de acuerdo. En el color de la cartulina. Podrán hablar, discutir sobre este hecho, pero el color tiene que estar consensuado.
5) Una vez en casa, la cartulina, que representa el absoluto relacional, quedará en un sitio visible y práctico para ambos. Ningún miembro de la familia salvo la pareja podrá incluir absolutamente nada en el collage. Podrán mirar, opinar, pero bajo ningún concepto podrán incluir nada en ese espacio, en ese espacio narrativo incorporado a la familia.
6) La cartulina no se divide en dos. Es un espacio de ambos en el que los miembros de la pareja van expresando a través de objetos, recortes, dibujos, lo que sienten. En ningún caso podrá cuestionarse el trabajo del otro. Ni ocultarlo bajo nuevos objetos.
7) No existen tiempos concretos de elaboración. No es necesario que lo hagan juntos. Cada uno puede dedicar a su elaboración lo que desee en cuanto a tiempo. Ninguno puede dirigir al otro en el uso del espacio de la cartulina.
8) Cuando ambos crean que el trabajo está finalizado, tendrán que llegar a un segundo acuerdo. Como toda obra de arte, debe tener un título. Y éste deberá ser consensuado. Pensarán en cómo llamar a eso que han creado, esa danza comunicacional que brota de la cartulina mediante un poderoso lenguaje analógico, creativo, figurado.
9) El trabajo se expone en la sala de terapia. Es interesante, después de trabajar con 82 familias (parejas) darse cuenta de la tensión con la que acuden a la sesión, a la hora de exponer algo que sienten como íntimo, como propio, de los dos. El cuidado, el mimo con el que traen el collage, el deseo de enseñarlo. Esta sesión de exposición del trabajo es el encuentro en el que se puede hablar de cada detalle, de todo lo que ha significado para cada uno. La sorpresa de

los terapeutas ante el trabajo creativo de quienes acuden con el sentimiento de haber sido co-partícipes de un encuentro en un lugar nuevo que determina el propio collage. La danza de la pareja se reformula a través de los nuevos significados que emergen, nuevas rutas familiares se abren. Y quizás, lo más llamativo, en ningún collage aparece el síntoma.

10) Con el permiso de la pareja el collage permanece en el centro. Y en este momento se establece el compromiso terapéutico con la pareja. Es el momento en el que el equipo, durante el tiempo que queda hasta la siguiente sesión, elaborará una devolución en forma de cuento, de pequeño relato. No lo hará desde el análisis diagnóstico de la situación de la pareja. Lo hará desde las emociones que ha generado al equipo la propia obra. Las resonancias de su historia escrita desde el poder del síntoma, las aperturas emocionales y simbólicas que expresan desde el collage, quedarán reflejadas a través de la vivencia que los terapeutas han tenido del encuentro compartido. Así pues, la danza creativa se cierra. Una obra como el collage, generará un relato, un cuento, una obra en forma de palabras. No siempre realiza la devolución el mismo terapeuta. Este aspecto es importante. El miedo a no ser capaz de escribir algo que no esté a la altura creativa que "pudiera esperarse" es algo que debe romperse desde el primer instante en el que se trabaja en equipo. Esta parte del proceso elaborativo es de gran riqueza para enriquecer los contenidos terapéuticos del propio equipo, para explorar y descubrir capacidades en todos y cada uno de los terapeutas. Por eso, en la actualidad, los miembros que intervienen en el proceso terapeutico elaboran un borrador que luego se expone y propone para determinar de forma consensuada cual es más acorde con las líneas del trabajo en la sala de terapia.
11) El momento de la lectura del cuento, en la siguiente sesión, con el collage en la mesa de la sala de terapia, es de especial intensidad emocional. Con el permiso de la pareja se lee en voz alta por parte del terapeuta que ha participado de forma más activa en la construcción del cuento. Un relato que no es el de la pareja. Un cuento que transporta desde las resonancias. No son ellos, pero pueden imaginar que lo son, pueden reinventarse, pueden reescribir su viaje.

Considero que este movimiento creativo permite limitar el tiempo de terapia, favoreciendo nuevos territorios comunicacionales que dimanan del subsistema pareja. El reacomodo de los titulares, de los miembros fundadores de la familia favorece, dependiendo del momento de ciclo vital de la familia, trabajar sobre el potencial de cambio hacia el siguiente estadio.

Los espacios creativos generados a través de esta técnica que forma parte ya de la formación de terapeutas en la Escuela Vasco Navarra de terapia de Familia, nos permiten:

a) Descongestionar el ámbito de las palabras que reafirman mitos intrafamiliares y de contexto, como lo es la cronicidad del síntoma.
b) Movilizar el subsistema pareja frente al síntoma y su función homeostática en el seno de la familia.
c) Favorecer procesos de individuación en terceros (PI) a través de un nuevo co-relato de la pareja. Procesos de individuación que permitan la mirada hacia la desvinculación.
d) Permitir la exploración de nuevas formas de comunicación vinculadas a la capacidad para encuentros emocionales nuevos.
e) Facilitar movimientos de cambio en la familia.
f) Investigar nuevas formas de comunicación creativa en las dinámicas familiares.

*Variantes de la técnica collage y cuentos*

En la actualidad, desde SISTEMICCA, Instituto Cántabro de Psicoterapia, aplicamos esta técnica en diferentes momentos del proceso, tal y como he comentado anteriormente.

Se ha utilizado en familias aglutinadas en las que existe una sobreprotección de familias nucleares (hijos/as casados/as) respecto a la pareja de la familia de origen, buscando entender la estrechez de los vínculos y favorecer aperturas de posibles secretos de familia que en 3 ocasiones han quedado reflejados en los collages con el ánimo de desvelarlo a todos los miembros del sistema implicado en el proceso.

Además estamos realizando aproximaciones a contextos no terapéuticos con el objeto de reformular relatos rígidos, enquistados socio culturalmente, como es el caso del trabajo con mujeres mayores (65 años o más). Las narrativas machistas establecidas en España y agudizadas por 40 años de dictadura militar, han contribuido a un enlentecimiento del desarrollo de la Igualdad, de la apertura de la mujer a todos los planos socio-laborales. Y en las mujeres mayores, desconocemos los aspectos emocionales, recursos, proyectos, capacidades que quedaron enjauladas en la celda política y cultural de un país que a primeros de los años 80 del siglo pasado reabre sus entrañas democráticas y culturales. Collages compartidos por grupos de 4 mujeres, cartulinas que representan diferentes momentos evolutivos. Infancia, adolescencia, primera juventud, edad adulta y vejez. Construir collages en los que las mujeres crean espacios narrativos que latían en la memoria oculta de sus experiencias tiene un fuerte poder evocador. Las devoluciones als realizan otros grupos después de presentarse los trabajos al conjunto de las mujeres. Por ejemplo, Infancia devuelve un cuento a Primera Juventud, ésta a Vejez y Vejez a Infancia. Poder exponer los collages y los relatos en presencia de tres generaciones (los hijos y los nietos, en caso de que los haya) permite legitimar vidas fantasmales que estuvieron al servicio de un guión que en muchos casos no fue escrito por ellas.

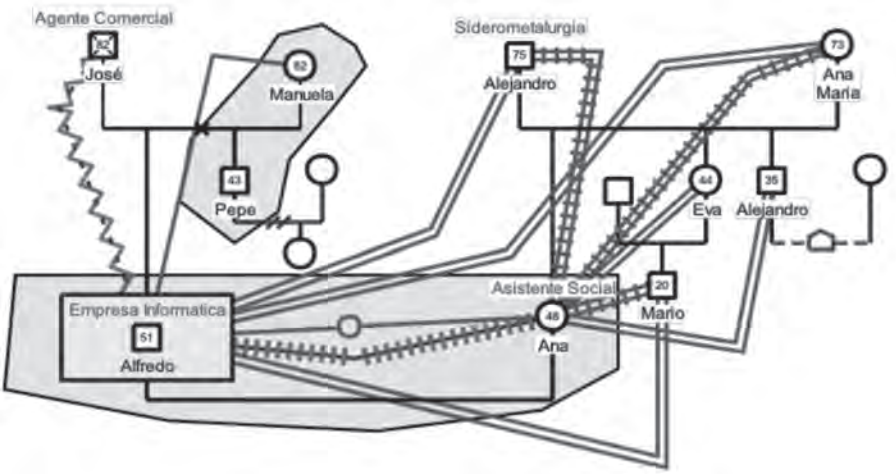
*Ejemplos*

Dos ejemplos sirvan para ilustrar la técnica del diálogo creativo.

En cada uno reflejo el genograma con el objeto de que el lector pueda rastrear, una breve descripción del caso y la devolución.

Ejemplo 1: Ana y Alfredo. La pareja petrificada en sus sueños enterrados
(Los nombres se han cambiado)




Demanda: Consumo de cocaína y alcohol asociado a la prostitución por parte de Alfredo. Una pareja en conflicto, paralizada por la ausencia de hijos y con familias de origen con estilos muy diferentes y relaciones conflictivas en cada caso. Les apasiona viajar, especialmente a Nueva York donde han estado varias veces.

***Cuento-Devolución***

*El aire frío despierta las conciencias en la mañana luminosa. Bufandas, gorros con pobladas orejeras, pasos acelerados y el estruendo de la caótica sinfonía de cláxones aviva la ciudad de los rascacielos. La dama gigantesca que un día la vieja Francia trasladó a aquel territorio de oportunidades, sonríe ante la deslumbrante belleza de un cielo que impone sus colores contra los cristales de aquellas dos soberbias torres. Dos torres, cada una con su historia, con su majestuosa presencia, con un pasado de construcción que contemplaba a la otra. Un edificio que al construirse, al levantarse mirando al cielo, justificaba la construcción del otro. Torres que crecieron juntas, que se miraban sintiendo el poder de su propia presencia, unidas por un profundo sentimiento de pertenencia. La una no existía sin la otra. Crecieron juntas, y en su interior se fraguaron historias de amor, de esfuerzo, de sacrificio. La Torre Norte tiene una presencia poderosa (pensó la estatua de la libertad). En ella se aglutina una actividad profesional casi delirante. Es como si tuviera que crecer para albergar tanta competencia, tantas ansias de desarrollo, de éxito. Y sin embargo, no consigo oír desde aquí las voces de sus moradores. Hormiguitas que trabajan cada día, cada noche, que elaboran nuevos proyectos, que tienen presencia y pertenencia por la existencia del laberinto en el que se mueven trabajando de forma impenitente. Su grandeza es visible, luce y sonríe orgullosa sin mirar de reojo a la torre sur. La Torre Norte engulle trabajo, sus cristales sudan esfuerzos y tras ellos, el éxito, el brillo que solo permite a la majestuosa señora de la libertad verse a sí misma. Y ésta, imperceptiblemente mira de reojo a la torre sur. ¿Qué le ocurre? Parece que llora a través de sus amplios ventanales. Medio vacía, medio llena, no se atreve a mirar a su torre complementaria, aquella por la que se levantó con entusiasmo, con flexibilidad, deseosa de recoger en su interior creatividad, alegría, espacios de descanso, de luz, de paz, en el corazón mismo de un mundo complejo y atorbellinado. La torre sur languidece. Desde su privilegiada situación, la gran señora de la antorcha puede observar como la Torre norte exige más personas para su delirante actividad. Amantes, creativos, artistas, madres, padres, abuelitos que accedían a aquellos refugios de amor, se trasladan casi clandestinamente a ella, hipnotizados por el éxito, por la niebla del reconocimiento.*

*Y la Torre Sur languidece. El amor se desliza por su estructura, escapa de las entrañas de acero y hormigón…La Torre sur parece hacerse invisible a los ojos de la Torre Norte…Y entonces a la dama coronada sobre el Atlántico, se le ocurrió enviar algo de entusiasmo hacia el sur. Un entusiasmo que venía a paliar la desesperanza de amor. Y por allí aparecieron trabajadores que no anhelaban el éxito, sino el conocimiento y la ayuda. Algunas de las plantas del edificio entristecido se llenaron de personas que estudiaban, o que ayudaban en el sufrimiento ajeno, o que intentaban enseñar a quienes tenían más dificultades…*

*—Vaya, —pensó la estatua de la libertad— desde hace un tiempo parece que, aunque no brilla como hace años, es capaz de sonreír de vez en cuando… Y de pronto, en el despertar del día, mientras se hallaba en esos pensamientos, oyó un ruido conocido pero extrañamente cercano. El avión se acercaba con una maniobra inesperada y enfilaba*

*hacia la torre norte. Impactó con una tremenda explosión en corazón del cuerpo de cristal y acero. Avión pilotado por la confusión en el que viajaban el hastío, el alcohol, el carnaval, la ansiedad y la fabulación. Todos ellos embriagados por la posibilidad del impacto, por la excitación de la destrucción. Y un grito de horror salió del interior de la torre sur, casi siempre silenciosa, apesadumbrada, resignada ante la presencia poderosa de la otra… Un grito que nacía de los ocultos cimientos que se entrelazaron con la urdimbre del deseo de crecer con los andamios del amor. Y el grito se apagó bruscamente, cuando un segundo avión, entró en el alma de esta torre. La aeronave era manejada por la soledad, la tristeza y la desesperanza.*

*La Dama de la libertad contempló atónita aquella escena de devastación. Vio como se desplomaba primero la torre norte, desperdigando en su caída éxito, proyectos, alaridos de sorpresa que eran engullidos por la destrucción.*

*Y vio, como en una especie de inmolación cómplice, la torre sur, que quizás hubiera podido mantenerse en pie, se dejó caer abriendo aun más su herida horizontal que tronzaba su resistencia.*

*Dicen algunos vagabundos empedernidos, tal vez como consecuencia de sus delirios alcohólicos, haber visto en las noches sin luna, cómo la Libertad se sacudía de su eterna petrificación y se acercaba como un gran fantasma silencioso al espacio que dejaron las dos torres. Le llaman zona cero, aunque nadie sabe explicar qué significa. Dicen estas voces balbuceantes que la gran dama blanca, observa detenidamente la tierra sobre la que se levantaron aquellas poderosas formas y sus lágrimas riegan de vida dos orquídeas que nadie sabe cómo han podido prender en aquel espacio.*

*La mañana es fría. La nieve con su manto espeso oculta la primavera.*

*Un hombre camina por la ladera nívea acompañado de un espíritu que le sigue a cierta distancia. Por su mente pasan escenas de dolor, de desafío, de ternura. Pasan imágenes que pensaba cerradas, olvidadas en el depósito en el que se queman los recuerdos. La brisa helada desarma la tapa de la caja de Pandora de su alma. Y de ella salen los recuerdos del sufrimiento, del abandono, de la danza sórdida del esperpento. Pero también, como en el mito, del fondo de la caja sale la esperanza. Y la esperanza le hace sentir constantemente la presencia de un espíritu tibio, mucho tiempo enmudecido, que canta una rapsodia dolorosa, tejida con historias de amor y desamor. Un espíritu que necesita sentirse presente, que busca su complementario desde una soledad casi cósmica.*

*Cuenta la leyenda que aquel espíritu se sintió libre gracias a las caricias de la dama de la libertad. Y en su libertad volvió a adquirir su presencia. LA de una mujer de mirada firme, sosegada, tranquila, con una tenue sonrisa, llena de dulzura, reafirmada en el mundo, con la certeza de que nunca más sería invisible… Pero esa historia es otra. Y el narrador de ésta, desconoce aquella.*

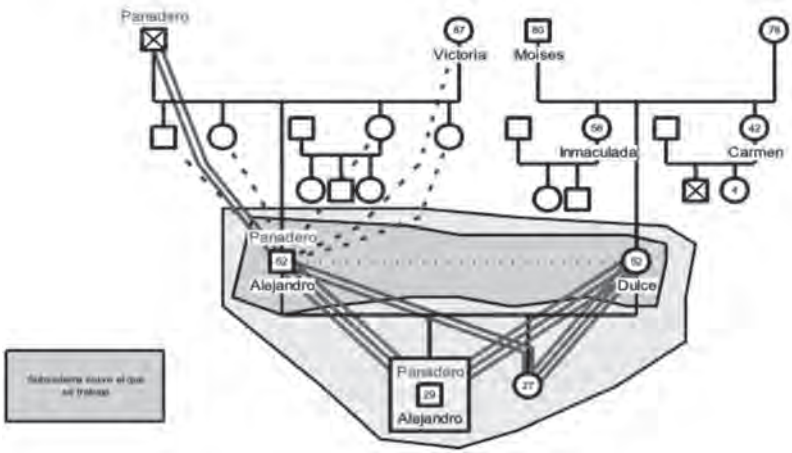
*Un abrazo*
Silvana y José Mª

En este caso lo sorprendente fue que Alfredo no aceptó la imagen que lo representaba como la "Torre Norte". Y al mes de la devolución, con solo una sesión por medio, vinieron ellos con cuentos alternativos sobre la realidad que estaban viviendo en el nuevo escenario favorecido por las emociones que se habían movilizado en el trabajo creativo. Alfredo nos contó la historia de "una sola torre", un pequeño edificio escondido en Maniatan. Y ella nos dibujó un jardín con dos árboles.

Ejemplo 2



En esta familia se actuó sobre la pareja, los padres del paciente identificado para desatascar la homeostasis del síntoma droga en el hijo. Como puede observarse la riqueza de compromisos en el collage es tal que incluso han puesto objetos de valor como la pulsera que él le regaló a ella con 16 años en una fiesta del pueblo.



***Cuento-Devolución***

*Queridos Dulce y Alejandro:*
*He observado durante largo tiempo el fresco de emociones que me habéis presentado, con el que me habéis regalado.*

*La vida parece ser un viaje en la penumbra, un largo viaje lleno de sorpresas, de expectativas, de incertidumbres, de miedos. Pero la emoción surge en cada momento cuando el amor se expresa en toda su intensidad.*

*El pan. Los artesanos más nobles durante cientos de años, fueron los panaderos. Trigo, agua, sal. Naturaleza y vida. El sostén primario, fruto del esfuerzo, de las manos artesanas, del deseo de compartir, de perdurar. El pan no cambia. La fórmula del pan es como la del amor. Invariable, presente, emocionante, nutritiva. El pan acompaña, el pan nos alimenta, nos adorna, nos da la base para otros alimentos, nos protege. Mientras hay pan hay vida.*

*La historia nos da los nombres de los héroes. Pero los héroes son anónimos. Son personas con maravillosas y cruentas historias de supervivencia, de esperanzas, de anhelos. Una maravillosa historia de amor. Eso es lo que me habéis mostrado. En sí misma, esta historia es una metáfora, un precioso cuento, una deliciosa poesía. Una jaula de hierro atrapaba a aquella joven deseosa de conocer, de sentir, de explorar la vida, de descubrir a las personas. Una mujer que vivía cercana a los demás, que deseaba expresarse, sentirse viva, anclada al servicio de su propia familia. Y dos intensos ojos azules, rodeados de timidez, de ternura, invadieron su espacio, sus emociones… Y la huída fue alocada. Escaparon aquellos dos jóvenes en busca de su libertad. Apasionados, llenos de esperanzas, de ilusiones. Pero las lealtades juegan un importante papel en nuestras vidas. Las familias son poderosas redes. En ellas se genera la pertenencia, los apegos, las bondades y sacrificios. En su seno se vertebran las traiciones, las conspiraciones, el poder, la sumisión. Aquel hombre de ojos transparentes solo deseaba velar por el amor de aquella mujer. Y por amor la ofreció el sudor, el trabajo, el sacrificio de trabajar, y trabajar, de combatir por algo en lo que creía, por un oficio que amaba. Y mientras él trabajaba y sentía las embestidas del resentimiento, de la envidia, mientras soportaba la voz de la familia, nacieron dos hijos. Una dulce y encantadora jovencita y un precioso niño de ojos azules. Y pasaron los años. El horno seguía encendido cada noche. Nadie sabe como aquella pareja conseguía sacar adelante a sus dos hijos, cuando escaseaba el trabajo, o cuando aquel horno tenía que dar de comer a demasiadas bocas. Días, meses, años, pasaron a través de sus vidas, de sus corazones. Y el hijo, aquel Apolo, aquel narciso altivo, orgullo de su padre, fue creciendo y mostrando todas sus capacidades. Su fortaleza, su ingenio, su humor, su bondad, su sentido del humor…Apolo ocupó un puesto relevante en el olimpo de aquella familia. El tiempo, el esfuerzo, los cuidados a aquellas criaturas, abrieron una brecha emocional entre los padres de aquella patria, de aquel pequeño país-familia que fundaron con tanto esfuerzo. Se convirtieron entonces en mandatarios de sus respectivas*

*responsabilidades. Y mientras el padre trabajaba duro, la madre ayudaba en el horno y criaba a sus hijos, cuidaba de ellos… La complicidad perdida con el padre… Ay, los padres. Padres que se acercan y se alejan de los hijos. Padres que sueñan con hijos mejores que ellos, que tengan todo aquello que ellos no pudieron tener…Padres que alimentan las capacidades de sus hijos intentando señalarles con todo el amor del mundo el camino correcto…Pero el camino se abre ante nuestros pasos, y nuestros pasos son fruto de nuestros sueños. O al menos, así debería ser, para no convertirnos en esclavos de las voces de nuestros ancestros. Y Apolo cobró la forma de un joven dios, de una divinidad que se encontraba cómoda en el medio de la relación parental. Los padres comenzaron, sin darse cuenta, a olvidar que eran una pareja de enamorados y se encontraron sirviendo, alimentando las vanidades, deseos y necesidades de la divinidad.*

*Un hijo-padre, un hijo con poder, un hijo con un poder que no sabía como utilizar. Una madre devota de aquella creación nacida del amor. Sentir la cercanía del hijo suponía sentir la presencia de aquel amor, ahora petrificado por el eterno calor del horno.*

*Y el dios Apolo, deseoso de saber como era el mundo de los mortales, saltó de la nube con sus pies alados…Y entre ninfas y sátiros encontró a la diosa Cocaína, atractiva, elegante, sensual, todopoderosa…"Ven conmigo y te enseñaré todos los placeres de la vida y del cielo…" y el joven, creyendo estar por encima del bien y del mal, prendado de aquella belleza casi irreal, danzó, bebió de sus placeres. Mientras cada noche, volaba de vuelta a su lecho en el olimpo de su cuna. Y la diosa cocaína le pedía cada día, nuevas muestras de su amor, de su devoción, de su sumisión. Le pidió el cuidado de su madre, la lejanía de su padre, incluso le sugirió una noche entre susurros: "Róbales a tus padres su amor y entrégamelo como prueba de tu lealtad hacia mí".*

*Temeroso, el joven lo intentó. Se acercó más a su madre. Su madre preocupada, se acercó más a su hijo, y el padre quedó lejano, triste, impávido, sin saber cual era su labor, su papel en aquella nueva y extraña representación teatral que la vida les había dado. Pero la magia de los dioses es una quimera. Y la diosa cocaína, un día enseñó su aspecto más tenebroso. Su antes, bella silueta comenzó a consumirse entre arrugas y grietas, su dentadura perfecta se desprendía de sus encías sangrantes y las cuencas que antes albergaron aquellos dos ojos verdes, ahora estaban vacías. Apolo intentó huir aterrado, pero una cadena invisible le unía a aquella arpía que al sentir el tirón en su muñeca soltó una macabra carcajada…*

*Solo el amor liberará de las cadenas a Apolo. Pero no el amor incondicional. El amor que le vio nacer, el amor que le nutrió en su infancia, el amor que dimana de las altas montañas como un fresco manantial, más allá de las laderas en las que habita el niño. Es el amor de la pareja el que libera las lealtades, el juego perverso de cuidados, de incapacidades en las que los seres humanos nos acomodamos.*

*Todo el amor que habéis expresado en la cartulina es un amor presente. Un amor que guardasteis como maravilloso tesoro en la caja de los recuerdos, en la caja mágica, para hacerlo salir de golpe, entero, alejado de las voces de la familia, del sufrimiento, del esfuerzo. Habéis hecho un gran trabajo como padres. Y eso solo es posible cuando se hace*

*un gran trabajo como pareja. Y aunque haya existido distancia, silencio, tristeza, angustia, ambos erais conscientes de que en vuestro libro, aquel que escribisteis juntos, están las páginas más bellas de vuestras vidas. Ahora habéis abierto la Caja de Pandora. Dejad que los vientos se mezclen, como si de una fórmula mágica se tratase. Dejad que la brisa os acaricie las mejillas y respirad el aire puro de vuestra madurez. Apolo necesita encontrar su Olimpo. Necesita escribir su propio libro, empezar a guardar sus propios tesoros en su cofre particular. La distancia emotiva, la presencia lejana, la sonrisa confiada de unos padres, hace que el hijo tenga que asumir la responsabilidad de esa confianza. Y esa confianza se traduce en libertad. Y la libertad, en la capacidad para dar las gracias, pedir perdón y sentirse restituido a través del esfuerzo que él tendrá que hacer por conquistar sus dominios.*

*Creo que Apolo necesita hacerse adulto para poder reír y llorar como un hombre. Para entender que su vida no es la de sus padres. Necesita respetarse a sí mismo, descubrir su soledad, a las personas que le quieren…Y volver a casa por Navidad.*

*Muchas gracias a los dos por este precioso tesoro lleno de amor.*
José María

*Segundo movimiento creativo. Story board familiares.*
*El Inicio de un cuento ilustrado*

Desde hace poco más de dos años estamos desarrollando nuevas técnicas creativas en colaboración con artistas, como es el caso de la ilustradora Fría Aguilar. Hemos encontrado la posibilidad de que las familias escriban cuentos en forma de store board, "monigotes", si queremos, que favorezcan narrativas alternativas a la asignada por el síntoma. La idea es generar una forma de reconexión entre los miembros de la familia a través de un cuento en viñetas… Sin palabras. El cuento tiene que estar formado por entre 12 y 16 viñetas. Cada viñeta debe dibujarse en un folio en blanco. Pueden participar todos los miembros de la familia que participan en el proceso. Debe tener un principio y un final. El principio debe ser en un momento del ciclo vital de la familia, el que ellos deseen. No tiene por qué representar a personas concretas. Puede ser una metáfora de la familia. Ha sido sorprendente el resultado en las 15 familias en las que hemos utilizado esta técnica. La movilización de narrativas a través de dibujos que libremente dibuja cada miembro para estructurar un cuento al que hay que poner letra es una tarea compleja, en la que cada uno tiene que verse como miembro de la familia, como parte del cuento al hacer su viñeta. La distribución puede asignarse, al igual que realizamos en la escultura, de manera que se indique quien realiza la primera viñeta (el "Érase una vez") y asignar al miembro que dibuja la última. Siempre recordando que no puede haber texto escrito, porque esta es la segunda parte de la prescripción. En realidad lo que se construye es un puzzle desordenado salvo en los límites de contexto. Un puzzle que después, al

traerlo cada miembro, expresa una viñeta que tiene resonancias respecto al resto de als viñetas. Todos los miembros deben conocer el inicio, es decir, pueden ver la viñeta inicial. Pero no pueden ver la final. De esta forma nos encontramos con dibujos diferentes pero con posibilidad de conexión narrativa que puede resolverse, o bien a través de un texto imaginado por los terapeutas en cada viñeta hilando las mismas en solución de coherencia. Es una tarea creativa en la que nadie sabe lo que puede llegar a generarse, pero que resulta espectacular cuando ven montado el cuento en forma de ilustraciones, una vez que la familia ha trabajado durante tres sesiones sobre los textos posibles al cuento, al nuevo relato familiar.



María y Fernando se presentaron con la familia de origen de Fernando como consecuencia de la ansiedad y la ira posterior a la separación de ambos. Amalgamados como un "monstruo de dos cabezas", el proceso terapéutico tomó derroteros de terapia de pareja cuando María aceptó revisar el contrato emocional con el que habían vivido durante 10 años. Sin hijos, la dependencia de Fernando respecto a su familia de origen destapó la de la propia María, que no siendo explícita, vivía bajo el signo del libro de cuentas de su propia familia cabiendo denodados esfuerzos por vivir "como si estuviese desvinculada". Presentamos solo algunas de las viñetas del cuento que dibujaron y de cómo quedó al final tras el tratamiento de la ilustradora Fría Aguilar. La letra fue un trabajo creativo que fue generándose viñeta a viñeta entre ambos, Fernando y María.

En las siguientes imágenes quiero presentar un breve resumen de un bello caso. El de Iris, una mujer de 30 años, diagnosticada de alcoholismo, de madre y padre toxicómanos. Los padres se separaron hace 20 años. El padre, con 60 años sigue consumiendo cocaína y la madre está en un programa de metadona. Ella es la titular de una lotería de su abuela paterna. Tiene una hermana mayor que pudo construir su vida al quedarse ella al cuidado del padre. Con un potencial creativo sin explorar, Iris ama la poesía, recita desde pequeña poemas de José Hierro, un poeta canario que se instaló en Santander hasta su muerte. Atascada en su abstinencia y consumos puntuales, anhela volver a París, ciudad de la que se enamoró cuando la conoció. Y este es el punto en el que la proponemos escribir un cuento en el que ella es la protagonista, y cuya acción se desarrolla en la ciudad de la Luz. Presentamos una de las cuartillas, la primera del cuento. Después dibujó un cuento inspirado en su relato, para finalmente dar letra al cuento. La consecuencia fue que al descubrirse elaborando un relato alternativo al que había escrito el sufrimiento y la angustia, abandonó la casa en la que vivía con su padre. Se buscó una buhardilla en la que vive sola y ha contactado con un grupo de poesía y un espacio cultural en el que conoce gente con la que se siente realmente feliz. Es ahora el momento de trabajar con el sistema familiar para realizar los ajusten que aseguren cambios reales y evolutivos en todo el sistema.


"Iris en París"






Los dibujos son siempre los originales de los miembros de la familia. Las ilustraciones finales son el resultado de incluir dichos dibujos en el ambiente ilustrado del cuento por parte de la propia ilustradora. En este caso, la paciente fue quien realizó los textos finales de cada viñeta.

Por último, como breve muestra, presento el trabajo de una madre y un hijo al cerrar el tratamiento del cáncer de mama de la madre, después de haber perdido al padre en un trágico accidente de tráfico justo un año antes del diagnóstico de cáncer.



Son solo tres de las dieciséis viñetas que dibujaron alternativamente y que dieron vida a un cuento al que pusieron la letra. La familia monoparental recondujo el camino de las nuevas reglas y de la experiencia de ayuda mutua en la que el hijo puedo expresarse creativamente sobre sus propios temores en colaboración con la madre. El resultado final se esboza en un par de ilustraciones finales.



Son dos muestras de cómo queda el cuento que finalmente se les entrega. Lamentablemente, hace 4 meses, una metástasis cerebral precipitó la muerte de la madre antes de cumplir los 40 años. Mario ha quedado huérfano de padre y madre y vive ahora con la hermana de su madre, casada y con un hijo de 2 años. La resiliencia que ha mostrado Mario es extraordinaria. Trabajando con la familia extensa de Mario, tanto paterna como materna, tras la muerte de su padre, pudimos darnos cuenta de las fortalezas narrativas de la familia materna, de sus abuelos, lo cual hace que Mario se sienta protegido emocionalmente en el lugar donde su madre era una persona muy importante. Hace dos semanas me ha llamado Mario para ver con el equipo el cuento, porque quiere saber si puede utilizarse para ayudar a otras familias en las que el cáncer hace su aparición.

*Tercer movimiento creativo. El teléfono móvil*

Ser conscientes de las nuevas realidades relacionales supone observar el mundo que nos rodea con cierta curiosidad. Incluso ser conscientes de los cambios de nuestro propio comportamiento cuando vivimos en un presente incesante de conectividad, de urgencia por resolver la comunicación y nuestro cosmos emocional y laboral a través de las nuevas tecnologías. Padres e hijos que crean foros en los Chat de los teléfonos móvil, discusiones y amoríos a través de los propios celulares, confusiones, infidelidades, resolución de problemas… El mundo relacional cambia y parece narcotizarnos a través de una nueva realidad que construimos y demolemos a velocidad de vértigo. Estamos en este momento trabajando con la telefonía móvil, con el objeto de que determinados pacientes ajenos a su propia realidad debido al intenso sufrimiento expresado sean conscientes de la posibilidad de generar nuevos significados a cada una de las horas de su vida mediante la mirada del fotógrafo.

El auge de los teléfonos móviles y de las redes sociales ha dado otra vuelta de tuerca a este avance sin precedentes hacia una cultura visual, la cultura de la imagen; haciendo posible que individuos sin conocimientos fotográficos puedan capturar, compartir y difundir fotografías in situ, al momento, con las personas de su entorno. Todo ello ha dado lugar al nacimiento de una nueva forma de comunicación, un nuevo lenguaje; un "periodismo ciudadano" no de grandes acontecimientos, pero sí de las pequeñas cosas (Instagram, la aplicación de fotografía para móviles por excelencia, ya ha superado a Twitter en número de usuarios).

Consecuentemente, todo el mundo tiene hoy inquietudes fotográficas: todo el mundo siente la necesidad de plasmar instantes, de contar cosas mediante imágenes y no a través de las palabras, de inmortalizar elementos de su día a día para que el resto de la sociedad los conozca y sienta simpatía por ellos. La inmediatez con la que las personas utilizan la cámara hace que se produzcan nuevas secuencias de datos, de imágenes, de vivencias, de instantáneas. Trabajamos con

adolescentes y jóvenes a través de las imágenes de los teléfonos móviles por los siguientes motivos:

1) PODER DE COMUNICACIÓN de la imagen.
2) Capacidad para concienciar sobre ASUNTOS SOCIALES relevantes.
3) ANTI-FOTOPERIODISMO como llamada a la acción y cambio.
4) DIVERSIÓN durante el ejercicio de fotografiar.
5) Abstracción de LO COTIDIANO.
6) SIMPLICIDAD E INMEDIATEZ respecto a otras actividades artísticas.
7) Aumento del ACCESO global a la tecnología y a la fotografía digital.
8) Facilidad de COMPARTIR imágenes y generar diálogo.
9) Superación de BARRERAS CULTURALES Y LINGÜÍSTICAS.
10) Relativo bajo coste de la fotografía comparado con otras disciplinas.
11) Fomento de la CREATIVIDAD.

Plantear a un miembro de la familia, sobre todo en el marco de la intervención individual sistémica, la posibilidad de hacer una película de su cotidianidad con 16-24 fotografías, supone que esa persona cada hora que está despierta, durante un día cualquiera que elija, podrá parar y pensar qué imagen quiere destacar y significar de cada una de las horas. Al realizar las fotografías, una cada hora desde que se despierta hasta que se acuesta, le fotógrafo lo es de su propia vida, de su contexto. Y se produce una mirada más compleja, objetal y relacional de si mismo en un determinado escenario. El objetivo de esta técnica es establecer micro relatos para cada fotograma. Un intercambio de reflexiones entre el paciente y el terapeuta sobre cada fotografía. Posteriormente será el propio paciente quien decida como "coser los diferentes párrafos" para construir un relato de su "película en formato de 18 fotogramas".

Presentamos algunos fragmentos (fotos) del trabajo de Xavier, un joven de 18 años diagnosticado de trastorno límite de personalidad con varios intentos autolíticos y con el que hemos desarrollado un año y medio de intervención familiar. Xavier es el mayor de dos hermanos. Un joven brillante que repentinamente comenzó a disfuncional en el contexto escolar con intensas crisis de pánico y al menos 4 intentos autolíticos mediante la autoadministración de paracetamol a grandes dosis que en dos ocasiones le llevaron a la UCI hospitalaria. Tiene un hermano con una discapacidad severa como consecuencia de una encefalitis vírica a los dos años de edad. Hemos trabajado en el espacio individual con Xavier y con la familia en su domicilio, para poder trabajar con todos los miembros.



**Primera hora**

X: Una bocanada de aire puro resbalaba por mi rostro, haciéndome sentir que la vida diurna para aquel día había terminado. La energía renovada brotaba por mis venas.

JM: El remolino de sábanas me saca de las turbulencias de sueños, de fantasías y temores. La nube de la noche deja paso a un despertar sereno. Miro la cama sonriente, no me acompaña durante la mañana…



**Sexta hora**

X: Las no muertes que se daban en ese país tan misterioso de las intermitencias de la muerte me tuvo enganchado, atrapando en puño mi desafiante corazón

JM: La muerte… Abro el libro, paso páginas y no puedo dejar de estructurar la visión de un extraño país. Acercarse a la Muerte desde la vida es una exploración muy distinta a hacer frente a la muerte estando vivo. He tenido sensaciones extrañas, Pero he sentido ganas de llorar cuando he recordado experiencias que hoy me generan temor pero que también me dan paz…

Este breve extracto ilustra el cierre de sus ideas autolíticas. Xavier perdió dos cursos, pero no renunció a seguir estudiando. Hoy es el día en que está en el segundo año del Grado de Derecho con unas extraordinarias calificaciones. La recomposición de la unidad familiar en posición de apoyo a la discapacidad ha generado incluso cambio de colegio de su hermano para generar mayores capacidades en él.

**Concluyendo…**

La intención de este capítulo ha sido exponer diferentes movimientos terapéuticos vinculados a las nuevas realidades familiares en las que la búsqueda del potencial creativo debe ser la búsqueda de soluciones para el cambio. Esto nos debe hacer pensar en la formación de los terapeutas. Desde el inicio de su formación se hace imprescindible motivar la mirada compleja de sus narrativas que favorezcan la construcción progresiva de un relato sin fin: el de su rol como terapeutas. Desde mi experiencia, los alumnos del tercer curso de formación disfrutan de todos los movimientos exploratorios de sus recursos creativos, cuando son legitimados de forma grupal o a través de supervisión. No se trata tanto de ofrecer las herramientas terapéuticas, lo cual es necesario en la formación de cualquier disciplina científica o artística.

Creo que lo relevante es generar la inquietud exploratoria de los propios mapas creativos en los alumnos, rescatando de su experiencia personal, familiar y profesional todas las estrellas fugaces escondidas en un cielo negro y encapotado del vertiginoso devenir existencial. Desde la Escuela Vasco Navarra de Terapia de Familia se están creando los espacios necesarios para que las nuevas aproximaciones clínicas al contexto de la Terapia Sistémico Relacional se vean expresadas en los procesos formativos de los futuros terapeutas. La última experiencia piloto ha sido el desarrollo del módulo de Técnicas Activas en formato on line para alumnos que no podían de ninguna forma, como consecuencia de las distancias, realizar la formación presencial. Y los resultados han sido magníficos en la evaluación de los propios alumnos. Su compromiso creativo, la implicación y construcción de una nueva realidad que nace de lo aparentemente virtual, requiere compromiso, entusiasmo y dedicación. La formación on line es una oportunidad para redefinir la excelencia docente. Y la construcción de espacios de interacción entre alumnos y de estos con los tutores constituye una extraordinaria fortaleza. Son muchas las cuestiones que dejo para próximos debates y artículos. La compilación de los trabajos clínicos para estudiar el impacto de la creatividad y de las técnicas que utilizamos, el desarrollo de terapias en el contexto virtual, algo que ha resultado exitoso desde nuestra experiencia (Fuentes-Pila, 2010; Fuentes-Pila, 2012) y que seguimos reelaborando para sacar el máximo beneficio a la complejidad que supone crear otros espacios de relación. El debate sobre la formación debe ayudarnos a abrir nuevos escenarios que nos permitan sentir que formar es formarnos. Que los discentes y los docentes generan bucles en los que pueden revertir los roles y docentes los alumnos a través de sus experiencias vitales, reformulando la mirada de los propios profesores. Permítame el lector una digresión, quizás otra… En un intercambio creativo realizado en un libro autoeditado con el objeto de participar en sus propias páginas como libremente se desee.

Libro: "La Terca Resistencia".
Autor: Pablo Gómez Nadal
Texto a mano y dibujo: JM Fuentes-Pila




**Referencias bibliográficas**

Bateson, G. (1971). *Comunicación*. En Winkin.1984

Bateson, G.; Jackson, D.; Haley, J. y Weakland, J. H. (1956). Towards a Theory of Schizophrenia. *Behavioural Scientist. 1*, 251-264.

Barron, F. (1969). *Creative person and creative process*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bruner, J. (1998). *Realidad metal y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.

Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma*. Barcelona: Paidós.

Csikszentmihalyi, M. (1990). "The domain of creativity". En M. A. Runco y R. S. Albert (eds). *Theories of creativity*. Newbury Park (CA): Sage.

Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Collins.

Csikszentmihalyi, M. (1999). "Implications of a systems perspective". En R. J. Sternberg (ed). *Handbook of Creativity*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.

Csikszentmihalyi, M. y Getzels, J. W. (1971). Discovery-oriented behavoir and the originality of creative products: a study with artists. *J Pers Soc Psychol. 19 (1)*, 47-52.

Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Gedisa.

Esquivias, S. M. T. (2001). Propuesta para el desarrollo de la 'Creatividad' en Educación Superior: Estudio comparativo entre dos universidades mexicanas. Universidad Anáhuac. Facultad de Educación. Tesis de Maestría.

Fromm, E. (1959). "The creative attitude". En H. H. Anderson (Ed). *Creativity and its cultivation*. Nueva York: Harper.

Fuentes-Pila, J. M. (2006). *Ponencia: "Creatividad compartida en los problemas de drogas. Apertura hacia narrativas emergentes"*. II Jornadas Relates. Barcelona, 2006.

Fuentes-Pila, J. M. (2010). Taller: *"La mail-terapia. Nuevas formas de conversar al servicio del cambio"*. IV Jornadas Relates. Terapia Familiar y Psicopatologia: Una relación compleja. Barcelona, 2010.

Fuentes-Pila, J. M. (2012). Comunicación: *"La mail-terapia como posibilidad de redefinición del contexto de terapia"*. Congreso Europeo de Psicoterapia. Valencia, 2012.

Fuentes-Pila J. M. y Pereira, R. (2006). *Ponencia: "Creatividad compartida en los problemas de drogas. Apertura hacia narrativas emergentes"*. XXVII Congreso Nacional de TF. Las Palmas de Gran Canaria, 2006.

Fuentes-Pila, J. M. y Pereira, R. (2007). Comunicación: Diálogo creativo en contexto de drogodependencias: Collages y cuentos como apertura relacional frente a la linealidad del síntoma. *8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2007. Psiquiatria.com*.

Gergen, K. J. (1997). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. J. (1999). *An invitation to Social Construction*. Londres: Sage.

Getzels, J. W. y Csikszentmihalyi, M. (1976). *The creative vision: a longitudinal study of problem finding in Art*. Nueva York: J. Willey and Sons.

Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2001). *Psicoterapia integradora humanista: manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoriales, cognitivos y emocionales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill.

Guilford, J. P. et al. Compilador: Strom, R. D. (1983). *Creatividad y Educación*. España: Paidós.

Landau, E. (1987). *El vivir creativo: teoría y práctica de la creatividad*. Barcelona: Herder.

Lévinas, E. (2000). *De la existencia al existente*. Madrid: Ed. Arenas Libros.

Klein, M. (1988). *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado*. Obras Completas, 3. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1990). *Symposium sobre análisis infantil*. Obras Completas, 1. Buenos Aires: Paidós.

May, R. (1959). "The nature of creativity". En H. H. Anderson (Ed). *Creativity and its cultivation*. Nueva York: Harper.

Minuchin, S. y Fichman, H.Ch. (1984). *Técnicas de Terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica.

Neuburger, R. (1998). *Nuevas Parejas*. Barcelona: Paidós.

Onnis, L. (1990). *Terapia Familiar de los Trastornos psicosomáticos*. Barcelona: Paidós.

Onnis, L. (1991). Thèrapie familiale de l'anorexie mentale. Un modèle d'intervention basè sur sculure familiales. *Thérapie familiale vol. 12, nº3*, 225-235.

Onnis, L. (1992). Langage du corpos et langage de la thèrapie: La "sculpture du futur" comme mèthode d'intervention systemique dans le situations psychosomatiques. *Thèrapie familiale, vol. 13, nº13*, 3-19.

Población, P. y López Barberá, E. (1991). La escultura en Terapia Familiar. *Vínculos, 3*, 79-98.

Robinson, K. (2011). *El elemento*. Barcelona: DeBolsillo.

Rosal, R. (2002). El *poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.

Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto (CA): Science and Behavior Books.

Simons, F. B.; Stierlin, H. y Winne, L. C. (1988). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa.

Simonton, D. K. (1975). Age and literary creativity: a crosscultural and transhistorical survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 6*, 259-277.

Simonton, D. K. (1997). *Genius and creativity: selected papers*. Greenwich, Connecticut: Ablex Publishing Corporation.

Sternberg, R. J. (Ed) (1988). *The nature of creativity*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.

Villeneuve, C. (1990). La Thèrapie familiale: Les enjeux de son evolution et sa pratique actuelle. *Pyschiatrie de l'enfant. XXXIII, 1*, 153-187.

Wallas, G. (1926). *The art of thought*. New York: Harcourt Brace.

Whitaker, C. (1992). *Meditaciones Nocturnas de un Terapeuta Familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Whitaker, C. y Keitd, D.V. (1981). "Symbolic-Experiential Family Therapy". En Gurman y Kniskern (eds.). *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner-Mazel.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002a). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002b). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Apartado II

# INTERVENCIONES EN PROBLEMÁTICAS ESPECÍFICAS

Capítulo VIII

# EL TRASTORNO BIPOLAR DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA

Juan Luis Linares, Carmen Campo y José A. Soriano[1]

## Introducción

Hablar del trastorno bipolar supone hacerlo de un diagnóstico que ha alcanzado notable popularidad en los últimos años, trascendiendo incluso los límites de la psiquiatría para instalarse cómodamente en la cultura de masas. Se impone por ello una reflexión sobre el papel del diagnóstico en la terapia familiar sistémica, un tema controvertido y polémico que, aún a día de hoy, dista de estar resuelto. Por una parte se le sigue percibiendo como un proceso clasificatorio de la conducta desviada, facilitador del etiquetaje y de la marginación de los pacientes psiquiátricos, pero por otra, los imperativos de la realidad hacen que numerosos terapeutas se vean obligados a rellenar protocolos clínicos, en los cuales el diagnóstico es un requisito insoslayable.

La tradición sistémica ha renegado del diagnóstico bajo una doble influencia. Por un lado la del propio Bateson, que lo calificó de "dormitivo" (o más propiamente lo descalificó como tal), entregado al ejercicio de diletantismo que lo condujo a la terapia familiar como una etapa intermedia entre su fascinación por los iatmules de Nueva Guinea y su tardía pasión por la comunicación de los delfines. Por otro lado, la de los antipsiquiatras de los años sesenta, que, sumidos en su dinámica radicalmente crítica, no supieron ver en el diagnóstico más que un instrumento de opresión. Y no hay duda de que algunos sistemas nosográficos y, sobre todo, el uso que de ellos se hace en la práctica psiquiátrica rutinaria, confirman tales prejuicios. Pero tampoco es desdeñable el esfuerzo de comprensión que han realizado algunos de los autores que han dedicado sus desvelos a la ímproba tarea de clasificar los trastornos mentales.

Frente a este panorama, nosotros (Linares, 1996) venimos reivindicando el concepto de *"metáfora guía"* aplicado al diagnóstico psicopatológico. Los criterios diagnósticos distan de ser objetivos e inmutables (y qué mejor ejemplo que las dudas y balbuceos de la American Psychiatric Association para sacar su quinta edición del DSM), constituyendo, en cambio, si se asientan firmemente en la complejidad e incorporan una incuestionable óptica relacional, excelentes instrumentos exploratorios del proceloso universo de la psicopatología.

---

[1] Escola de Terapia Familiar del Hospital de la Sta. Creu i St. Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, España (juanlinares@telefonica.net, ccampolopez@gmail.com, JSoriano@santpau.cat).

Desde una visión relacional, el trastorno bipolar evoca en los autores vivencias ambivalentes. Por una parte, se trata de una entidad nosológica cuya conceptualización ha mejorado notablemente en los últimos tiempos. Recordemos que, en la nosología psiquiátrica clásica, la antigua *psicosis maniaco-depresiva* se ubicaba en el mismo espacio de las psicosis delirantes, junto a la esquizofrenia y la paranoia. No era un lugar adecuado fenomenológicamente, puesto que los síntomas maníaco-depresivos eran muy diferentes de los delirios y alucinaciones que caracterizaban a ese espacio. Pero, sobre todo, no lo era por su significado relacional, radicalmente distinto del de los trastornos delirantes, tanto en sus orígenes familiares como en su dimensión social. Además, la misma denominación presentaba un panorama desequilibrado, donde lo maníaco parecía jugar un papel más importante que lo depresivo, contra toda evidencia clínica y estadística. Por ello, la reformulación de la American Psychiatric Association (A. P. A. 2000) como *trastorno bipolar*, y su ubicación en un territorio diagnóstico propio, el de los *trastornos afectivos o del estado de ánimo*, junto a la *depresión mayor* y la *distimia*, supuso un cambio clarificador y, especialmente en lo que aquí nos interesa, facilitador de la comprensión de sus bases relacionales.

Por otra parte, sin embargo, la irrupción en el mercado de una nueva familia de fármacos, los *eutimizantes o reguladores del estado de ánimo*, con el *carbonato de litio* a la cabeza, y el efecto positivo que ejercían frecuentemente sobre los síntomas depresivos y maníacos, propiciaron la extensión de la opinión de que el trastorno bipolar era una enfermedad biológica "*como las demás*". Se renovó así el viejo sueño de la psiquiatría, inducido más de un siglo antes por el descubrimiento de la etiología sifilítica de la *Parálisis General Progresiva*, de convertirse en una especialidad médica también "*como las demás*". La ideología biologicista psiquiátrica se vio muy fortalecida, alcanzando en su generalización a la cultura popular formulaciones tan pintorescas como que el trastorno bipolar se debía a un déficit de litio. Se asistió subsiguientemente a una impresionante expansión del diagnóstico de trastorno bipolar, que, en alas de la moda, adquirió un paradójico halo de prestigio social. El fenómeno continúa en la actualidad, reforzado por la continua difusión en los medios de que bastantes personajes famosos "*son bipolares*". Incluso da la impresión de que a veces se convierta en un diagnóstico de complacencia, preferido por ciertos clínicos bienintencionados al de *trastorno límite de personalidad* por beneficiarse de un hipotético mejor pronóstico. Y, sin embargo, ahora habría que matizar la idea del éxito indiscutible de los fármacos eutimizantes, habiéndose reportado tasas de recurrencia media de entre el 40 y el 60% en 1-2 años, incluso cuando los pacientes siguen disciplinadamente el tratamiento farmacológico.

La realidad es que, más allá de un indiscutible substrato biológico, evidente por compartido con todos los fenómenos psicológicos, el trastorno bipolar sigue sin desvelar sus misterios, permitiendo alimentar la sospecha de que continuará siendo

así mientras se le explore con miradas sesgadas desde los prejuicios biologicistas. Además, la "*buena respuesta al tratamiento farmacológico*" es cada vez más una quimera, abundando los casos resistentes, las recaídas, las inversiones sintomáticas y, en definitiva, las cronificaciones.

Por todo ello, se hace necesario un esfuerzo por estimular la investigación desde perspectivas psicológicas y relacionales, sin sucumbir al efecto territorial que, con algunas notables excepciones, ha abandonado el trastorno bipolar a los dominios de la psiquiatría biologicista, generosamente financiada por la industria farmacéutica.

* * *

Aunque las dolencias caracterizadas por manifestaciones extremas de la afectividad, melancolía y manía principalmente, ya habían llamado la atención de los grandes médicos griegos y latinos, la constitución de la psiquiatría como rama de la medicina en el siglo XIX produjo descripciones más específicas, tanto en Francia como en Alemania.

Falret (1854) se ocupó de lo que llamó la "*locura circular*", así como de la ciclotimia, afirmando por cierto que la segunda subyacía a la primera, de la que constituía una especie de substrato caracterial. Con una coincidencia cronológica casi absoluta, Baillarger (1854) describió lo que, expresivamente, llamó la "*folie à double forme*" (locura de doble forma). Al otro lado del Rin, Kahlbaum (1863) mantenía también que la ciclotimia era la forma más leve de la enfermedad maniaco-depresiva y, por fin, Kraepelin (1899) describió la psicosis maniaco-depresiva, siendo el principal responsable de su adscripción al grupo de las psicosis endógenas. Las grandes aportaciones alemanas continuaron con Kretschmer (1941), responsable de la propuesta gradual de cicloidía, ciclotimia y psicosis maniaco-depresiva, asociadas al biotipo pícnico en su tipología, y con Schneider (1941), que enfatizó la diferencia entre su "psicopatía lábil de estado de ánimo" y la enfermedad maníaco-depresiva, anticipando el actual discurso del D.S.M. IV (A. P. A., 2000) sobre la distinción entre el trastorno bipolar (Eje I) y el trastorno límite de personalidad (Eje II).

Quizá sea Stierlin (1986), uno de los pioneros europeos de la terapia familiar, el primero en haberse ocupado del trastorno bipolar (entonces todavía psicosis maníaco-depresiva) desde dicha perspectiva. Su propuesta, que ya ha sido recogida por nosotros como una de las fuentes de inspiración de nuestro modelo (Linares y Campo, 2000), remite a un contexto relacional en la familia de origen definido por un progenitor de signo expansivo, rayano a veces en la delincuencia, y otro de signo retráctil, con propuestas mutuamente irreconciliables. La expresión de Stierlin es que se trata de una *bipolaridad* entre *orden y desorden*, representados por unos cónyuges que mantienen una *complementariedad parental restrictiva*. Es una complementariedad de posiciones o actitudes, que no implica necesariamente una

complementariedad en la comunicación, es decir, una comunicación que confirme al otro en su relación complementaria. Al contrario, es compatible con una lucha simétrica en la que cada padre procura desvalorizar y herir al otro, a pesar de lo cual, no puede prescindir de su presencia. El hijo maniaco-depresivo se identifica más con el progenitor ordenado, pero se deja seducir por el desordenado, asumiendo simbólicamente las propuestas de cada uno en sus respectivas fases depresivas y maníacas, de acuerdo con una polaridad entre "víctima" y "culpable".

Miklowitz (2010 a; 2010 b; 2011) es el perfecto exponente de la literatura anglosajona de orientación psicoeducativa. En una revisión de 18 ensayos de psicoeducación individual y en grupo, cuidado sistemático, terapia familiar, terapia interpersonal y terapia cognitivo-conductual, llega a la conclusión de que la terapia familiar, la terapia interpersonal y el cuidado sistemático se muestran más efectivos en la prevención de las recurrencias cuando se inician tras un episodio agudo, mientras que la terapia cognitivo-conductual y la psicoeducación en grupo parecen más eficaces cuando se inician tras un periodo de recuperación. Los programas psicoeducacionales individuales y los de cuidado sistemático son más efectivos para los síntomas maníacos que para los depresivos, mientras que, por el contrario, la terapia familiar y la cognitivo-conductual lo son más frente a los síntomas depresivos que frente a los maníacos. Su interpretación es que los tratamientos que enfatizan la adherencia al tratamiento así como un reconocimiento precoz de los síntomas del estado de ánimo son más efectivos contra la manía, en tanto que los que hacen hincapié en las estrategias cognitivas e interpersonales de "afrontar" (coping) lo son contra la depresión.

Otros autores (Reinares y Vieta, 2008) enfatizan igualmente el abordaje psicoeducativo, haciendo hincapié en el clásico modelo de las emociones expresadas, que intenta reducir la hostilidad, el hipercriticismo y la sobreprotección. En conclusiones similares inciden Justo y cols. (2008) en una importante revisión para la Fundación Cochrane. Por su parte, Becoña y Lorenzo (2001) destacan la eficacia de la terapia marital y familiar, junto con la cognitivo-conductual y la interpersonal.

Desde una óptica computacional, no exenta de sensibilidad sistémica, Goldbeter (2013) aplica interesantes conceptos, como el de biestabilidad, para explicar las oscilaciones entre manía y depresión.

La más completa revisión actual realizada desde la perspectiva de la terapia familiar propiamente dicha (más allá de los abordajes psicoeducativos) se la debemos a Mosconi y Trotta (2011), que, curiosamente, adoptan la denominación de "*Psicosis Bipolar*", a mitad de camino entre la clásica y la moderna. En su repaso al panorama de los abordajes sistémicos destacan, entre otros, los aportes de Miermont (1987), que describe la presencia de una figura dominante, ya sea matriarcal o patriarcal, en la familia de origen, seguida de una hibris emocional en la familia creada. Hooley y cols (2005) destacarían también elevados niveles de comunicación patológica en la familia de origen.

La investigación que desarrollan Casagrande y Mosconi (2006) parte del concepto de "*Polaridad Semántica Familiar*", propuesto por Ugazio (1998), según el cual un síndrome psicopatológico determinado es la expresión de un contexto conversacional familiar específico y de posiciones individuales en él igualmente específicas. Mosconi (2008) aplica al trastorno bipolar su modelo del "*Cuadrilátero sistémico*", destacando un *conflicto relacional* caracterizado por fuertes duelos y mitos familiares, figuras dominantes en los padres con intensa implicación (y difícil independización) de los hijos, que desarrollan una imagen grandiosa de sí mismos. En cuanto al conflicto intrapsíquico, estaría definido por una tendencia al hundimiento de la grandiosa imagen de sí mismo, junto con narcisismo y dependencia.

Cancrini, que también se ha ocupado del trastorno bipolar, destaca el importante papel que juegan los eventos estresantes en la familia de origen (Cancrini y La Rosa, 1991), como por ejemplo pérdidas y duelos, sobre todo si son repetitivos y evocan experiencias similares vividas en el pasado. Las competencias sociales suelen ser mayores que en los esquizofrénicos (Cancrini y De Gregorio, 1997 a), pero la autonomización de la familia de origen es de compromiso y, en su precariedad, condiciona el equilibrio que difícilmente puede alcanzar la pareja, cuando se llega a construir. Se detectan, además, rasgos narcisísticos importantes (Cancrini, 2002).

**Diagnóstico relacional**

Hace tiempo que venimos proponiendo la denominación de *maltrato psicológico familiar* para las pautas relacionales disfuncionales que, fundamentalmente en la familia de origen, ponen en peligro la maduración y la integridad psicológica de los hijos (Linares, 2002, 2012). Las distintas modalidades de maltrato físico que se producen en las familias dependen estrechamente de las pautas de maltrato psicológico subyacentes. Pero lo que aún nos interesa más ahora es que, con mayor o menor grado de especificidad, dichas pautas constituyen el substrato relacional de los diversos trastornos psicopatológicos. Y por cierto que el trastorno bipolar no constituye una excepción.

Para poder identificar las principales modalidades de maltrato psicológico familiar, vale la pena que describamos brevemente las dos dimensiones que condicionan la atmósfera relacional de la familia de origen, a saber la conyugalidad y la parentalidad (C y P respectivamente en la **Figura nº 1**).

La conyugalidad es una ecuación que refleja la manera en que los miembros de la pareja parental, o las figuras en que se delega parcial o totalmente el ejercicio de las funciones parentales, se relacionan entre sí. Puesto que los conflictos son inevitables, la conyugalidad puede ser definida a efectos prácticos como la manera en que se afrontan los conflictos inherentes al ejercicio compartido de la gestión de los hijos, pudiendo representarse como un continuum inscrito entre dos polos ideales de *armonía* y *disarmonía*. Se trata de una dimensión independiente del estado civil de

la pareja, puesto que, aun en el caso de que estén separados, los miembros tendrán que seguir en contacto y colaborando por el bienestar de los hijos. La conyugalidad, en tal caso, se prolonga sin solución de continuidad convertida en *post-conyugalidad*.

La parentalidad es, a su vez, una ecuación que recoge el ejercicio de las funciones parentales por parte de los padres o de las figuras delegadas responsables de las mismas. Se inscribe en un continuum entre dos polos ideales de *conservación primaria* y de *deterioro primario*, en donde la condición primaria refleja su independencia de un hipotético impacto de la conyugalidad. Es decir, que la parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, sin que en ello intervenga de forma relevante el estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por influencia de ésta.

El cruce de estas dos dimensiones, conyugalidad y parentalidad, crea, como muestra la **Figura nº 1**, cuatro espacios o cuadrantes, correspondientes a otras tantas atmósferas relacionales definidas por ellas. La tercera dimensión, "t", corresponde al tiempo, y la representamos para indicar que este esquema dista de ser estático, pudiendo evolucionar a lo largo de las etapas del ciclo vital. Cambiando con el tiempo, la conyugalidad y la parentalidad pueden generar atmósferas relacionales que se superponen y que diversifican y hacen mucho más complejo el panorama.

Si el cuadrante superior derecho corresponde a la funcionalidad, los otros tres representan las tres grandes modalidades básicas de maltrato psicológico: triangulaciones, deprivaciones y caotizaciones. Dejando de lado el cuadrante inferior derecho, correspondiente a las triangulaciones, que, aunque aloja a la distimia, se aparta del tema de este artículo, nos ocuparemos de los dos cuadrantes izquierdos, correspondientes a las deprivaciones y a las caotizaciones, relevantes ambas como substrato relacional del trastorno bipolar.

En el cuadrante superior izquierdo, definido por una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, se ubican las *deprivaciones*. Es una combinación que puede expresarse en altos niveles de exigencia, desmesurada respecto de las posibilidades de los hijos (o, mejor, del hijo, porque suele tratarse de pautas personalizadas), y no compensada por una valorización proporcional de los esfuerzos que provoca. La personalidad forjada en semejante atmósfera relacional, incorporará una también alta autoexigencia, que, al verse inevitablemente frustrada, se reconvertirá en baja autoestima y culpabilidad. En el fondo, además, subyace una hostilidad hacia un entorno percibido como injusto y contra el cual no es posible rebelarse. Se trata del substrato relacional idóneo para el desarrollo del *Trastorno de Depresión Mayor*.

Otra pauta relacional deprivadora se plasma en una combinación de rechazo e hiperprotección. El hijo sometido a ella se percibe como no grato a sus padres, pero, al mismo tiempo, recibe de ellos un exceso de mimos con los que intentan neutralizar sus sentimientos de culpabilidad o, simplemente, acallar las demandas

de auténtica valoración. Su personalidad se resentirá de una profunda desconfianza en las relaciones interpersonales, que percibe como engañosas, y de una carencia de normatividad que hipotecará su capacidad de adaptación social. Es una de las vías relacionales hacia el *Trastorno Límite de Personalidad*, integrado en nuestro esquema diagnóstico en los *Trastornos de Vinculación Social*.

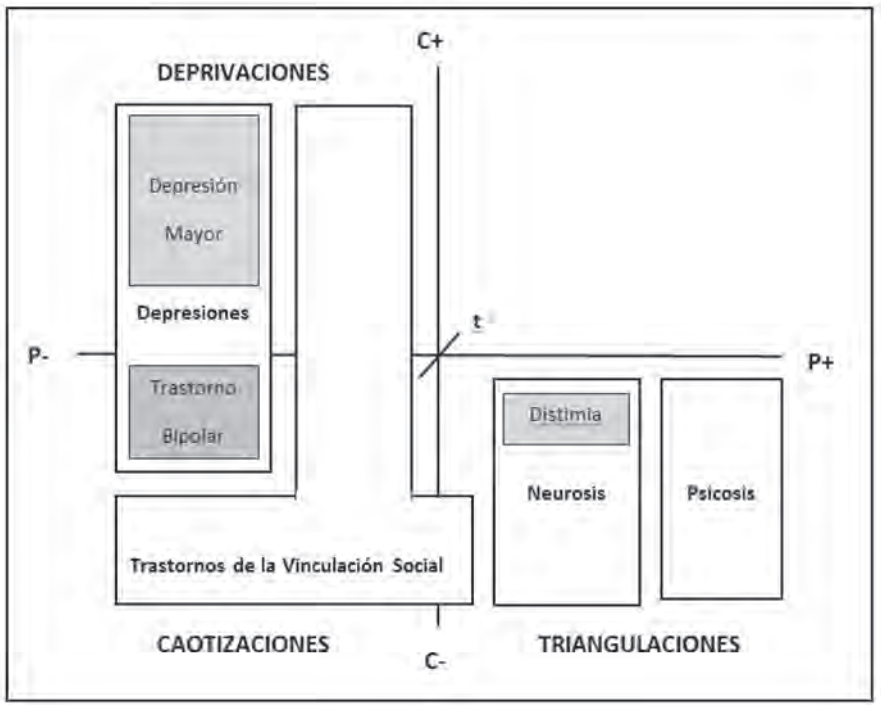



Figura nº 1

Por último, las *caotizaciones* ocupan el cuadrante inferior izquierdo, caracterizado por unas condiciones relacionales de base sumamente deficitarias: conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada. Tanto la relación de pareja como las funciones parentales arrancan bajo mínimos o hacen crisis precozmente (Cancrini, 1997 b), estableciendo una situación gravemente carencial en lo que a nutrición relacional se refiere. Tan es así, que, si esas condiciones se mantienen, la personalidad desarrollada bajo su influencia será de las más inquietantes, puesto que adolecerá de una significativa carencia de experiencias de amor. Por fortuna, la lógica eco-sistémica impone la aparición de mecanismos compensatorios, tanto internos como externos a la familia, que, despertados por lo dramático de la desnutrición relacional, inyectan recursos nutricios alternativos: padres que en momentos cruciales

sacan fuerzas de flaqueza, abuelos o tíos oportunos, vecinos caritativos o instituciones sociales capaces de intervenir de forma adecuada a las necesidades. El resultado, siempre imprevisible, no deja de ser de alto riesgo, pero ofrece múltiples alternativas a la intensa carencia de partida. Es el reino indiscutido de la *Familia Multiproblemática*.

Podemos ya adelantar que nuestra propuesta para la ubicación del trastorno bipolar en este esquema diagnóstico es, tal y como se representa en la **Figura nº 1,** en el cuadrante de las caotizaciones, pero como una prolongación de los territorios depresivos, situados en el cuadrante de las deprivaciones. Ello le confiere un carácter mixto, con rasgos de ambas procedencias.

La hipótesis general concerniente a la familia de origen del bipolar nos muestra a unos progenitores radicalmente distintos entre sí. Uno de ellos, por lo común el padre, adopta posiciones socialmente heterodoxas, a veces en el límite de la legalidad e incluso fuera de ella. El otro, más frecuentemente la madre, es alguien muy organizado, de enorme eficacia práctica, especializado en resolver los problemas que el primero crea. Ambos se miran con desconfianza y recelo, incluso con desprecio y odio, manifestando que sus modelos de vida son diametralmente opuestos e irreconciliables, pero se mantienen juntos (o al menos tal era el caso cuando la separación y el divorcio eran prácticas menos comunes) expresando implícitamente cuánto se necesitan. El *transgresor-cigarra* necesita a la *pragmática-hormiga*, obviamente porque le resuelve toda clase de necesidades prácticas, pero también y quizá sobre todo porque le permite ser "malo" en la impunidad casi absoluta. La pragmática-hormiga necesita al transgresor-cigarra para demostrarse a sí misma y demostrar al mundo sus infinitas habilidad y sabiduría para enfrentar la vida, así como, probablemente, su condición de víctima perpetua, "buena" y sufridora. Todo ello, sin tomar en consideración las consecuencias que puedan seguirse para los hijos, verdaderas víctimas, ellos sí, de tan estúpido juego.

> La infancia y la adolescencia de Luis transcurrieron a la sombra de unos padres singulares. El padre, Fernando, era un truhán simpático y atractivo, que no disimulaba su intención de vivir a expensas de su esposa engañándola de todas las maneras imaginables. María, la madre, regentaba un comercio próspero heredado de sus padres, que le permitía cubrir las necesidades de la familia (marido y tres hijos, de los cuales Luis era el primogénito) y, como decía ella, "proveer para el futuro". Sólo que el futuro se adelantaba con lastimosa frecuencia cada vez que Fernando decidía expoliar los ahorros para sufragar sus caprichos. Por ejemplo, era habitual que desapareciera dos veces al año en escapadas a Montecarlo, donde dilapidaba fortunas oficiando de gran señor. Luego regresaba con toda naturalidad, prodigando guiños cómplices a sus hijos y obsequiando a María con su más olímpico desprecio. María, por su parte, suspiraba y le devolvía gélidas sonrisas aderezadas con comentarios del género: "Alegraos, muchachos, papá ya regresó de trabajar."

Como hijo mayor, Luis sintió pronto la necesidad de proteger a su madre, aunque ésta fijaba siempre la mirada en el sinvergüenza de su marido más que en él. Por su padre sentía una admiración inconfesable, pero aquél apenas reparaba en él ni en sus sentimientos. Todo lo más, le rascaba la cabeza diciendo: "¡Adelante, campeón!" Fue diagnosticado de trastorno bipolar cuando, poco después de casarse, invirtió importantes sumas de dinero en un supuesto negocio de salazón de pescado en… Montecarlo.

**La familia de origen**

De acuerdo con lo dicho más arriba, y como muestra el ejemplo de Fernando y María, los padres del futuro bipolar constituyen una pareja singular. Por una parte, suelen mantener un cierto acuerdo implícito de que "aquí no pasa nada", coherente con la filosofía de preservar la respetabilidad de las apariencias propia de las deprivaciones. Sin embargo, su conyugalidad difícilmente podría ser calificada de armoniosa. Sus respectivas concepciones del mundo coexisten, sin poderse integrar en una propuesta única y coherente. De ahí el componente de confusión, propio de las caotizaciones.

Entre las prioridades de esta pareja parental parecen no contarse sus hijos, preocupados como están en afirmar sus respectivos modelos de vividor y de víctima, ambos con una dosis notable de narcisismo. Además, también asumen frecuentemente roles contrapuestos en cuanto a la permisividad y el ejercicio de la autoridad, lo que hace que no exista una alta presión de exigencia normativa, a diferencia de lo que ocurre en la depresión mayor. No es, pues, de extrañar que la confusión se transmita al aprendizaje de las normas de convivencia social, que queda significativamente disociado. Cuando irrumpan los síntomas, se generará una dinámica característica entre un Dr. Jekyll depresivo e intrapunitivo y un Mr. Hyde maníaco y transgresor.

El relativo desinterés parental de ambos progenitores garantiza que los hijos no sean triangulados, y ésta es una diferencia significativa con la mayoría de psicosis. La falta de nutrición relacional se produce aquí más bien por un cierto sentimiento de estar en tierra de nadie, una inconsistencia en la vinculación afectiva que dificulta el apego seguro.

En un contexto caótico que, sin embargo, alcanza a guardar las apariencias de respetabilidad social, el futuro paciente no es muy tenido en cuenta, ni en cuanto a sus necesidades personales ni en cuanto a sus procesos de individuación y autonomización. Es una experiencia cercana a la desconfirmación que viven los psicóticos, aunque se diferencia de ella en que aquí hay mayor conciencia de lo que les está pasando, así como una búsqueda de reconocimiento y una rebeldía más explícita. Resulta significativo a propósito de esta vecindad de la psicosis que, cuando el bipolar tiene hermanos, no sea raro que uno de ellos presente síntomas psicóticos o rasgos esquizoides.

Es paradójico que, aunque muchas veces el emparejamiento sea consecuencia de un intento de huir de la familia de origen y de obtener compensaciones por los sufrimientos vividos en ella, los cónyuges suelen ser bien considerados por la misma. Por lo que, cuando las cosas se tuercen, los pacientes sienten que están solos y sin escapatoria posible. En ese contexto pueden aparecer los síntomas, cuando fracasan las expectativas de obtener compensaciones significativas. Quizá aparezcan también ideas de separación y tentativas de divorcio, pero, careciendo de apoyos en la familia propia, fracasarán. Sobre todo si vienen asociadas a una crisis maníaca, e incluso a un eventual ingreso hospitalario, que las descalifican.

Los padres de Lola se casaron sin el acuerdo de los abuelos maternos, que no simpatizaban con el padre, al que consideraban un mal partido para su hija. No obstante, les ayudaron económicamente, aunque de forma inconstante y haciéndoselo pagar.

Lola recuerda haber tenido experiencias de sentirse humillada desde los cuatro años. El padre, transgresor y ludópata, arruinaba periódicamente a la familia, y ella sentía el rechazo de las otras niñas por la pobreza en que quedaban repentinamente sumidos. Por ejemplo, estuvo un tiempo en un colegio de monjas donde tenía que "servir" a sus compañeras para que le mantuvieran la beca. En general, recuerda con gran tristeza su paso por colegios en los que se sentía abandonada y donde temía que no la fueran a buscar.

Los padres se llevaban muy mal, aunque nunca se separaron ni discutieron de forma muy abierta. Cada uno estaba centrado en su mundo: el padre poniendo en marcha negocios condenados a fracasar y la madre vengándose a su manera, por ejemplo con un amante, la relación con el cual parecía más un deber que un placer.

Su hermana (la primogénita, catorce años mayor que ella) era la que contaba a la hora de tomar decisiones, y ella se sentía obligada a seguirlas. Luego ha comprendido que la utilizaba y que incluso influyó en que ella estudiara derecho porque, supuestamente, necesitaba su colaboración en la empresa que estaba montando, pero no dudó en dejarla colgada cuando le salió una oportunidad mejor.

Ella es la tercera de cuatro hermanas, y siempre ha sentido que las alianzas entre las otras tres, con la mayor como líder, la excluyen. No les puede explicar nada a la segunda o a la cuarta sin que se entere la primera.

Refiere anécdotas de apariencia trivial pero a las que ella confiere mucho significado. Por ejemplo, dice que dormían juntas las cuatro hermanas y que a ella no la dejaban usar el despertador como le gustaba, sino que la despertaban cuando a las otras les venía bien.

**Pareja y familia creada**

Ya hemos adelantado cómo la relación de *pareja* se establece sobre la base de intentar compensar con una vinculación amorosa la vivencia de no llegar a ser importante afectivamente para nadie. Eso hace a los bipolares sociables incluso en exceso, estando interesados, excepto en las fases depresivas, en ganarse el aprecio de los demás mediante actitudes de gran simpatía.

Las dificultades en la relación conyugal pueden aparecer ya antes del inicio de los síntomas, porque la complementariedad buscada de manera compensatoria se torna pronto demasiado rígida. Ello hace que pronto vean frustrada su necesidad de ser contemplados como iguales, y no sólo como objetos de presión o control.

Otras veces, se trata simplemente de una "mala elección", en la que es el otro quien toma la iniciativa y el futuro paciente acaba aceptando su propuesta. En tales casos, parece que los bipolares estén más interesados en resolver cuestiones pendientes en la familia de origen que en formar una familia propia. Como son simpáticos y pueden resultar atractivos, no falta quien se interese por ellos, y, como están distraídos en otras cosas, pueden acabar aceptando a quien no les conviene. Las propuestas pueden adquirir formas pintorescas, por ejemplo buscando "una madre para mis hijos" o "alguien con quien crear una familia", más que en forma de verdadera declaración de amor.

Cuando irrumpen los síntomas maníacos se producen cambios relacionales muy importantes, mucho más acusados que en la depresión mayor. Los síntomas se interpretan como un cambio identitario ("*es otra persona*"), y ello comporta la exigencia de posiciones diferentes en la jerarquía interna de la pareja y de la familia. Estos cambios, que se asocian a la enfermedad mental, hacen que se utilicen expresiones que no se aplican a la depresión mayor: "es una locura", "está loca o loco". Los hijos suelen asociarse, muy precozmente, a esta descalificación del progenitor bipolar, en complicidad con el sano.

Durante la terapia, los cónyuges suelen insistir en que se les aclare qué parte de la conducta del paciente es atribuible a la enfermedad y qué parte tiene que ver con su carácter, tratando de establecer un espectro de descalificación entre la locura y la maldad.

La relación, que suele partir de una complementariedad rígida con el paciente en posición inferior, tiende a complejificarse con la irrupción de los síntomas maníacos, pudiendo invertirse la complementariedad o instaurarse una simetría inestable. Juega un papel importante el temor a lo que el paciente "*puede llegar a hacer*".

Los pacientes bipolares tampoco suelen estar muy interesados en la *parentalidad*. A veces se acepta el hecho consumado tras tener uno o dos hijos para complacer al cónyuge, pero sin un verdadero interés personal. Y no es raro un primer episodio depresivo en mujeres tras el nacimiento del primer hijo, que suele ser diagnosticado inicialmente como depresión puerperal.

Se comprende, pues, que puedan existir expectativas negativas respecto del papel de los hijos en el futuro, que actuarán como profecías autocumplidoras. La relación con los hijos no será, en consecuencia, muy buena, y menos aún si, como suele ocurrir, el cónyuge privilegia la relación con los hijos en detrimento de la relación con el paciente. Esto es parecido a la dinámica relacional en la depresión mayor, produciéndose a menudo coaliciones trigeneracionales entre familia de origen, cónyuge e hijos, con el paciente aislado en su descalificación cada vez más intensa.

La terapia pone de manifiesto desde el primer momento que Silvia está acostumbrada a que su marido, Pedro, cuestione sus percepciones, sus vivencias y hasta sus sentimientos.

En la primera sesión, Silvia está deprimida, con sentimientos de impotencia y de no tener escapatoria. Sin embargo, Pedro no le pregunta por qué se siente así ni hace intento alguno por consolarla o por ofrecerle alternativas, sino que se limita a comunicarle "que no puede sentirse así", atribuyéndolo sistemáticamente a la enfermedad. Es él quien decide en todo momento lo que es sano y adecuado.

Los dos hijos mayores, Marta de 19 años y Ricardo de 17 (el tercero, Jorge, de 12, no participa), están presentes durante la entrevista y asumen una actitud manifiestamente descalificadora e irrespetuosa: "está loca", dicen. Pedro no los frena, dando la impresión de que ellos, por ser adolescentes, están autorizados a usar expresiones que él, en tanto que adulto, debe evitar aunque las comprende. Cuando se le sugiere que Silvia puede sentir que los tres están contra ella, él niega todo fundamento. Y, sin embargo, se hace evidente que él es excesivamente permisivo con los chicos y que ella tiende a poner más límites de forma adecuada, como por ejemplo en una ocasión en que Ricardo se emborrachó hasta el coma etílico, siendo ella la que tuvo que llamar a la ambulancia ante la actitud banalizadora de él. Por cierto que Silvia aprovechó para comentarle al conductor de la ambulancia: "Mira, a mi me tienen por loca, pero si yo no hago esto…"

Por esas fechas Silvia había intentado separarse, pero fracasó dado el nulo apoyo recibido de su familia de origen. En concreto, su hermana mayor siempre se ha entrometido en sus asuntos, apoyando a Pedro en caso de conflicto. Él, por supuesto, la valora mucho y atribuye sistemáticamente las dificultades a la actitud de Silvia y no a las intromisiones descalificadoras de la hermana:

-Por ejemplo, cuando te reservó hora para el podólogo lo hizo con la mejor intención y tú te pusiste como una fiera…

-Sí, pero es que ni me consultó. Me reservó hora con quien ella quiso y el día que ella quiso…

La sesión concluye con la misma tónica, anunciando que la terapia será laboriosa si pretende cambiar la situación. La terapeuta se limita a reconocer los sufrimientos de todos y a pedir su colaboración para aliviarlos modificando las actitudes.

**Estrategias terapéuticas**

La terapia familiar del trastorno bipolar desde una perspectiva relacional-sistémica se puede realizar incidiendo sobre dos instancias propias de los sistemas relacionales: la organización y la mitología. Entendemos por organización la dimensión longitudinal de las estructuras del sistema, es decir, aquello que permanece de éstas a lo largo de las etapas del ciclo vital. A su vez, la mitología es el espacio donde convergen, complejamente consensuadas, las narrativas individuales de los miembros del sistema.

Pero el primer paso, imprescindible, es la elección del sistema o de los sistemas con que se trabajará terapéuticamente. Y ello dependerá, en buena lógica, del momento del ciclo vital en que se aborde el caso. Si se trata de pacientes jóvenes, aún dependientes de sus padres, la terapia se tendrá que centrar fundamentalmente en la familia de origen. Es una opción que cada vez se presenta con más frecuencia. Sin embargo, el trastorno bipolar se desarrolla muy a menudo en personas que viven en pareja y que, eventualmente, tienen hijos, y, en tal caso, la opción preferente será trabajar con la pareja y la familia creada, aunque alguna incursión en la familia de origen será de gran utilidad. Además, se podrán insertar sesiones individuales a lo largo de la terapia cuando así se juzgue conveniente. La organización es propia de cada sistema, por lo que puede resultar muy diferente en la familia de origen y en la familia creada. Sin embargo, la mitología suele transferirse de la una a la otra: se genera en la familia de origen, pero se expande a la familia creada, donde tienden a acentuarse sus rasgos más característicos y, eventualmente, a añadirse otros.

| | **Organización** | **Mitología** |
|---|---|---|
| **Familia de origen** | Deprivada y caótica (Normatividad híper e hipotrófica). | Desconfirmadora. |
| **Familia creada** | Confusión entre complementariedad y simetría. | Descalificadora y rechazante. |

Cuadro nº 1

Ya hemos visto que la organización de la familia de origen del bipolar se sitúa como una especia de prolongación de las deprivaciones en territorio de las caotizaciones (**Figura nº 1**). Eso significa, entre otras cosas, que la sociabilización puede tener características de ambas situaciones: las funciones protectoras estarán inhibidas, como es frecuente tanto en las deprivaciones como en las caotizaciones, mientras que las funciones normativas estarán disociadas en dos procesos superpuestos, uno de signo hipertrófico al estilo deprivador y otro de signo hipotrófico al estilo caotizante (**Cuadro nº 1**). Ambos procesos se pondrán específicamente de manifiesto en las fases depresivas y en las maníacas.

La característica principal de la organización en la pareja del bipolar es una cierta confusión entre relaciones de tipo complementario y simétrico. En efecto, la constitución inicial de la pareja suele ser complementaria, con el paciente en posición "down": algo parecido a lo que ocurre en el Trastorno de Depresión Mayor. Sin embargo, cuando aparecen los síntomas maníacos, el desarrollo de la relación de pareja deja de parecerse al de los depresivos, que sería un aumento de la misma pauta complementaria con tendencia a la rigidificación. En la bipolaridad, en cambio, se produce un giro radical, con una tendencia a la simetría o incluso al ascenso del paciente a la posición complementaria "up". Nunca tuvo más vigencia la metáfora del Dr. Jekyll y Mr. Hyde: los cónyuges se horrorizan ante la aparición de ese monstruo expansivo, eufórico y prepotente, con cuya presencia ciertamente no contaban. Y le cogen miedo. Pero una posición relacional basada en el miedo a los síntomas no puede ser, por definición, estable, por lo que la relación conyugal experimentará continuos altibajos en una atmósfera de indefinición y confusión. Con el paso del tiempo y la consiguiente cronificación, la relación se irá impregnando de una cierta tiranía del síntoma, beneficio secundario del rol de enfermo que en nada se parece a la posición de superioridad complementaria.

Ya hemos visto que en la familia de origen del futuro paciente bipolar los hijos pueden vivir experiencias cercanas a la desconfirmación. No es, pues, de extrañar que la mitología familiar sea matizadamente desconfirmante. Los hijos tendrán dificultades para encontrar un espacio propio reconocido por ambos progenitores, y no les será de gran utilidad estar más unidos a uno de ellos si, en definitiva, ambos miran más a sus propias necesidades narcisísticas. Quizá alguna raíz de los síntomas maníacos tenga su origen en esta situación, que les hace sentir la necesidad de intensificar su conducta provocativa para ser más percibidos.

Esta tendencia a la desconfirmación se transmite a la pareja y a la familia creada, como bien ilustran aquellos ejemplos citados en que la propuesta de matrimonio viene expresada en términos como "*quiero que seas la madre de mis hijos*" o "*te necesito para fundar una nueva familia*". Pero, además, cuando aparecen los síntomas, se instauran plenamente mitologías descalificadoras y rechazantes que quizá antes sólo estaban insinuadas. Es entonces cuando se hacen más evidentes el desprestigio del paciente y el progresivo fastidio que provoca en su cónyuge pero también con frecuencia en sus hijos.

Consecuentes con este panorama, las estrategias terapéuticas se adaptarán a las disfuncionalidades existentes en la organización y en la mitología de las familias de origen y creada, para modificarlas y sustituirlas por otras funcionales.

Si los imperativos del ciclo vital (pacientes jóvenes, aún no emancipados) aconsejan trabajar con la familia de origen, se deberá focalizar sobre todo la organización, entre deprivada y caótica, para ayudar al paciente a encontrar un lugar razonablemente confortable.

| | Organización | Mitología |
|---|---|---|
| **Familia de origen** | Estrategias vinculadoras y estructurantes. | Estrategias reconfirmadoras, recalificadoras y de aceptación. |
| **Familia creada** | Empoderar al paciente combatiendo los beneficios secundarios. | |

Cuadro nº 2

Ello implica poner a punto y desarrollar estrategias vinculadoras frente a la deprivación y estructurantes frente a la caotización, como muestra el **Cuadro nº 2**. Se deberá estimular la vinculación del paciente con los padres o, al menos, con uno de ellos, ayudando a éstos a salir de su mundo narcisístico de autocomplacencia, tanto individualmente como, paradójicamente, en su relación de pareja. De especial interés será armonizar las diversas actitudes respecto a la normatividad, ya que uno de los progenitores tiende a ser excesivamente normativo, mientras que el otro propende más bien a un exceso de permisividad.

La estructuración deberá apuntar, sobre todo, al desorden introducido por el progenitor de signo expansivo (el transgresor-cigarra), consentido e implícitamente legitimado por el de signo retráctil (el pragmático-hormiga), con el ánimo de reconducirlo y ponerle límites.

Si la edad y las circunstancias vitales del paciente imponen trabajar con la pareja y la familia creada, habrá que afrontar la confusión existente entre simetría y complementariedades de distinto signo. La fórmula más adecuada pasa por empoderar al paciente, como si de un depresivo se tratara, pero poniendo simultáneamente un máximo énfasis en combatir los beneficios secundarios de los síntomas maníacos, que, por la gran intensidad y capacidad provocadora de éstos, pueden alcanzar una dimensión importante.

En cuanto a la mitología, la prioridad terapéutica absoluta consistirá en poner a punto una estrategia reconfirmadora, puesto que la desconfirmación es el fenómeno relacional más destructivo y, por tanto, el responsable de la mayor gravedad, presente o potencial, de los síntomas. Se entiende por reconfirmar reconocer y propiciar el reconocimiento relacional de alguien privado en mayor o menor grado de esa experiencia, imprescindible para la maduración psicológica. La estrategia reconfirmadora debe estimular la aparición en la familia de nuevos valores y creencias que incluyan al paciente en una perspectiva novedosa, garantizando su plena percepción. También debe generar un nuevo clima emocional, en el que las emociones negativas queden redimensionadas al mínimo posible. Es un objetivo que se puede alcanzar en grupo multifamiliar, con un programa psicoeducativo bien diseñado, que no sea una alternativa a la psicoterapia, sino un complemento. Pero también se puede aplicar singularmente a una familia, como

una especio de micro-programa inscrito en la terapia familiar. Del mismo modo, se deberán inducir nuevos rituales reconfirmadores, en los que el paciente participe con los miembros significativos de su familia de forma reconocedora. A la vez, y quizá esto sea lo más importante, el terapeuta deberá tener muy en cuenta la necesidad relacionarse con el paciente en todo momento de forma reconocedora, sin ceder a las propuestas, que pueden partir de la familia pero también del mismo paciente, que lo presentan de forma sesgada, como enfermo irresponsable, como persona fracasada o cruel, etc.

También se deben afrontar las mitologías descalificadoras y rechazantes que, como hemos dicho, nacen en la familia de origen pero se transmiten a la pareja y a la familia creada, donde suelen ampliarse notablemente. Se hará propiciando mitologías alternativas, recalificadoras y de aceptación. La descalificación consiste en no valorar a la persona y a sus cualidades, y es un fenómeno relacional que sufren fundamentalmente los depresivos, mientras que el rechazo, que implica un posicionamiento más activo de alejamiento emocional del otro, define la actitud de la familia de origen del paciente limítrofe. No es de extrañar que en el trastorno bipolar aparezcan ambos simultáneamente. Las estrategias recalificadoras intentarán revalorizar a los bipolares, especialmente en la pareja, destacando sus cualidades y dando testimonio de sus capacidades. También se pondrán en marcha dinámicas reparadoras, que procurarán compensarlos por los sufrimientos y las humillaciones que han vivido.

Por lo que se refiere a las estrategias de aceptación, encaminadas a neutralizar las mitologías de rechazo, se construirán en estrecha conexión con las recalificadoras, de las que constituyen la consecuencia lógica. La historia de la pareja deberá ser investigada como un precioso material en bruto, del cual, desechando la ganga de los numerosos desencuentros, se pueda acabar extrayendo la mena de una historia de amor. Una historia de amor que existió en algún momento y que puede ser recuperada con mayor o menor brillo, pero siempre (si la terapia resulta razonablemente exitosa) con la potencialidad de dignificar la relación de pareja e, indirectamente, la relación parento-filial, colaborando en liberar al paciente de los síntomas.

**Conclusiones**

El Trastorno Bipolar es un diagnóstico complejo y, hasta cierto punto, contradictorio. A lo largo de la historia de la psicopatología moderna ha atravesado importantes vicisitudes nosográficas y epistemológicas, que permiten definir aquello que no es. No es una psicosis como pretendió la psiquiatría kraepeliniana equiparándolo, bajo la denominación de Psicosis Maniaco-Depresiva, con la Esquizofrenia y la Paranoia. Y tampoco es un trastorno orgánico cuyo tratamiento esté resuelto con psicofármacos más o menos específicos, como pretendió la psiquiatría biologicista de hace un par de décadas.

Más difícil resulta definirlo en positivo. Es un trastorno afectivo o del estado de ánimo, pero la presencia del componente maníaco lo diferencia sintomatológicamente de sus compañeros de grupo, el Trastorno de Depresión Mayor y el Trastorno Distímico. En cambio, la expansividad megalománica pueden aproximarlo a los trastornos delirantes, mientras que la conducta disruptiva y provocadora lo acerca al Trastorno Límite de Personalidad, con el cual el diagnóstico tiende a solaparse a menudo.

Quizá sean, en cambio, sus bases relacionales las que dotan al trastorno bipolar de una mayor coherencia. Surge en el territorio relacional donde convergen y se superponen las pautas deprivadoras y las caotizantes. De la atmósfera desconfirmadora que emana ese espacio brotan los síntomas maníacos, desesperado intento de obtener relevancia y sentirse percibido. La falta de triangulación inhibe la deriva delirante, pero no por ello resulta menos intenso el grito reivindicativo de una existencia relacional amenazada por la desconfirmación. La respuesta descalificadora estimula las tendencias depresivas, y la vivencia de rechazo envuelve al conjunto con el tono provocador que lo caracteriza. Y el ritmo relativamente acompasado con que se alternan las fases maníacas y las depresivas se inspira en el patrón vivido en la familia de origen, donde el "modelo cigarra" y el "modelo hormiga" coexisten necesitándose mutuamente pero se muestran incapaces de integrarse.

Las líneas fundamentales que hemos descrito, por las que puede discurrir el tratamiento psicoterapéutico, intentan adecuarse a ese trasfondo relacional, aunque sin reflejar suficientemente su infinita complejidad. Creemos que nuestro esquema de intervención sobre la organización y sobre la mitología brinda un marco conceptual adecuado a lo que, en última instancia, habrá de canalizar sobre todo la creatividad del terapeuta y su capacidad de transmitir de forma verosímil historias de amor.

**Referencias bibliográficas**


A. P. A. (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM IV-TR*. Washington DC.

Baillarger, J. (1854). De la folie à double forme. *Annales médico-psychologiques, 6*, 369-389.

Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema, vol. 13, nº 3*, 511-522.

Cancrini, L. (2002). La depressione in psicoterapia. *Ecologia della Mente, 25, 2*, 127-138.

Cancrini, L. y De Gregorio, F. (1997a). L'area delle psicosi e il grupo delle schizofrenie: il contributo della psicoterapia ad una moderna nosografía dei disturbi psichiatrici maggiori. *Ecologia della mente, 20, I*, 23-34.

Cancrini, L.; De Gregorio, F. y Nocerino, S. (1997b). "Las familias multiproblemáticas". En M. Coletti y J. L. Linares (comp.). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.

Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *Il vaso di Pandora*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
Casagrande, G. y Mosconi, A. (2006). Modalità relazionali e sistema di significato nella depressione. *Terapia Familiare, 81*, 35-65.
Falret, J. P. (1854). Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un état lucide plus ou moins prolongé. *Bulletin Académie nationale de médecine 19*, 382-400.
Goldbeter, A. (2013). Origin of Cyclicity in Bipolar Disorders: A Computational Approach. *Pharmacopsychiatry 2013, 46 (Suppl. 1)*, 44–52.
Hooley, J. M.; Woodberry, K. A. y Ferriter, C. (2005). "Family factors in schizophrenia and bipolar disorder". En J. L. Hudson y R. M. Rapee (Eds.) *Psychopathology and the Family*. Amsterdam: Elsevier.
Justo, L. P.; Soares, B. G. O. y Calil, H. M. (2008). Intervenciones familiares para el trastorno bipolar (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus, nº 2*, Oxford.
Kahlbaum, K. L. (1863). *Die Gruppirung der psychischen Krankheiten*. Danzig, Verlag von A. W. Kafemann.
Kraepelin, E. (1883, 1889). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Última edición en cuatro volúmenes, Munich: Belleville Verlag, 2000-2003.
Kretschmer, E. (1941). *Medizinische Psychologie*. Leipzig: Thieme v.
Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa. La Terapia familiar en la Práctica Clínica*. Barcelona: Paidós.
Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
Linares, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
Miermont, J. et al. (1987). *Dictionnaire des Thèrapies Familiales. Théories et Pratiques*. Paris: Payot.
Miklowitz, D. J. (2010a). *Bipolar Disorder. A Family-Focused Treatment Approach*. Nueva York: Guilford Press.
Miklowitz, D. J. (2010b). Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las evidencias. *Revista de Toxicomanías. Nº 59*, 3-17.
Miklowitz, D. J. (2011). *The Bipolar Disorder. Survival Guide*. Nueva York: Guilford Press.
Mosconi, A. (2008). Terapia relazionale-sistemica con l'individuo. Il "quadrilatero sistemico" come riferimento per una costruzione di ipotesi ben formata e l'integrazione di diferenti ottiche di lavoro, ovvero, "Fai una buona ipotesi e poi fai quello che vuoi." *Connessioni, 20*, 55-82.
Mosconi, A. y Trotta, B. (2011). "Depressione e Psicosi Bipolare: non sono le cose che ci preoccupano ma l'idea che abbiamo di esse". En P. Chianura y cols. (Eds.) *Manuale*

*clínico di terapia familiare. Volume I: Processi relazionali e psicopatología.* Milano: Franco Angeli.

Reinares, M. y Vieta, E. (2008). Intervención familiar psicoeducativa en el trastorno bipolar. *Infocoponline. Revista de Psicología,* 1-4.

Schneider, K. (1941). Ed. Española. *Las Personalidades Psicopáticas.* Madrid: Ed. Morata (1943).

Stierlin, H.; Weber, G.; Schmidt, G. y Simon, F. B. (1986). Features of Families with Major Affective Disorders. *Family Process, Volume 25, Issue 3,* 325–336.

Capítulo IX

# CONCLUYENDO LA ENTREVISTA: LA DEVOLUCIÓN EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Roberto Pereira[2]

## Introducción

La Terapia Familiar Sistémica ha prestado siempre una especial atención a la "sesión", seguramente porque es una de las modalidades psicoterapéuticas que menor número de entrevistas o sesiones utiliza, por lo que cada una de ellas tiene una alta importancia relativa. De ahí que el proceso de la entrevista se haya estudiado con detenimiento y estructurado en diversas fases que describen los distintos momentos por los que pasa la sesión.

Uno de los primeros en definir las etapas de la entrevista (o más específicamente de la primera entrevista, modelo para las demás) fue Jay Haley (1976), que no hace una referencia específica a la devolución al finalizar la sesión. Tampoco lo hacen Minuchin (1974), Stierlin y cols. (1980), ni Weber y cols. (1985).

Quizá los autores que primero hicieron un especial hincapié en la Devolución es el Grupo de Selvini y cols. (1986). En sus estructuradas sesiones se incluía una larga pausa, durante la cual el equipo terapéutico discutía y decidía cómo cerrar la sesión, tras la que comunicaban a la familia sus conclusiones, y les pedían que efectuaran determinadas tareas o bien les prescribían algún ritual para efectuar en el espacio entre sesiones.

Otras orientaciones sistémicas apenas la utilizan, centrando el esfuerzo del cambio en el transcurso de la sesión sin que se produzca un cierre de ésta de características especiales, como sucede con los conversacionalistas y muchos narrativistas.

En nuestro caso, ambas circunstancias se tienen en cuenta: el peso del cambio se apoyará en el contenido de la sesión, pero este contenido se subrayará, reforzará y potenciará con la devolución.

Es evidente que este modelo de finalizar la sesión –pausa, discusión, devolución– tiene mucho que ver con el hecho de trabajar en equipo: es poco habitual que un terapeuta que trabaje solo decida hacer una pausa para reflexionar acerca de cómo concluir la sesión, por lo que es un modelo que se utiliza, sobre todo, en la formación de terapeutas.

En la Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar (en adelante EVNTF) se viene usando este modelo desde su fundación en el año 1993. Tanto en la

[2] Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar, España (director@avntf-evntf.com).

enseñanza de cómo llevar la entrevista, como en las Supervisiones directas con familias "en vivo", se utiliza un encuadre que favorece la devolución: los terapeutas trabajan con las familias siempre en coterapia, con un equipo tras el espejo que incluye a un Supervisor, en el período de aprendizaje, con el que se sale a consultar en la "pausa" y con el que se elabora la "devolución" que se transmitirá luego a la familia.

**Definición**

Llamamos devolución a la intervención estructurada del o de los terapeutas que se produce tras la pausa y que generalmente concluye la entrevista.

Es un momento importante de la sesión, en la que se trasmite una información que:

- Extraerá algunos aspectos relevantes de la sesión, otorgándoles con ello una especial importancia.
- Comunicará a la familia las ideas discutidas con el equipo durante la pausa.
- Remarcará la información que se pretende circule de manera más intensa durante el período entre sesiones.
- Hará en ocasiones peticiones explícitas de actuación a los diferentes miembros de la familia.

Entendemos la Devolución como una herramienta terapéutica de gran importancia y utilidad. Requiere de una compleja elaboración teórica: no se limita a hacer un resumen de la sesión, sino que debe incorporar intervenciones basadas en lo ocurrido durante ésta.

Es un momento privilegiado para intervenir, puesto que su preparación y desarrollo predispone a la familia a escucharla con especial atención. Además, tras ella se abre un largo período de reflexión y comunicación sobre lo dicho, que dura al menos hasta la siguiente sesión.

**Estructura y proceso de la devolución**

Como hemos dicho, la Devolución se lleva a cabo cuando los terapeutas regresan a la sala de terapia tras una interrupción de la sesión o Pausa de unos 10 minutos de duración. Esto crea una expectativa en la familia, que por lo general espera, con especial interés, lo que los terapeutas van a decirles.

En general, la devolución comienza con una connotación positiva, que dará paso después a reflexiones o instrucciones diversas, e incluye, generalmente al final, la cita para la siguiente sesión (aunque, en ocasiones en las que se quiere remarcar intensamente una información, se da la cita antes, para que la sesión finalice, de manera dramática, con la información que quiere subrayarse de manera especial).

Si se trata de una sesión de cierre, la devolución incluirá la despedida de los terapeutas.

**La connotación positiva**

Al referirnos a la connotación positiva, no lo hacemos en el sentido que le dieron los terapeutas estratégicos, inspirándose en Milton Erickson, es decir, a la redefinición en positivo de una conducta disfuncional (Haley, 1973) sino más bien a la versión de los terapeutas estructuralistas (Stanton y Todd, 1988), que atribuyen motivaciones positivas al paciente, evitando la crítica y la confrontación, al menos en un primer momento, y que desarrollaron después en el primer grupo de la Escuela de Milán (Selvini y cols., 1980), extendiéndola a todos los miembros de la familia, y sentando las bases de su estructura y utilización (Simon y cols., 1984).

La connotación positiva hace referencia entonces a toda la familia, a su unión y disponibilidad:

> "Ante todo, queremos decirles que son ustedes una familia muy unida, y en las familias de este tipo los problemas se afrontan entre todos, pero también afectan a todos..."

> "Queremos agradecerles antes que nada el esfuerzo que han hecho todos para venir aquí hoy, especialmente a José, que tantas dificultades tiene para hacerlo….".

La Connotación positiva crea un marco adecuado para que la devolución sea escuchada sin temor por la familia, que ha recibido de entrada un importante respaldo y apoyo por parte de los terapeutas.

Si no comienza con una connotación positiva, ésta debe introducirse en algún momento durante la devolución. Si bien el orden habitual es "decir lo positivo antes que lo negativo", o sea, la connotación positiva antes de señalar las cosas que no nos gustan, o que no van bien, hay autores como Guy Ausloos que proponen hacerlo al revés, comenzar por lo negativo para pasar luego a lo positivo (Ausloos, 1998):

> "No han conseguido ponerse de acuerdo en nada, y no han cumplido ninguna de las tareas que les hemos pedido. Sin embargo, seguimos apreciando en ustedes un gran interés por resolver sus problemas y un afecto sincero del uno por el otro. Por ello, queremos pedirles en esta ocasión..."

**El proceso de la devolución**

La devolución es una información que se transmite básicamente para que circule durante el tiempo que transcurre entre sesión y sesión. A menudo los miembros de la familia, por razones diversas, pueden intentar descalificar, contradecir o devaluar

la intervención, y generalmente no se dispone de tiempo suficiente para contrarrestar estas maniobras. De ahí que, en lo posible, debe tratar de evitarse que la familia haga comentarios verbales tras la devolución, salvo para aclarar alguna posible duda sobre la tarea.

Suele ser aconsejable dejar resueltos todos los asuntos administrativos antes de la devolución, de manera que una vez efectuada ésta nos podamos levantar para despedirles, interrumpiéndoles incluso si inician algún movimiento para comentarla, diciéndoles que ahora no es el momento de hablar de ello, y posponiendo cualquier comentario para la siguiente sesión.

Debe hacerse despacio, hablando con claridad y repitiendo las cosas las veces que sean necesarias, hasta asegurarnos que se ha comprendido lo que intentamos decir.

Nos dirigiremos en cada momento a quien atañe lo que estamos diciendo, y nos aseguraremos de que decimos algo a cada uno de los miembros de la familia.

**Características de la devolución**

La devolución debe reunir las siguientes características:

- Debe apoyarse en cosas que han dicho o hecho la familia, y combinarlo con conclusiones o ideas extraídas por los terapeutas/equipo respecto a estos comentarios/hechos.

"En varias ocasiones durante la sesión usted se ha referido a su esposa llamándole burra, boba, e inepta, y hemos advertido que ella seguía sonriendo en esos momentos. Esto nos ha hecho pensar..."

o

"Ha sido una sesión muy interesante, en la que se han dicho cosas de gran relevancia para su relación de pareja. Esto nos ha hecho ver que realmente ustedes tienen interés por encontrar una solución..."

- Debe utilizarse un lenguaje claro, hablar despacio y asegurarse de que la familia entiende lo que se está diciendo, repitiéndolo si es necesario. No debe prolongarse más de lo imprescindible para transmitir lo que se quiere decir, y siempre se debe tratar de ser breve.
- Puede ser interesante numerar lo que queremos decir:

"Tras agradecerles una vez más el esfuerzo que hacen todos por venir, y su colaboración durante las sesión, nos gustaría transmitirles tres cosas: la primera..."

- Los terapeutas deben asegurarse de que la devolución la reciben todos los miembros de la familia. Si se pide una tarea a un solo miembro, debe hacerse un esfuerzo por encontrar otras tareas, que puedan ser complementarias de la primera, y que se dirijan a los demás componentes del grupo familiar.

"Queríamos pedirles a ustedes dos que discutan todos los días, pero a una hora determinada, de 7 a 8. Y queremos pedirte a ti, Juan, que lleves un registro de la hora de comienzo y final de las discusiones, si cumplen lo pactado o se extralimitan en el tiempo, y a ti, Elena, que anotes los temas de discusión de tus padres y el tiempo que dedican a cada uno".

- En ocasiones, la devolución puede utilizarse para señalar aspectos difíciles de decir durante la sesión, o para pedir cosas opuestas o complicadas. Para hacerlo, los coterapeutas pueden mantener opiniones distintas, o atribuir esa diversidad de opiniones al equipo, si lo hay:

"Elena y yo no nos ponemos de acuerdo. Mientras que ella piensa que tienen ustedes posibilidades de continuar juntos como pareja, a mi me parece que lo mejor sería que ustedes..."

o

"El equipo nos ha dicho que están divididos. A pesar de que ustedes han dicho las cosas con gran claridad, y debemos destacar su honestidad y compromiso, el equipo no ha conseguido ponerse de acuerdo respecto a por donde debemos continuar. Unos piensan que tenemos que seguir trabajando sobre esas dificultades, mientras que otros creen que deberías dar esta cuestión ya por superada y dedicarnos en cambio a lo que todavía..."

**Preparación de la devolución**

Al preparar la devolución, el terapeuta debe hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles eran los objetivos, las metas de la terapia? ¿se han perdido esos objetivos y deberíamos reformularlos?

"Durante las dos últimas sesiones tengo la sensación de que estamos algo perdidos. A pesar de que las cosas no parecen haber mejorado entre ustedes, nos hemos pasado casi todo el tiempo hablando de sus hijos, de sus padres, del trabajo..."

- O quizá las metas iniciales ya se han conseguido y han aparecido nuevas áreas problemáticas:

"Si recuerdan bien, el problema que les trajo aquí fue el intento de suicidio de su hijo. Parece que eso ha dejado de preocuparles, Juan se encuentra bien, funcionando mejor a todos los niveles. Sin embargo han aparecido otros problemas que reclaman nuestra atención: la dificultad para manejar las relaciones con la madre de Antonio, y especialmente los importantes desacuerdos que han aparecido entre ustedes y que les ha llevado a cuestionar su continuidad como pareja. Quizá deberíamos centrarnos en esto ahora..."

- ¿Sigue confirmándose la hipótesis? ¿Estamos trabajando con la estrategia que nos hemos marcado para tratar de modificar el funcionamiento familiar en la línea que pretendemos? Si es así, ¿cómo podemos reforzar ese trabajo con la devolución y en su caso con tareas? ¿Tal vez haya que insistir en mensajes ya transmitidos anteriormente, pero que seguimos pensando que van en la buena dirección?

"Ya hemos hablado de ello anteriormente, pero seguimos observando que Manuel sigue actuando como una "toma de tierra" para disminuir la tensión entre los padres. Esto le hace sentirse importante para ustedes, pero nos preocupa que con ello esté hipotecando su crecimiento, su autonomía, y en definitiva su vida. Por eso, queremos…."

o

"Una vez más, queremos pedirles que continúen sin mantener relaciones sexuales a menos que lo pida Elena…"

- Uno de los aspectos claves de la Terapia Familiar Sistémica es el que la información que se introduce en el sistema produce cambios y que se necesita tiempo para que la información circule; de ahí la importancia de dejar un tiempo entre sesión y sesión. Es necesario tener esto en cuenta a la hora de elaborar y hacer la devolución. También sopesaremos la importancia de la información a transmitir, cómo queremos que circule, de cuánto tiempo disponemos, etc. No será lo mismo si la próxima sesión es la semana que viene, que si hay unas vacaciones por medio.

"Nos gustaría que durante estas vacaciones se olviden totalmente de los problemas que hemos discutido hoy, pero que dediquen un tiempo a pensar y anotar todas las cosas agradables que han sucedido en estos últimos meses..."

o

"Para la sesión de la próxima semana, nos gustaría que cada uno traiga apuntado en un papel una lista con las cosas que creen que puede cambiar cada uno de ustedes para..."

- Debe tenerse en cuenta el número de personas a quien va dirigida la devolución: si es una pareja:

"Nos gustaría que ustedes dos no mantengan ninguna relación sexual los días impares del mes que queda hasta...",

o si es una familia numerosa:

"Nos gustaría pediros a todos vosotros que ayudéis a papá y a mamá en este difícil momento por el que están pasando...",

o es una sesión con un solo miembro de la familia:

"Le agradecemos que haya hecho el esfuerzo de venir hoy como "representante" de su familia. Nos gustaría que continuara durante un tiempo jugando ese papel, y para ello le vamos a encargar…"

**El "momento del terapeuta"**

Así como durante la sesión el protagonista es el diálogo, la interacción entre familia y terapeuta, o entre los miembros de la familia, la devolución es "el momento del o de los terapeutas". Es una comunicación unidireccional, no se espera que sea un diálogo.

Por supuesto se prestará atención a la comunicación analógica, a la reacción de los miembros de la familia a lo que se está diciendo, pero no se permitirá que la familia discuta, matice o apostille lo que se dice. Como mucho, se aceptarán peticiones de aclaración, pero el objetivo es que la familia no diga nada en ese momento.

De manera que, los terapeutas deben preparar el contexto para que la información que se quiere transmitir se escuche con la mayor atención posible, y se eviten diálogos o discusiones sobre ella. Ya hemos hablado de la situación "dramática" a la que predispone la pausa y el regreso de los terapeutas a la sala de terapia. Esto, de ordinario, crea una buena disposición a la escucha; pero si es necesario se reforzará explicando a la familia lo que vamos a hacer y lo que nos gustaría que ellos hicieran:

"Ahora vamos a decirles cuáles son nuestras impresiones acerca de lo que nos han contado durante esta hora, y qué pensamos que podemos hacer para que las cosas mejoren. Les pedimos que nos escuchen con atención, y que no hagan comentarios

ahora. Queremos que reflexionen sobre lo que les vamos a decir y que, salvo si no entienden algo, aguarden a la próxima sesión para transmitirnos su desacuerdo o sus impresiones…"

Con la devolución y la cita finaliza la sesión, y lo que se pretende es que la información transmitida a la familia circule en el período de tiempo transcurrido entre sesión y sesión, y en todo caso pueda hablarse de ello y discutirse durante la siguiente sesión. De ahí la importancia de lo que se diga en este momento, ya que orientará, en buena manera, estas reflexiones del sistema familiar.

**Devoluciones escritas**

Si se percibe que la información a transmitir es compleja, o que se ha dicho sin insistir lo suficiente, o de una manera farragosa o se ha errado en alguna palabra o frase clave, puede reforzarse la devolución entregándola por escrito, bien en el mismo momento, o bien enviándola por medio de una carta.

En el primer caso, puede escribirse la devolución, leerse y luego entregársela a un miembro de la familia o bien una copia a cada uno (se puede añadir una copia más para algún miembro no presente).

En el segundo caso, debemos asegurarnos de que la información llega a los miembros de la familia que los terapeutas quieran: bien pidiéndole a un miembro que la lea cuando están todos reunidos, bien remitiendo una copia a cada uno, que en ese caso puede personalizarse. Esto es particularmente útil cuando algún miembro no ha acudido a la sesión y se desea decirle algo o mantenerle al tanto de lo que se está trabajando.

"Estimada Josefina: Sentimos que no haya podido acudir a la sesión del pasado jueves, y para que pueda seguir participando en la terapia en igualdad de condiciones que los demás miembros de su familia, vamos a resumirle lo que se ha hablado en ella, entre otras cosas porque se ha hablado sobre todo de usted y de… Finalmente, hemos pedido a su familia, y por lo tanto también queremos pedirle a usted que,... Con toda probabilidad, seguiremos hablando del tema en la próxima sesión, por lo que nos ayudaría mucho contar con su presencia. Ésta tendrá lugar el próximo…"

**Reencuadres y redefiniciones**

Entendemos por reencuadre o redefinición el intento de desplazar el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase determinada, con el objetivo de modificar la visión del mundo del paciente o familia. Los reencuadres y redefiniciones pueden efectuarse en cualquier momento durante la sesión, no es la devolución el único momento para hacerlas. Sin embargo, puede ser el momento más adecuado si se les

quiere dar una importancia especial, o si se quiere subrayar las que se hayan hecho durante la sesión.

El reencuadre tiene como objetivo modificar la manera en la que la familia siente o entiende una determinada conducta, una pauta relacional. Así, se pretende plantear que esa manera concreta de entender o vivir esa situación no es la única posible, y hay otras alternativas que pueden resultar más útiles para un buen funcionamiento familiar. Es decir, de entrada el reencuadre plantea que las cosas no son unívocas, que el marco de comprensión del funcionamiento familiar no es único e inamovible, sino flexible y permite más de un punto de vista.

El reencuadre puede buscar modificar una puntuación en la secuencia de hechos:

"Cuando Jesús nos explica las discusiones que tienen lugar entre ustedes, lo hace partiendo del hecho de que comienzan siempre cuando el entra por la puerta y usted le mira a los ojos…"

El reencuadre suele ser positivo, pero no es infrecuente ni raro que sea negativo:

"Sin duda Elena, con su conducta, está atrayendo la atención de la familia sobre ella, se está sacrificando para que los temas más dolorosos, de tan difícil solución no invadan y depriman al resto de la familia. Sin embargo…"

o

"Las esculturas nos muestran cómo la familia protege a Julio, a quien todos apartan del foco de las preocupaciones familiares. Sin embargo, este afán tan bienintencionado y protector también le está pasando factura, ya que…"

Los reencuadres o redefiniciones positivas buscan a menudo atacar directamente la conducta sintomática:

"Nos hemos dado cuenta de que cada vez que usted se enfada, su mujer comienza a llorar, lo que hace que se enfade cada vez más, ya que usted lo vive como si le estuviera atacando. Pero tal vez no haya pensado que…."

o

"Es extraordinario el interés que muestran, en esta familia, los unos por los otros. Las expresiones de afecto son continuas entre ustedes, y recibidas con alegría y satisfacción. Por eso nos sorprende especialmente el desagrado que expresan ante la

conducta de su hijo y hermano. Cuando él se va de casa, o llega tan tarde y bebido, lo que él quiere expresar..."

Otra manera de efectuar una redefinición es utilizando la connotación positiva, de manera que demos una visión positiva de algo que está siendo criticado por la familia, ya sea un comportamiento, o una conducta sintomática:

"Dicen ustedes que su hijo Manuel va retrasado en los estudios, que es huraño y muy poco sociable, y que se pasa el día emborronando cuadernos. Sin embargo, cuando nos han enseñado esos cuadernos, nos hemos quedado estupefactos: su hijo pinta maravillosamente, tiene el temperamento propio de los pintores, ¡es un artista!..."

**Devoluciones narrativas**

Cualquier devolución incorpora al menos una breve historia. En ocasiones, esta historia se adorna y crece, componiendo un auténtico relato, incorporando a la devolución cuentos en los que se transmite alguna metáfora relacionada con la familia, o en la que son sus protagonistas, o se les coloca en un guión cinematográfico real o inventado, o como actores o personajes de un drama o una novela, con la que queremos transmitirles una determinada información; o les contamos un cuento, que luego podemos darles por escrito:

"Permítanme contarles un cuento, algo largo, luego se lo daré por escrito para que puedan leerlo con más tranquilidad, se titula:

***El chico que ayudaba a todos***

Había una vez una pequeña huerfanita que vivía con sus padres, su hermano mayor y abuela en una humilde casita en los suburbios de la gran ciudad. La niña no era muy lista, así que los miembros de su inteligente familia tuvieron que enseñarle las cosas más básicas de la vida, como aprender a andar, a comer, a lavarse y peinarse. La niña aprendió, porque era buena y obediente.

Cuando creció y terminó de aprender las cosas que le enseñaban en casa se casó, todavía joven, con un chico que vivía en un barrio cercano. El chico era listo y trabajador, y construyó con sus propias manos, en el barrio donde había vivido siempre la chica, una pequeña casa con jardín, donde ambos se instalaron felices y contentos. La casa estaba cerca de donde vivían los padres de la chica, así que unos años después, los padres de ella fueron a vivir a la pequeña casa con nuestra pareja.

A pesar de que no había mucho sitio, iba todo bien, y tuvieron un hijo. Todo era felicidad hasta que, cuando el hijo tenía tres años, la chica tuvo un accidente que

hizo que tuviera que quedarse en la cama. Pasaron los años, y la chica seguía sin poder levantarse. Donde había reinado la felicidad se instaló la tristeza. La chica estaba siempre de mal genio, y chillaba por todo. Los padres se tuvieron que ir, y el chico tenía que trabajar mucho y pasaba cada vez menos tiempo en casa. Sólo el niño hacía compañía a la chica, soportaba sus gritos y frecuentes reproches, y le ayudaba y traía las cosas que la chica pedía continuamente. Siempre le faltaba algo, nunca estaban las cosas bien hechas.

Y unos años más tarde, el hijo tuvo un accidente muy parecido al que tuvo la chica, y como el chico no podía atender a la vez a la chica y al hijo, le llevaron a un lugar donde le atendían y curaban. El hijo estaba contento allí, había hecho muchos amigos, y todos eran muy cariñosos con él. El niño está contento en ese lugar, pero su padre, que ahora no trabaja porque la relación con el cemento le pone malo, quiere enviarle a otro lugar. Pero el chico sufre porque le gustaría que el hijo esté con él y con la chica en casa, y quiere traerlo de vuelta a casa. Pero cuando lo han intentado, la chica ha empeorado mucho, el chico no podía ayudar al hijo porque tenía que ocuparse de la chica, y el hijo ha tenido que volver a donde estaba. Y ahora el chico está muy triste, y ya no es capaz de cuidar a la chica ni a su hijo, y casi no es capaz de cuidar de si mismo. El chico pidió ayuda, y los sabios le dieron un consejo: el chico respondió que era un consejo sabio, pero que no se atrevía a hacerlo, y que prefería que todos siguieran como estaban, porque seguir el consejo de los sabios era muy arriesgado y significaba cambiar muchas cosas. Que el seguiría sacrificando su vida por los demás, y así se ganaría el cielo"

Cualquier historia que utilicemos tiene como objetivo proponer alternativas a la narración que ha hecho la familia, o alguno de sus miembros, relato que les conduce a un callejón sin salida, o a la repetición de una conducta disfuncional. La historia que introducimos propondrá maneras diferentes de contar las relatadas por la familia, abriendo nuevos caminos no explorados o no recorridos hasta entonces, proponiendo otras posibles maneras de ver o entender lo ocurrido, que permita una salida a las que se cuentan y con las que sufren.

Como señala G. Manfrida, para que una historia que utilicemos en la devolución sea terapéutica, es decir, pueda servir para que la familia se dote de narraciones alternativas menos gravosas, debe ser:

- Plausible: es decir, que pueda ser confirmada por la realidad cotidiana.
- Convincente: es decir, que resulte creíble, tanto en el plano lógico como emocional.
- Hermosa, elegante, bien construida (Manfrida, 2006).

**Tareas y prescripciones**

Las tareas y prescripciones pretenden aprovechar el tiempo que transcurre entre sesión y sesión, que como ya se ha señalado, es más elevado que en otras modalidades psicoterapéuticas. La justificación habitual para este hecho es que se necesita un mínimo de tiempo para que la información circule por el sistema, y para que se activen las fuerzas morfogenéticas que inducen el cambio.

Los terapeutas sólo deben pedir a los miembros de la familia que hagan una tarea cuando piensen que éstos están preparados para realizarla. Si se hace una prescripción o se pide una tarea a quien seguramente no la va a realizar, sólo obtendremos una descalificación de la labor terapéutica.

Cuando se tengan dudas al respecto, pero se piensa que es necesario pedir que se haga una tarea, se puede utilizar el recurso de la descalificación previa:

> "Vamos a pedirles que hagan algo, aunque estamos casi seguros de que no van a ser capaces de hacerlo, dado el enfado que aún tienen el uno con el otro; a pesar de ello, vamos a intentarlo, y si no lo hacen, al menos nos servirá para saber en qué momento del proceso nos encontramos…"

O si no se quiere ser tan tajante:

> "No nos ponemos de acuerdo con el equipo. Queríamos pedirles que hagan una tarea, pero mientras que ellos piensan que es demasiado pronto y seguramente no van a ser capaz de hacerla, nosotros somos más optimistas y confiamos en su capacidad de…."

En ocasiones tendrán como objetivo que se continúe con las tareas iniciadas durante la sesión:

> "Hoy han trabajado ustedes mucho. Han comenzado a entrenarse en la tarea de escuchar sin interrumpir y lo han hecho muy bien dadas las dificultades que habían tenido hasta ahora para hacerlo. Por eso queremos pedirles que continúen el entrenamiento en casa. Para ello, vamos a pedirles que, durante diez minutos, entre las 8 y las 9 de la noche, cuente cada uno al otro lo que ha hecho durante el día…"

Otras veces, se les pedirá que hagan cosas que tienen relación con la sesión, esto es una premisa general, pero que es algo nuevo respecto a lo que se ha hecho durante ella:

> "Hoy hemos estado hablando de su hiperactividad sexual y de los problemas que eso les produce en el rendimiento laboral. No les vamos a pedir que dejen de hacerlo,

pero sí que modifiquen un poco el ritmo: que mantengan relaciones sexuales únicamente los días impares, y que los pares dediquen el tiempo que habitualmente dedican a la sexualidad a leerse poesías amorosas..."

Como ya se ha dicho antes, las tareas deben incluir a todos los miembros de la familia, ya sea en roles principales o secundarios. Y, como norma general, deben ser tareas factibles, que no impliquen demasiada complejidad de realización, a no ser que estemos buscando precisamente esa complejidad.

Con las tareas se busca a menudo obtener nueva información:

"Hoy han estado muy críticos el uno con el otro, pero estamos seguros de que lo hacen para mejorar su relación. Nos gustaría conocer sus ideas de cómo se puede hacer esto. Así que queremos pedirles, para la próxima sesión, que cada uno de ustedes haga una lista con los aspectos de la relación que creen pueden mejorarse de manera inmediata, y sin mostrársela al otro…"

Las Tareas deben pedirse para que se hagan, pero simultánemente los terapeutas deben asegurarse de que la familia no se va a sentir culpable si no lo hace y por supuesto no culpabilizarles por ello. Una devolución como la siguiente no es muy aconsejable:

"Esta es la tercera ocasión en que les pedimos que hagan algo tan sencillo como salir a cenar un sábado ustedes solos, y hasta ahora no han sido capaces de hacerlo. Esto nos hace pensar que o bien son ustedes algo cortos de entendederas, o están haciendo lo posible por hacer fracasar la terapia y de paso hacernos fracasar a nosotros como terapeutas…"

Si la familia no ha llevado a cabo la tarea, la responsabilidad es siempre de los terapeutas:

"Es evidente que nos hemos adelantado al pedirles que hagan esta tarea, nos damos cuenta de que 22 sesiones es un número reducido, y de que quizá nuestro deseo de ayudarles nos ha llevado a pedirles algo para lo que aún no están preparados, así que en esta ocasión no vamos a pedirles que salgan a cenar juntos, solamente que lo hagan en casa, pero que los sábados esperen a que los niños estén en la cama para hacerlo ustedes dos solos…"

Cualquiera de las reacciones y retroalimentaciones que obtengamos acerca de la tarea, se haya realizado ésta o no, son interesantes para el desarrollo de la terapia, y deben tenerse siempre en cuenta. De ahí que sea importante obtener información

acerca de si ésta se ha realizado o no, aunque a veces es delicado preguntar directamente y es mejor esperar a que la información surja espontáneamente.

**Prescripciones paradójicas**

Las prescripciones son un tipo particular de tarea por las que los terapeutas piden a los miembros de la familia que se comporten de una manera específica. Generalmente se proponen en forma de tarea, pero no siempre es así:

> "Queremos pedirles que se conviertan uds en nuestros coterapeutas, y mantengan en secreto…"

Un tipo particular de Prescripción, muy utilizado en Terapia Familiar, inspiradas en los trabajos de Milton Erickson, y desarrolladas sobre todo por los terapeutas estratégicos, son las Prescripciones Paradójicas.

Las Prescripciones Paradójicas están basadas en el desafío de la familia a las instrucciones del terapeuta. La paradoja consiste en que, si son obedecidas, tienen como consecuencia lo opuesto de lo que parecen pretender.

La prescripción paradójica más conocida es la prescripción del síntoma: pedir que se mantenga la conducta sintomática, con la disculpa, por ejemplo, de que no hacerlo traerá males mayores.

> "Belén es una buena hija, y sabe que, con su extrema delgadez y su negativa a comer centra en ella la atención de toda la familia, consiguiendo que se olviden otros problemas. De esta manera, ya nadie habla de la infidelidad de Manuel, ni de la afición al juego de María. Belén es inteligente, y sabe que si comenzara ahora a comer, y ganara peso, todos estos problemas saldrían a la luz, y probablemente la familia desaparecería. Todos sufrirían mucho por esa situación, especialmente María, que se quedaría sola y desamparada. Por eso, queremos pedirle a Belén que continúe sacrificándose por la familia, y que continúe, por ahora, con su dieta extrema. Igualmente queremos pedir al resto de los miembros de la familia que continúen con su conducta. De no ser así, la familia probablemente se enfrentaría a una situación aún peor para todos."

La prescripción paradójica es una intervención muy potente pero muy arriesgada. Es muy difícil controlar su impacto y predecir hacia dónde se va a dirigir la familia. Es propensa a que no se cumpla, por lo que la descalificación del terapeuta es más probable, Por lo que a menudo resulta arriesgada de hacer.

**Rituales**

Otra prescripción de gran impacto es la de un ritual. Los rituales son conductas compartidas, altamente regladas y con un gran contenido simbólico, cuyo origen

es a menudo desconocido o está entroncado con un mito familiar. Son sumamente útiles para ayudar a desenvolverse en situaciones complejas: de tránsito, pérdida o celebración; condensan la vida familiar; y cuando se llevan a cabo muestran con bastante claridad los roles, las fronteras y las reglas familiares. Subrayan los acontecimientos familiares importantes, contribuyen a la estabilidad de la familia, y reafirman sus creencias compartidas.

La utilización terapéutica de rituales ha acompañado siempre a la medicina tradicional y el curanderismo, dotando de una carga simbólica psicológicamente eficaz a las prescripciones de curanderos, magos y chamanes.

La prescripción de rituales terapéuticos intenta aprovechar ese impacto simbólico, solicitando a la familia efectuar una serie de tareas, prescritas con un formato rígido, que buscan alterar las reglas habituales de interacción de la familia, (rituales de cambio) o mantenerlas, exagerándolas y explicitándolas como forma de provocación, o facilitar el tránsito a una nueva situación en procesos de pérdida:

> "La muerte de su hija, siempre inesperada y además tan repentina, les ha dejado sumidos en el dolor. Pero no sólo eso. Da la impresión de que el tiempo se ha detenido para ustedes y que aún no han conseguida aceptar que su hija ha muerto. De todo esto hemos hablado mucho, y creo que ha llegado ya el momento de que entierren definitivamente a su hija. Dentro de unos días es el aniversario de su muerte. Les voy a pedir que ese día se reúnan todos en su habitación, y cada uno escoja un objeto que le una especialmente con su recuerdo. Luego se dirigirán al jardín, y junto al árbol que plantaron cuando nació, van a cavar un hoyo, utilizando la pala todos los miembros de la familia, comenzando por el padre, y luego en orden de edad. Una vez cavado el hoyo, en orden inverso de edad, van a arrojar el objeto que han elegido al hoyo, diciendo "Adiós Marta". Cuando hayan terminado, deben cubrir con la tierra los objetos, de la misma manera que cavaron el hoyo. Cuando estén cubiertos, rodearán el lugar cogidos de las manos, y cantarán por última vez, esa canción que tanto les gustaba entonar juntos. Al acabar, prepararán algo para comer que no hayan cocinado nunca, y pasarán la tarde en familia."

Pueden utilizarse rituales para potenciar las tareas y prescripciones en situaciones muy diversas, y son especialmente eficaces en problemas relacionados con el ciclo vital. Tal y como recogen Imber-Black, Roberts y Whiting (1997), podemos intervenir con rituales sobre las celebraciones familiares:

> "Nos han dicho que el próximo domingo es el cumpleaños de José. Queremos pedirles que este año lo celebren de una manera especial. Hasta ahora, se limitaban a felicitarle, e incluso, tal y como nos ha contado José, a menudo se les olvidaba. Este año nos gustaría que organizaran una fiesta de cumpleaños, y que inviten a ella a

los abuelos y los tíos. Que María prepare su tarta especial de chocolate, y le pongan tantas velas como años cumple José, y que en el momento de apagarlas canten todos eso de "porque es un muchacho excelente…"

Sobre las Tradiciones Familiares:

"Nos han contado cómo en la comida de navidad se reúne toda su familia, Martín, en casa de su madre, que es una familia numerosa y bien avenida. Sin embargo, la familia de su mujer, Elena, es pequeña y no tan bien avenida, y desde que murió su suegro, la madre de Elena come sola ese día. Elena no quiere romper esa tradición familiar, pero tal vez pudieran pasar todos, antes de comer, por la casa de la madre de Elena y brindar con ella…"

Sobre los ritos de pasaje del Ciclo Vital:

"Nos han contado hoy cómo, aunque anteriormente ya tenían algunos desacuerdos, las mayores discusiones entre ustedes vienen a raíz de que Elena impuso a su hermana como madrina de su hijo, en contra de su idea, Jesús, de que lo fuera su madre. Les vamos a proponer que hagan otro "bautizo" de su hija, sin volver a la iglesia, naturalmente. Que inviten a todos los que acudieron a la celebración del primer bautizo, que hagan una comida tal y como lo hicieron la primera vez, y que en esta ocasión ocupe el lugar de honor la madre de Jesús…"

O sobre las rutinas de la vida cotidiana:

"Nos han contado cómo se sientan a la mesa: Jesús la preside, y los demás se sientan a ambos lados, encargándose Elena de levantarse para servir la comida. Les vamos a pedir que, los domingos, modifiquen esa disposición. Que Jesús y Elena cambien de sitio y de tareas. Que Elena presida la mesa, y Jesús se ocupe ese día, de servir la comida…"

**Devoluciones con equipo y/o supervisor**

Si el terapeuta conduce solo la sesión, probablemente irá pensando en la devolución a realizar conforme se va acabando ésta, aprovechando quizá un momento de *impasse* o el comienzo de una de las interminables discusiones de la pareja. Si es concienzudo y considera especialmente importante la devolución, hará una breve pausa antes de acabar y reflexionará unos minutos sobre lo que va a decir o pedir o dar durante la devolución (aunque como hemos señalado al inicio, esto es excepcional).

Si se trabaja en coterapia, la pausa será de obligado cumplimiento. Los coterapeutas repasarán brevemente la sesión, y decidirán qué le van a decir a la familia,

quién y cómo lo va a hacer. Tal vez decidan que la connotación positiva la haga el terapeuta que ha tenido una escalada simétrica con el padre mirándole directamente:

"Hoy no hemos estado de acuerdo en algunas cosas, y tal vez me he mostrado demasiado vehemente en lo que le he dicho. Quiero agradecerle a usted especialmente, pero también al resto de su familia, la paciencia que han tenido…"

O aprovechen cuestiones de género para repartirse los apoyos o las críticas durante la devolución:

"Queríamos decirle también, Elisa, que no compartimos su opinión acerca de la actitud de su marido. Yo, como mujer, también me siento afectada, concernida e incluso irritada cuando Juan hace afirmaciones del tipo "todas las mujeres son iguales" o "la mujer, la pata quebrada y en casa". Sin embargo…"

O hagan una prescripción escindida:

"Hoy no nos hemos puesto de acuerdo acerca de lo que queremos pedirles. Mientras que Jorge piensa que ha mejorado mucho su relación, y que por tanto había llegado el momento de pedirles… yo creo que, por el contrario, lo que sucede es….."

Si se trabaja con un equipo, habitualmente el o los coterapeutas, harán la pausa confiando en que el equipo les habrá preparado al menos la base de la devolución, ya que ésta debería ser una de sus funciones. Siempre estará en manos de los terapeutas decidir si la van a utilizar o no: ellos son los responsables principales de la labor terapéutica y podrán dedicar unos minutos a la discusión con el equipo de la devolución más adecuada.

La cuestión es más compleja si se trabaja con un supervisor, ya que entonces se une a la delegación en el equipo, la posible inseguridad ante las propias ideas e intuiciones, especialmente si los terapeutas están en formación. La cosa se complica si las ideas propias de los terapeutas no coinciden con las del supervisor y éste les propone una devolución que los terapeutas no comprenden bien, o con la que no están completamente de acuerdo, o creen difícil transmitir, o les cuestiona en algún aspecto personal.

En general, el tiempo fijado para la supervisión, y el que la familia tiene, no permiten una larga pausa que permita explicar a los alumnos la pertinencia de una prescripción paradójica en ese momento, o de un desafío que resulta difícil de transmitir, o de depositar la responsabilidad del cambio sobre el miembro de la familia que los terapeutas perciben justamente como el más sobrecargado y responsable.

Si los terapeutas o el resto del equipo no tienen otras alternativas, o no se atreven a llevar la contraria al supervisor, o no tienen la suficiente confianza en sí mismos como para arriesgarse a tomar sus propias decisiones aún en contra de la opinión del supervisor, pueden verse en la tesitura de tener que transmitir una devolución en la que no creen. O incluso, con la que están en desacuerdo.

Si los terapeutas no hacen suya la devolución durante la pausa será difícil que la trasmitan correctamente. Aún cuando las palabras utilizadas sean las sugeridas o propuestas, es difícil que la comunicación no verbal matice y califique adecuadamente lo que se quiere expresar, dotando a las palabras de la verosimilitud y seguridad necesarias para ser aceptadas por la familia.

Aún no produciéndose un desacuerdo con supervisor y/o equipo, puede ocurrir que la devolución que se pide que transmitan a los terapeutas les sorprenda y les suene como algo nuevo y desconectado con el trabajo que han hecho hasta ese momento. En ese caso, puede suceder que tengan que recordar una larga y pormenorizada devolución, que incluya pausas dramáticas, miradas directas y diferentes tonos y volumen de voz. Y esta memorización deben hacerla durante unos pocos minutos, durante los que aún están en tensión por la intensidad de la sesión que están teniendo, y en los que les cuesta integrar toda la información que están recibiendo del equipo. Es bastante probable entonces que, al transmitir la devolución, miren fijamente a quien debían eludir, y afirmen que quien se está sacrificando por la familia no es el paciente identificado, sino los propios terapeutas que están destinando mucho tiempo y esfuerzo a ayudar a personas de tan poca categoría como los miembros de esa familia que ni siquiera escuchan cuando les están haciendo una importante devolución.

**Otras devoluciones**

Una técnica particular de devolución es la del equipo reflexivo o "coro griego" desarrollada por el psicoterapeuta noruego Tom Andersen. Consiste en que el terapeuta está apoyado por un equipo cuyos miembros se encuentran detrás de un espejo unidireccional. Al final de la sesión, se encienden las luces tras el espejo, de manera que terapeutas y familia pueden ver al equipo, y se abre una nueva vía de comunicación de manera que se pueda escuchar, en la sala de terapia, lo que dicen los miembros del equipo. Cada uno de ellos presenta entonces su punto de vista acerca de lo ocurrido durante la sesión, o lo que opinan sobre los problemas familiares, etc. De esta manera, se eliminan las barreras que, en la cámara Gesell, separan al equipo de la familia y del terapeuta (Andersen, 1994).

Esta devolución puede simplificarse haciendo que los miembros del "equipo reflexivo" entren en la sala de terapia y expongan sus opiniones delante de la familia. En ninguno de los dos casos se permitirá el diálogo entre la familia y el equipo reflexivo. Sin embargo, los terapeutas permanecerán con la familia; y

quizá sea oportuno un diálogo entre terapeuta y familia tras la intervención del equipo.

Esta intervención "en coro griego" debe ser respetuosa con la familia y enunciarse en términos positivos, interviniendo en orden los miembros del equipo sin debatir o contradecirse entre ellos, salvo que se haya pactado una devolución escindida del tipo "parte del equipo esto, y otra parte aquello".

**Conclusión**

La Devolución es una parte importante de la sesión en Terapia Familiar que incluye intervenciones muy diversas, de acuerdo a cada problema, a cada familia y al contexto en que se esté interviniendo.

Prepararla adecuadamente requiere una compleja elaboración teórica previa, además de una buena síntesis de lo ocurrido durante la sesión. Su elaboración debe hacerse detenidamente, aún cuando el tiempo disponible es reducido, y su ejecución requiere de una puesta en escena que facilite la expresión y recepción del mensaje.

Su estructura incluye una connotación positiva, seguida de intervenciones variadas: reencuadres, tareas, prescripciones, narraciones, etc.

Su situación al final de la sesión hace que la devolución se proyecte, más que ninguna otra intervención de la sesión, a lo largo de un tiempo prolongado, al menos hasta la siguiente sesión, por lo que probablemente será la herramienta terapéutica más potente que puedan utilizar los terapeutas.

**Referencias bibliográficas**


Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.

Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la familia*. Barcelona: Herder.

Haley, J. (1973). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

Imber-Black, E.; Roberts, J. y Whiting, R. (comps) (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.

Manfrida, G. M. (2006). *La última palabra: la conclusión de las sesiones terapéuticas*. Seminario impartido en Bilbao, en la Sede de la EVNTF, en Abril de 2006.

Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa, 1979.

Selvini, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process, 19*, 3-12.

Selvini, M.; Prata, G.; Boscolo, L. y Cecchin, G. (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós, 1988.

Simon, F.; Stierlin, H. y Wynne, L. (1984). *Vocabulario de Terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa, 1988.

Stierlin, H.; Rücker-Embden, I.; Wetzel, N. y Wirsching, M. (1980). *Terapia de Familia. La*

*primera entrevista*. Barcelona: Gedisa, 1995.
Stanton, D.; Todd, T. y cols. (1988). *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
Weber, T.; Mckeever, J. y McDaniel, S. (1985). Guía para una entrevista de la familia orientada al problema. *Fam. Process, 24*, 357-364.

Capítulo X

# LA TERAPIA DE PAREJA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN MODELO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Carmen Campo[3]

## Introducción

La terapia de pareja es una modalidad de intervención que he utilizado desde el principio de nuestro trabajo con familias. Incluso antes de conocer y tener como referencia la terapia familiar de orientación sistémica, la decisión de incorporar al cónyuge, al recibir el encargo de realizar una psicoterapia, fue una elección fruto de la necesidad de poder contar con los recursos que podían derivarse de su presencia.

La convocatoria del cónyuge de los pacientes adultos emparejados, permitió desde el inicio incorporar una perspectiva diferente, que por una parte mejoraba y completaba el diagnóstico y por otra se convertía en una nueva fuente de recursos.

La primera evidencia fue constatar que en la mayoría de casos se apreciaban dificultades importantes de relación conyugal que no habían quedado reflejadas en los datos proporcionados por la anamnesis que constaba en la historia clínica del paciente. En algunos casos incluso se hacía referencia explícita a que no se observaba ningún tipo de dificultad en ese ámbito. Lo sorprendente es que esas dificultades, que habían quedado enmascaradas hasta ese momento, resultaban ciertamente relevantes en tanto mediatizaban o regulaban la conducta sintomática del paciente.

Lo segundo que se puso de relieve fue que conseguir la colaboración del cónyuge permitía ampliar el repertorio de intervenciones terapéuticas posibles y facilitaba, a su vez, que algunas intervenciones realizadas con los pacientes a nivel individual no quedaran neutralizadas al entrar en colisión con los intereses y expectativas del cónyuge, hasta ese momento desconocidas por nosotros.

El modelo que se presenta ha sido elaborado en base a la experiencia tanto clínica como docente del trabajo realizado en la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital de S. Pau de Barcelona. Responde a la necesidad de dar respuesta a la demanda, inherente a un servicio público, de ofrecer un abordaje psicoterapéutico que combine eficacia con el menor coste posible. Y a la vez de desarrollar una metodología útil y flexible que satisfaga las necesidades docentes de los alumnos de la Escuela de Terapia Familiar adscrita a dicho Servicio. Tiene asimismo como objetivo facilitar el estudio de los casos video grabados y transcritos,

[3] Escola de Terapia Familiar del Hospital de la Sta. Creu i St. Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, España (ccampolopez@gmail.com).

que al ser realizados con dicho procedimiento sistematizado pueden ser utilizados para la investigación tanto cualitativa como cuantitativa.

**Terapia de pareja desde la perspectiva sistémica**

El modelo teórico utilizado como referencia han sido los principales conceptos que se han desarrollado a partir de la Teoría General de los Sistemas y de la Teoría de la Comunicación. En ese sentido trabajar desde la perspectiva sistémica ha supuesto antes que nada ampliar el foco de observación, observar la conducta humana tanto la normal como la patológica en su contexto relacional y no de forma aislada (Hoffman, 1987).

Implica, por tanto, tener en cuenta el entramado de relaciones significativas en las que el individuo se halla inmerso. Entendiendo por contexto no algo externo, que existe per se, lo que comúnmente se entiende como entorno o circunstancias, sino dinámico, en continua co-construcción en base a las interacciones recíprocas que se están constantemente estableciendo.

Cuando se trata de un niño o adolescente el contexto relacional más significativo es la familia de origen. En el caso del adulto con pareja estable, aun cuando la familia de origen pueda tener un peso específico, la pareja acostumbra a ser el referente más significativo. Eso ha comportado, tener en consideración que la conducta de cada uno de los cónyuges está recíprocamente regulada de forma circular, lo que hace uno influye en el otro y viceversa. En ese sentido toda acción puede ser entendida asimismo como reacción en un bucle de secuencias ininterrumpidas de acciones que son a su vez estímulo, respuesta y refuerzo.

Tener esa perspectiva cuando se trabaja con parejas resulta conveniente para mantener la necesaria neutralidad como actitud de base en el empeño en comprender lo conflictos que presentan los cónyuges. Entender y analizar una pelea, con el convencimiento de que la puntuación de las secuencias interactivas que se realice siempre va a ser arbitraria, facilita que el terapeuta no se convierta en cómplice de la visión sesgada, que acostumbran a presentar cada uno de los cónyuges. Por el contrario, esa perspectiva va a permitir más fácilmente señalar el encaje y complementariedad de la descripción de lo sucedido que realiza cada uno de los miembros de la pareja, al facilitar con ello una visión circular de los hechos. Proporcionando asimismo la necesaria concienciación de su coparticipación en la construcción de la relación así como el hecho de que cada uno está determinando que la relación sea, o no, satisfactoria.

Tener el modelo sistémico como marco teórico también ha supuesto optar por una perspectiva global, por una epistemología holística, por tener en cuenta en definitiva los nuevos paradigmas científicos que subrayan la interdependencia de los fenómenos y la complejidad de la realidad.

Consecuente con ello la evaluación y el diagnóstico relacional que se propone se va a centrar no solo en entender qué variables están incidiendo sino en cómo se

interconectan entre sí para dar lugar finalmente a una situación u otra. En definitiva, en recabar la información significativa que nos permita entender las posibles interconexiones que subyacen a la descripción de la realidad que nos ofrecen los cónyuges.

La Teoría de la Comunicación y los axiomas o principios que la regulan propuestos por Watzlawick y otros (1967), también ha sido de gran utilidad.

Diferenciar los niveles referencial y conativo que se dan en toda comunicación resulta útil cuando se trabaja focalizando la relación conyugal. Distinguir entre el contenido del mensaje y la propuesta del tipo de relación que éste lleva implícito es decisivo para poder entender más allá del contenido anecdótico qué es lo que cada cónyuge en realidad le está proponiendo al otro respecto a la definición de la relación. Entre otros aspectos permite captar las propuestas que ambos están expresando en torno a la definición de la jerarquía interna, y por tanto del manejo del poder en el seno de la pareja.

Los conceptos de simetría y complementariedad resultan interesantes como categoría diagnóstica en tanto permiten diferenciar a las parejas en base a si predomina un patrón de tipo simétrico o complementario (Sluzki, 1979). En el primer caso las interacciones tenderán a quedar reguladas por expectativas de intercambios equitativos en torno al poder. Cualquier decisión propia ha de poder ser refrendada por el otro lo que hace indispensable el consenso y la continua negociación. Si por el contrario predomina un patrón de tipo complementario lo que va a prevalecer son expectativas por parte de cada cónyuge de intercambios desiguales en torno al poder y la tendencia a un encaje mutuo de las posiciones *up/down*.

En las terapias realizadas también ha resultado relevante observar como categoría diagnostica si los cónyuges presentan una polarización rígida de las expectativas en torno al poder. Cuando eso es así, uno de ellos se coloca en el polo simétrico y el otro en el complementario con la consecuente dificultad para consensuar una definición de la relación en torno a la jerarquía interna (Campo, 2010). En esos casos la viabilidad de la pareja queda comprometida y en nuestra casuística es frecuente que dicho fenómeno se observe asociado a psicopatología.

Manejar dichas categorías supone también estar atentos al fenómeno de la cismogénesis y a los mecanismos de autorregulación necesarios como freno a las escaladas que pueden producirse. La ausencia de mecanismos de autorregulación favorece la rigidez en ambos patrones, y está en la base tanto de las escaladas de tipo simétrico, que pueden llevar fácilmente a los cónyuges a plantearse la ruptura, como a las de corte complementario, en las que la ausencia de alternancia entre las posiciones *up/down*, así como la desmesurada desigualdad de posiciones en torno al poder, acrecienta el riesgo de que eclosione la violencia o la psicopatología. En ese caso resulta útil valorar qué mecanismos de freno disfuncionales están actuando para el mantenimiento de la conducta sintomática.

La conducta sintomática, cuando se observa desde la perspectiva sistémica y teniendo en cuenta los principios que regulan la comunicación, forma parte, como cualquier otra conducta que se valora en su contexto, de una secuencia de interacciones reguladas por patrones redundantes de interacción. Implica también por ello un mensaje, éste, sin embargo, no es reconocido como tal, en tanto la conducta sintomática presenta la peculiaridad de ser vivida por el sujeto como involuntaria. El hecho de que el contexto social participe y refrende esa valoración es lo que facilita la tendencia al enmascaramiento de su significado tanto para el paciente como para los que le rodean.

Vistos desde esa perspectiva los síntomas implican a la vez poder y debilidad, por una parte, al no serles reconocida su condición de mensaje representan un poderoso inductor de conductas, por otro suponen forzosamente un freno a las posibilidades del sujeto y una disminución de su autoestima en tanto su autonomía queda mermada.

El análisis cualitativo de la comunicación establecida entre los cónyuges resulta también indispensable y en ese sentido valorar si las respuestas son del tipo confirmación, rechazo, descalificación, o desconfirmación es útil para detectar posibles aspectos disfuncionales que estén promoviendo malestar. Uno de los fenómenos observado que resulta especialmente dañino y que coincide con lo referido ya por Gottman (1994) es cuando en la comunicación entre los cónyuges prevalecen los reproches como fórmula inadecuada de expresar necesidades y deseos.

Se ha incorporado también las aportaciones de la 2ª Cibernética lo que ha supuesto tener el convencimiento de que el terapeuta, aunque ciña su afán al inicio, en entender lo que les sucede a los cónyuges, va a colaborar siempre con sus preguntas y comentarios a la co-construcción de la realidad que presenta la pareja. Es por ello que se puede considerar que la diferenciación entre diagnóstico e intervención responde solo a un criterio de distinción metodológica. Y es por ello también que en el procedimiento de evaluación que propongo se favorece, ya desde el principio, la implementación de intervenciones en función de los objetivos terapéuticos que se vayan delineando.

Esa perspectiva de intervención en proceso es la que por otra parte resulta más fascinante, y útil de tener en cuenta, si se realiza un análisis de las transcripciones de los casos estudiados, en tanto muestra la complejidad de la realidad a la que tiene acceso el terapeuta y su corresponsabilidad en el resultado final.

La inclinación por la perspectiva global, característica del modelo sistémico, se ha visto también reflejada, en el interés por utilizar las aportaciones y recursos válidos que han sido elaborados por otros modelos. Un ejemplo de ello serían las intervenciones pragmáticas que se proponen como prescripciones, muchas de ellas inspiradas en el modelo cognitivo-conductual, o la influencia evidente de la Teoría del Apego de Bowlby (1969) en el análisis del tipo de Vinculación Afectiva que

utilizamos como categoría diagnóstica. Considerando el modelo sistémico, en ese sentido, como un supra modelo que permite y alienta una visión integradora de las diferentes miradas sobre la realidad.

**Proceso terapéutico**

El modelo de diagnóstico e intervención en terapia de pareja, que se propone, tiene como eje responder a las dos preguntas básicas que se pueden formular: qué les está pasando y cómo podemos ayudarles.

Responder a la primera cuestión conlleva entender tanto las características individuales de cada cónyuge como el tipo de relación que tienen establecida. Y eso nos ha remitido no solo al análisis de la situación que presentan en el momento de la consulta sino también a tener en cuenta las experiencias del pasado, tanto individuales como relacionales, que la han propiciado.

Realizar un diagnóstico desde la perspectiva relacional (Linares, 2006) supone considerar que la conducta humana, tanto la normal como la patológica, se construye fundamentalmente en base a las experiencias relacionales tanto del pasado como del presente. Las experiencias relacionales del pasado van a configurar la manera de pensar, sentir y actuar propias de cada individuo, y éstas, a su vez, van a ser reguladas y mediatizadas por las interacciones significativas que se mantengan en el presente.

Desde esa perspectiva, conocer las experiencias más relevantes del pasado de cada cónyuge permite entender y legitimar las necesidades propias de cada uno, los recursos con los que cuentan, así como las posibles vulnerabilidades que hayan podido desarrollar. A la vez, poder trabajar con ambos cónyuges permite al terapeuta observar en vivo y en directo cómo el tipo de interacción establecida entre ambos regula y facilita la conducta de uno y otro. Entender y categorizar el tipo de dificultades que presentan nos parece en ese sentido también indispensable para poder realizar un buen diagnóstico relacional.

Cuando uno de los cónyuges o ambos como a veces sucede, presentan algún tipo de síntoma o cumplen criterios para haber sido diagnosticados según el DSM IV, resulta conveniente entender qué aspectos de vulnerabilidad presentan. También conocer cuáles fueron las condiciones iniciales, tanto individuales como relacionales, que facilitaron el desarrollo de dicha conducta sintomática. Siendo necesario a la vez poder visualizar los aspectos actuales que están favoreciendo su mantenimiento.

Responder a la segunda cuestión, cómo se les puede ayudar sin olvidar, tal como anteriormente señalaba, que es imposible evaluar sin intervenir, implica tener en cuenta desde el principio qué tipo de relación se está estableciendo entre el terapeuta y los cónyuges, y cómo éste puede favorecer con sus preguntas y comentarios la construcción de un contexto terapéutico en el que se puedan implementar las intervenciones terapéuticas necesarias.

**Tipología de conflictos**

En mi experiencia tanto clínica como docente, resulta útil manejar una tipología de conflictos que permita realizar un diagnóstico relacional que ayude a entender qué le pasa a la pareja que nos consulta.

Los conflictos que presentan las parejas pueden ser de índole muy diversa tanto en relación al contenido como al grado de dificultad que representan. Cada pareja conforma un mundo de gran complejidad, de características idiosincrásicas, por lo que plantear una tipología de parejas reduce la complejidad desde el punto de vista diagnóstico a niveles poco operativos; por el contrario resulta útil categorizar los diferentes tipos de conflictos que pueden observarse en las parejas que presentan dificultades.

Entender el origen del malestar que presenta la pareja supone ir más allá de la definición que ellos hacen del problema en tanto no siempre son capaces de ponerle nombre ni de ir más allá de las apariencias. En efecto, algunos problemas pueden ser definidos por la pareja de manera explícita, sin embargo otros sólo pueden ser observados por el terapeuta de manera indirecta a través de comentarios o acciones, que ponen de relieve distintos desacuerdos. Estos conflictos implícitos son de gran relevancia ya que favorecen situaciones de "*stand-by*" o estancamiento en la pareja y son generadores de impotencia y malestar.

Dado que es necesario que el terapeuta pueda implementar intervenciones específicas en el menor tiempo posible, consideramos que resulta beneficioso contar con un mapa-guía de las distintas modalidades o tipos de conflicto, que le oriente frente a los diversos niveles de realidad que pueden observarse en la compleja relación de una pareja.

La tipología que se propone se deriva de la observación de los diferentes tipos de conflicto que pueden presentar las parejas, agrupados en función de los distintos niveles de dificultad que entrañan. Esa distinción nos parece básica ya que orienta asimismo respecto al pronóstico y el grado de viabilidad de la pareja.

Las parejas que nos consultan presentan dificultades diversas, algunas pueden considerarse pertenecientes a la categoría de simples desajustes en base a criterios diferentes en cuanto a la organización en común de la vida cotidiana, otras remiten a la dificultad para armonizar estilos muy diferentes en cuanto a la comunicación y el afrontamiento y resolución de los conflictos; integran una tercera categoría los desacuerdos en torno a los presupuestos más básicos respecto a lo que significa ser una pareja. Estos últimos son los que implican mayor dificultad en tanto suelen presentarse enmascarados y están asociados en nuestra casuística a la presencia de patología en alguno de los cónyuges.

Estas tres categorías de conflictos no necesariamente se dan en todas las parejas, por eso resulta útil discriminar qué tipo de dificultad es la que prevalece en cada caso para poder decidir así el tipo de intervenciones más pertinente. Por otra parte, cuando las tres categorías de conflictos se dan a la vez, se puede observar que se

corresponde con los casos que presentan un mayor grado de incompatibilidad, lo que suele indicar un pronóstico más negativo en cuanto a su viabilidad como pareja.

***Tipo A: Desajustes en torno a la organización de la convivencia***

Son los más comunes, la mayoría de las parejas han podido presentarlos en algún momento de su relación, aunque es en el inicio de la convivencia cuando suelen detectarse con mayor relevancia. Cuando se prolongan en el tiempo acostumbran a reflejar el fracaso de los mecanismos de afrontamiento en tanto la pareja no ha encontrado la manera de propiciar un ajuste adecuado. También en ese caso puede darse la posibilidad de que en realidad se estén dirimiendo a través de ellos discrepancias más básicas respecto al tipo de relación que se desea establecer.

Responden a la dificultad para ajustar rutinas y costumbres diferentes en cuanto a la organización de los aspectos pragmáticos de la vida, que se han incorporado como propias sin tener excesiva conciencia de ello. En realidad cada cónyuge considera como normales sus propuestas y se extraña y se siente incómodo frente a las del otro. Esta referencia constante a lo "normal" que en ocasiones se produce, ha de poder ser cuestionada cuanto antes por el terapeuta aprovechando con sus preguntas o comentarios poner de relieve que el margen de la normalidad es muy amplio y que millones de personas se manejan de una manera u otra. Eso implica por supuesto que el terapeuta tenga también un planteamiento abierto y flexible sea cual sean sus propias costumbres o rutinas.

Este tipo de desacuerdos resultan más fáciles de ajustar si el marco de la familia de origen no es el único referente y la convivencia previa con otros iguales ha podido favorecer el conocimiento de otras realidades, y por tanto la flexibilidad necesaria para facilitar acuerdos con el otro.

Son conflictos generalmente explícitos y pueden ser definidos como problema por parte de al menos uno de los cónyuges. No es infrecuente que en una lista de "puntos negros" cada cónyuge destaque aspectos distintos que enturbian la convivencia.

Compartir la vida en común implica poder llegar a acuerdos operativos tanto en el área de las obligaciones y responsabilidades como en la del disfrute y la diversión. Deberes y placeres han de articularse de forma armoniosa para ambos, bien sea a través de ajustes automáticos e implícitos, bien sea a través de negociaciones que pueden requerir procesos explícitos. En ese sentido las parejas que empiezan a convivir sin un tiempo previo suficiente de conocimiento mutuo pueden presentar mayores dificultades.

Es más fácil gestionar el placer que afrontar las necesarias obligaciones, sin embargo la organización del placer compartido no está exento de dificultades, tanto por la diferencia de gustos y aficiones como por las respectivas actitudes frente a quien tiene que asumir la iniciativa de proponerlos.

Lo ideal por supuesto, y es lo que el terapeuta ha de intentar conseguir, es que partiendo del hecho de que no hay nada absolutamente preestablecido, se pueda acabar valorando, sobre la base de un respeto mutuo, los beneficios que puede suponer para ambos la incorporación recíproca de los aspectos positivos que la propuesta del otro puede suponer. Aprovechando para ello si es posible y necesario la alternancia en su ejecución.

Cada pareja puede presentar dificultades en aspectos diversos, para facilitar su evaluación hemos clasificado estos desacuerdos en diez grandes áreas: *Manejo del espacio y del tiempo/ Tareas Domésticas/ Relación con las familias de origen/ Sociabilidad/ Ámbito laboral/ Hijos/ Economía/ Ocio/ Enfermedad/ Valores y Creencias* (Campo y Linares 2002).

***Tipo B: Diferencias en torno a la comunicación y resolución de los conflictos***

En muchas parejas la mayor dificultad que presentan radica en una comunicación disfuncional. En esos casos diversos fenómenos pueden observarse. Entre ellos, la dificultad para articular bien el uso de canales verbales y gestuales, y reconocer y aceptar que su manejo individual responde a códigos personales, familiares, y culturales diversos, ninguno en principio más legítimo que el otro. Tampoco no siempre son capaces de expresar, de manera clara, cuáles son los gustos y necesidades propias ni escuchar atentamente lo que el otro expresa y desea. En ese sentido una de las practicas más extendidas en las parejas y que puede considerarse el tipo de descalificación más frecuente, es la utilización de la crítica en lugar de la queja. Se vehiculiza a través de críticas al comportamiento del otro, lo que en realidad son demandas en base a las necesidades propias que se espera y desea que el otro satisfaga.

En otras parejas predomina la idea de que el otro sin decírselo ha de saber lo que uno necesita, o a la inversa no hace falta que me lo diga para saber lo que piensa. Ciertamente en las parejas con una relación armoniosa puede darse en ocasiones dicha experiencia pero se puede incurrir fácilmente en errores que están en la base de muchos enfrentamientos. Lo mismo sucede con la utilización de afirmaciones absolutas del tipo nunca o siempre que favorecen el radicalismo y dificultan las negociaciones al promover actitudes defensivas.

Otro problema que vale la pena detectar se da cuando uno de los cónyuges cuestiona en términos de verdadero o falso las emociones y sentimientos que expresa el otro. Siendo esa una práctica que puede alertar sobre la presencia del uso de la desconfirmación en el trato que se dispensa al otro.

En algunas parejas lo que complica y puede socavar los cimientos de la relación es precisamente la dificultad para armonizar los estilos que utilizan para la resolución de los conflictos. Tal como algunos autores remarcan (Gottman, 1994), no hay una única manera de resolver las diferencias. Algunos cónyuges se sienten más cómodos aprovechando sus habilidades verbales para intentar convencer al otro.

Algunos otros han aprendido que nada mejor que expresar las emociones de manera viva y si es necesario explosiva para que el otro ceda y se avenga a sus razones. Mientras que muchos otros tienden precisamente al silencio y a la desconexión emocional como una manera de evitar los conflictos. Cada una de dichas modalidades puede en algún momento ser útil. Se convierten en un problema sobreañadido cuando son siempre utilizadas de manera rígida y polarizada por parte de cada uno de los cónyuges.

Otro fenómeno frecuente, que dificulta la resolución de los conflictos, radica en la pretensión de plantear los problemas e intentar convencer al otro de la bondad de los propios argumentos durante las peleas. Son parejas en las que a menudo se observa la inexistencia de otros momentos y contextos más apropiados que les permitan compartir ideas, resolver las posibles diferencias y generar intimidad emocional.

También resulta interesante conocer cómo se acaban las peleas y qué acostumbran a hacer para reconciliarse. En ese aspecto es importante valorar si la conducta sintomática de uno u otro cónyuge está actuando como mecanismo de freno disfuncional. Lo mismo cabe decir cuando las peleas se interrumpen sobre todo cuando uno de los dos hace uso de la violencia o del descontrol de los impulsos.

Otro de los aspectos relevantes que ha de poderse evaluar, en tanto condiciona el manejo terapéutico y la viabilidad de la pareja, es si ya se ha instalado en la vida de la pareja el rencor. Cuando es así acostumbra a ser el producto de un largo proceso de agravios, o de una afrenta intensa y repentina insuficientemente elaborada. En este último caso se asocia frecuentemente a experiencias de infidelidad (Campo, 2007). También se observa asociado a una interrupción de embarazo no deseada, o a la renuncia no compensada de proyectos propios de corte identitário relacionados con el desarrollo profesional, o al distanciamiento no deseado de alguna vinculación afectiva en aras de la estabilidad de la pareja.

***Tipo C: Desacuerdos básicos respecto a la definición de la relación***

Esta categoría de conflictos recoge los desacuerdos que afectan a los aspectos más básicos de la relación. Aquellos que conectan con las diferentes expectativas de lo que para cada cónyuge significa ser una pareja.

Si en los conflictos de Tipo A se recogían los desajustes que podían observarse respecto al contenido de la relación, expresados sobre cómo organizar la convivencia, en este apartado se utilizan como criterio diagnóstico los desacuerdos respecto a la relación. Desacuerdos que se manifiestan a través de las diferentes proposiciones que cada miembro de la pareja, a través de su conducta, plantea respecto a cómo define él la relación, y cómo espera que la entienda y defina el otro miembro de la pareja.

Es un apartado de especial relevancia en tanto nos informa de la posible incompatibilidad de las propuestas que articulan la relación, fenómeno que en nuestra experiencia se observa asociado a situaciones de *stand-by* que propician tanto la

cronicidad como la presencia de sintomatología en uno u otro cónyuge. La conducta sintomática muy a menudo enmascara este tipo de desacuerdos que acostumbran a no ser explícitos ni conscientes en la mayoría de ocasiones.

En la relación de pareja, cada cónyuge, tal como señala Sager (1980), aporta un contrato no escrito, un conjunto de expectativas y promesas conscientes e inconscientes. Ese contrato operativo de interacción posee características exclusivas para cada pareja y no es inmutable sino que varía a medida que los cónyuges reciben el influjo de diversas fuerzas tanto internas como externas.

El problema surge cuando ambos miembros de la pareja han suscrito un contrato diferente respecto a los aspectos básicos de la relación, o cuando la evolución divergente e incompatible de sus necesidades lo tornan inviable.

Diversas son las razones que pueden favorecer un emparejamiento en el que desde el inicio no se den los acuerdos básicos respecto a la definición de la relación.

En general cuando se revisan las condiciones en las que se produjo la elección se pueden observar urgencias diversas tales como un embarazo no previsto que condiciona la consolidación no suficientemente deseada de la relación. También situaciones a la inversa como el deseo perentorio de tener ya hijos, lo que implica una elección basada más en el proyecto de ejercer la parentalidad que en el de establecer un vínculo conyugal. La imperiosa necesidad de conseguir una autonomía de la familia de origen cuando las relaciones son altamente insatisfactorias es también un motivo de elección precipitada del cónyuge, y en esos casos a menudo la elección viene sobre todo condicionada por el deseo de pertenecer y ser aceptado como hijo por una familia sustituta. En otros casos, se observa asociado a mecanismos de autoafirmación que se han puesto en marcha tras una ruptura amorosa no deseada.

En todos esos casos lo que ha prevalecido ha sido un insuficiente conocimiento y toma en consideración de las necesidades propias, así como una dificultad para obtener el conocimiento mutuo necesario indispensable para calibrar el encaje de las mutuas expectativas.

Otra posibilidad de desacuerdos básicos respecto al tipo de relación que se desea establecer se da cuando la elección se sustenta en las expectativas de cambiar al otro. En realidad ni la manera de ser, ni la manera de comportarse, ni lo que el otro propone no acaban, en el fuero interno, de convencer del todo, sin embargo se inicia la relación bajo el convencimiento de que éste ya cambiará y sobre todo de que ellos serán los artífices de dicho cambio. Es una apuesta arriesgada que suele apoyarse en la convicción, vivida en muchas ocasiones como un reto, de que existe la posibilidad, aunque sea dándose un tiempo, de cambiar al otro en alguna de sus características personales, incluso las que conforman el núcleo de la identidad. O bien, lo que es igual de arriesgado, que se podrá modificar unilateralmente el tipo de relación que el otro propone, de manera que se adecue a las necesidades propias.

En cualquiera de estas situaciones el riesgo es enorme, pues aunque se haya podido contar al inicio con el beneplácito del otro, es difícil de que se coincida en los límites de hasta donde se está dispuesto a dejar que el otro intervenga, o no se está de acuerdo con los métodos utilizados para conseguirlo. Cuando se dan esas situaciones se acaban produciendo pulsos que pueden haber quedado encubiertos durante largo tiempo a través de mecanismos de resistencia pasiva, asociados en muchas ocasiones a sintomatología relacionada con el descontrol de los impulsos o con el abuso de sustancias. Por otra parte es un tipo de propuesta de relación que, en tanto supone la no aceptación total del otro, invalida la satisfacción intima inherente a la experiencia de sentirse elegido como depositario de cualidades valiosas, lo que incide de manera negativa en la construcción de la autoestima.

En muchos otros casos, los desacuerdos en torno a lo que significa ser una pareja, se producen, tras un periodo de tiempo, que puede ser incluso prolongado, de bienestar y acomodación mutua. Cuando es así se observa generalmente, de manera unilateral, una evolución divergente de las necesidades individuales, por parte de uno de los cónyuges.

Diversas son las variables que hemos podido observar que inciden en ese proceso. Algunas de ellas asociadas a cambios unilaterales respecto al contexto sociocultural, un ejemplo de ello serían las serias dificultades de acomodación que sufren las parejas en las que un miembro ha debido de emigrar, y tras un periodo de adaptación individual a los valores de la nueva sociedad, reanuda la convivencia conyugal tras un proceso de reagrupación familiar.

En otros casos las variables asociadas tienen que ver con cambios unilaterales en relación al estatus laboral, tanto respecto a situaciones de ascenso, como de renuncia en base a la crianza de los hijos, o a pérdida por despido o jubilación. También hemos observado cambios unilaterales en relación al ciclo vital, bien sea por la crisis que ha podido suponer para uno de los cónyuges traspasar las barreras simbólicas de los 40 o 50 años, como por la etapa de la adolescencia de los hijos que en ocasiones se convierten en el referente de los nuevos valores que son integrados por uno solo de los cónyuges.

La incidencia de otras dos variables ha resultado también significativa en una muestra que he estudiado recientemente: la infidelidad y la realización de una psicoterapia individual por parte de uno solo de los cónyuges.

En el caso de la infidelidad se observa que su presencia complica el manejo terapéutico, alargando o dificultando la obtención de buenos resultados. Generalmente las dificultades se centran sobre todo en el manejo del rencor pero también se ha podido apreciar que, en algunos casos, las dificultades se derivaban del cambio unilateral respecto a las expectativas en torno al ejercicio del poder en el seno de la pareja (Campo, 2010).

La realización de una psicoterapia individual cuando los resultados son satisfactorios proporciona cambios básicos en la construcción del *"self"* y por tanto de su relación con los otros. En ese sentido se advierte cómo, en muchas ocasiones, la mejoría en su capacidad de asertividad y autoestima, el mayor desarrollo de la autonomía personal así como el aumento de la capacidad en la toma de decisiones habían modificado, de manera unilateral, en el cónyuge que había tenido dicha experiencia, sus expectativas respecto a la relación. En esos casos el cambio podía considerarse positivo a nivel individual, sin embargo había favorecido en la relación de pareja una situación de crisis que les había llevado al borde de la ruptura en algunos casos, mientras que en otros se había saldado con la eclosión de síntomas en el otro cónyuge.

Los desacuerdos básicos respecto a la definición de la relación se producen en torno a los tres pilares básicos que constituyen el fundamento de la relación de pareja: (Campo y Linares, 2002) el vínculo afectivo, la jerarquía interna en cuanto al manejo del poder y los proyectos básicos que se esperan realizar tanto en el presente como en el futuro. Es un apartado de especial relevancia en tanto nos informa de la posible incompatibilidad de las propuestas que articulan la relación, fenómeno que en nuestra experiencia se observa asociado a situaciones de *stand-by* que propician la cronicidad, así como a la presencia de sintomatología en uno u otro cónyuge. La conducta sintomática muy a menudo enmascara este tipo de desacuerdos que acostumbran a no ser explícitos ni conscientes en la mayoría de ocasiones.

El tipo de vinculación afectiva que desean establecer entre sí, es una de las áreas más básicas en las que los cónyuges han de llegar a acuerdos. Y eso de entrada no siempre es fácil ya que no significa para todo el mundo lo mismo querer o sentirse querido.

Tres aspectos pueden diferenciar entre sí a los cónyuges, y condicionar expectativas en algunos casos incompatibles, respecto al tipo de relación amorosa deseada: la cercanía y distancia emocional deseadas en base a las necesidades propias de pertenencia y diferenciación, el establecimiento de una relación total o parcial, y la exclusividad o fidelidad respecto a terceros.

El tipo de jerarquía interna, el manejo del poder, propuesto por cada cónyuge puede ser también fuente de importantes desacuerdos. Dos tipos de desacuerdos se pueden observar en esa área: la ausencia de alternancia en los patrones de simetría y complementariedad lo que implica una excesiva rigidez de los mismos, y la polarización rígida de expectativas en torno al poder por parte de cada cónyuge.

Los proyectos básicos que aspira cada cónyuge realizar junto con el otro, o respaldado por éste, pueden dar lugar también a desacuerdos importantes que están en el origen de situaciones de incompatibilidad. Algunos de ellos de especial relevancia como es la decisión de tener hijos o no, lo hemos podido observar asociados a la presencia de conductas sintomáticas que enmascaran y postergan la necesaria decisión.

**Procedimiento**

El procedimiento propuesto para la realización del proceso terapéutico descrito anteriormente consta de dos fases:

La primera de ellas denominada Protocolo de Consulta y Valoración está constituida por tres sesiones semi-estructuradas realizadas conjuntamente con ambos cónyuges, más una sesión individual por separado con cada uno de ellos y una sesión de devolución y contrato explícito realizada de nuevo conjuntamente con ambos.

La segunda fase supone la puesta en marcha formal de un espacio psicoterapéutico colaborativo acordado de manera explícita con ambos cónyuges, e implica la visualización de que se forma parte de un equipo de trabajo orientado a la consecución de los objetivos propuestos en la devolución. Está orientada asimismo a implementar las intervenciones específicas consideradas más adecuadas a las características idiosincrásicas de cada pareja en particular.

El número de sesiones en total que se realizan son por término medio entre 10 y 20 en función de la dificultad y gravedad del caso. Son en general de frecuencia quincenal al inicio y más espaciadas hacia el final, en la medida que los cónyuges han podido resolver las dificultades que presentaban, a la vez que ya se sienten capaces de afrontar de manera funcional las dificultades que puedan seguir surgiendo. Se realizan asimismo sesiones de control y seguimiento a los seis meses, al año y a los dos años.

La diferenciación del proceso terapéutico en esas dos fases, y la definición de la etapa inicial propuesta como solo de consulta y valoración es una estrategia terapéutica que responde a varios objetivos. El primero de ellos tiene que ver sobre todo con la necesidad de poder construir una demanda adecuada algo poco frecuente en los casos que tratamos. A la vez, y en paralelo con dicho objetivo, la finalidad más importante de esa primera fase es la construcción de una alianza sólida tanto del terapeuta con cada uno de los cónyuges como de los cónyuges entre sí, lo que requiere a menudo de tiempo suficiente para ser desarrollada.

La importancia del establecimiento de una adecuada alianza en la consecución de buenos resultados en psicoterapia ha sido señalada por múltiples autores. Aun cuando la mayoría de dichos estudios se centran en psicoterapias de tipo individual, también se ha podido establecer más recientemente su papel decisivo en el trabajo psicoterapéutico realizado en terapias de pareja y familia (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009).

En nuestra experiencia ese es también un factor básico para la obtención de buenos resultados de ahí que desde el inicio de los primeros contactos el terapeuta tenga la responsabilidad de facilitar la construcción de una alianza genuina con cada uno de los cónyuges, de manera que sientan que la consulta no es un espacio que favorezca más a uno que a otro. Generar una actitud suficientemente proactiva y colaborativa con el terapeuta es indispensable para conseguir los cambios

necesarios que permitan a los dos sentirse bien. A la vez es también indispensable promover una actitud cooperativa entre los dos miembros de la pareja y favorecer con ello un contexto favorable, definido de buena voluntad que les permita generar las interacciones positivas que substituyan al círculo vicioso o secuencias interactivas negativas, que suelen prevalecer en el inicio de la terapia.

***Protocolo de consulta y valoración***

Supone realizar tres entrevistas semi-estructuradas más una individual con cada cónyuge, antes de realizar una sesión de devolución y posible contrato de nuevo con ambos.

Las sesiones son semi-estructuradas para permitirle al terapeuta tener un hilo conductor que le ayude a no sucumbir frente a la cantidad ingente de información no siempre relevante, que puede ser recogida. Han de tener a su vez un formato de conversación fluida y espontánea que aproveche todas las entradas que de una manera natural se produzcan. Proceso que guarda parecido a las variaciones que se producen en un concierto de jazz en el que las improvisaciones diversas sobre los temas realizadas por cada músico acaban creando una nueva e interesante composición. Se trata además de que con sus preguntas y comentarios, el terapeuta pueda a su vez ir facilitando una nueva perspectiva de la realidad de manera que los cónyuges empiecen a valorar que es posible encontrar nuevas alternativas a la situación de desesperanza y *stand-by* que a menudo presentan.

Los datos que se recogen en esa primera fase del proceso terapéutico responden a la necesidad de conocerles, tanto desde el punto de vista individual como relacional, con una perspectiva a la vez sincrónica y diacrónica. Importa conocer el presente pero también a la vez el pasado que lo ha condicionado. Se trata de tener los datos suficientes para la realización de un cronograma en el que se pueda visualizar como se entrelazan las diferentes variables más significativas tanto individuales como relacionales, desde una perspectiva de proceso.

***1ª Sesión***

La primer sesión es por su condición de primer contacto real con la pareja crucial en muchos sentidos. Existe abundante bibliografía que pone de relieve la importancia de la misma. A menudo se intenta recoger el máximo de información para, cuanto antes, hacer algún tipo de valoración que le permita al terapeuta dar su opinión. En nuestro caso y después de pasar por una experiencia inicial en la que también se priorizaba la rapidez en dar algún tipo de respuesta, el objetivo se centra sobre todo en poder iniciar la construcción de un contexto favorable que permita desarrollar el proceso terapéutico. Se trata no solo de recoger información pertinente, sino sobre todo de conseguir llegar a formalizar una demanda que resulte operativa, empezar a conocer a los cónyuges e iniciar la construcción de una

alianza terapéutica sólida con cada uno de ellos. Han de haber podido sentirse escuchados de una manera suficientemente equitativa, y comprendidos en su perspectiva respecto a la definición de la realidad, de tal manera que se hayan podido neutralizar las expectativas de triangulación del otro con el terapeuta, con las que a menudo llegan a la sesión.

Resulta también conveniente dar información con respecto a la metodología que va a utilizar el terapeuta. Al final de la sesión es el momento de plantear que vamos a necesitar alguna sesión más para poder acabar de conocerles y entender bien qué les pasa para así ya "con suficiente conocimiento de causa" explicarles cual es nuestra conclusión y si pensamos que les podemos ayudar. La experiencia nos dice que los pacientes y sus cónyuges entienden y agradecen que el terapeuta se procure un tiempo prudencial para ofrecerles una información que suponga el planteamiento de las mejores alternativas.

Disponer de ese tiempo facilita no solo la recogida por parte del terapeuta del máximo de información respecto a las dificultades y los recursos que presenta la pareja tanto desde la perspectiva individual como relacional, sino que permite al terapeuta generar a través de sus preguntas y comentarios nueva información hasta ese momento no tenida en cuenta por parte del paciente y del cónyuge (Schlippe y Schweitzer, 2003). La presencia conjunta de ambos cónyuges permite generar, asimismo, una visión entre ellos progresivamente más compartida de la realidad.

En esa primera sesión es indispensable entender el tipo de derivación y de demanda que presentan así como la definición que cada uno de ellos realiza de lo que en ese momento más les preocupa y que consideran un problema.

*Derivación*

En los casos más sencillos puede ser que hayan sido los mismos cónyuges de común acuerdo los que hayan decidido buscar información y recabar ayuda. Lo habitual en nuestro caso es que haya un derivante que es el que en primera instancia ha pensado en la conveniencia de enviar ese paciente para realizar una psicoterapia, o ya directamente a la pareja cuando desde el inicio se contemplan dificultades de relación. Es interesante conocer quién es y qué tipo de relación y responsabilidad tiene con respecto a los miembros de la pareja. Es conveniente saber si se trata de una derivación total, o parcial, en ese caso debe contemplarse la necesidad de articular algún tipo de coordinación. Indispensable si uno de los cónyuges presenta patología grave. Por el contrario, salvo alguna excepción, planteamos que en el caso de que uno de los dos cónyuges, o ambos como a veces sucede, estén realizando una psicoterapia individual la interrumpan durante el tiempo en que se esté trabajando a nivel de pareja. Se trata de que todas las energías se puedan focalizar en la relación conyugal al menos durante el tiempo que dure el proceso terapéutico.

Conocer si se da un grado de implicación mayor del derivante con uno de los dos cónyuges nos puede alertar de posibles dificultades para establecer una demanda apropiada y desarrollar una vinculación suficiente con el terapeuta.

*Demanda*

En las situaciones que pueden ser consideradas óptimas son los dos cónyuges los que han llegado al convencimiento de que puede ser útil recabar ayuda y por tanto da igual quien de los dos formalice la demanda. En esos casos el pronóstico suele ser positivo y el número de sesiones para conseguir buenos resultados más corto.

Sin embargo, comúnmente es uno de los dos quien formula la demanda. Y en ese sentido, vale la pena discernir quien la hace. Sobre todo porque suele ser el cónyuge más motivado y por tanto proclive a tener una actitud colaborativa y facilitar de entrada la construcción de la alianza terapéutica. También porque de entrada ello nos permite hipotetizar respecto a quien esta quizás perdiendo desde el punto de vista de la jerarquía interna o de la satisfacción de sus necesidades más básicas. Sin embargo en ocasiones no es fácil aclararlo, pues aunque el que se moviliza para conseguir la cita aparentemente puede ser el que esté más interesado no siempre traduce en realidad esa posibilidad.

Por otra parte resulta interesante entender el juego relacional que subyace a la decisión de pedir ayuda. Una pregunta abierta del tipo: "Como fue que decidieron hacer ahora esta consulta" favorece la visualización del proceso de toma de decisiones que ha realizado la pareja y sobre todo nos informa de hasta qué punto los dos han conseguido consensuar dicha decisión, o si en realidad uno de los dos viene "de una oreja", presionado por el otro, pero no suficientemente convencido como para hacer suya la demanda, y presentar la actitud proactiva que de ello pudiera inferirse. En esos casos, además es importante dilucidar el tipo de presión que puede estar actuando para favorecer la asistencia del otro a la cita. En nuestra experiencia hemos detectado diversas posibilidades, alguna frecuente y que podemos considerar funcional en tanto es explícita y supone como mínimo que uno de los dos sea capaz de percibirse como un individuo con suficientes recursos y autonomía personal, es la posibilidad de separación. Otras son de tipo disfuncional como es la agudización de los síntomas, una recaída, o la que es más frecuente en nuestra estadística, los intentos de autolisis. En esos casos, en algunas ocasiones se hace una referencia de manera más o menos explícita, sobre todo si ha intervenido en la derivación algún profesional de la salud mental, pero lo más frecuente es que sea solo a través del análisis de los datos cronológicos como se pueda llegar a visualizar dicha conexión. Conocer bien el tipo de demanda con la que llegan los cónyuges y discernir aquellas que pueden ser consideradas fraudulentas (Campo, 2007) es indispensable para valorar y poner en marcha las intervenciones necesarias a fin de intentar neutralizarlas antes de aceptar de manera formal el compromiso de realizar una terapia.

Otra posibilidad que también se debe tener en cuenta, tal como ya se ha comentado anteriormente, es que sea en realidad el propio derivante el que haya llegado a la conclusión de que sería conveniente que la pareja resolviera con la ayuda de algún experto sus diferencias. En esos casos puede darse la situación óptima de que haya sido el propio derivante quien se haya encargado de explicar en qué consiste una terapia de pareja y por qué lo cree conveniente, de manera que ambos cónyuges puedan llegar también a la misma conclusión. Sin embargo muy a menudo no es así, lo más frecuente es que se comente dicha posibilidad con solo con uno de los miembros de la pareja, usualmente el que está siendo atendido como paciente y sea éste el que se encargue de comunicarle dicha decisión. En esos casos se ha de poder neutralizar el inconveniente de que se produzca de entrada una actitud negativa y a la defensiva en tanto es una decisión que se percibe unilateral, y conlleva a menudo un mensaje más o menos explícito por parte del cónyuge de posible culpabilización.

Cuando es el propio terapeuta el que decide la conveniencia de utilizar la terapia de pareja como terapia de elección es él, el que debe poder construir la demanda para que ello sea posible. Se trata de reformular en primera instancia la petición de ayuda formulada por quien está interesado, en principio, únicamente en la realización de una psicoterapia individual, a la vez que consigue que el otro cónyuge pueda empezar a sentir que no es ajeno a las dificultades que cuenta el paciente y que su colaboración puede ser beneficiosa para ambos. En esos casos la convocatoria del cónyuge debe ser hecha de entrada como una oportunidad para que el terapeuta pueda entender mejor lo que le está pasando al paciente y sea capaz de pensar en el tipo de ayuda más pertinente. En definitiva, asociando la presencia del cónyuge a una mayor eficacia por parte del terapeuta. Será en la primera sesión después de poder entender la definición del problema por parte de los dos y de haber empezado a construir una vinculación efectiva con ambos cuando el terapeuta va a poder plantear la necesidad de realizar alguna sesión más que le permita con mayor conocimiento de causa responder a los interrogantes que se hayan podido plantear. Reformular la demanda individual en esos términos suele ser aceptada sobre todo si se explica que se van a ofrecer también sesiones individuales en ese espacio que se ha empezado a definir como de consulta y valoración.

*Recogida de datos personales de cada cónyuge*

Tras la descripción y definición del problema por parte de cada cónyuge de manera que queden claras tanto su perspectiva como sus razones, es el momento de empezar a conocerles mejor. Para ello y siguiendo el hilo conductor al que antes hacía mención es útil conocer el nombre de pila de cada uno, la edad, su lugar de nacimiento, así como cuales han sido sus experiencias tanto en el ámbito escolar como en el laboral, gustos y aficiones de tipo personal y datos de salud. Este último apartado es una buena ocasión para completar todos los datos concernientes a los

síntomas que no hayan podido recogerse en la definición del problema hecha anteriormente. Vale la pena estar atento a la cronología de los mismos y al tipo de intervenciones terapéuticas que hayan requerido. En ese sentido tiene que quedar claro que el terapeuta está interesado en todo lo concerniente a la patología y no solo a las dificultades relacionales. En ocasiones los pacientes tienden a especializarse en el tipo de información que dan a cada profesional, algo que no es extraño si por otra parte se tiene en cuenta la dificultad de establecer conexiones entre los síntomas y las experiencias relacionales cuando la patología es grave.

Se trata no solo de recoger datos concretos como por ejemplo el nivel de estudios obtenido sino sobre todo qué tipo de experiencias relacionales han supuesto y que valoración se hace de las mismas. Esa recogida de datos individuales supone la dedicación de un tiempo exclusivo con cada uno de los cónyuges que suele favorecer la empatía y el establecimiento de un vínculo personal con el terapeuta. Por eso vale la pena dedicarle un tiempo durante la sesión y no aprovechar la salutación inicial.

*2ª Sesión: Familia de origen*

La realización de una sesión orientada a conocer los datos de la familia de origen de cada uno de los cónyuges, va más allá de la realización de un genograma. Es una ocasión de oro para conseguir un mayor conocimiento individual de cada uno de los cónyuges desde una perspectiva relacional y posibilita acabar de construir una buena alianza terapéutica con cada uno de ellos. A la vez puede promover una mejor empatía entre los cónyuges. En efecto no es extraño que si se consigue establecer una relación empática y respetuosa con las experiencias relacionales experimentadas por parte de cada uno con sus referentes más significativos, eso se traduzca en una mejor comprensión de la conducta del otro. En muchas ocasiones atribuida sobre todo a mala voluntad o a las ganas de hacer daño, cobra a partir de ese momento nuevos significados más acordes con una mirada benevolente. Esa consecuencia positiva facilita en muchas ocasiones la realización de gestos positivos, de buena voluntad, que pueden flexibilizar actitudes excesivamente simétricas facilitadoras de pulsos por el poder. Puede ser ej. de ello un comentario hecho por una esposa que mantenía una relación presidida por una alta exigencia que al finalizar comentó: "no me imaginaba que me pudiera necesitar tanto".

Es también una sesión muy útil para entender los modelos de crianza que han tenido como hijos y que bien por imitación bien como rechazo están incidiendo en las premisas de su quehacer como padres. En aquellos casos en los que las diferencias en cuanto a la crianza de los hijos son uno de los motivos de malestar es una de las intervenciones que solemos aprovechar. Por otra parte, también es una sesión que permite recoger las experiencias relacionales que han ayudado a conformar el estilo individual de respuesta a nivel cognitivo, emocional y pragmático de cada uno, en definitiva los rasgos de su personalidad. A la vez suele proporcionar

información sobre las experiencias negativas que han acabado favoreciendo la posibilidad de presentar una mayor vulnerabilidad. Cuando es así también es interesante entender en qué contexto relacional se han producido lo que ayuda a comprender que se hayan acabado procesando de una manera u otra. También es una sesión en que se pueden visualizar los recursos que han podido disfrutar y que pueden conceptualizarse como patrimonio relacional ofrecido por la familia.

Vale la pena recoger información sobre el pasado pero también sobre el estado actual de la relación con los diferentes miembros de la familia. En ese sentido es interesante verificar si se han producido cambios tanto si éstos han sido positivos como negativos y en función de qué.

Otro apartado fundamental que puede ser valorado en esa sesión, dirigida a entender qué tipo de relación mantienen con las familias de origen, es el que explora la relación de cada cónyuge con la familia del otro. En ese sentido es interesante valorar si han sido capaces de resolver de común acuerdo que tipo de relación deseaban seguir manteniendo con las respectivas familias y qué tipo de relación les gustaría poder mantener con la familia del otro. En éste último caso puede ser central la adecuación de las expectativas de cada uno de ellos con el tipo de relación que la familia del otro está dispuesta a mantener. En muchas ocasiones el conflicto y el malestar surgen cuando las expectativas por parte de uno de los cónyuges son excesivas y chocan con un tipo de familia a la que en la que los lazos de sangre diferencian en gran medida el trato a recibir. Cuando se espera, como en muchas ocasiones que hemos podido observar, conseguir ser "adoptado" como hijo y obtener una relación presidida por el reconocimiento y la valoración, la frustración de dichas expectativas puede dar lugar a un conflicto que suele enconarse y convertirse en uno de los motivos más importantes de desunión entre los cónyuges. Sobre todo si el hijo/a se mantiene al margen y espera que sea el cónyuge quien resuelva él solo el conflicto, que acaba siendo solo atribuido a la inadecuación del cónyuge, al exonerar de cualquier responsabilidad a su propia familia. Ni decir tiene que esa es una posibilidad que se da sobre todo en cónyuges que se sienten más hijos que esposos y en los que la autonomía lograda respecto a la propia familia es todavía incompleta como sucede a menudo en sujetos que en su crianza han tenido experiencias de triangulación no resueltas.

***3ª Sesión: Historia de amor***

Está orientada a conocer desde una perspectiva de proceso la historia de la pareja desde sus inicios hasta la situación actual. Con los datos ya recogidos hasta ese momento de manera individual ahora de lo que se trata es de animarles a que narren su historia entre los dos. Preguntar cómo se conocieron e iniciaron la relación suele favorecer recuerdos positivos y una actitud más relajada entre los cónyuges (Bornstein y Bornstein 1988), por lo que su ausencia como a veces sucede puede ser indicativo de un pronóstico más incierto. Tener en cuenta las etapas del ciclo vital

por el que pasan las familias puede ser el hilo conductor que permita al terapeuta adecuar el tiempo de la sesión a la necesidad de recoger los aspectos más significativos y llegar hasta el momento actual. Es importante poder entender hasta cuando la relación de pareja se desarrolló de manera funcional y fue considerada satisfactoria por ambos cónyuges. Se trata de calibrar a efectos de pronóstico el tiempo total de bienestar que pudieron disfrutar, el "patrimonio relacional" del que disponen. Cuando uno de los dos presenta patología es también necesario poder situar a nivel cronológico el inicio de los síntomas, el de las primeras consultas, recaídas, intentos de suicidio etc.

Todos los datos hasta ese momento recogidos, desde una perspectiva sobre todo individual, es necesario poderlos articular desde una perspectiva, ahora sí, totalmente relacional. Es en ese momento donde cobran un especial significado los datos recogidos en torno a los síntomas y cuando pueden empezar a visualizarse las primeras conexiones entre las diferentes variables que han facilitado su desarrollo y mantenimiento.

Es una sesión que proporciona además información sobre el tipo de expectativas que tenían respecto a la relación que deseaban tener y los posibles desacuerdos respecto a éstas. Es el momento de evaluar el tipo de desacuerdos que presentan, y si se refieren al tipo de relación afectiva deseada, al manejo del poder, o a los proyectos básicos de tipo identitário que querían compartir con el otro. Cuando se observan discrepancias en áreas tan básicas de la relación es necesario poder calibrar el grado de ajuste posible o si por el contrario las posiciones de ambos están tan polarizadas que resultan ya incompatibles.

*Sesiones individuales con cada uno de los cónyuges*

A realizar tras las tres primeras entrevistas protocolizadas, no son imprescindibles pero acostumbran a ser de utilidad tanto si alguno de los dos cónyuges las han solicitado como si solo es el terapeuta el que quiere aprovecharlas para completar el diagnóstico o realizar alguna intervención. En el caso de haber sido solicitadas por alguno de los cónyuges resulta conveniente establecerlas cuando ya el terapeuta va a poderlas contextualizar y por tanto manejar de una manera más eficiente. Así, si la solicitud encubre propiciar algún tipo de triangulación, ésta será más fácil subsanarla cuando ya se ha podido establecer previamente una alianza con cada uno de ellos. En muchas ocasiones cuando ese era el propósito a menudo dejan de estar interesados.

Desde el punto de vista terapéutico resultan indispensables en los casos en los que ha aparecido la variable infidelidad, o en el que se ha hecho ostensible la presencia del rencor. Cuando ese es el caso vale la pena poder calibrar la posibilidad de que ya se esté en una fase de no retorno en el que la irreversibilidad de los sentimientos destructivos no deja margen para el trabajo terapéutico.

*Sesión de devolución y contrato*

Es una sesión que debe ser muy bien preparada ya que constituye una intervención terapéutica en sí misma. Se trata de poder transmitir, ahora sí, la opinión del terapeuta aprovechando para ello toda la información idiosincrásica ofrecida por ambos cónyuges.

Previamente es necesario que el terapeuta haya podido realizar un análisis de toda la información recogida de manera que sea posible realizar una devolución que facilite dotar de nuevo significado tanto las experiencias individuales de cada uno como las derivadas de su experiencia como pareja. Es necesario que el terapeuta pueda visualizar desde una perspectiva global cómo se entrelazan las diferentes variables individuales y relacionales que en su interconexión originan el malestar, y facilitan la emergencia y el mantenimiento de los síntomas cuando éstos ya han hecho acto de presencia.

El objetivo de la misma es la de ayudarles a entender qué les está pasando desde una perspectiva más compleja y menos sesgada, así como promover una actitud proactiva orientada a la resolución de las dificultades. En ese sentido resulta útil ayudarles a formular cuáles pueden ser las alternativas que les permitan sentirse mejor. Siendo interesante señalar que en realidad solo tienen por delante tres posibilidades que constituyen en sí mismas una decisión. Mantener el "statu quo" actual, favorecer cambios hacia una unión más satisfactoria, o poner en marcha un proceso de separación.

En el primero de los casos, que vale la pena remarcar que es lo más fácil que pase, en tanto no se requiere que hagan algo nuevo ninguno de los dos, el terapeuta puede señalar como intervención paradójica lo que cada uno de ellos puede seguir haciendo para que todo siga igual. Y enfatizar que si esa fuera la opción no tendría sentido ofrecerles ayuda. Como segunda posibilidad la separación debe ser descrita como una opción funcional, legítima en cuanto las leyes la avalan y posible con que uno de los dos la decida. Es el momento también de desligarla de cualquier idea negativa de su posible incidencia en el bienestar de los hijos siempre y cuando se plantee de manera no litigante. La tercera posibilidad la de optar por promover una unión más satisfactoria para ambos debe ser descrita como posible pero solo si están de verdad interesados en "poner toda la carne en el asador" tanto uno como el otro, es decir si están dispuestos a mantener una actitud positiva, colaborativa y proactiva para conseguirlo. Es en ese caso cuando el terapeuta puede ofrecer una ayuda que pasa por poner en marcha un proceso terapéutico orientado a promover los cambios necesarios para favorecer una unión satisfactoria para ambos.

Es el momento de formular un contrato que implica el compromiso explícito del terapeuta y en el que se señalan las condiciones mínimas para ponerlo en marcha, entre estas las de que se abra un paréntesis de buena voluntad por parte de

ambos que suponga darse un tiempo entre si y al terapeuta para de una manera colaborativa alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos.

La convocatoria de nuevas sesiones, ahora ya enmarcadas en una segunda fase descrita y formalizada como terapia de pareja propiamente dicha, suele ser posible hacerla de inmediato si los comentarios o la actitud de ambos cónyuges evidencia su interés por aceptar ese nuevo encuadre. En ocasiones, si al inicio la demanda era inexistente o la actitud de alguno de ellos muy negativa, es preferible ofrecerles un tiempo para que tanto a nivel individual como de manera conjunta tomen la decisión que consideren más oportuna y acorde con sus deseos y necesidades. Es una estrategia que aumenta los grados de libertad y en mi experiencia facilita activar una posición proactiva en cuanto a la demanda y promover un compromiso genuino antes de proseguir con el tratamiento. Lo que redunda en un proceso terapéutico más corto y de mejores resultados.

Esa segunda fase se caracteriza por un trabajo conjunto con los cónyuges orientado generalmente a consolidar un contexto de buena voluntad en el que predominen interacciones positivas, una comunicación más funcional así como el aprendizaje de nuevas fórmulas para la resolución de los conflictos. Asimismo es el momento de propiciar mediante las prescripciones terapéuticas más idóneas una mejor articulación de las necesidades individuales de cada uno de manera que la relación sea satisfactoria para ambos.

También es el momento de realizar concomitantemente sesiones individuales con cada uno de ellos para activar y fomentar todos aquellos gestos y conductas que pueden favorecer ese objetivo.

En el caso de que uno de los dos cónyuges presente patología y el tipo de jerarquía interna esté presidida por la complementariedad rígida (Linares y Campo 2000), resulta conveniente formalizar también en esa segunda fase sesiones individuales con el paciente orientadas a facilitar un aumento de la autoestima así como el aprendizaje de nuevas actitudes más asertivas que permitan la flexibilización de las posiciones *up/down* del patrón complementario de jerarquía interno propio de la pareja.

**Ejemplo caso**

El caso elegido como ejemplo forma parte de la muestra de pacientes con Trastorno Bipolar que hemos estudiado recientemente, (Linares, Campo, y Soriano, 2013).

Se trata de un caso que ejemplifica el tipo de derivación que solemos recibir, así como la aplicación de la terapia de pareja como metodología de elección psicoterapéutica. El caso fue derivado por uno de los psiquiatras colegas del Servicio, en base a las dificultades de estabilización que presentaba el paciente a pesar de los diversos ajustes de medicación que se habían intentado, y por el intento fallido de realizar una psicoterapia individual con el paciente de tipo cognitivo-conductual

en base a la respuesta sintomática que había presentado la esposa tras el inicio de la misma.

El paciente había sido diagnosticado de Trastorno Bipolar tipo I con sintomatología congruente e incongruente, y de Trastorno de Personalidad de Tipo Paranoide según los ejes 1 y 2 del DSMIV. Presentaba seis años de evolución en los que se habían producido tres episodios maníacos, dos de ellos habían requerido internamiento, uno de ellos por orden judicial, varios episodios de tipo depresivo y un intento de autolisis de gravedad moderada pero con carta de despedida. Asimismo presentaba evidentes dificultades de contacto social y de adecuación al ámbito laboral.

El proceso terapéutico realizado, se prolongó durante dos años y consistió en 19 sesiones en total, en las que se combinaron sesiones conjuntas con ambos cónyuges y sesiones de tipo individual, así como la utilización como recurso terapéutico de e-mails con el paciente. Posteriormente se realizaron sesiones de control y seguimiento a los seis meses, uno y dos años. A los cuatro años el contacto posterior con el derivante permitió obtener datos que permitieron valorar de manera positiva los resultados.

El procedimiento que se empleó fue similar al propuesto en la descripción realizada del modelo de diagnóstico relacional e intervención.

Se convocó a la primera sesión al paciente con su pareja lo que permitió empezar a valorar el tipo de derivación y demanda que se planteaba, empezar a entender la definición de los problemas que realizaban, y conocer los datos y características individuales de cada cónyuge. Se trataba de una pareja joven con dos hijos pequeños en edad escolar; universitarios ambos, se habían conocido cursando la misma carrera. Ella estaba trabajando desde hacía tiempo en la misma empresa de manera satisfactoria y él estaba en ese momento de baja por la dificultad que le suponían los síntomas para el ejercicio de su profesión. Venían porque así se lo había recomendado el psiquiatra que le atendía a él para valorar si se podían beneficiar de una terapia de pareja. Esa es una fórmula que suelo pactar con los derivantes, cuando de entrada es posible su colaboración, pues permite encuadrar ese primer contacto en una estructura de consulta y valoración que disminuye las posibles reticencias respecto a la posibilidad de poner en marcha una terapia de pareja.

En este caso mientras la actitud del paciente era colaborativa, la esposa presentaba por el contrario una actitud de entrada reticente y a la defensiva. Se puso en evidencia que las sesiones de psicoterapia individual que el paciente había realizado anteriormente habían supuesto requerimientos no pactados respecto a una mayor implicación de éste en la organización de la casa y la crianza de los hijos. Se había favorecido una actitud más proactiva de él que había chocado con el patrón rígido que prevalecía en ese momento entre ellos caracterizado por una posición *up* de ella como cuidadora y de una posición *down* de él, definido como paciente irresponsable.

Esa experiencia se había saldado con quejas sintomáticas de tipo depresivo ansioso en la esposa y en un deseo de realizar también ella una psicoterapia individual.

Desde el principio, se hizo evidente la necesidad de una acomodación cuidadosa a ese patrón rígido observado con la idea de irlo flexibilizando poco a poco durante el proceso terapéutico. La definición del problema era similar en ambos en el sentido de que la principal preocupación era la enfermedad de él, pero se diferenciaban respecto a cuál podía ser el interés en realizar la consulta propuesta. Ella sobre todo mostraba interés en que él cambiara y sobre todo en entender qué parte de la conducta del paciente era atribuible a la enfermedad y que parte era atribuible a su "carácter". Esa es una inquietud que a menudo se les escucha a los cónyuges de los pacientes en nuestra casuística sobre todo en los que han sido diagnosticados de Tr. Bipolar. El por el contrario pensaba que podía ayudar a que la relación entre ellos fuera más satisfactoria. En esa primera sesión también se puso de relieve las grandes diferencias de estilo comunicacional que ambos presentaban, él mucho más proclive a un lenguaje confuso y de gran abstracción, no en vano refirió que una de sus aficiones consistía en leer textos de filosofía, mientras que el de ella se ceñía casi exclusivamente a los aspectos más concretos y pragmáticos de la realidad. Al final de esa sesión se les planteó la necesidad de realizar algunas sesiones más que nos permitieran entender bien que les estaba pasando y cómo les podíamos ayudar a que él mejorara, cosa que aceptaron.

La segunda sesión se dedicó por completo a conocer los datos de la familia de origen de cada uno, qué tipo de relación mantenían en la actualidad cada uno con su familia y con la del otro, y sobre todo a que nos relataran las experiencias más significativas que cada uno de ellos había tenido como hijo, hermano etc. en el pasado. Esa fue ya una sesión crucial en tanto permitió, empezar a entender qué tipo de experiencias habían propiciado esa visión paranoide de la realidad que el presentaba, así como el origen del alto nivel de vulnerabilidad que estaba en la base de los síntomas.

La descripción que hizo ella de su propia familia fue hecha en términos muy positivos y satisfactorios. Consideraba que sus padres habían tenido para con ella y sus dos hermanos, una chica con la que se llevaba muy poco tiempo y un hermano menor, un tipo de crianza que les había ayudado en todo momento. Se sentía especialmente orgullosa de que les hubieran podido ofrecer estudios universitarios a pesar de que su economía no era demasiado holgada. Destacaba en términos positivos el alto nivel de unión que todos tenían lo que se expresaba en frecuentes contactos y reuniones en los que se festejaba todo tipo de eventos. La relación de sus padres fue descrita como armoniosa dedicados en todo momento a los hijos y en cuanto al manejo del poder reconoció que se podía considerar un matriarcado en tanto era sobre todo su madre la que tomaba las decisiones y que aunque a veces su padre refunfuñaba acostumbraba a estar de acuerdo.

La familia de él, tal como acostumbramos a observar en la familia de los pacientes más graves presentaba un alto grado de disfuncionalidad. Él era el mayor de dos hermanos muy seguidos en el tiempo que habían sido criados de una manera un tanto especial. El padre descrito como alguien muy autoritario y severo, había decidido encargarse él mismo de la enseñanza de los niños, sobre todo de él, que desde pequeño destacaba por su inteligencia, dado que consideraba negativa la influencia de la sociedad y por eso era mejor que no fueran a la escuela. Tenía un buen nivel de formación y disponía de suficiente tiempo ya que había conseguido resolver el tema económico sin necesidad de trabajar demasiadas horas. La madre no estaba de acuerdo con esa idea pero no fue hasta que el padre enfermó y fue diagnosticado de Alzheimer, coincidiendo con su adolescencia que ella consiguió tomar las riendas y el pudo acceder a una enseñanza reglada. Durante todo el tiempo de su primera infancia los contactos sociales fueron muy restringidos, el padre frenaba cualquier contacto social que pudiera tener la madre e incluso la relación con el hermano con el que se llevaba poco tiempo la recuerda como escasa en tanto quien se ocupaba más de éste era la madre. La relación de los padres entre si fue descrita en términos casi de dominio y sumisión respecto a la madre favorecidos por su condición de inmigrante desconectada de su propia familia de origen, y por los accesos de cólera y cierto descontrol emocional que presentaba de vez en cuando su padre. Los recuerdos de su contacto con la escuela fueron desde el inicio de inadecuación, él deseaba conectar con los compañeros pero no le resultaba fácil, era un año menor por tener un mejor nivel de formación del que se correspondía por su edad y sentía que le miraban como un "bicho raro". La entrada en la universidad le permitió empezar a sentir que era alguien que podía ser respetado. Es cuando la conoce a ella y empiezan a salir juntos.

La relación de ella con la familia de él, y de él mismo, era escasa, el padre fallece al poco de empezar a salir juntos, el hermano descrito con características que bien pudieran ser consideradas de tipo esquizoide vive en el extranjero y le ven muy poco, y la madre se dedica sobre todo a labores de voluntariado en la iglesia. Por el contrario la relación de los dos con la familia de ella es muy estrecha, aunque desde hace un tiempo él mantiene una actitud problemática con ellos, que se manifiesta sobre todo en relación a la hermana y los cuñados con quien ha llegado a tener algún encontronazo, fruto de un cierto descontrol emocional, y con la suegra que va a menudo a la casa para ayudarles con los niños. Esas situaciones son descritas por ella como las más problemáticas y las que más la hacen sufrir en la actualidad, aunque han sido tolerados por la familia en tanto se consideran fruto de la enfermedad

La tercera sesión fue dedicada a conocerles como pareja. De la Historia de Amor destaca que se conocieran estando todavía cursando la carrera y que se comprometieran de manera muy rápida. Ninguno de los dos había tenido experiencias amorosas previas. En muy poco tiempo él conoció a su familia y paso a ser considerado

novio formal. Ella explica que en su casa siempre le habían dicho que los novios que subieran eran para casarse. De hecho su hermana había empezado ya antes que ella el noviazgo con el futuro cuñado y éste ya formaba parte del "clan" familiar. No están casados, de hecho coincidió la fecha que tenían prevista con uno de los ingresos y posteriormente ella dice que ya no lo han considerado necesario. De los motivos de elección ella recuerda que era sensible, sonriente y cariñoso, pero que ya a los dos meses de conocerle dudó en proseguir la relación. Presentaba altibajos, cambios de humor frecuentes y se enfadaba y no sabía por qué. El recuerda de ella que era una persona calmada y discreta, y que su mirada significaba que podía conectar con ella, a pesar de que pronto dice tuvieron problemas de comunicación.

La colaboración de ambos permitió realizar un recorrido detallado por las diferentes etapas de la relación desde esa etapa inicial hasta el presente. Convirtiéndose en el eje en el que se pudieron resituar cronológicamente los hechos más significativos tanto individuales como relacionales que habían sucedido, a la vez que se entrelazaban con los síntomas, hasta ese momento atribuidos exclusivamente a la enfermedad, dotándoles de nuevo significado. Esa visualización de las diferentes situaciones permitió empezar a plantear la enfermedad como fruto tanto de las experiencias evidentemente disfuncionales que él había experimentado durante su infancia definidas como una mayor vulnerabilidad y dificultad para afrontar las dificultades, como de un contexto relacional desfavorable que entre los dos no habían sabido resolver. En ese sentido se pudo mostrar hasta qué punto era un hándicap para él no sentirse suficientemente bien aceptado por la familia de ella. Y cómo sus expectativas demasiado altas le hacían un flaco favor. También, cómo no ayudaba la dificultad de ella para entender cuáles eran sus necesidades, ni el tipo de respuesta inadecuada de él para conseguir un mayor reconocimiento y consideración por parte de todos. También se evidenció las diferentes expectativas que ambos tenían respecto al vínculo afectivo. El desde el principio reclamaba sentirse priorizado y mantener una relación de exclusividad y gran cercanía emocional, mientras que ella estaba volcada en su familia de origen, sus hijos y su trabajo. Otros desacuerdos básicos en torno a la relación cobraron a su vez relevancia, y permitieron entender mejor qué factores habían podido favorecer la eclosión de los síntomas, entre ellos la renuncia de proyectos importantes de él en el ámbito laboral dada la negativa de ella para acompañarle al extranjero. También resultaba evidente la dificultad para articular un patrón de jerarquía interna de tipo complementario en el que ambos aspiraban a colocarse en la posición *up*.

El proceso terapéutico fue duro y complicado. En algún momento pensamos que no iba a ser posible ayudarles a encontrar una fórmula de convivencia que articulara las necesidades de cada uno de ellos que se presentaban tan polarizadas. También dudamos en algún momento con respecto a la capacidad de él para aprender nuevas modalidades de respuesta a las situaciones que se apartaban de lo

que deseaba y necesitaba conseguir en el ámbito de los afectos. Durante algunas sesiones nuestro especial interés se centró en facilitar un contexto suficientemente estable y favorable para que el paciente lograra conseguir el nivel de autoestima y seguridad personal indispensables para plantearse una vida personal autónoma y sin riesgos. Nos pesaba las ideas recogidas a tal efecto que asociaban las posibilidades de separación conyugal con el riesgo de suicidio.

Se realizaron sesiones individuales con el paciente, combinadas con sesiones conjuntas de pareja. Las sesiones individuales con el paciente estuvieron orientadas a facilitar una mayor conciencia de su coparticipación en las dificultades de relación interpersonal que se daban tanto en el ámbito laboral como en el familiar. Así como a facilitar el aprendizaje de nuevas fórmulas de relación que le permitieran favorecer secuencias positivas de interacción. Las sesiones de pareja se orientaron en primer lugar a que él con la ayuda de su mujer recuperara las funciones parentales hasta ese momento delegadas en ella. Teníamos claro que eso iba a repercutir a su vez en el bienestar de los hijos. La prevención de situaciones conflictivas también fue una de las primeras intervenciones que se hicieron en esas sesiones conjuntas, así como la facilitación de una comunicación más efectiva entre ambos. Asimismo se realizaron intervenciones terapéuticas orientadas a un mejor ajuste de las expectativas en cuanto a la vinculación amorosa, promoviendo en ese sentido espacios placenteros exclusivos de pareja, algo inexistente desde el nacimiento de los hijos. La toma de decisiones y el manejo del poder en la línea de facilitar acuerdos y alcanzar una mayor flexibilización de las posiciones de uno y otro estuvieron también en el punto de mira de muchas de las intervenciones realizadas.

Las sesiones de seguimiento realizadas posteriormente a la finalización del tratamiento han permitido valorar la consolidación progresiva de los cambios favorables observados, tanto a nivel individual como de pareja.

En la actualidad el paciente se ha reincorporado al ámbito laboral en un tipo de trabajo, la docencia que le permite sentirse cómodo y realizado. Ejerce de manera responsable sus funciones de padre, y ha mejorado su relación tanto con la familia de ella, como con su madre a la que visita regularmente aunque el grado de intimidad emocional con ella no sea excesivo. La relación entre ellos es definida como satisfactoria y aunque en ocasiones presentan discrepancias importantes en algún aspecto son capaces de manejarlas adecuadamente. No ha vuelto a presentar ningún otro episodio de descompensación, ni ha necesitado ningún ingreso o visitas de urgencia, pero sí sigue un tratamiento farmacológico de mantenimiento y visitas de seguimiento ambulatorio dos veces al año.

La revisión de éste caso nos ha permitido valorar como indispensable la colaboración de la esposa en los buenos resultados obtenidos.

**Referencias bibliográficas**


Bornstein, P. H. y Bornstein M. T. (1988). *Terapia de pareja. Enfoque conductual-sistémico*. Madrid: Pirámide.

Campo, C. y Linares, J. L. (2002). *Sobrevivir a la pareja*. *Problemas y soluciones*. Barcelona: Paidós.

Campo, C. (2007). Infidelidad conyugal: Dificultades de manejo en la terapia de pareja. Propuesta de un modelo de intervención. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos No 23 (2)*, 29-43.

Campo, C. (2010). Transformaciones del poder en las parejas: cambios unilaterales en torno a la jerarquía interna. *Mosaico No. 44*, 55-59.

Friedlander, M. L.; Escudero, V. y Heatherington, L. H. (2009). *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.

Gottman, J. (1994). *Why marriages succeed or fail*. N. York: Simon and Schuster.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Linares, J. L. (2006). "Una visión relacional de los trastornos de personalidad". En S. A. Roizblatt (Ed). *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Linares, J. L. y Campo, C. (2002). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. L.; Campo, C. y Soriano, J. A. (2013). Disturbi Bipolari e Psicoterapia. *Psicobiettivo No 3*, 15-34.

Sager, C. J. (1980). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires: Amorrortu.

Schlippe, A. y Schweitzer, J. (2003) *Manual de terapia y asesoría sistémicas*. Barcelona: Herder.

Sluzki, C. y Bleichmar H. (1979). "El enfoque interaccional en terapia de pareja". En C. Sluzki (ed). *Psicopatología y psicoterapia de la pareja*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Capítulo XI

# VIOLENCIA DE PAREJA: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y USO DE SUSTANCIAS

Regina Giraldo, José Eduardo Montejo,
Juan Carlos Valderrama y Catalina Wild[4]

## Introducción

Las dificultades y el conflicto se pueden explicar comprendiendo que la vida de las personas es un constante devenir relacional, en donde los vínculos y las relaciones entre los seres humanos son una compleja red de interacciones que se producen justamente en la relación con el otro y no provienen *únicamente* de las particularidades individuales. Las conductas de los miembros de una pareja están recíprocamente reguladas de forma circular, lo que uno hace afecta al otro y viceversa.

La violencia conyugal afecta en mayor medida a las mujeres, pero es un tipo de violencia que se presenta en toda clase de parejas, en distintas fases de la relación, en edades cada vez más tempranas y es ejercida por ambos miembros, a pesar de ser los varones quienes mayoritariamente lo hacen. Hoy se entiende que el abordaje de esa problemática ha de ser relacional y ecológico. De la propuesta relacional que cada miembro de la pareja presente y de la forma como esa propuesta sea recibida por el otro y a su vez regresada, según el momento, la historia, y las circunstancias en que se produce, dependerá el tipo de interacción y el modo de relación resultante (Giraldo, 2013).

El presente capítulo surge de la experiencia en Fundación Fundaterapia de Bogotá, Colombia; tras 15 años de estudio, investigación, intervención y psicoterapia sistémica del fenómeno del maltrato familiar en especial de la violencia en la pareja. En ese entorno las problemáticas de violencia conyugal en aproximadamente el 20% de casos con presencia de trastornos de la personalidad y uso de sustancias en uno o en ambos miembros de la pareja, han puesto de manifiesto que los modelos de intervención se deben ajustar a partir de diagnósticos clínicos individuales, y diagnósticos sistémico-relacionales del vínculo de la pareja.

La teoría sistémica, relacional por naturaleza, para la comprensión de la violencia en la familia considera fundamental incluir tanto en el análisis de la situación conflictiva, como en su intervención, la regulación circular y el contexto amplio del

---

[4] Fundación Fundaterapia, Centro clínico y de formación especializado en problemáticas de maltrato familiar, Bogotá, Colombia (info@fundaterapia.org).

que forman parte los individuos y las parejas. Varios autores sistémicos han planteado explicaciones al maltrato familiar y a la violencia en la pareja.

Barudy (1998), menciona que es el modelo de creencias el que hace que la agresividad se despierte cada vez que un sujeto se siente amenazado en su integridad y que las personas que están vinculadas con él también se sientan amenazadas.

Cirillo y Di Blasio (1991) consideran la violencia en la familia como producto de relaciones familiares disfuncionales, en las que el maltrato hace parte de un "juego familiar", donde la conducta maltratante tiene la no deliberada función de servir como vehículo para rebelarse ante situaciones de conflicto, especialmente entre el progenitor o cuidador que maltrata y los otros miembros de la familia.

Linares (1996, 2002/09/10/12) por su parte, ha desarrollado una teoría basada en un modelo con dos dimensiones, *conyugalidad* y *parentalidad*, que constituyen la relación de pareja de manera fundamental. Para este autor el maltrato es la primera y más directa consecuencia de la interferencia del amor, y afirma que el ser humano maltrata cuando no se siente amado y cuando está más interesado en dominar que en amar, estableciendo con ello una cadena sin fin en la que la víctima de hoy será el agresor de mañana.

A partir de investigaciones documentadas, la OMS (2003) pone en evidencia la necesidad de estudiar el fenómeno de la violencia en la pareja considerando sus factores de riesgo social (pobreza, desempleo, falta de educación, vivienda precaria, etc.), factores de riesgo familiar (historia de violencia en la familia de origen) y factores de riesgo individual (baja tolerancia a la frustración, escaso control de impulsos y psicopatología).

Recogiendo esa evidencia de la OMS, asi como la casuistica en Fundaterapia de Bogotá, los autores del presente capítulo incursionan en el ámbito de los trastornos de personalidad (TP) y el uso de sustancias en relación con el maltrato conyugal, siendo ello probablemente lo menos estudiado en la psicoterapia de parejas con relaciones violentas. Aunque no ocurre lo mismo con el estudio de perfiles o características de personalidad de hombres que agraden a las mujeres, estudios generalemente enfocados en agresores en prisión por ese delito. En este sentido desde finales de la década de los 80´s se han realizado investigaciones, y a partir de los noventa se han intensificado siendo la primera decada del 2000 la más prolifica en ello.

Al respecto, Echauri, Martínez, Fernández-Montalvo y Azcarate (2011) afirman que los resultados de investigación, muestran una gran dificultad para describir un perfil psicológico homogéneo entre los maltratadores, aunque se cuenta con distintos estudios que arrojan características básicas frecuentemente presentes en los agresores (sesgos cognitivos, dificultades de comunicación, irritabilidad, falta de control de los impulsos, abuso de alcohol y celos patológicos). Y en lo referente a la personalidad mencionan que las investigaciones llevadas a cabo, muestran una gran heterogeneidad en las características de personalidad presentes en este tipo

de sujetos, y lo más frecuentemente descrito ha sido el trastorno antisocial de la personalidad, el límite y el narcisista.

Millon (2002) plantea la evaluación multiaxial, y propone tener en cuenta la personalidad (Eje II) y su relación con los síndromes clínicos (Eje I). Entiende que la variable verdaderamente significativa es la personalidad y considera que es donde se originan las conductas patológicas o el síndrome clínico. Desde la perspectiva relacional, Linares (2006) define la personalidad como la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, a través de un diálogo constante entre pasado y presente, y doblemente contextualizada por un substrato biológico y un marco cultural.

Por su parte Cancrini (2007), afirma que es preferible pensar en la personalidad en términos de funcionamiento. Que existe un umbral de funcionamiento patológico de la personalidad que se activa de forma diferente en las personas (incluso en la misma persona) y según las circunstancias o las etapas del ciclo vital. Una primera condición necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de un funcionamiento de personalidad patológico, dice este autor, es algo que ocurre en la infancia.

La violencia en la pareja tiene una explicación multicausal y, por lo tanto, los agresores no presentan unas características sociodemográficas, psicopatológicas o de personalidad homogéneas, que sean fácilmente identificables, y que permitan prevenir la aparición de episodios violentos (Fernández-Montalvo, 2009). Pero el común denominador de la violencia asociada a los trastornos de la personalidad (TP), salvo algunas excepciones como la psicopatía, es la ira.

> "La ira puede activarse por diversas circunstancias: a) por la sospecha, el fanatismo, los celos patológicos o la venganza (trastorno paranoide de la personalidad); b) por la aversión al contacto con otras personas (trastorno esquizoide; c) por la intolerancia a la frustración y el enfado intenso por recibir un trato diferente al esperado (trastorno narcisista); d) por la necesidad de liberar la tensión utilizando la escisión como mecanismo de defensa o por el miedo a la pérdida (trastorno límite); e) por el sentimiento de marginación o rechazo por los demás (trastorno evitativo); f) por el sentimiento de tedio, la deshumanización de los demás, la necesidad de tener poder y la ausencia de empatía (trastorno antisocial); g) por la necesidad imperiosa de llamar la atención o integrarse en un grupo (trastornos histriónico y dependiente, respectivamente); y h) por alteraciones cognitivas y experiencias extrañas (trastorno esquizotípico)" (*Esbec y Echeburúa., 2010 p. 251*).

Este capítulo desarrolla las características y criterios clínicos de los trastornos de la personalidad y el uso de sustancias más atendidos en Fundaterapia de Bogotá, asociados a problematicas de violencia conyugal, derivados de contextos de justicia e incluidos en el DSM-IV TR: trastorno límite, narcisista y obsesivo-compulsivo.

El marco epistemológico y teórico referencial corresponde al sistémico considerando la problemática, más que de género, como sustancialmente relacional (interaccional de la pareja conyugal), reconociendo la violencia de género como aquella que se ejerce en contra de la mujer por el hecho de ser mujer… una construcción social en la cual lo cultural y lo simbólico tienen un lugar fundamental frente a lo biológico.

Se incluyen en el capítulo, consideraciones teóricas y terapéuticas ejemplificadas con viñetas de casos clínicos en cada problemática, vistos en un trabajo de equipo de variadas intervenciones: terapia familiar, de pareja, individual, clínica psiquiátrica y de redes de colaboración con los servicios sociales y de justicia.

**Trastorno límite de la personalidad** (TLP)

> "Cuando funciona a nivel borderline el individuo busca sus emociones, sus vivencias y comportamientos en representaciones primitivas del Sí mismo y del otro típicas de una edad más temprana. Los objetos totalmente buenos (que nutren) o los totalmente malos (que privan) se alternan en su experiencia con representaciones correspondientes al Sí mismo: la trinfante de la omnipotencia y la dolorosa y humillante de la impotencia. Lo que es realmente típico del funcionamiento borderline es la osclilación entre estos estados de ánimo opuestos y entre sus correlatos afectivos" (*Cancrini, op.cit. p 40*).

El trastorno límite de la personalidad (TLP), es uno los trastornos más diagnosticados en personas acusadas de delitos violentos. El segundo más frecuentemente en varones, y en mujeres violentas el más común, aunque en ellas predomina la autoagresividad sobre la heteroagresividad. Lo que lleva a estas personas a las conductas violentas es la impulsividad, la pobre identidad, la disregulación emocional y el consumo de drogas. En los casos de TLP, la violencia es típicamente reactiva (Esbec y Echeburúa, op. cit).

Dutton (2007), analizando el ámbito de la violencia contra la pareja y el trastorno límite de la personalidad, encuentra que las personas en esta combinación se caracterizan por su inestabilidad emocional, por el abuso psicológico, por un apego inseguro (ansioso y evitativo), por los celos, y por la tendencia al locus de control externo (culpabilizar de todos los males a la pareja).

De otra parte Linares (2006), desde su modelo teórico relacional de dos dimensiones de la pareja –*conyugalidad y parentalidad*–, afirma que el trastorno límite se conforma cuando una parentalidad primariamente conservada se ve deteriorada secundariamente por el impacto de una conyugalidad disarmónica, lo cual facilita que los hijos se vean invitados a participar, con escasas posibilidades de resistirse, en los juegos relacionales disfuncionales de los padres.

El análisis de pacientes con trastorno límite y emparejados, muestra que la eclosión de la conducta sintomática ocurrió después del emparejamiento. La relación se caracteriza por una vinculación afectiva poco consolidada entre los cónyuges, una escasa autonomía por parte de ambos respecto de sus familias de origen, y una jerarquía interna inicial de tipo simétrico aunque tras la eclosión del trastorno a menudo se produce un viraje hacia la complementariedad (Campo y D´Ascenzo, 2010).

El TLP es clasificado como un trastorno del grupo B del eje II, y según el DSM-IV-TR, la característica esencial es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos. Los sujetos con este trastorno pueden llegar a realizar frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario. Son muy sensibles a las circunstancias ambientales. La percepción de una inminente separación, rechazo o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la auto-imagen, afectividad, cognición y comportamiento.

| **CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TLP**<br>La presencia de 5 o más, puede indicar la existencia de este trastorno. |
|---|
| 1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. |
| 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. |
| 3. Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. |
| 4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida..). |
| 5. Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de Automutilación. |
| 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días). |
| 7. Sentimientos crónicos de vacío. |
| 8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). |
| 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. |

De acuerdo con LOGPSIC[5], La mayoría de las personas con trastorno límite de la personalidad lo pasan muy mal cuando están solos, incluso por periodos muy cortos de tiempo. Con frecuencia se sienten dependientes y hostiles, de ahí sus relaciones tumultuosas. Pueden depender mucho de las personas cercanas y demostrar tremendos enfados o rabia hacia estas en momentos de frustración. Tienen un bajo nivel de tolerancia a la frustración y gran dificultad para canalizarla de forma adecuada.

Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos. Sin embargo, cambian rápidamente de forma de pensar y pueden pasar de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención. Tienen una necesidad enorme de llevar una vida normal y tener buenas relaciones, pero a la vez, tienen mucho miedo a la intimidad. La tensión entre esta necesidad y el miedo causa ansiedad, culpabilidad y rabia.

***El caso de Patty***

Patty pide consulta en la privada a uno de los terapeutas de Fundaterapia, a quien conoció impartiendo una conferencia en su universidad. Le solicita terapia individual por estar pasando por "una depresión". Solo en la 3 sesión informa al terapeuta que su situación de pareja y familia es conocida por servicios de justicia, y aunque el terapeuta percibe disputas jurídicas y vacíos en la historia no los interpreta como deliberados. Patty deja de asistir durante 3 meses, regresa hace un par de sesiones mas, vuelve a desaparecer y 6 meses después pide un informe para llevarlo al juez de familia.

La familia de Patty esta conformada por ella de 38 años, psicopedagoga y estudiante de especialidad en farmacodependencia, separada de Ángel, ingeniero de 44 años (estuvieron casados 11 años), y las hijas Sara de 13 años y Samanta de 10, quienes en el momento de la consulta conviven con el padre.

Patty y Ángel se conocieron cuando asistían ambos a una iglesia cristiana. Como novios vivieron juntos durante tres meses, pero debido a los preceptos de la iglesia que consideraba ese hecho como impropio, tomaron la decisión de separarse aunque continuaban viéndose ocasionalmente. Ella queda embarazada, Ángel le pide abortar y ella aunque en contra del aborto estaba dispuesta a hacerlo. Sin embargo decidieron casarse y tener el bebé. Los conflictos de pareja se presentaron desde el inicio del matrimonio, y muy frecuentemente había agresiones verbales entre ambos. Patty intentó suicidarse en dos ocasiones.

El deterioro en la relación de pareja hizo que Ángel permaneciera más tiempo fuera de casa que con su familia, lo que generó en ella sospechas de infidelidad. Patty decide reconquistar al esposo con atenciones como esposa y se sometió a implantes mamarios para complacerlo sexualmente. Con esta estrategia buscaba que él creyera en sus cualidades como mujer y esposa incondicional, que su marido terminara la posible relación paralela, y se restableciera el vínculo amoroso entre

---

[5] LOGPSIC. http://www.centrologpsic.com/trastorno-limite-personalidad-tlp/1-5-5-0.htm

ellos. Sin embargo no tuvo los resultados que esperaba, y desbordada un día lo echa de la casa y le impide ver a las hijas en lo sucesivo.

Ángel recurre a las autoridades, y con medida policiva logra ver a las niñas, lo que genera en Patty ira y pasa a considerar a las operadoras psicosociales de la comisaría como traidoras. La escalada continuó y Patty denuncia a Ángel por maltrato psicológico un año después. En esa ocasión él para defenderse, muestra una incapacidad de 6 días emitida por medicina legal debido a golpes ocasionados por ella. Seis meses después ella instaura una reclamación por alimentos ante la comisaria de familia, reclamación que es legalmente desvirtuada, ya que Ángel demuestra que asume todos los gastos puntualmente.

Patty protagonizó varios escándalos. En una ocasión Ángel al intentar ver a sus hijas se enfrenta con ella en la portería del condominio. Ella le arroja un ácido, y no solo Ángel sufre quemaduras, sino también un niño que se encontraba casualmente en el lugar. Tanto Ángel como el padre del niño denunciaron por lesiones personales a Patty ante la Fiscalía. En la audiencia ella presentó testigos falsos que fueron invalidados por la fiscal. El último escándalo fue durante una visita domiciliaria de seguimiento realizada por la comisaria, que encuentra a Patty en plena crisis golpeándose contra las paredes y destruyendo el mobiliario de la casa. Las niñas en estado de shock son protegidas por una medida legal y entregadas al padre.

Patty posterirmente amenaza a todos los profesionales que conocieron e intervinieron en el caso, al considerar que se habían puesto en su contra y obraban de mala fe siempre en beneficio de Ángel. Por este motivo acude con el mismo caso a otros servicios sociales y justica (ICBF y Fiscalía). Adicionalmente puso en el barrio donde funciona la comisaria de familia, pasquines y grafitis denunciando a dicha entidad como "arbitraria y quita niños", y acude a programas de televisión a denunciar el caso.

Los contactos con familiares de ella, revelaron que desde hacía varios años Patty asistía a diversas terapias por alteraciones de conducta. Ningún familiar aceptó vincularse al proceso para apoyarla, o facilitar un espacio físico para los encuentros entre Patty, Ángel y las niñas por considerarlos potencialmente explosivos. Tampoco una amiga con la que había compartido apartamento quiso ayudar, ya que la relación de amistad se rompió cuando Patty la ultrajó verbalmente.

| **CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TLP**<br>Encontrados en Patty |
| --- |
| **Criterio 1.** Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.<br>Evitar el abandono del marido, con conductas extremas.<br>ej. Lavarle la ropa sucia al ex esposo aun después de la separación.<br>ej. Decidir abortar para complacer al ex esposo (en esa época su novio). |

| |
|---|
| **Criterio 2.** Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.<br>Pasaba de estados de alta valoración a estados de total repudio a personas significativas.<br>ej. Las personas de servicios sociales.<br>ej. Familiares.<br>ej. La persona con quien compartía apartamento.<br>*ej. En últimas el terapeuta.* |
| **Criterio 5.** Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de Automutilación.<br>ej. Dos intentos de suicidio, comportamientos recurrentes altamente dramatizados donde caía al piso y amenazaba con suicidarse. |
| **Criterio 6.** Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días).<br>ej. Conductas repentinas de agresión a objetos o mobiliario de su residencia motivadas por pensamientos de su situación sentimental.<br>ej. Consultas cargadas de irritabilidad. Golpes en la mesa, llanto dramatizado, etc. |
| **Criterio 8.** Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).<br>ej. Presentarse en la comisaría de familia de forma airada y exigir a gritos a los organismos de derechos vigilar las visitas de las niñas con el padre.<br>ej. Peleas con familiares empleando lenguaje soez con actitud de amenaza de violencia física al otro.<br>ej. Dramatización en consulta de situaciones vividas, mostrando altísima agresividad contra objetos y con personas presentes o ausentes. |

***Intervención y psicoterapia:***

El trabajo terapéutico de pacientes emparejados con trastorno límite, sugerido por (Campo y D´Ascenzo, op. cit), sigue parámetros similares a la terapia de pareja de orientación sistémica con patología asociada. El objetivo terapéutico afirman las autoras, es promover el ajuste entre necesidades individuales y de pareja, consolidar el vínculo estableciendo límites con respecto a las familias de origen, neutralizar la utilización de la conducta sintomática como mecanismo de resolución de conflictos, y facilitar el manejo adecuado de la ira.

No obstante, lo anterior se dirige en especial a parejas sin violencia. Hemos de hacer claridad entonces que, la psicoterapia de los TLP en contextos de control dados por derivación desde los servicios sociales o de justicia, y sobre todo en separaciones o divorcios conflictivos con procesos de custodia de niños; implica el desarrollo adicional de otras estrategias terapéuticas para devolver a los implicados

esperanzas de cambio, ante situaciones que causan gran sufrimiento a todos los protagonistas.

Al respecto de psicoterapias obligatorias en casos de trastorno límite (Borderline), Cancrini (op. cit) afirma que:

> "Cualesquiera que sean las opiniones vertidas a partir de las tendencias psicoterapéuticas mas tradicionales, este tipo de situaciones plantea al terapeuta un problema muy distinto del que había aprendido a afrontar durante su formación, al tratar a un paciente o a una familia que le pedía ayuda por propia voluntad. El primer deber que tiene que asumir el terapeuta es la creación de una situación que sea al menos potencialmente terapéutica: comprobando, diagnosticando y desenmarañando los patrones de comportamiento que la harían imposible. […] También es en situaciones de este tipo cuando pueden ser de mayor utilidad haciendo inversiones y procesos de trabajo terapéutico que hasta hace pocos años se consideraban inviables" (p. 290).

Considerando que la psicoterapia coercitiva, es decir involuntaria, con personas que además de presentar un trastorno de la personalidad no están solicitando la intervención, imprime alta complejidad al proceso. Es por esto que indicaciones para el trabajo de psicoterapia colaborativa con las redes de servicios sociales o justicia resulta fundamental.

Del caso de Patty, quedan enseñanzas para moverse mejor en la terapia, y para ayudar más a este tipo pacientes, a sus parejas y a los hijos que triangulados pueden sufrir las peores consecuencias del litigio entre sus padres:

1) Fijar objetivos terapéuticos conjuntos, no relacionados con pleitos legales. Por ejemplo el mejoramiento personal y relacional, trabajando los sentimientos de vacío, los miedos al abandono o la inestabilidad.
2) Insistir, y a ser posible ver a la pareja.
3) Preguntarse porqué alguien con problemas en contextos de control (comisarías de familia, juzgados, etc.), pide terapia en la privada.
4) Ir con cautela… no con desconfianza.
5) No dejar cabos sueltos en la historia que nos cuentan.
6) Anticipar al consultante que no se le darán informes, solo se harán al comisario de familia o al juez, y cuando ellos lo soliciten.
7) Anticipar al paciente que el informe al comisario de familia o al juez será general, y no le servirá para ganar pleitos legales, cerciorándose que el consultante lo ha comprendido antes de seguir adelante.
8) Acerca de los informes al derivante judicial.
9) Emitir informes con conceptos que etiqueten psicopatológicamente a los

consultantes, solo genera una "bola de nieve" jurídica. Promueve el conflicto y crea más dolor a los implicados. No ayuda a la familia a superar las dificultades, y en cambio colabora negativamente en los casos aumentando los expedientes jurídicos, y perpetuando los litigios.

**Trastorno narcisista de la personalidad** (TNP)

En este apartado se hará referencia a los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad, comprometidos en violencia conyugal. Las personas con este trastorno son personalidades caracterizadas por su "labilidad afectiva y por una peculiar emotividad que va acompañada de conductas descontroladas o socialmente inconvenientes", "también muestran dificultades para regularse de acuerdo con los reglamentos sociales y los códigos interpersonales" (Valdés, 2006).

Kohut (1977) ya en los 70´s planteaba que el trastorno narcisista de personalidad se caracterizaba por un constante sentimiento de vacuidad, baja autoestima así como de una insaciable necesidad de aprobación de las otras personas y una alta desconfianza de los demás. Para Kernberg (1995) las personas con TNP, tienen poca tolerancia a la ansiedad, presentan dificultades laborales y profesionales, así como falta de control de impulsos y dificultades en la construcción de pareja a largo plazo.

Los individuos con características de TNP muestran tendencia a la grandiosidad, y a la auto-importancia, son carentes de empatía, tienen poca capacidad para la generosidad y el intercambio, y tienden a la explotación de los demás. Se consideran merecedores de trato privilegiado, tienen una alta necesidad de admiración y atención. Son envidiosos y descalificadores, y no aceptan reglas ni los propios errores. A los familiares terminan tiranizándolos y los consideran causantes de sus frustraciones y de sus fracasos. Las relaciones que sostienen son aquellas en donde sus parejas toleran sus desconsideraciones (Valdés, op.cit).

Como lo afirma Linares (op. cit) estos individuos se caracterizan por una conducta grandiosa y arrogante, con una tendencia a envidiar y explotar a los demás. Dado que está necesitado de una estimación permanente, pueden generar un cierto riesgo de violencia en la pareja (Echeburúa y De Corral 2004).

Según el DSM-IV TR, en el Eje II en el grupo B de la clasificación se encuentra el trastorno narcisista de la personalidad, y se caracteriza por un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, de acuerdo los siguientes criterios:

| **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TNP**<br>**La presencia de 5 o más, puede indicar la existencia de este trastorno.** |
|---|
| 1. Tiene un grandioso sentido de auto importancia (por ejemplo, exagera sus capacidades, espera ser reconocido como superior sin unos logros proporcionados). |
| 2. Esta preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios. |
| 3. Cree que es especial y único, y que solo puede ser comprendido o solo puede relacionarse con otras personas de alto status. |
| 4. Exige una admiración excesiva. |
| 5. Es muy pretencioso (por ejemplo, expectativas poco razonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas). |
| 6. Saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas. |
| 7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás. |
| 8. Envidia frecuentemente a los demás o se cree que los demás le envidian a él. |
| 9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios. |

Según Echeburúa y De Corral (op. cit) hay una cierta relación entre la violencia familiar y los trastornos mentales, donde las habilidades interpersonales no son las adecuadas (el 55%) y el recurso de la violencia suple la ausencia de otro tipo de estrategias de solución a los problemas. Plantea que esta manifestación se produce en su mayoría frente a las psicosis, en función de las ideas delirantes de celos o de persecución, y el consumo abusivo de alcohol y drogas que pueden activar las conductas violentas en las personas impulsivas y descontroladas. En el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) se encuentra que el 45% de los maltratadores estudiados presentaba una historia psiquiátrica anterior, muy por encima de la tasa de prevalencia del 15-20% de la población general.

Kernberg (op. cit), plantea como las personas con trastorno narcisista no muestran empatía y son superficiales en sus relaciones con el otro, se les dificulta compartir propósitos y objetos en común, sienten que tienen derecho a todo mostrando altos niveles de envidia y necesitan constante reconocimiento por parte de ellos, pero así mismo abusan del otro y su disposición.

Según Esbec y Echeburúa (op. cit), teniendo en cuenta las características de personalidad y de pensamiento del TNP, uno de los factores que pueden desembocar

en violencia conyugal es la ira con conductas violentas, que puede activarse por diversas circunstancias y que pueden estar vinculadas por la intolerancia a la frustración, y el enfado intenso por recibir un trato diferente al esperado dentro de un pensamiento rígido.

Estas personas se caracterizan por la frialdad emocional respecto a los demás, por tener coeficientes altos de inteligencia para conseguir sus intereses, pero muy poca inteligencia emocional. Necesitan altas cuotas de admiración, son arrogantes y sensibles hacia cualquier tipo de rechazo o desprecio, pero no reconocen ni sus errores ni los sentimientos ajenos. No pueden actuar desde el ser si no desde el aparentar que frecuentemente va de la mano de la envidia de los éxitos ajenos. Pueden ser autoritarios y explotadores, y desmedidos en conductas que están fuertemente relacionadas con la agresión.

***El caso de García***

El señor García fue examinado por psiquiatría forense, por derivación de un juzgado de familia a propósito de sus denuncias por maltrato psicológico que atribuye a la esposa. El Psiquiatra indica en su informe:

> "Se evidencian rasgos de personalidad narcisista apreciados en el deseo de dominar y poseer manifiesto en el trato a las mujeres y en el hecho referido por su esposa de solicitar información privada de ella presentando el registro de matrimonio haciéndolo ver como un documento que le da derecho a inmiscuirse en todos los aspectos de su vida, y el no reconocimiento de fallas, errores o faltas en sus acciones, en la pobre aceptación e inclusive negación de sus problemas en la personalidad hechos en un ámbito profesional terapéutico […] sustentándose en las descripciones realizadas y según las clasificaciones […] (DSM-IV-TR) orienta que el examinado posee rasgos de personalidad inflexibles y poco adaptativos característicos de una personalidad narcisista".

Si bien el TNP es poco diagnosticado en muestras forenses, la tasa de prevalencia puede alcanzar el 6% e incluso el 25% de varones en población psiquiátrica penitenciaria. Las parejas y personas cercanas a estas personalidades suelen ser las que viven estas agresiones. "Sus reacciones violentas se dan en respuesta a una herida en su ego (*narcissistic injury*), una respuesta frecuente también en personalidades psicopáticas. El narcisismo es un rasgo frecuente en todo tipo de sujetos violentos –en especial antisociales y psicópatas–, que habitualmente anteponen sus deseos a las necesidades y derechos de los demás" (Esbec y Echeburúa, op. cit. p. 256).

Según Cancrini (op. cit) las personas con trastorno narcisista de la personalidad viven una infancia donde siempre estuvieron destinados a otras metas mas grandes e

idealizadas por sus seres queridos, y donde no se puede mostrar ni aceptar lo negativo de la propia personalidad. Así mismo quienes los rodean les dan una alta cantidad de estímulos y gratificaciones lo que les facilita la integración social, pero al no cumplir con las altas expectativas se dan constantes humillaciones desde sí mismo.

En los casos de terapia familiar con miembros con TNP, derivados en pareja desde contextos coercitivos, se reconocen dos tipos de casos: los primeros donde el cónyuge con TNP hace la denuncia por su necesidad de control y de mantener el dominio en la relación, con el fin de asegurar su lugar de poder, al ser él mismo el demandante. Los segundos, cuando el cónyuge con TNP es denunciado por la pareja en un intento por detener pautas de maltrato, o buscando protección y delegando en la justicia la movilización de la relación y/o la separación.

***El caso de Christian y Yolima***

> Cristian instaura denuncia en la comisaría de familia, buscando que un tercero (comisario, psicólogo, trabajador social, etc.) consiga que Yolima vuelva a casa y que la relación entre ellos como pareja continúe. Cristian pide la cita de terapia y se presentan los dos a consulta. La petición inicial y motivación para asistir es que Yolima vuelva a casa y retome la relación. Sin embargo, cuando aparecen los temas a trabajar de cada uno, y las dificultades que han hecho que Yolima se vaya de la casa, Christian asume una posición defensiva e inicia una pauta manipulatoria en la que, si Yolima no vuelve a la casa, el no facilitará los medios para que sus hijos vayan al colegio y amenaza con no continuar la terapia.

En el plano conyugal, las relaciones de pareja pueden tender hacia dos tipos de funcionamiento, según Campo y Linares (2002) la complementaria, en la que uno de los miembros queda en posición de inferioridad en roles de gran dependencia o, que el otro miembro se crea con un dominio absoluto del cónyuge, y haga uso de la violencia para asegurar su control en la relación. En el juego relacional de parejas con un miembro con TNP, las posiciones rígidas en la relación acentúan los tipos de vinculación impidiendo pautas funcionales y flexibles que faciliten la construcción de acuerdos, o cambios en la relación que generen bienestar al otro y a la familia.

Afirman Perrone y Nannini (2005), que en el plano conyugal se produce el fenómeno de violencia castigo, propia de una relación complementaria en la que "uno de los actores reivindica una condición superior a la del otro y se arroga el derecho de infligirle un sufrimiento muchas veces cruel, mediante golpes, privaciones o humillaciones […] le quita su libertad, le impide todo contacto con el exterior y le niega su identidad. Esto lo justifica porque ha descubierto una falta" (p. 36).

Los cónyuges con este funcionamiento marcan una pauta muchas veces agresiva, en donde el circuito comunicacional de la pareja inicia cuando la contra-parte rompe el equilibrio o la jerarquía pre-establecida. Es así como en una situación donde quien se encuentra en posición *up* percibe una postura donde el otro se moviliza en búsqueda de una posición superior o igualitaria, actúa con violencia para restablecer el equilibrio. Estos mensajes no son necesariamente ciertos, pero generalmente la conducta diferente es percibida como amenaza de pérdida de poder para el miembro en posición alta. (Perrone y Nannini, op. cit).

Cuando es la pareja de la persona con TNP quien realiza la denuncia ante la justicia, en terapia se observa en el trastornado la imperiosa necesidad de demostrar que su cónyuge está equivocado, lo descalifica y busca la alianza del terapeuta intentando dejarle en un lugar de descrédito. A la pareja generalmente le es muy difícil salir de esos señalamientos, ya que usa argumentos poderosos –*verdades a medias*–, con lo cual le es muy difícil defenderse.

### *El caso de Jaime y Lorena*

Cuando Lorena acude a la comisaria de familia por no encontrar manera de detener las agresiones verbales y físicas, narra una situación de alto riesgo por las constantes amenazas de Jaime. El alega que si se separan, será a él a quien le darán las niñas en custodia ya que, las conductas de Lorena son las que han provocado el conflicto, porque ella "no hace nada bien", y los problemas con su familia e historia de infancia han provocado en su hija el estado emocional en el que se encuentra. Susana a sus 9 años tiene ideas suicidas.

En la consulta se indaga la situación de la pareja, y se encuentra en Jaime una postura inflexible con carencia de reconocimiento o validación a Lorena en su rol de esposa y madre. No acepta responsabilidad alguna en la conflictiva conyugal, y se percibe ajeno a la problemática de su hija. Lorena por su parte esta permanentemente en búsqueda de reparar aquello (casi todo) que se le critica, pero su posición *down* no consigue cambiar o satisfacer a Jaime, que con mucho malestar y rabia por la denuncia a la comisaría se rigidifica en su postura tanto en pareja, como en la relación con su hija.

La descripción anterior del caso motivó a la terapeuta a solicitar apoyo en interconsulta por psiquiatría para Jaime. El colega psiquiatra del equipo de Fundaterapia lo definió así:

"Hombre con características de personalidad narcisista evidenciadas en los siguientes rasgos: una autoestima exagerada asociada a la percepción grandiosa de su quehacer cotidiano, arrogante y descalificador hacia otros (principalmente hacia

su esposa y la familia de ella que incluye rencor hacia las personas con quienes ha vivido dificultades), pretensioso (principalmente en lo relacionado a los temas de custodia de sus hijos), con una dificultad para la autocrítica en relación con asumir responsabilidad por las situaciones que ha vivido recientemente y las dificultades en la relación familiar. Se considera que este modo particular de comportamiento y de enfrentar la vida por su rigidez lo limita para desarrollar un proceso terapéutico constructivo y pronostica la cronificación de las dificultades familiares presentes".

En los pacientes con TNP la vinculación tiene una alta importancia desde el reconocimiento y el bienestar que genera la admiración. Cuando no se sienten con la atención suficiente o con el auténtico interés del otro sobre él, su funcionamiento se transforma en cólera cuando se produce desaprobación. Entonces su relación se transforma en un afecto frío e impersonal, con rabia y sin matices a la persona que sigue ofreciendo admiración o aprobación (Cancrini op. cit).

La vinculación entre dos personas cuando una de ellas presenta TNP sin adecuada psicoterapia, desembocará potencialmente en una relación disfuncional violenta con consecuencias no solo para la pareja, sino para los otros miembros involucrados en el sistema familiar. Se generan pautas relacionales y de comunicación rígidas que a través del tiempo se cristalizan en conflicto con sus miembros, destacándose la descalificación y el sufrimiento emocional entre ellos. La sintomatología familiar aparecerá en algún miembro, buscando un cambio necesario que evite o impida la cronificación. Y si bien no toda persona en relación conyugal con un miembro con trastorno narcisista de la personalidad se configura en pareja con violencia, si es cierto que el trastorno no favorece la vinculación funcional, y el riesgo sobre todo de maltrato psicológico esta presente.

***Intervención y psicoterapia***

Los pacientes con TNP en el contexto de derivación judicial son esquivos y muy poco adherentes a la terapia, puesto que en cualquier caso, están asistiendo para mostrar su superioridad frente a su compañero, o para mantener el control y evitar la pérdida de la pareja y la familia. Es un funcionamiento bajo sus propias reglas a las cuales sus parejas están habituadas, es un sistema comunicacional instaurado.

No obstante, los mecanismos de intervención estarían en la construcción de relaciones de empatía, haciendo uso útil de la tendencia a repetir antiguas experiencias vividas en la infancia, buscando en terapia construir patrones de comunicación similares –conocidos–, pero que introduzcan nuevas y mejores pautas relacionales (Cancrini, op. cit).

Resulta útil encontrar un buen balance y acomodación con el paciente con TNP, de manera que con su concurso y colaboración, se puedan buscar y encontrar las

secuencias de comportamiento repetitivos en la relación de la pareja. Así mismo trabajar sobre las pautas redundantes para entender las reglas implícitas y explícitas de su funcionamiento, de manera que se hagan evidentes para trabajar en la dirección de la ruptura del círculo que mantiene la disfuncionalidad, en especial y sobre todo, de la pauta enmarcada en los actos violentos tanto verbales como físicos.

**Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TPOC)**

En la conexión entre violencia conyugal y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC), se encuentran estudios, que caracterizan el TPOC en términos de episodios de descontrol sobre la ira acumulada, además de relacionarlo usualmente con el consumo de alcohol (Esbec y Echeburúa, op.cit). En ese sentido la siguiente revisión se hace teniendo como referencia aquellos casos en donde no existe la variable del consumo de alcohol; permitiendo observar el trastorno de personalidad, y sus incidencias relacionales en situaciones donde se ha presentado violencia conyugal.

Resulta interesante encontrar cómo en el estudio de alteraciones de la personalidad asociados a hombres maltratadores realizado por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008), el TPOC es el trastorno de personalidad prevalente, ya que se encontró en un 57, 8% de los casos estudiados, seguido por el trastorno dependiente de la personalidad con un 34, 2% y el trastorno paranoide con un 25%; en contraste el trastorno antisocial solo se encontró en un 19, 7% de los casos. Sin embargo Esbec y Echeburúa (op.cit) encuentran en su estudio, que el riesgo clínico para las conductas violentas en alusión al TPOC es poco frecuente. Cabe mencionar que este último texto es referido a un contexto relacional más amplio, mientras el primero es específico al ámbito conyugal.

Según el DSM-IV-TR el TPOC se caracteriza por una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, dejando de lado la flexibilidad, además de recursos como la espontaneidad y la eficiencia; por otro lado se diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo por la ausencia de verdaderas obsesiones y compulsiones, como por ejemplo la tendencia a acumular objetos. En ese orden de ideas el TPOC apunta a una forma de funcionamiento de la persona ante el mundo, teniendo de base una estructura particular en la personalidad.

El TPOC ubicado dentro del DSM-IV-TR en los trastornos de personalidad del grupo C, describe a estas personas como sujetos inestables emocionalmente, por lo que una de sus más grandes dificultades radica en la expresión de sentimientos y emociones (Echeburúa y Marañón, 2001). Al respecto Selvini (2010) menciona que en estos casos hay déficits especialmente significativos para construir relaciones verdaderamente íntimas.

Las hipótesis relacionales para los trastornos de la personalidad planteadas por Linares (2007), ubican al TPOC –junto con los trastornos de la personalidad del grupo C– en la ecuación de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad

primariamente conservada correspondiente a las triangulaciones manipulatorias. En los casos revisados, las primeras impresiones dan cuenta de una conyugalidad y parentalidad primariamente conservadas, imagen que es manchada por los repentinos episodios de violencia.

| **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TPOC** |
|---|
| 1. Preocupación por los detalles, las normas, el orden, organización y horarios; perdiendo de vista el objeto principal de la actividad. |
| 2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas. |
| 3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades. |
| 4. Inflexibilidad en temas de moral, ética y valores. |
| 5. Reaciedad a delegar tareas a otros, a no ser que se sometan a su forma exacta de hacer las cosas. |
| 6. Muestra rigidez y obstinación |

Teniendo en cuenta estos factores se ha observado que en ciertas condiciones, la violencia en una relación de pareja y el TPOC pueden estar íntimamente vinculados. En consecuencia es importante explorar cuales son las posibles condiciones que hacen que se facilite la violencia.

La personalidad al ser un concepto individual que tiene que ver con la experiencia relacional, escrita y reescrita a lo largo del ciclo vital (Linares, op.cit), hace que se deba rastrear en la historia, desde la familia de origen del paciente que según nuestra casuística del TPOC suelen: **a**) ser hombres; **b**) que han sido parentalizados a edades tempranas; **c**) que han crecido con un marcado ideal de construir una familia perfecta, y **d**) que tienen un plan familiar rígido-personal por lo tanto no negociado, para logar sus objetivos en cuanto a la conformación de la familia con una esposa/madre excelente y unos hijos exitosos.

En cuanto a la relación conyugal, se ha observado que en los casos de violencia: **a**) el paciente identificado suele estar la mayoría del tiempo en una posición *up*; **b**) la esposa/madre acepta esta posición percibiendo una competencia más o menos eficaz de su pareja; **c**) existe la regla explícita de "*los dos construimos y cuidamos esta relación*" ligada a una regla implícita de "*pero todo lo hacemos a mi modo*"; **d**) los episodios de maltrato físico se presentan cuando están en complementariedad, que

desde la perspectiva de vista del PI[6] es una situación donde se transgreden las normas del hogar.

El esposo/padre desde nuestra casuística, en un intento por restablecer el orden, escala para situarse de nuevo en una posición *up*, pero esta vez desde la ira y la sensación de descontrol a nivel emocional recurriendo a la violencia. Es importante señalar que el maltrato físico no es premeditado como táctica para recobrar el orden, y no tiene que ver con una *pauta* violenta en la relación.

La elección de la pareja marca el inicio del mito conyugal, entendido como la representación ideal[7] de la conyugalidad, que nace de la unión de los ideales individuales de los miembros de la pareja, por tal razón el cónyuge ideal es un tema central en la búsqueda de pareja, ya que deben encajar de alguna manera en los mitos personales. En ese sentido si la pareja elegida corresponde al ideal, se conserva una armonía más o menos estable en la dimensión individual y relacional (Bagarozzi y Anderson, 1996).

Pero en los casos en que no hay tal correspondencia Bagarozzi y Anderson (op. cit) plantean que las personas pueden utilizar tres estrategias básicas para afrontar la discrepancia:

1) Poner fin a la relación, e iniciar la búsqueda de un nuevo candidato.
2) Se hacen modificaciones al ideal, acomodándose a la realidad.
3) Se provocan cambios en la persona para que éste se asemeje más al ideal.

Es interesante observar que en el caso del TPOC, el PI suele optar por la tercera opción, pues poner fin a la relación es percibido como un fracaso. Por otro lado la rigidez de su ideal de cónyuge hace que sea imposible hacer modificaciones de acuerdo a su pareja actual y en consecuencia solo es viable para el PI pretender que la pareja realice cambios individuales significativos que se acomoden a su forma de funcionar. La violencia da cuenta que el PI siente una significativa frustración al no lograr exitosamente que su cónyuge se acomode a su ideal, y persiste en conseguir su objetivo recurriendo por lo general a estilos donde el intento de dominación impera.

La vinculación emocional en el plano conyugal, funciona de tal manera que la esposa/madre intenta acomodarse al ideal del esposo/padre, por el bien de la relación, frecuentemente vinculado a mandatos familiares y culturales. Esta situación la conduce a negar e ignorar su propio ideal, mimetizandose con el ideal del PI.

---

6 PI: Paciente identificado.

7 El término ideal no hace referencia a perfección, sino a una imagen representativa duradera y estable a nivel cognitivo que se convierte en norma.

Tarea nada fácil, que implica un sacrificio personal para mantener una posición *down* relativamente constante.

***Intervención y psicoterapia***

La premisa primordial al iniciar la psicoterapia tiene que ver con realizar un contrato con la pareja, en donde la violencia debe detenerse para poder trabajar. En cuanto al proceso, resulta útil tener sesiones de pareja alternadas con sesiones individuales, todo en un ambiente de desculpabilización. En el siguiente apartado se hace énfasis en las recomendaciones en sesiones individuales con el PI, sin embargo es importante señalar que durante los procesos ha sido beneficioso en la mayoría de los casos atendidos, el realizar igual número de sesiones individuales para cada uno de los miembros de la pareja.

***Consideraciones para las sesiones individuales***

Teniendo en cuenta las características especiales del PI, el ambiente de estos encuentros debe tener un tono comprensivo y de empatía. Es recurrente que el PI tiende a funcionar en la sala de terapia de una manera defensiva por temor a la crítica del terapeuta. Por esa razón las sesiones no deben convertirse en un peso para la persona (Selvini, op.cit). Las sesiones deben centrarse en temas específicos y significativos, por ello en la práctica es útil tener un guion que contemple los siguientes puntos para las intervenciones individuales:

- Identificar los temas centrales.
- Evitar la intelectualización del problema.
- Promover e invitar a la flexibilidad.
- Ampliar el repertorio personal.

Es fundamental iniciar por delimitar el contexto para el PI, acentuando que en la sesión él es el tema central. En esa línea es importante identificar **a)** temas de preocupación recurrentes y **b)** pautas de interacción redundante. Esto es primordial ya que es fácil en las sesiones, caer en debates sobre cómo debe funcionar la sociedad, diluyendo de ese modo los temas importantes.

**Caso 1:** Daniel de 35 años de edad lleva una relación con Marta de 32 años de edad; ella tiene una hija de 8 años de edad de un matrimonio anterior. Para Daniel es necesario, todas las noches antes de dormir, tener una conversación con Marta acerca de sus problemas, el no hacerlo hace que Daniel experimente una alta ansiedad. Cuando Marta no ha deseado o no le ha sido posible cumplir con esta necesidad de Daniel, (ella manifiesta llegar exhausta de su día de trabajo), han ocurrido episodios de violencia, especialmente en el punto donde Daniel no permite que la

conversación finalice hasta conseguir una solución: *"cuando ella se niega a hablar, me asusta un poco, pues me he dado cuenta de un monstruo interior que se sale de mi control"*.

| **CUADRO 1. IDENTIFICACIÓN DE TEMAS CENTRALES EN EL CASO 1: DANIEL Y MARTA.** | |
|---|---|
| Temas de preocupación recurrentes | • dormir juntos sin resolver problemas.<br>• horarios para poder resolver los problemas. |
| Pautas de interacción redundantes | • anticipación imaginaria a tener conflictos.<br>• no permite que una conversación termine hasta que surja una solución.<br>• no se atienden las necesidades del otro. |

Identificar los temas centrales permite al sistema terapéutico observar de manera operativa el problema, evitando de esa manera la intelectualización rígida usual en el TPOC, por lo cual es importante descentralizar el tema del *"porque sí y porque no de sus conductas"*. Esto permite explorar invitando a la persona a buscar e implementar estrategias diferentes. En el caso de Daniel y Marta, se le invitó a él a pensar en cinco posibles estrategias diferentes a las ya usadas, introduciendo flexibilidad y promoviendo otras formas de funcionar. En este caso, el adecuado acompañamiento para ampliar el repertorio personal permitió: **a**) recuperar el espacio de la cama, como un campo amoroso, de descanso y tranquilidad; **b**) hacer visible el objetivo de sus conversaciones, restando importancia a horarios determinados; **c**) dar espacio a la expresión de las necesidades individuales y de la pareja.

***Consideraciones para las sesiones de pareja***

La violencia de pareja entendida como la manifestación de un fenómeno relacional complejo (Campo y Linares, op.cit), plantea que la conyugalidad es un foco importante de la intervención. Las sesiones de pareja se orientan a la evaluación y renegociación de reglas explícitas e implícitas de la relación que se identifican como las reglas que han facilitado los conflictos de pareja y los episodios de violencia.

**Caso 2:** Alberto de 42 años de edad y Patricia de 37 años de edad tienen una relación de más de 15 años, en donde hay tres hijos. Patricia señala que se siente controlada por parte de Alberto, de modo que en los momentos que no ha seguido puntualmente las indicaciones de su pareja se corre el riesgo que se presente violencia; *"desde el inicio de la relación ha habido violencia, mi esposo me controla mis horarios, y cuando he llegado algunos minutos tarde es cuando ha habido agresiones"*, Alberto expresa que necesita que Patricia se dedique solo al hogar luego de terminar su

jornada laboral; *"yo tengo la necesidad de controlarla, pues ella sale a las 5:00 pm del trabajo, y se demora 20 minutos hasta la casa, por eso no se justifica que llegue después de las 5:30pm, cuando ha pasado la espero ya predispuesto en la casa y no me puedo controlar".*

| **CUADRO 2. REGLAS EN LA RELACIÓN DEL CASO 2: ALBERTO Y PATRICIA.** | |
|---|---|
| Reglas explícitas | • horario de llegada a la casa es a las 5:30 pm.<br>• es necesario llegar a la casa temprano para compartir en familia. |
| Reglas implícitas | • no puedes tener amigos (as) y otras relaciones significativas.<br>• no permite que una conversación termine hasta que surja una solución.<br>• llegar tarde será entendido como una traición. |

***Temas conyugales***

La pareja en estos casos tiende a caer en una pauta de mistificación, en donde el PI redefine las emociones, percepciones y conductas desde su punto de vista, con el objetivo de evitar conflictos (Bagarozzi, 2013). En el caso 2, Alberto define la conducta de llegar tarde de Patricia como *"estar agotada como mamá"*, evitando un conflicto abierto, sin embargo, la castiga *"por traición"*.

| **CUADRO 3. IDEALES VS NECESIDADES EN EL CASO 2: ALBERTO Y PATRICIA.** | |
|---|---|
| Ideales conyugales | Alberto: una mujer dedicada 100% al hogar.<br>Patricia: un hombre amoroso que me apoye. |
| Necesidades conyugales | Alberto: una mujer que me apoye, que sea mi cómplice.<br>Patricia: un hombre que me respete, que no me maltrate. |

Resulta útil hacer explícito el ideal conyugal de cada uno de los miembros de la pareja, explorando las expectativas de cada uno. Estos ideales pueden ser contextualizados a la realidad de la pareja, sin embargo en el contexto de la violencia es fundamental hablar de necesidades conyugales, es decir aspectos que no pueden/deben ser negociados. En el caso 2, Patricia hace explícito que ella necesita

un hombre que la respete, permitiendo un diálogo en la pareja en donde se va poniendo de manifiesto que la violencia es ilegítima, lo que lleva a: trabajar los límites, clarificar reglas disfuncionales que promueven la violencia y, dejar un precedente de cero tolerancia al maltrato, ni físico ni psicológico.

***Temas parentales***

Entre los temas centrales es frecuente encontrar la forma de educar a los hijos, específicamente los roles y estrategias vinculadas a la imagen ideal de los hijos. Ahí es importante socializar el ideal de hijos de ambos padres, con el objetivo de hacer visibles las expectativas de la madre para con sus hijos. Se promueve entonces en la pareja parental la colaboración y participación conjunta, de manera que ambos se sientan apoyados y valorados en sus respectivos roles parentales.

**Caso 3:** Jairo de 48 años de edad y Angélica de 35 años de edad están casados hace once años. Angélica ha deseado que su hijo tenga muchos amigos, que sea sociable para que pueda ser autónomo y no dependa totalmente de los padres, sin embargo ha optado por acomodarse a lo que desea Jairo para su hijo; *"desde el principio me sometí a hacer las cosas de la casa a su manera, hacer la comida como él me decía, educar y cuidar a nuestro hijo a su manera… y cuando cometía un error, hacia una comida mal, la ropa la planchaba mal, dejaba al niño salir al parque, eso era para problemas",* Jairo suele descalificar a los amigos de su hijo, por lo que no ve con buenos ojos el que comparta mucho tiempo con sus amigos, ya que piensa que para tener éxito en el deporte y en lo académico debe alejarse de malas influencias. En ese sentido Jairo hace que su hijo pase el mayor tiempo posible con él; *"a mí me gusta el orden, yo no tolero que ella teniendo más tiempo no haga las cosas que tiene que hacer, ¿pero qué puedo hacer?, si así soy yo. Además ella tiene que estar cuidando al niño mientras yo no esté".*

| **CUADRO 4. HIJO IDEAL DEL CASO 3: JAIRO Y ANGÉLICA** | |
|---|---|
| Hijo ideal de Jairo | • deportista.<br>• excelente académicamente..<br>• que pase todo el tiempo con el padre. |
| Hijo ideal de Angélica | • responsable académicamente.<br>• sociable, que tenga muchos amigos.<br>• respetuoso hacia sus padres. |

En el caso de Jairo y Angélica, el padre manifestaba su temor en cuanto a las amistades de su hijo, por lo cual tenía una dificultad importante para hacer amigos. La madre por su parte había callado el deseo de ver a su hijo rodeado de muchos amigos. Este tipo de conversaciones permitió a la pareja redefinir y actualizar pactos parentales que habían dejado de ser funcionales, y fortalecer el objetivo de trabajar por el hijo. Los temas parentales usualmente deben estar orientados a:

- Redefinir la imagen ideal del hijo y hacerla común en la pareja.
- Renegociar y actualizar pactos parentales.
- Tener en cuenta el deseo de los hijos.

En términos generales los procesos con estas familias develan que hay una autentica preocupación por parte de la pareja para lograr el cambio. El camino resulta más fácil cuando el PI habla del problema en términos de reconocer que debe trabajar temas como la ira y su necesidad de controlar, lo que facilita un ambiente de colaboración. No obstante cuando el PI defina el problema en términos de la conducta del otro, dando cuenta de rigidez estructurada donde generalmente cuesta conseguir flexibilidad, se debe desplegar la creatividad terapéutica haciendo prescripciones muy elaboradas.

No cabe duda que el trabajo debe ser un esfuerzo conjunto de la pareja, que lleve a reflexiones personales y observaciones como pareja. Hay casos en donde al final del proceso ambos se dan cuenta que no pueden estar juntos, y ello ha redefinirse con el PI como no fracaso ya que por las características del TPOC, el fracaso de la pareja es vivido con mucha angustia y desesperación. En estos casos es importante desarrollar recursos terapéuticos para que ambos sigan trabajando como padres, con el objetivo común del bienestar de los hijos.

**Uso de sustancias (USus[8])**

Al abordar el tema de la violencia queremos revisar la relación entre la estructura neurobiológica, las emociones, la personalidad y la influencia que sobre éstas tienen el uso del alcohol y otras sustancias. Debemos considerar la interdependencia psicológica, la reactividad conductual, la vulnerabilidad biológica, la responsabilidad individual y el contexto cultural en el abordaje de la violencia de pareja asociada al consumo de sustancias.

Uno de los descubrimientos más antiguos de la biología de la violencia, es la conexión entre el dolor o la frustración y la agresividad. Según Pinker (2012) la neuroanatomía sugiere que en el Homo Sapiens, los impulsos primitivos de furia, miedo y ansia deben competir con las limitaciones cerebrales de prudencia,

[8] Sigla nota de los autores.

moralización y autocontrol. Las estructuras cerebrales relacionadas con los circuitos de la furia, el miedo, la venganza y la búsqueda comparten estructuras neuroanatómicas y en tal sentido su proximidad física explica la facilidad con la que interactúan.

En el cerebro, específicamente en la corteza frontal se lleva a cabo un complejo proceso de evaluación de las experiencias (agradables o desagradables), un juicio reflexivo sobre si las conductas y emociones permiten conseguir lo que se quiere, al mismo tiempo que se evita lo que no se quiere. Este complejo proceso de evaluación actúa como un regulador emocional que se combina con los objetivos que la persona tiene para sí en el plano individual e interpersonal. Se ha observado a lo largo del estudio del comportamiento que el autocontrol efectuado por los lóbulos frontales es un factor inhibitorio importante de la violencia. La corteza orbital con su vecina ventromedial está involucrada en varias de las facultades pacificadoras de la mente humana, entre ellas el autocontrol, la compasión por los demás y la sensibilidad a las normas y convenciones.

La violencia se ha clasificado desde diferentes puntos de vista, en este capítulo utilizaremos la taxonomía de Roy Baumeister, citada por Pinker (op.cit) en la que podemos apreciar que la violencia surge como un acto impulsivo o deliberado, orientado a objetivos específicos (Tabla 1).

**TABLA 1. TAXONOMÍA DE VIOLENCIA DE BAUMEISTER**

| CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| **DEPREDACIÓN** | Uso de la fuerza como medio para conseguir un fin. |
| **DOMINACIÓN** | El impulso por la supremacía sobre los rivales. |
| **VENGANZA** | El impulso de devolver el daño con la misma moneda. |
| **SADISMO** | El placer de hacer daño. |
| **IDEOLOGÍA** | Ideología, recluta a otras personas para fines destructivos. |

Abordar el problema de violencia con el uso de alcohol y otras sustancias, necesariamente nos obliga a un posicionamiento sistémico, ya que asumimos la violencia conyugal como la manifestación de un fenómeno relacional, resultado de un proceso de comunicación disfuncional entre dos personas (Linares, 2002).

El uso de sustancias en las situaciones de violencia de pareja, exige al menos plantearnos dos perspectivas clínicas. Una primera en la que debemos pensar en la

presencia de un trastorno de uso de sustancias primario, condicionante de la impulsividad que genera violencia. En segundo lugar como un trastorno secundario en individuos con dificultades en el control de sus emociones, quienes en situaciones límites y vitales usan sustancias que les hacen vulnerables a la confrontación.

Para ello es importante evaluar tres variables fundamentales: a) las individuales b) las del contexto socio cultural y c) las familiares.

a) En el plano individual, los antecedentes neurobiológicos pueden determinar patrones de respuesta impulsivos y agresivos, enmarcados en una estrategia de resolución de conflictos o desarrollo de habilidades de afrontamiento. El uso de sustancias puede ser el elemento que favorezca la expresión de conductas impulsivas cuando hay un bajo autocontrol.

   El sistema límbico en el que se encuentran interconectados el hipotálamo que regula el estado emocional y motivacional, la amígdala que integra memoria y motivación para darle un color emocional a los pensamientos y recuerdos, y por último la corteza prefrontal que de forma integradora, mediante la planificación y la toma de decisiones, dirige la conducta.

   La neocorteza pausa y ayuda a considerar nuestras acciones, permite el pensar antes de actuar de forma impulsiva. La corteza orbitofrontal (COF) permite regular la amígdala y permite la elección en función de la escala de valores y objetivos vitales. Está activa en el proceso de auto conciencia (reflexión), flexibilidad en las respuestas, regulación de las emociones y la empatía. Los abusos en etapas tempranas de la vida o la negligencia pueden alterar el funcionamiento de la COF. Esto podría explicar por qué la información emocional invade fácilmente nuestros pensamientos conscientes, pero es muy difícil mantener un control consciente sobre nuestras emociones (Fishbane, 2007).

   Las sustancias como el alcohol, el cannabis y la cocaína entre otras, actúan sobre este circuito de regulación, inhibiéndolo y favoreciendo la expresión de conductas impulsivas y perjudiciales. Como las emociones pueden ser contagiosas podemos asumir la agitación de otro sin saber cómo llegamos allí. La capacidad de auto calmarse cuando se está agitado emerge como uno de los ingredientes clave para el bienestar relacional y emocional.

b) En el contexto socio cultural, la disponibilidad de la sustancia y la interpretación del uso de la sustancia con aprobación grupal y familiar juegan un papel importante. El uso del alcohol se inicia a tempranas edades, generando un patrón de consumo que interviene en los problemas de autocontrol o autorregulación de la conducta. Cuando se constituye la pareja, por lo general, cada miembro posee un patrón de conducta frente al consumo de sustancias previamente establecido, que con la nueva relación, podría potenciarse o modificarse.

Es importante determinar el papel que la sustancia utilizada juega en el proceso de vinculación de la pareja. En la sociedad actual el uso de alcohol es un vehículo para el encuentro social que responde a presiones del entorno.

c) En el contexto familiar, utilizaremos los conceptos de Cancrini y La Rosa (1996) quien teoriza la historia de la toxicodependencia con diversos orígenes familiares, entre ellos, las familias monoparentales, donde corren mayor riesgo los hijos de mujeres que se encuentran económica y culturalmente desfavorecidas, hijos abandonados o de familias multiproblemáticas. Se observa una dificultad adaptativa ante una sociedad percibida como cruel u hostil.

Otro modelo comunicativo y de organización familiar es el que corresponde a familias desligadas, que se presentan como un grupo profundamente desorganizado, cuyos miembros se mueven en órbitas aisladas sin ninguna interdependencia recíproca aparente. Muchos casos pueden relacionarse con la experiencia de abandono total en la primera infancia, o bien una fuerte problemática vivida durante la primera fase del desarrollo.

Campo y Linares (op.cit) destacan que en la personalidad del agresor puede encontrarse la presencia de un trastorno mental, así como el abuso de alcohol y otras sustancias. Describen cómo los casos más graves se relacionan con baja autoestima, con rigidez cognitiva y con pobre vinculación afectiva. Son individuos cuyo proceso de sociabilización deficitario no les ha permitido incorporar aprendizajes autorreguladores de conductas impulsivas. Sin embargo para Pinker (op. cit) la violencia es un problema de demasiada autoestima inmerecida. Para él las personas violentas son narcisistas, ya que tienen una elevada opinión de sí mismos, no es por sus logros sino porque se sienten poseedores de un derecho natural, tal como se ha observado en maridos maltratadores, violadores y perpetradores de crímenes en serie.

***Caso María y Juan***

María y Juan asisten a sesión de pareja por la presencia de violencia y maltrato en la que ambos se sienten responsables. María a los 15 años escapa de su casa con un joven de 18 años, marcada por el abuso que su padre había iniciado a los 9 años. En su intento desesperado queda embarazada, situación que incrementa el uso de sustancias (alcohol y cocaína por parte de su pareja) generando escaladas de violencia que terminan en el hospital. Decide separarse y luego de 7 años conoce a Juan quien es un chico trabajador y responsable, sin embargo los fines de semana gasta parte de su salario semanal en beber con sus compañeros de trabajo, situación que le hace hostil, al llegar a casa critica el rol que ejerce María como madre e intenta imponer

normas al hijo. Esta situación genera discusiones acaloradas que habitualmente terminan en violencia física entre ambos.

La cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) aborda la dependencia y el abuso de sustancias con descripciones de los fenómenos clínicos asociados al consumo de 11 clases de agentes farmacológicos.

El alcohol es conocido como la sustancia más utilizada y socialmente aceptada, se cree que entre el 60%-90% de la población ha probado el alcohol en algún momento de su vida. Se estima que entre un 6% y 57% de los hombres involucrados en situaciones de violencia de pareja habían consumido alcohol, y entre el 10% y 27% de las mujeres involucradas en situaciones de violencia de pareja habían estado bebiendo (Zaleski, Pinsky, Laranjeira, Ramisetty-Mikler y Caetano, 2010). Entre el 20% y el 50% de los episodios de violencia reportados por la policía involucran al perpetrador con el consumo de alcohol (Juárez, Galindo y Santos, 2010; Rey y Cesar, 2008). El uso de alcohol está presente en los homicidios relacionados con violencia de pareja, 40% de los hombres que pagan condena por haber asesinado a sus esposas, habían consumido alcohol antes del asesinato.

La relación entre consumo de alcohol y los comportamientos violentos está bien documentada (Juárez, Galindo y Santos. op.cit). Mediante estudios longitudinales se ha determinado que el uso de alcohol influye en el incremento del comportamiento violento en la población general, influye en la violencia de pareja y en la pérdida de la cohesión familiar. Favorece aspectos motivacionales de la agresión, es predictor de recaídas en la conducta agresiva en parejas con un patrón de relación de abuso e influye en la ideación suicida. Este patrón de comportamiento del consumo de sustancias en la relación de pareja podría favorecer el conflicto y tener un efecto indirecto en la violencia de pareja. Iniciando por un efecto escalado de violencia psicológica con insultos que se incrementan hasta llegar a una violencia física.

En contextos de alto consumo de alcohol son frecuentes los fenómenos de agresión. Las probabilidades de maltrato y violencia son 8,94 veces mayores los días que los hombres consumidores beben, en comparación con los días de no consumo.

Las mujeres tienden a reconocer su forma de beber y responsabilizarse y culparse de sus problemas matrimoniales, mientras que los hombres tienden a exteriorizar su manera de beber y negar el impacto del alcohol en sus matrimonios.

Se puede afirmar que las mujeres con problemas en el consumo de alcohol presentan un patrón depresivo y son más sensibles a la calidad afectiva de la vida conyugal y se afectan mayoritariamente por problemas en la expresión emocional. Según Haber y Jacob (1997) las mujeres confían en que el alcohol puede ayudarles a resolver su situación marital y alterar su estado de ánimo en respuesta a las dificultades maritales.

Respecto a las parejas que consumen alcohol Steinglass (1987) indica que el uso de alcohol en la relación conyugal favorece la acomodación de cada uno de los miembros de la pareja "principio de organización fundamental" para generar conductas matrimoniales adaptativas. Igualmente menciona que los maridos juegan un papel en el mantenimiento del hábito alcohólico en sus esposas, mientras que lo contrario es menos evidente.

***Caso Laura y Miguel***

> Laura y Miguel se conocen durante los estudios universitarios y destacan como valor de pareja, el poder salir de fiesta los fines de semana y consumir alcohol juntos. Deciden casarse y tienen dos hijos, de cinco y tres años en el momento de consultar. Los trae a terapia el último conflicto en el cual Laura ha consumido mucho alcohol y comienza a recriminarle a Miguel su ausentismo en el hogar y le acusa de infidelidad. Esta discusión es escalonada y aparece cada vez que consumen conjuntamente. En la última oportunidad, Laura increpa a Miguel y llegan a un episodio de violencia física. Ella decide marcharse, teme que la situación pueda ir a mayores. Miguel, por su parte, presenta episodios de tristeza y culpa posterior a las intoxicaciones y al último episodio de violencia. El estar sólo en casa ha favorecido un mayor consumo de alcohol y ha tenido algún contacto con la cocaína en momentos en que se ha sentido más triste y solo. Esta situación preocupa a ambos miembros de la pareja y a sus respectivas familias de origen, quienes deciden intervenir y apoyarles en buscar ayuda para resolver la conflictividad o al menos proteger a los dos hijos menores.

El uso de drogas ilícitas, comparadas con el abuso de alcohol, es un predictor fuerte de violencia El uso de marihuana aumenta los gritos e insultos, que luego indirectamente aumentan la probabilidad de cometer violencia de pareja. El abuso de marihuana tiene un efecto indirecto en la violencia de pareja a través del aumento del maltrato psicológico (Stalans y Ritchie, 2008). Los usuarios de cocaína presentan conductas más violentes y graves. El 24% de los agresores reportaron utilizar drogas ilícitas solas o en combinación con el alcohol en el momento de la agresión y el 22% reportó una historia de adicción a sustancias ilícitas. Con base en los informes de las mujeres maltratadas, uno de cada cinco asaltantes (21,8%) utilizan tanto el alcohol y las drogas, y cerca de un tercio utilizan la marihuana, la cocaína y las anfetaminas. El consumo de drogas ilegales por cualquier miembro de la familia es un factor de riesgo para la muerte violenta de mujeres en el hogar.

El uso de las sustancias, desde el punto de vista relacional, cumple una función de mediación, ante lo que el consumidor considera una vida desgraciada, ofreciendo el beneficio secundario pero no irrelevante de un control del sufrimiento subjetivo (Cancrini, op.cit). La sustancia actúa como elemento que permite romper

las estructuras de personalidad más rígidas, estableciendo modelos comunicativos contradictorios, y el comportamiento del consumidor de sustancias es visto como un elemento desafiante o de intolerancia, cargado de provocaciones. Las drogas pueden ser utilizadas como mediadores del alivio ante las situaciones estresantes pero, a la vez, el uso del dinero para el consumo de drogas y el tiempo utilizado en ello desvían fondos familiares que son necesarios para satisfacer otras necesidades, pasando a ser un factor estresante adicional en la relación de pareja, en donde la mayoría de las víctimas están relacionadas con familias multiproblemáticas y con bajos ingresos.

Partiendo del principio que la cadena del maltrato es infinita porque es interactiva, desde el punto de vista relacional el individuo que consume alcohol u otras sustancias lo realiza como un método de automedicación que le permite hacer frente a la situación conflictiva que está viviendo, como un individuo que consume sustancias para aliviar los síntomas del sufrimiento relacional, o como una lucha del individuo en alcanzar un grado de control. Si las estrategias de gestión de conflicto de los individuos están relacionadas con la dificultad de gestionar la frustración y el malestar, estaremos frente a un grupo de individuos que formarían parte de lo que Khantzian (1997) denominó "automedicación", sujetos quienes en situaciones de dificultad individual e interpersonal recurren al consumo de sustancias como un mecanismo de autoprotección, que conlleva mayores conflictos intrapsíquicos y como consecuencia interpersonales, generando la causalidad lineal y circular descrita por Campo y Linares (op.cit). Observaremos una responsabilidad de parte del agresor, con todas las consecuencias que ello implique (lineal), mientras que las emociones, ideas y comportamientos de ambos miembros de la pareja se regulan mutuamente, de manera que lo que sienta, piensa y hace uno, influye y condiciona lo que hace, piensa y siente el otro (circular).

***Intervención y psicoterapia***

En terapia de pareja es importante abordar el tema del poder, para identificar los riesgos de violencia. La vulnerabilidad neurobiológica puede determinar patrones de temperamento que influyen sobre la toma de decisiones y estrategias de control, que si están influenciadas por el consumo de sustancias, se modifican los mecanismos de control natural, permitiendo la expresión desmedida de las estrategias de control y expresión de los desacuerdos relacionales. Negociar el poder y la influencia resulta una situación compleja en las parejas, especialmente si éstos responden a estructuras neurobiológicas y relacionales, que sean vulnerables emocionalmente.

El abordaje de la relación entre el consumo de alcohol y otras sustancias y la violencia familiar, nos obliga a revisar los mecanismos que previamente existen en la pareja. Las bases relacionales, la forma de gestión de conflictos individuales por

parte de cada uno de los miembros de la pareja, y la gestión de los conflictos interpersonales y su relación con las sustancias de consumo.

Debe alertarse sobre la presencia de un problema de abuso o dependencia de la sustancia, mediante una entrevista clínica diagnóstica que permita determinar si existe un trastorno por uso de sustancias u otra patología mental asociada, que debe ser abordada y tratada desde el punto de vista psiquiátrico. De igual forma se ha observado que cuando no se trata el problema por abuso de sustancias, los agresores consumidores están más propensos a abandonar los programas de tratamiento. Los agresores que abusan de sustancias, especialmente aquellos que no completaron la escuela secundaria o están desempleados, tienen tasas altas de negarse a asistir a los programas de tratamiento de la violencia doméstica, con una tasa de rechazo mayor al 60%.

Es muy difícil establecer una causalidad directa entre el uso de sustancias y la violencia de pareja. Sin embargo, esto puede afectar la capacidad de los perpetradores de entender y participar plenamente en los programas de tratamiento, perpetuando un problema que impacta la vida familiar, frente al cual debemos ofrecer alternativas de cambio terapéutico.

**Referencias bibliográficas**


American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM IV-TR*. Washington DC.

Bagarozzi, D. (2013). *Couples in collusion. Short-term, assessment-based strategies for helping couples disarm their defenses*. New York: Routledge.

Bagarozzi, D. y Anderson, S. (1996). *Mitos personales, matrimoniales y familiares. Formulaciones teóricas y estrategias clínicas*. Barcelona: Paidós.

Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil.* Barcelona: Paidós.

Campo, C. y D´ Ascenzo, I. (2010). El Trastorno límite de la personalidad: Diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Redes. No 24*, 23-51.

Campo, C. y Linares, J. L. (2002). *Sobrevivir a la pareja. Problemas y soluciones.* Barcelona: Planeta.

Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline. Viajes por una Patología Inexplorada*. Barcelona: Paidós.

Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La Caja de Pandora*. Barcelona: Paidós.

Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar.* Barcelona: Paidós.

Dutton, D. (2007). *The abusive personality. Violence and control in intimate relationships* (2 ed). New York: Guilford Press.

Echauri, J. A.; Martínez, M. A.; Fernández-Montalvo, J. y Azcárate, J. M. (2011). Trastornos de personalidad en hombres maltratadores a la pareja: Perfil diferencial entre agresores

en prisión y agresores con suspensión de condena. *Anuario de Psicología Jurídica Vol. 21,* 97-105.

Echeburúa, E. y De Corral, P. E. (2004). Violencia doméstica: ¿Es el agresor un enfermo? *FMC;11*(6), 297-303.

Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual, 9*(3), 513-525.

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Esp. Psiquiatría No 38*(5), 249-261.

Fernández-Montalvo, J. (2009). La violencia de género y los trastornos de personalidad. *Jano. Medicina y Humanidades, No 1752*, 21-23.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta (23),* 151-80.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema, 20*(2), 193-198.

Fishbane, M. D. (2007). Wired to connect: Neuroscience, Relationships and Therapy. *Fam Proc (46),* 295-412.

Giraldo, R. (2013). *Violencia doméstica y exclusión social de mujeres maltratadas en Colombia*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo: Oviedo.

Haber, J. y Jacob T. (1997). Marital Interactions of Male versus Female Alcoholics. *Fam Proc (36),* 385-402.

Juárez, A.; Galindo, B. y Santos, Y. (2010). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y Salud Vol. 20:1,* 41-53.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry, 4(5),* 231-244.

Kernberg, O. (1995). *Borderline Conditions and pathological Narcissism*. United States of América: Rowman & Littlefield.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self.* New York: International University Press.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2006a). *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2006b). "Una visión relacional de los trastornos de personalidad". En A. Roizblatt. *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Linares, J. L. (2007). La Personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud, 18*(3), 381-399.

LOGPSIC.http://www.centrologpsic.com/trastorno-limite-personalidad-tlp/1-5-5-0.htm.Consultada en 2013-11-01

Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment. No 78*, 209-218.

OMS. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf. Consultada en 2009-07-17

Perrone, R. y Nannini, M. (2005). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.

Pinker, S. (2012). *Los ángeles que llevamos dentro. El declive de la violencia y sus implicaciones*. Barcelona: Paidós.

Rey. A. y César, A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 26 (2)*, 227-241.

Selvini, M. (2010). Once tipos de personalidad: La integración de la diagnosis de la personalidad en el pensamiento sistémico complejo. *Redes No 24*, 53-76.

Stalans, L. y Ritchie, J. (2008). Relationship of Substance Use/Abuse with Psychological and Physical Intimate Partner Violence: Variations Across Living Situations. *Journal of family violence, 23(1)*, 9-24.

Steinglass, P. (1987). "A systems view of family interaction and psychopathology". En T. Jacob. (Ed). *Family interaction and psychopathology: Theories, methods, and findings. Applied clinical psychology*. New York: Plenum Press.

Valdés, M. (2006). "Trastornos de la personalidad". En J. Vallejo (Comps). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Sexta edición. Barcelona: Elsevier Masson.

Zaleski, M.; Pinsky, I.; Laranjeira, R.; Ramisetty-Mikler, S. y Caetano, R. (2010). Intimate Partner Violence and contribution of drinking and sociodemographics. The Brazilian National Alcohol Survey. *Journal of interpersonal violence, 25(4)*, 648-665.

Capítulo XII

# TOXICOMANÍAS, FAMILIAS Y ABORDAJE RELACIONAL SISTÉMICO

Pier Giorgio Semboloni[9]

## Introducción: El abordaje relacional sistémico

En nuestra época vivimos en un mundo de interdependencia en el que todo y todos estamos de alguna manera interrelacionados. Esta visión del mundo fue sistematizada por Ludwig Von Bertalanffy en 1945, como Teoría General de Sistemas para dar cuenta de una perspectiva en el estudio de los fenómenos biológicos, opuesta al enfoque mecánico-reduccionista predominante hasta entonces.

Bertalanffy: "La ciencia sistémica intenta sobreponerse a las limitaciones de la visión mecanicística del mundo y, en ese mismo proceso, reintroducir el elemento humanista que se había ido perdiendo. Es una ciencia que trata de darnos nuevas respuestas a viejas preguntas".

Un aspecto interesante de los sistemas vivientes es su tendencia a formar estructuras de sistemas dentro de otros sistemas. Exhiben un orden estratificado y se dan interconexiones e interdependencias entre todos los niveles de sistemas y cada nivel interactúa y se comunica con su entorno total. Por lo tanto la perspectiva sistémica es una noción ecológica.

Bertalanffy observa que la humanidad no consiste en individuos aislados, sino que está organizada en sistemas de varios órdenes, desde un grupo pequeño, como la pareja o la familia, hasta los grupos más grandes llamados civilizaciones.

Este enfoque se basa en la concepción de que los seres vivientes constituyen un sistema con el ambiente y se ocupa de las relaciones existentes entre un sistema de hechos y el campo en el cual éstos ocurren, es decir entre el individuo y su ambiente. Para los que adoptan este modelo, hablar de comportamiento sin una referencia constante tanto al individuo como al ambiente, pierde significado.

En esta perspectiva la pregunta es "cómo" opera tal cosa dentro de un sistema dado, a diferencia del enfoque lineal en que se preguntaba el "por qué" llegaban a darse tales cosas. La visión sistémica sostiene que siempre que un factor se modifica, se produce igualmente un cambio en todos los otros factores.

---

[9] Centro Genovés de Terapia de la Familia, Escuela de Especialización en Psicoterapia Relacional Sistémica, Universidad de Génova (pg.semboloni@libero.it).

Los terapeutas sistémicos deben tomar en cuenta que existe una multitud de factores y que tanto el terapeuta como su paciente, son una mínima parte de un gran sistema suprapersonal.

Desde este enfoque todos los comportamientos, incluyendo los patológicos, se pueden comprender y cambiar únicamente en el contexto en el cual se producen.

El sistema familia es entonces el principal objeto de intervención terapéutica. La familia en la definición clásica del "Centro Milanese per lo Studio della Famiglia", es como un grupo natural con historia, que en el curso de su desarrollo ha creado sus propias reglas cuyas fuentes se encuentran frecuentemente en las normas que regulan las relaciones de la familia de origen y que la pareja, al constituirse, tendrá que negociar, por ensayo-error, en el curso de su convivencia.

**Teoría familiar y toxicomanía**

Más allá de una teoría familiar de la Toxicomanía, desde hace mucho tiempo las investigaciones han relacionado varios aspectos de esta patología con unas características de las familias de origen.

Por ejemplo Kandel, Kessler y Margulis (1978) evidencian cómo el abuso de alcohol y de sustancias psicótropicas por parte de los padres influye en el consumo de droga en los adolescentes y cómo la relación con los padres tenga una importancia mayor que la relación con el grupo de coetáneos.

Tec (1974), en una investigación en ámbito escolar (adolescentes de 15-18) sobre la correlación entre uso de alcohol y psicofármacos de los padres y consumo de sustancias ilegales por parte de los hijos, propone dos explicaciones: 1) una continuidad con la costumbre de los padres; 2) un comportamiento desviador como oposición a los padres.

Estas investigaciones, como las de Hunt (1974) y Smart y Fejer (1972) no evidencian características específicas para las familias de los que utilizan cannabis. Por otro lado muchas investigaciones epidemiológicas subrayan la importancia del grupo de coetáneos en este caso, contrariamente a lo que ocurre con otros tipos de sustancias.

Blum y col. (1972) con su investigación sobre 211 familias en S. Francisco proponen la idea de que existan familias de elevado y bajo riesgo de consumo de drogas por parte de los hijos. Existiría una relación entre este riesgo y la calidad de la interacción familiar. Por esta razón sería más eficaz una acción educativa de prevención a nivel familiar que a nivel de comunidad.

Desde una perspectiva individual J. Bergeret y col (1980) subraya la importancia de la ausencia de una imagen de identificación paterna. Este hecho podría ocurrir ya sea por la ausencia física del padre, por la falta de autoridad o por un exceso de autoridad cuando el padre resulta un agresor impotente.

En las nuevas estructuras familiares sería más difícil la identificación para los adolescentes. La familia de tipo "syncratico pasivo" se caracterizaría por una igual falta de responsabilidad de la pareja y de presencia de los padres.

La imposibilidad de interiorizar la ley paterna sería uno de los aspectos centrales de este modelo de organización familiar.

Olivenstein (1982) propone el concepto de "forclusion" (padre viejo, impotente, homosexual o incapaz de satisfacer a la mujer) como explicación de la falta de relación entre el toxicómano y la ley (sea real que imaginaria).

Para Ganger y Shugart (1966) la madre está muy cerca del hijo y es demasiado permisiva con el que suele ser el hijo preferido. Fort (1954) y Kron y Brown (1967) piensan que el adolescente está acostumbrado a gratificar las necesidades emotivas de su madre la cual, sin darse cuenta, intenta retrasar la maduración de su hijo.

Según Schwartzman (1975), la cercanía de la relación madre-hijo pone al padre en posición periférica.

La madre defiende al hijo contra los ataques del padre y este hecho crea un conflicto crónico entre los padres a propósito del hijo toxicómano. Los padres se regañan el uno al otro y el hijo crea constantemente grietas entre los padres.

De la misma manera mantiene las relaciones entre sus padres alrededor de su síntoma. Uno de los padres está hiperinvolucrado en la relación con el hijo, mientras que el otro es violento, es lejano o ausente. A menudo el padre más implicado y más posesivo es el del sexo opuesto al paciente; Schwartzman (1975), considera característica de la familia del toxicómano "la prescripción paradójica": "pierdes el control". Estas familias tendrían aun otros tipos de pérdida de control como el alcoholismo, el juego, la obesidad.

El mensaje por parte del padre hipercoinvolucrado sería: "No seas incontrolable". Ésta es una prescripción paradójica e implica por parte del paciente controlar la propia incontrolabilidad, quiere decir necesitar constricciones. La única respuesta posible sería la toxicomanía.

Attardo (1965) en su investigación compara las madres de toxicómanos, de esquizofrénicos y de adolescentes sin problemas. El test utilizado que evaluaba el nivel de "separación-individuación" no ha revelado diferencias en cuanto al vínculo madre-hijo durante los primeros años.

En el grupo entre 6-10 años van aumentando los aspectos simbióticos de las madres de toxicómanos comparadas con los otros dos grupos. A partir de 11 a 16 años las madres de toxicómanos tienen vínculos más simbióticos, más que las madres de los esquizofrénicos.

Stanton (1979a, 1979b y 1982) intenta diferenciar las familias de toxicómanos de las otras familias disfuncionales.

Para él las familias de heroinómanos se caracterizan por:

1) una mayor presencia en las generaciones anteriores de abuso de alcohol o psicofármacos;
2) una actitud en los conflictos familiares hacia alianzas manifiestas y no secretas entre el toxicómano y el padre que está más cerca de él;
3) el dirigirse, por parte del toxicómano, hacia un grupo de coetáneos o hacia una "contracultura" tras los conflictos familiares, buscando la ilusión de una autonomía. Es así que se desarrollaría el concepto de "pseudoindividuación"; quiere decir que el joven, a través de la toxicomanía, elige no elegir para resolver el dilema irresolvible de quedarse adentro o afuera de la familia al mismo tiempo;
4) las actitudes maternas simbióticas se prolongan más que en el caso de los hijos psicoticos;
5) hay una preponderancia de temas relacionados con la muerte y fallecimientos prematuros e imprevistos.

Éste es el enfoque con el cual Stanton realiza programas de investigación en Psicoterapia familiar de Toxicomanías utilizando el modelo estructural de Minuchin (1980).

Ausloos (1981) trata el síntoma desde un enfoque comunicacional. Él opina que el síntoma tiene una función. No lo considera un transtorno, sino más bien algo funcional para todo el sistema. El síntoma representa un lenguaje, una manera de comunicar con la familia por parte del paciente. Haciendo referencia al modelo lingüístico, describe tres aspectos del síntoma:

1) **Semántico**: ¿Qué sentido tiene esta conducta para cada miembro de la familia? ¿Qué papel está jugando en esta escena el paciente? ¿Qué quiere demostrar?
2) **Sintáctico**: ¿A quién está dirigido el comportamiento patológico, a cuáles reglas del juego obedece el sistema? Por esto el terapeuta tiene que buscar las reglas secretas del sistema.
3) **Pragmático**: ¿Cuál es el resultado visible de este comportamiento toxicomaníaco?

Desde un enfoque familiar sistémico es necesario considerar que, a veces, se ha dado importancia al elemento familiar pero desde una visión de tipo causal lineal, es decir, el problema de la toxicomanía como resultado de un problema familiar con connotaciones morales o con un tipo de descripción que culpa a la familia. Por ello no es suficiente hablar de enfoque familiar sin introducir el tipo de epistemología y las teorías de referencia. El enfoque sistémico relacional es un enfoque que toma en consideración no tanto una causalidad lineal sino antes bien una causalidad circular según la cual la familia, incluyendo al paciente, representa una totalidad, un sistema que no es dado por la suma de sus miembros individuales, sino más bien por el resultado de

las interacciones entre los miembros de dicho sistema, de manera que cada modificación en uno de sus elementos determina una modificación del sistema mismo, el cual vive, por consiguiente, en un perenne equilibrio caracterizado por momentos de transformación y de cambio (morfogénesis) y momentos de estabilidad (morfostasis). Se puede pues representar a la familia mediante un esquema simplificado que, condensando la visión diacrónica y la sincrónica, nos sirve para describir el proceso de evolución de la familia, sus cambios, sus bloqueos evolutivos y, eventualmente, las emergencias psicopatológicas. Estamos hablando de lo que se ha definido como "ciclo vital de la familia". Esta sistematización sirve para describir cómo una familia puede evolucionar desde el momento en que se forma la pareja, el nacimiento de los hijos y su progresiva emancipación, pasando por momentos críticos como el proceso de separación e individuación, el de la adolescencia y el del sucesivo alejamiento de la familia.

Durante este proceso pueden surgir dificultades y problemas en la evolución de la familia, en su transformación y adaptación a las perturbaciones que recibe desde el exterior desde los otros sistemas con los que está en contacto (la escuela, el grupo de coetáneos, el trabajo, etc.).

Rigideces que bloquean estos procesos de transformación implicando a todos los miembros del sistema: padres, hijos, eventuales abuelos, etc. (Andolfi 1977). A veces, el malestar que deriva de esta incapacidad de adaptación del sistema a los cambios requeridos por las diferentes fases del ciclo vital, encontrará su expresión en una sintomatología que afecta principalmente a un miembro de la familia, al que en lenguaje sistémico se le define como "el paciente designado".

Este escenario nos ayuda a describir la aparición, en un determinado momento de la vida, de una sintomatología sin especificar cómo y por qué se produce aquel tipo de patología, a no ser que se utilice un mayor nivel de complejidad que comprenda otros factores de comorbilidad.

Hay autores que se ocupan de la toxicomanía, que han definido tipologías o "juegos", intentando llegar a un diagnóstico familiar. De manera especial Luigi Cancrini (1977, 1982) ha descrito cuatro tipologías que pretendían tratar de resumir características distintas en el plano psicológico, familiar, social y también respecto al tipo de sustancia y a la modalidad de consumo:

***Tipo A: Toxicomanía traumática***

A menudo el toxicómano clasificado bajo este epígrafe es el hijo o la hija "modelo". La aparición del síntoma está relacionada con un grave trauma (duelo, enfermedad, separación, decepción, etc.).

La persona se ve imposibilitada para pedir o recibir ayuda en la delicada fase de elaboración del trauma. Desde el punto de vista clínico la toxicodependencia rompe rápidamente un estilo normal de vida; el estilo de consumo es autodestructivo, teatral, implica el uso rápido y progresivo de dosis elevadas, conlleva un riesgo

de sobredosis. El paciente puede utilizar los síntomas de la abstinencia, los daños físicos y/o la desaprobación social para tapar el sentido de culpa que le provoca el trauma. En estos casos el autor del modelo propone una terapia individual como tratamiento de elección.

***Tipo B: Toxicomanías de neurosis actual***

El comportamiento toxicómano se "utiliza" dentro de una situación conflictiva en la familia.

Desde el punto de vista de la estructura familiar se observa una fuerte implicación del progenitor del sexo opuesto y un rol periférico del otro progenitor. Se describe una estructura tipo "triángulo perverso" donde los límites entre los subsistemas padres-hijos no están definidos. Se contrapone a menudo al hijo toxicómano malo frente a otro hijo bueno. Desde el punto de vista clínico la toxicomanía es de tipo depresivo e implica una actitud exhibicionista y provocadora ante los padres, y a menudo ante los terapeutas. En este caso prevalece una indicación de terapia familiar.

***Tipo C: Toxicomanías de transición***

El contexto familiar es a menudo análogo al del paciente diagnosticado de anorexia. El esfuerzo por no definir las relaciones es mantenido por frecuentes mensajes paradójicos o incongruentes, se dan altos niveles de mistificación tanto en las relaciones internas a la familia como en las externas; hay un recurso masivo a la desconfirmación de los mensajes de los otros. Ambos padres, fuertemente implicados en la toxicomanía del hijo o hija, se encuentran a menudo en un "estancamiento relacional" de pareja; se produce la polarización entre los hermanos del tipo hermano con éxito-hermano fracasado.

Desde el punto de vista clínico se pueden encontrar estados maníacos en la fase inicial de la toxicomanía.

La sustancia parece aliviar sufrimientos personales preexistentes; otras veces, especialmente en los adultos, estados depresivos. Se busca el "aturdimiento" más que "el placer" en los efectos de la sustancia. El terapeuta encuentra cierta dificultad para establecer las relaciones entre el uso de la sustancia y los acontecimientos del ciclo vital, por cuanto a menudo se produce durante los periodos aparentemente menos problemáticos, mientras que la interrupción se da en los más dolorosos. En estos casos hay un alto riesgo de suicidio y son frecuentes los episodios de alcoholismo tras el tratamiento de las toxicomanías. También en este caso la indicación terapéutica es la terapia familiar sistémica.

***Tipo D: Toxicomanía sociopática***

El modelo familiar es el de las familias "desligadas", profundamente desorganizadas, en las que cada miembro parece vivir en un mundo propio. A menudo son familias

económica y culturalmente desfavorecidas. El joven manifiesta señales de "desintegración", primero en el contexto escolar y luego con comportamientos antisociales o violentos. La toxicomanía se presenta dentro de una carrera de desviación social.

Desde el punto de vista clínico, el comportamiento antisocial está presente antes del inicio de la toxicomanía; la asimilación del rol social de toxicómano es rápida y su comportamiento es provocativo y típico de quien se define como incapaz de pedir y recibir afecto y ve a los demás como hostiles. El toxicómano habla de su dependencia de manera distante y usa la sustancia con finalidad anestésica. Se manifiestan conductas politoxicomaníacas con elevada frecuencia, mientras que el sujeto reacciona con indiferencia ante los daños producidos por la droga.

En este caso, la intervención psicoterapéutica debe estar coordinada con toda una red de recursos dentro de una "cadena terapéutica" de la que puede ser una parte central la estancia en la comunidad.

También Cirillo y col. (1996) han descrito tipologías de toxicómanos que tienen como característica el desarrollo de tres recorridos a través de los cuales, a partir de las relaciones familiares, se describe el desarrollo de la toxicomanía. En particular el **Recorrido 1** representaría la casuística más frecuentemente tratable dentro de un contexto psicoterapéutico. En este subgrupo, compatible desde el punto de vista del "recorrido relacional" con la descripción efectuada por Cancrini de toxicomanía traumática o tipo A, Toxicomanía de "área neurótica" o Tipo B, y en una minoría de los casos (los pacientes no psicóticos) de Toxicomanía de Tipo C, se encontraría una fuerte implicación de la primera generación con las distorsiones más típicas de las transacciones afectivas.

En estos casos la sintomatología predominante, subyacente al uso de la heroína, estaría representada por la depresión, presente como problema primario en el cuadro de un transtorno de la afectividad o bien asociada a un transtorno de la personalidad.

Las formas psicopáticas estarían situadas, en cambio, en el **Recorrido 2**, en el que los elementos característicos ya descritos por Selvini Palazzoli (1988) serían dados por "el estancamiento relacional de la pareja" y por la "hiperinversión instrumental en el hijo". La psicosis aparecería como forma subclínica precisamente porque estaría encubierta por el efecto "terapéutico" de la sustancia.

El **Recorrido 3**, que describe estructuras familiares disgregadas a nivel transgeneracional, comprendería la problemática relacionada con los comportamientos antisociales. En consecuencia, existirían correspondencias diagnósticas entre:

Tipo A (toxicomanías traumáticas), Tipo B (toxicomanías de "área neurótica") y recorrido 1 (estructuras de personalidad neurótica y límites con predominio de síntomas depresivos), Tipo C (toxicomanías de transición) y recorrido 2 ( estructuras de personalidades límites y psicóticas con predominio de síntomas psicóticos), Tipo D (toxicomanías "sociopáticas") y recorrido 3 (estructuras de personalidad variables con predominio de síntomas antisociales).

Cirillo y col. (1996) precisan en lo que hace referencia al recorrido 1, que la categoría diagnóstica de la depresión no debe entenderse en sentido estricto como diagnóstico de comorbilidad. En efecto, la depresión representa un síntoma presente en diferentes estados psicopatológicos dentro de estructuras de personalidad neuróticas, límites y psicóticas. Lo que se pretende resaltar es que en este recorrido la droga se utiliza principalmente por sus propiedades autoterapéuticas antidepresivas.

En el caso del recorrido 2, la cualidad funcional de la sustancia haría referencia de preferencia al encubrimiento de la condición psicótica de base con el fin de mantener una cohesión del *self* contra la amenaza de la disgregación interna. Mientras que en el recorrido 3, la función estabilizadora de la sustancia haría referencia al proceso de estructuración de una identidad social respecto al riesgo de disgregación psicosocial.

**Intervención familiar**

En lo referente a la intervención terapéutica con la familia, se plantea la cuestión de su significado dentro del contexto del tratamiento.

También una intervención social, la ayuda domiciliaria, la entrevista, el tratamiento farmacológico, son intervenciones de por sí ni terapéuticas ni no terapéuticas. El problema consiste en evaluar si, respecto al usuario, a sus premisas epistemológicas y a sus pautas interactivas, dichas intervenciones son redundantes o si crean diferencia y, por consiguiente, evolución (Fruggeri, Matteini, 1991). De esta manera, las mismas intervenciones asistenciales pueden ser unas veces instrumentos terapéuticos y otras suponen el mantenimiento de las dificultades (falta de motivación o rechazo de la intervención, búsqueda de alianzas, etc.), los así denominados vínculos se convierten en posibilidad (Semboloni, Bonizzoni, 1985; Semboloni 1986, Fruggeri y Matteini 1991).

Aparte de los trabajos de Haley (1983), Kauffman y Kaufman (1971) y Stanton (1979), que han sido los primeros que nos han hecho ver la posibilidad de una intervención familiar y el desarrollo de hipótesis relacionadas con el ciclo vital de la familia ("la salida de casa", la "pseudoindividuación") han sido numerosas las contribuciones científicas sobre la utilización del enfoque sistémico y de la terapia familiar en el tratamiento de los toxicómanos, en particular en Italia a partir de experiencias diferentes en el Servicio público (Cancrini 1991; Cirillo,1996; Coletti 1993; Marzocchi 1993; Rigliano 1992, Semboloni 1988).

En este sentido se puede hablar a menudo de "Terapia familiar versus enfoque sistémico" por cuanto en la experiencia de muchos terapeutas no existe la costumbre de "declarar" la terapia como terapia familiar en cuanto tal. Para simplificar y para evitar definiciones como "terapia familiar" que pueden provocar también un rechazo, se limitan a explicar que trabajar con toda la familia ayuda al equipo a entender mejor y, por consiguiente, es un instrumento que sirve como recurso más que como fuente de inadecuación o de culpabilización intrínseca a la idea de que

la familia se deba tratar, lo que se hace resaltar ya que contribuye a construir un contexto de colaboración más que de comparación.

Por otra parte el trabajo psicoterapéutico con la familia vuelve a ser parte importante de aquella representación de lo que es un servicio que algunos definen como "máquina terapéutica (Marzocchi, 1993); es decir una organización compleja donde todos los trabajadores comparten la tarea de atribuir un significado, según la filosofía operativa del servicio y junto con el paciente, a lo que se está haciendo. Esto puede ser un ejemplo a través del cual comprendemos el significado de lo que hemos definido como una "posición integrada". La mente de la intervención, según G. Bateson (1976), está repartida entre todos los participantes en la relación. Así, el trabajo con las familias, incluso cuando no se desarrolla en un ambiente con un encuadre definido y está acompañado por otras intervenciones, desarrolla su tarea en parte autónomamente, en parte de manera integrada (como parte de un todo). Hay que reafirmar la importancia de una intervención con una dimensión global y en un ambiente psicoterápico en el que también la prescripción farmacológica debe basarse en una intervención con la familia, por ejemplo cuando se organiza una desintoxicación domiciliaria sin ingreso hospitalario (Coletti 1993). En la terapia muy compleja de las toxicomanías hay que pasar de respuestas únicas-omnipotentes-impotentes a respuestas complejas, pasar de "colecciones de intervenciones a conexiones de intervenciones" (Cavicchioni 1992).

El problema de la gestión de una intervención psicoterapéutica en los casos en que se comparte la responsabilidad con otros trabajadores de diferentes profesiones y formaciones y de distintas pertinencias institucionales, es específico del contexto institucional y abre una línea de reflexión que pone de relieve los límites intrínsecos de un planteamiento que conciba la psicoterapia como un proceso interpersonal entre dos interlocutores, terapeuta y cliente (entendido ya sea como individuo que como familia) . El análisis del contexto en su acepción de "matriz de significados" significa, ante todo, tomar en consideración la forma en que los sistemas de representación de los distintos sujetos implicados determinan los procesos de atribución de significado a los distintos aspectos del mundo circundante. Desde este punto de vista, las características propias de la situación socioinstitucional en que se da la psicoterapia, no tienen un significado universal y objetivamente definido; dicho significado se construye a partir de los sistemas de representación de los sujetos implicados (Fruggeri et al, 1995).

La diferencia está pues entre un contexto concebido como estático e invariable y otro concebido como construido mediante los procesos de interacción.

**Nuestra experiencia clínica**

Ante un abordaje en el que el aspecto ético es el del juicio moral, existe el enfoque donde los aspectos principales están representados a nivel ético por la libertad del

terapeuta y del paciente, pero sobre todo a nivel estético con Bateson, el objetivo de la terapia es "estimular nuestra resonancia estética con la unidad de los contextos transformando nuestra conciencia para llegar desde una visión lineal mecanicista de la realidad a una visión gobernada por los patrones estéticos".

Como nos ha explicado Bradford Keeney (1985), la posición estética caracterizada por una sensibilidad al holismo y a la complejidad, es diferente de la posición pragmática que intenta reducir los fenómenos a partes tratables y prácticas. El foco de la estética es que el terapeuta estimule y extienda la comprensión de las pautas que caracterizan los contextos terapéuticos. Naturalmente estos dos enfoques están de acuerdo, el primero con una visión lineal representada sobre todo por la cultura de la medicalización, que ve la terapia como una intervención en su mayor parte farmacológica hospitalaria, pero que puede comprender también la intervención comunitaria o asistencial e incluso la psicoterapia. Es decir, es el enfoque que comete el error epistemológico de confundir el nivel lógico de los instrumentos terapéuticos (destete, medicamentos, hospital, comunidad, asistencia e incluso psicoterapia) con el nivel lógico del proyecto terapéutico que nace de la interacción del sistema terapéutico con el sistema del paciente.

El segundo es el enfoque que nace de una epistemología ecosistémica que contextualiza las técnicas terapéuticas sobre una base más amplia. "Las estrategias de intervención que no consideren la ecología de los problemas que intentan cambiar, contribuyen a crear una patología de orden superior... La epistemología ecosistémica está sintonizada con la relación, la complejidad del contexto y se manifiesta en el trabajo de los terapeutas que consideran su relación con los pacientes como parte del proceso de cambio, de aprendizaje y de evolución. Hay algunos terapeutas que afirman, según una epistemología alternativa, no lineal, que ellos se ocupan de la familia, utilizan la paradoja, trabajan con un equipo sistémico, piensan en metáforas ecológicas, o manifiestan una óptica interactiva. Pero en sí, estas ideas no remiten necesariamente a una epistemología alternativa no lineal" (Keeney, 1985).

En realidad una preocupación del nivel estético de la epistemología ecosistémica es caracterizar la enfermedad y la patología a partir de una perspectiva sistémica holística y general.

Hemos vivido estas posiciones epistemológicas diferentes en nuestra experiencia y por eso estamos muy de acuerdo con lo que Keeney ha escrito.

Nuestra historia terapéutica sistémica en toxicomanía comienza en 1982 en un contexto epistemológico de cronicidad, es decir que se observó que en aquel momento, en nuestro Servicio de Salud Mental, la relación entre los pacientes y el equipo terapéutico no era satisfactoria puesto que se caracterizaba por una rutina fundada en la prescripción de medicamentos, particularmente la metadona, y que esto era coherente con la lógica de mantener el estatus quo que existía; esto había eliminado, a nivel de la comunicación, todas las posibilidades terapéuticas del servicio.

Era necesario en este caso estudiar otro enfoque de intervención para proponérselo al cliente, pero al mismo tiempo, era necesario poner en el centro de nuestra atención al equipo terapéutico que se convertía en el protagonista del posible cambio. En efecto, para nosotros estaba claro que en este contexto, si no era posible para el equipo cambiar y evolucionar, no podría cambiar o coevolucionar la diada terapeuta cliente. Es por ello que nosotros empezamos situando el foco de atención en el equipo terapéutico y en las pautas de interacción repetitiva que hasta ese momento se habían mantenido con los pacientes; los resultados habían sido dos: un elevado nivel de homeostasis y un elevado nivel de cronificación. Los pacientes habían llegado al Servicio repitiendo durante muchos años el ritual del fármaco, la metadona, hasta convencerse de que esta modalidad de intervención, más que una terapia era, usando el lenguaje de la burocracia, un procedimiento que respondía a un derecho adquirido por la condición de toxicómano y que podría mantenerse toda la vida. Es decir, lo que en términos técnicos coherentes con esta epistemología homeostática se denomina: el mantenimiento (Semboloni, 1988).

La reflexión a propósito de esta pauta de estabilidad, nos había empujado a buscar nuevos modelos de intervención, más coherentes con una epistemología del cambio, utilizando para ello, en este contexto, los recursos específicos de nuestro equipo y las experiencias conocidas de otros lugares. Nuestras fuentes estaban constituidas por nuestra formación sistémica en el Centro Milanese di terapia della famiglia, con Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin y por nuestra experiencia terapéutica sistémica con pacientes psiquiátricos. Las experiencias conocidas de otros lugares estaban representadas sobre todo por el trabajo de Stanton en Philadelphia.

Por supuesto, dado que nuestro punto de vista era construir un modelo de intervención centrado sobre todo en el cambio de epistemología del equipo, este modelo no podía ser individualizado y reemplazar en seguida los tratamientos farmacológicos por la psicoterapia. En efecto, era importante no olvidar el contexto, es decir, el contexto de un Servicio público de Salud Mental con sus obligaciones y demandas diferentes de las de un Centro privado de Terapia de Familia donde también los toxicómanos pueden ir para hacer una terapia familiar si tienen conciencia de que eso les puede servir de ayuda. Pero, desgraciadamente, nuestros toxicómanos y tal vez la mayor parte de los toxicómanos y de sus familias, no tienen generalmente esa conciencia y sus demandas a menudo urgentes y confusas, no hacen alusión a este tipo de necesidad (Soccorsi, 1985).

Durante esta primera fase, se intentó un enfoque sobre todo estratégico y paradójico, para modificar la relación del equipo con el grupo de toxicómanos del barrio donde trabajamos. Por otra parte, habíamos definido también unas reglas nuevas, incluso con respecto a la propia metadona.

A esta fase más centrada en el equipo, en la organización y en el proyecto terapéutico propuesto por el Servicio, le siguió una reflexión estimulada por las

experiencias de Castellucci et al. (1984) en el campo de la asistencia psiquiátrica con pacientes crónicos y por las ideas del premio Nobel en Física I. Prigogine (1981) a propósito de las fluctuaciones y perturbaciones en los sistemas fluidos. Según este modelo todos los sistemas vivientes son perturbados sea desde el exterior, sea desde sus propias fluctuaciones interiores. Perturbaciones exteriores y fluctuaciones coincidiendo pueden llevar el sistema a una bifurcación, lo cual quiere decir en termodinámica, un punto en el que un sistema puede elegir una ruta o la opuesta. Es imposible en un punto x en el tiempo predecir lo que va a pasar, en razón del hecho de que es fundamental también la influencia del caso y de otros elementos. Para ver los efectos hay que "dejar tiempo" al sobresistema familia-terapeuta, un tiempo que ha sido definido por Castellucci, Fruggeri y col. (1991, 1995) "el tiempo del cambio". Los terapeutas tienen como tarea principal mantener abierta la diferencia y la inestabilidad, cuidando mucho el análisis de los mensajes y de los feed backs en el sistema extenso durante el proceso terapéutico. El equipo terapéutico funciona como un "campo externo" cuya intensidad tiene que superar un límite mínimo que permita al sistema evolucionar hacia una complejidad mayor. Esta intensidad tiene que ser constante a largo plazo y es una propiedad que define la posición jerárquica superior.

Aceptar el no poder conocer, antes que el estado del sistema, la ampliación de las diferencias que podrían producirse, es, en efecto, un paradigma totalmente opuesto al paradigma de la asistencia o del mantenimiento, si queremos aludir al toxicómano. Pero si la función de la terapia, desde este punto de vista, se convierte en aquella función que perturba el sistema, amplifica las diferencias y estimula las fluctuaciones, ¿qué sentido puede tener un proyecto terapéutico definido por el equipo cuidador? Nosotros habíamos pensado que si el equipo cuidador es el que da la indicación para el programa terapéutico, incluso si se trata de una psicoterapia familiar, esto se convierte en una modalidad de intervención muy parecida a la que definía Maturana como "interacción instructiva" (1987). Es decir, la acción de las personas que instruyen a alguien, con el propósito de que haga algo y cómo hacerlo. Si creemos en la interacción instructiva, intentamos cambiar a las personas dándoles directrices. Pero yo creo que no se puede cambiar de manera instructiva ningún sistema.

Desde el punto de vista clínico esto se convierte evidentemente en un punto central a propósito del intervencionismo terapéutico e inclusive a propósito de la elección de aconsejar un instrumento terapéutico antes que otro en la elaboración de un proyecto terapéutico (Semboloni, 1991, 1995, 1999).

Desde el punto de vista del campo de intervención del terapeuta, se convierte cada vez más, siguiendo a Bateson (1976), en una ecología de ideas que determinan "quién hace qué... con quién".

De esta manera también las cosas concretas, los instrumentos, adquieren un sentido en este contexto donde es posible para el paciente, elegir. Con frecuencia la

rutina nos había convencido de que conocíamos por adelantado lo que el toxicómano nos venía a solicitar y lo que nosotros pensábamos que necesitaba: todo esto, junto con la frustración de la repetición, nos empujó a intervenciones "preconfeccionadas".

G. F. Cecchin (1987), atrayendo nuestra atención sobre "la curiosidad", seguramente indicó un camino para trabajar en toxicomanías. Utilizando sus palabras se puede decir que: "lo mejor es hacer surgir pautas en la intervención con la familia. No debemos imaginarnos como maestros que ofrecen a las familias el "escenario" mejor para ello. No conocemos todavía qué escenario tendrá éxito para esta familia. Sólo podemos hacer interacciones para perturbar el sistema, de modo que la familia encuentre ella misma su escenario".

Desde este punto de vista, hacer terapia con toxicómanos, no es proponer un proyecto específico para este toxicómano, sino sobre todo hacer interacciones con él y su sistema de pertinencia y comunicarle por las interacciones, los recursos que puede utilizar en su "acoplamiento estructural" que puede producirse o puede ser aplazado para otro momento, después de otras interacciones entre el sistema terapéutico y el sistema del toxicómano.

La reflexión sobre esta materia nos ha llevado a ver estos dos sistemas como único sistema que, utilizando la proposición de Goolishan (1988), se podría denominar "el sistema determinado por el problema". Según Goolishan, el sistema determinado por el problema existe únicamente en el lenguaje y en la acción. En un sistema de comunicación lingüística, los problemas existen porque uno dice que "es un problema" y otro acepta esta afirmación. Muchas veces no se está de acuerdo a propósito de la definición del problema. Todos los que participan en la conversación acerca del problema son importantes para el tratamiento del mismo. La conversación a propósito del problema define, pues, los componentes del sistema en los que debemos trabajar en la terapia. Los terapeutas no tratan a las familias, familias extensas, las redes, los individuos, la estructura intrapsíquica, sino más bien crean interacciones con una ecología de ideas que representa una transformación de la experiencia comunicada por el lenguaje en una forma que determina un contexto y algunas veces nuevos sistemas (Goolishan).

Los sistemas determinados por el problema pueden abarcar la familia, los asistentes sociales, los jueces y no importa quién esté participando en la conversación a propósito del problema, inclusive los terapeutas.

Para resumir nuestro itinerario, es necesario recordar que nosotros hemos empezado por una situación en la que la terapia posible estaba identificada con un instrumento: el medicamento, la metadona, seguido de sustituciones idealizadas con la terapia de familia.

Después llegamos a un momento en el que era estratégicamente útil, también para la organización del servicio, provocar cierta elección terapéutica por nuestra actitud (por ejemplo el hospital, o la comunidad, o la terapia familiar).

Finalmente hemos llegado a definir como sistema de referencia, la red de comunicación que se genera empezando por la aparición del problema y de la demanda de intervención: el sistema determinado por el problema.

Naturalmente el terapeuta puede hacer intervenciones tan sólo sobre una parte de este sistema, que cada vez puede comprender al paciente, a la familia, al terapeuta, a la institución, al hospital, a la comunidad, los jueces, los amigos, los vecinos, los medios de comunicación, etc. Y que en su complejidad puede extenderse hasta llegar a ser imposible de alcanzar, desde el punto de vista de la intervención. Pero lo más importante en mi opinión es tener conciencia de que hacemos intervenciones sobre una parte del sistema que nos abarca también a nosotros, que hacemos la terapia y nuestros instrumentos terapéuticos y que tenemos únicamente el poder de redefinir a nivel lingüístico, proponiendo descripciones tal vez diferentes de los acontecimientos en los cuales tomamos parte durante la novela de la terapia que el terapeuta con el paciente y el sistema en conjunto concurren a escribir.

**Casos clínicos**

La terapia de las adicciones tiene sus características especiales dependiendo de qué tipo de droga se trate. Una parte de las diferencias las marca el hecho de que el adicto consume drogas legales o ilegales. Otras diferencias están condicionadas por el efecto de las drogas: narcótico, estimulante, alucinógeno, mixto. O por el hecho de que el adicto consume varias drogas diferentes y con diferentes efectos.

***Caso A: Andrea***

***Temas: La familia multiproblemática, la politóxicodependencia, el asistencialismo, el hospital el follow up***

Se trata de un caso "histórico", en el sentido de que es uno de los primeros casos de heroinómanos que yo traté con un abordaje sistémico en 1979, época en la cual no existían en Génova los Servicios de tratamiento de la Toxicomanía propiamente dichos. Sólo existían Centros "Poli antidroga" que suministraban el fármaco metadona a quienes tenían problemas con la heroína.

Este caso tiene entonces un *follow up* de más de 25 años. En la familia hay un padre jubilado por invalidez, una madre jubilada por invalidez, una hija mayor casada y fuera de la familia y el último hijo de 23 años toxicómano.

El padre tuvo un primer contacto con el Servicio Sanitario en 1978 a causa de un ingreso en el Hospital Psiquiátrico y luego un seguimiento de los servicios territoriales de Salud Mental con un diagnóstico de "Alcoholdependencia y transtornos comportamentales". Entonces le suministraban una terapia farmacológica ansiolítica y una ayuda en dinero en consideración de su difícil condición social.

Por esta razón el Servicio tuvo que tratar antes al padre de Andrea que en esa época estaba trabajando como marinero, hasta que en 1980 desembarcó y volvió a

la casa de sus padres y empezaron las peleas diarias. Por esta razón los padres pidieron que el Servicio le ayudara, ocupándose aún de este hijo que era toxicómano por uso de heroína y hashish.

La escalada sintomatológica de padre e hijo era muy fuerte en esa época. No pasaba día sin que uno de los dos no fuera internado en el hospital en urgencias psiquiatricas a causa del abuso alcohólico de parte del padre o de heroína y psicofármacos de parte del hijo. Empezó entonces una interacción fuerte entre profesionales del hospital y de los Servicios territoriales. Al mismo tiempo la familia pedía constantemente (a veces de una manera violenta, a veces quejumbrosa) fármacos ansiolíticos y dinero.

Los dos equipos (hospital y territorio) frente a la imposibilidad de soportar una situación tan dramática y duradera y frente al fracaso de todos los instrumentos terapéuticos y sociales utilizados hasta entonces, deciden presentar el caso en el grupo sistémico relacional de investigación y supervisión conducido por Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

*Crónica del proceso terapéutico*

La situación empieza a mejorar, aunque se verifica una sobredosis del hijo y un ingreso en la cárcel por venta de droga, un internamiento hospitalario del padre, una depresión de la madre. Pero estos mismos hechos ahora pueden tener un sentido en el interior del encuadre terapéutico que se ha construido.

Ya no hay un terapeuta desarmado, sino más bien un grupo que puede reflexionar y dar un significado a las mismas reacciones que de otra manera serían muy difíciles de soportar. Desde el punto de vista técnico se utilizan varios tipos de intervención: a) el desafío simétrico inicial por medio de una carta que se da a los padres para que la lean junto con el hijo que no quiere presentarse a la terapia; b) la intervención al final de la sesión declarando el síntoma como un sacrificio para la unidad de los padres; c) la redefinición de los límites en la casa y la creación de reglas reconocidas por parte de todos; d) sesiones únicamente con los padres trabajando el tema de la pareja. Por supuesto, éstos eran algunos de los instrumentos técnicos de intervención más difundidos entre los terapeutas familiares sistémicos de esa época.

Se utilizan varias hipótesis intentando implicar a toda la familia, incluyendo a la hija que nunca fue posible tener en la sesión a causa de la oposición de su esposo y de la familia en su conjunto, a pesar de que su salida de la casa paterna había creado un vacío que se podía llenar únicamente con síntomas tan graves.

Por fin la situación se estabiliza, pero no como resultado de una intervención mágica, sino como resultado de todo un trabajo psicoterapéutico llevado a cabo utilizando varios instrumentos (fármacos, internamientos hospitalarios, intervenciones sociales) en conexión, utilizando un encuadre común que ha implicado a psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros.

Se hace un *follow up* después de un año y se confirma una reorganización familiar, la madre había superado su depresión, el padre su escalada alcohólica, y el hijo había iniciado un nuevo trabajo. Al mismo tiempo ya no piden más fármacos ansiolíticos y dinero como ayuda asistencial.

Tenemos también un *follow up* después de veinticinco años, con una entrevista con el paciente y la madre. Durante muchos años el hijo se ha independizado y no ha tenido recaídas. Tenía trabajo y vivía con una compañera fuera de la familia. Después de la muerte del padre, la compañera lo dejó y el descubrió que tenía el sida, volvió a vivir a la casa de su madre, sin recaer en el uso de heroína, alcohol o psicofármacos.

***Caso B: Maurizio***

***Temas: Interacciones entre sistemas de tratamiento y sistema familiar: los Centros de salud pública, la Comunidad terapéutica***

Maurizio es un chico de 22 años y tiene un hermano de 19. Los padres viven en un barrio residencial de la ciudad. El padre, de 55 años, trabaja como ejecutivo en una empresa ubicada en otra ciudad: una o dos veces por semana duerme allá, con motivo de su trabajo. La madre, de 47 años, tuvo que dejar la universidad donde estaba estudiando sin terminar, por el nacimiento de los hijos. Trabaja en su casa, aunque se ocupa de actividades culturales y colabora como auxiliar voluntaria en una comunidad terapéutica para toxicómanos. Esta actividad empezó tres años antes de que el hijo empezara a hacer uso de drogas. Maurizio siempre fue rebelde. Dejó el colegio en la secundaria y después de un tiempo de estar trabajando, se fue de su casa hace tres años, para dedicarse a hacer lo que la familia define "artista de calle".

Pasó de Italia a otros países de Europa con el perro de su casa, tocando la flauta en las calles, pidiendo dinero a los que pasaban, y exhibiéndose en "performances" teatrales con sus compañeros, disfrutando aparentemente de este tipo de vida vagabunda que le permitía a su alma anárquica evitar todos los condicionamientos de su familia y de su padre en particular.

Los padres hablan de esta elección que parece muy provocatoria, comparada con el "estatus de la familia", como si fuera normal y coherente para ellos, a pesar de la diferencia tan grande con el modelo de vida de ellos.

Pero desde hace nueve meses algo ha cambiado. Maurizio, que siempre había hecho uso de cannabis sin problemas importantes y manteniendo el contacto con su familia con visitas y llamadas telefónicas, aunque no tan frecuentes, empieza a consumir heroína, después de la perdida de los puntos de referencia de su vida de vagabundo u hombre libre: su compañera se fue, el perro se perdió y hasta el motor de su pequeño autocar, que le permitía viajar, se malogró.

Los padres cuando se enteran por amigos del hijo de lo que está pasando, van a buscarlo y lo encuentran tirado en la calle en otra ciudad. Se lo llevan a su casa

y se ponen en contacto con los Centros de asistencia a drogadictos, manteniendo el máximo secreto con vecinos y parientes. El Centro que lo tiene en tratamiento farmacológico nos envía el caso para hacer una psicoterapia familiar. El "Servizio Tossicodipendenze" que ha tomado a su cargo a Maurizio y lo ha puesto bajo tratamiento con metadona, nos envía el caso para realizar una psicoterapia de la familia. La relación entre los dos Centros comparte entonces un proyecto aunque en dos contextos diferentes y con tareas diferentes.

A este punto, otro sistema terapéutico se añade para hacer más complejo el juego interaccional entre los sistemas de tratamiento y el sistema del paciente. De hecho el paciente que se había presentado a las primeras sesiones con una actitud muy provocadora y sin dejar de hacer uso de drogas, decide ingresar en una comunidad terapéutica, la misma donde su madre hace asistencia como voluntaria. Al mismo tiempo empieza a reducir el consumo de fármacos y sustancias hasta completar su desintoxicación, antes del ingreso en la comunidad terapéutica.

Por otro lado sigue la terapia con la pareja y se evidencia cómo desde hace bastante tiempo la pareja no tiene intereses comunes excepto que por los hijos. Al mismo tiempo la madre vive el ingreso del hijo en la comunidad terapéutica como una verdadera separación, intentando utilizar su papel de auxiliar voluntaria para controlar la situación, a pesar de que el hijo no tiene contactos con los padres, con excepción de los que las reglas de la comunidad permiten. Además se nota el problema de trastorno alimentario que tiene la madre, la cual sigue engordando comiendo dulces.

Pasan dos meses y Maurizio abandona la comunidad terapéutica para "averiguar" su motivación.

Después de unos días reaparece en otra ciudad, la misma donde el padre trabaja, y los dos se encuentran en la calle, debajo la oficina del padre. Maurizio no ha hecho uso de drogas pero está borracho y no se encuentra bien. El padre llama por teléfono a su mujer, la cual quiere hablar con el chico de inmediato. Él le contesta que no quiere que lo busquen. La comunidad sugiere a los padres "dejarlo moverse". La madre no está de acuerdo y se declara decepcionada como madre y como miembro de la comunidad. En la sesión de Terapia familiar el terapeuta pregunta a la madre si según ella Maurizio en la comunidad terapéutica advertía su presencia. Ella admite que lo había pensado, puesto que estaba en contacto con sus amigos y tenía con ellos una relación bastante estrecha. "Puede ser –dice ella– que él haya sentido una responsabilidad demasiado grande por el hecho de tener no una madre cualquiera, sino un miembro de la comunidad". El hermano de Maurizio confirma la hipótesis de que Maurizio podría haber percibido la presencia de su madre en la comunidad.

En la conversación terapéutica se evidencia que en la comunidad Maurizio tenía como referencia a una psicóloga que se relacionaba con sus padres sin que él supiera nada, pero –dice la madre– "era una pequeña trampa".

En la sesión siguiente se convoca a Francesca, psicóloga de la comunidad, la cual acepta la entrevista. Ella cuenta cuán importante había sido para Maurizio en el momento del enlace con la comunidad y cómo se había creado una relación fuerte.

El terapeuta intenta comprender cuán consciente sea Maurizio del papel de Francesca con los padres. La madre y Francesca contestan de una manera diferente. La madre dice: "Él no sabe nada". Francesca dice: "Él sabe todo". La madre afirma que quiere mantener su papel de auxiliar, porque se siente muy identificada en él, y que el hecho de ser madre de un toxicómano es secundario. La psicóloga Francesca, que parece haber entendido el sentido de su convocatoria, declara estar perpleja acerca de cómo Maurizio podría vivir la presencia de su madre en la comunidad. Subraya el hecho de que ella tiene un contrato terapéutico con Maurizio y que, por lo tanto, para evitar poner en crisis esta relación, prefiere salir de todo lo que concierne a los padres. La madre no soporta esta separación de Francesca. El terapeuta agradece a la psicóloga por su colaboración y la despide de la sesión. La madre define como una renuncia la separación de Francesca. En la sesión siguiente se aprende que Maurizio ha ingresado otra vez en la Comunidad, se encuentra bien, no hace llamadas a su casa y al mismo tiempo la comunidad no le pasa las llamadas de su madre.

Desde entonces el proceso terapéutico sigue bien, los padres continúan sus sesiones de terapia y la madre, que se ha alejado emotivamente de la comunidad, se ha puesto en contacto con un grupo de autoayuda para problemas relacionados con la obesidad.

Parece claro cómo en este caso, más allá de la importancia de lo que pasa con la familia en la sesión, resulten centrales las interacciones entre el sistema familia y los diferentes sistemas terapéuticos: el sistema del Centro de tratamiento para adictos, que por un lado manejó todo el tema de la terapia farmacológica en una primera fase, y por el otro derivó el caso a los psicoterapeutas. El sistema de la Comunidad terapéutica se hizo cargo del tratamiento comunitario residencial, pero al mismo tiempo se puso en contacto con los otros dos sistemas.

Comparada con este nivel de complejidad la atención a las técnicas utilizadas en la sesión, ya no es suficiente, aunque sí necesaria. Hay que mirar a estas características contextuales y a un estilo de trabajo que tiene su referencia cultural más allá del abordaje sistémico en todas las experiencias en el trabajo comunitario desarrolladas en Italia en los años setenta-ochenta.

En este sentido me parece útil subrayar una hipótesis de analogía entre lo que Fruggeri y col. (1991, 1995) escribían acerca del Hospital Psiquiátrico y del pedido de institucionalización de los pacientes psicóticos y lo que pasa muchas veces con familias que piden ingresar al hijo toxicómano en una Comunidad terapéutica. Si la familia es obligada a reestructurarse, lo va a hacer en el interior del sistema de reglas y modalidades que ya utilizaba antes. Se puede decir, con Bateson, que un proceso

scismático puede evitar otro que se advierta como más peligroso. Una separación justificada por una enfermedad no es una separación, porque se puede interpretar como "hacer el bien del paciente".

En estas familias la separación se actúa, pero no se define. Por lo contrario un proceso de autonomización del paciente define una separación en cuanto tal y esto es lo que algunas familias no toleran. Se podría decir que la institucionalización del paciente se niega como separación, pero es actuada por parte de la familia para contrastar un tipo de separación más peligrosa: la que está definida. Esto puede explicar el por qué en muchos casos las familias prefieran o propongan ellas mismas como recurso terapéutico el ingreso en la Comunidad terapéutica en lugar de ser implicadas en un proyecto que ponga a todos al centro de la observación clínico-terapéutica. En este tema la psicoterapia familiar sistémica puede desempeñar una función muy importante, ya sea en la fase de acogida como en la de conclusión del proceso terapéutico, también cuando se utilicen varios instrumentos terapéuticos.

En cuanto a los instrumentos técnicos quiero recordar la importancia de las reflexiones de Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1975), en lo que concierne "al derivante y las trampas de la terapia".

Sin estas históricas observaciones, en este caso clínico habría sido difícil para un terapeuta individuar como "jugada" posible y fundamental la convocación en la sesión de la psicóloga de la comunidad terapéutica. Por último, casos así demuestran cómo diferentes agencias puedan colaborar para dar un sentido terapéutico a la utilización de diferentes instrumentos con una estrategia común.

***Caso C: Marcello***
***Temas: "Nuovas drogas", Terapia individual, Interrupción de la Terapia Familiar, Inserción laboral***

Cuando se habla de "nuevas drogas" se hace referencia a las llamadas "*designer drugs*", sustancias de síntesis entre las cuales la más conocida como Ecstasy (Éxtasis) es la metilendiossimetanfetamina, MDMA.

Son bien conocidos los efectos de esta sustancia a nivel general, neurológico y psíquico. En la literatura se describen, entre los trastornos crónicos que se pueden ver hasta un mes luego de que es usada, trastornos del humor, brotes psicóticos, trastornos cognoscitivos, *panic attacs*, *flash back*. Además pueden comparecer agresividad, falta de apetito, insomnio, bruxismo, *craving* para el chocolate. A nivel psicopatológico a veces resulta difícil, sin un *follow up* adecuado, hacer un diagnóstico diferencial entre las consecuencias de la asunción de dichas sustancias y situaciones clínicas que ya eran problemáticas y de las cuales la adicción representa tan sólo una cara.

Mirando y escuchando en la sesión a estos chicos mientras que llenos de angustia y agresividad rechinan los dientes o relatan cuán "malos" se sientan, parece difícil identificar cuánto de cultural y cuánto de patológico hay en un comportamiento

que se puede encontrar en la narrativa de los jóvenes novelistas italianos de "juventud caníbal" (Ammanniti 1990), como en los jóvenes artistas ingleses de la colección Saatchi que exponen verdaderas ovejas o vacas hechas pedazos, maniquíes de hombres capados o hecatombes de moscas que, serradas en vitrinas de cristal, enjambran encima de postizos y sangrientos órganos humanos y de verdaderos líquidos nutricionales para representar "el fin del mundo".

Marcello, de 24 años, forma parte de esta tipología de chicos.

Después de un tiempo de terapia con varios médicos, llega al Centro y un médico y un psicólogo lo derivan al grupo de Terapia familiar.

Él tiene un problema de abuso de cannabis, MDMA y cocaína. Para procurarse lo que necesita vende droga. En su historia personal hubo un tiempo que fue tratado farmacológicamente con neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos por un trastorno diagnosticado como "depresivo ansioso".

Tres años atrás, después de un breve periodo de abuso alcohólico, empezó a utilizar heroína, durante dos meses, pasando luego a utilizar cannabis, MDMA y cocaína.

Durante la sesión se evidencian un comportamiento de tipo ansioso agresivo, unas ideas "interpretativas", la incapacidad de soportar las frustraciones y los aspectos obsesivos.

Pero lo que atrae más la atención es la agresividad, manifiesta en particular cuando están presentes los padres. Él presenta una "facies" que impresiona cuando, rechinando los dientes dice que "siente que es malo" y llega hasta pronunciar fuertes amenazas verbales contra los carabineros.

Por otro lado, su madre lo provoca varias veces hasta que, aun más agitado, deja la sesión.

La historia familiar durante las sesiones permite evidenciar una "cesión" del paciente a los abuelos paternos hasta que él tuvo ocho años. La madre trabajaba en una peluquería y no podía ocuparse de él. Marcelo había vuelta a la casa de sus padres cuando la madre, a causa de una alergia, había tenido que dejar su trabajo.

En esta época se habían hecho manifiestos los celos hacia una prima recién nacida y, al mismo tiempo, su madre había sufrido mucho a causa de una evidente preferencia de su suegra hacia otra nieta. Ya en la escuela primaria se evidencia una actitud obsesiva del chico. En la historia familiar aparece también una crisis de pareja causada por una traición de parte del padre.

La madre sigue actualizando esta traición del marido y lo acusa de tener poco interés por ella.

Ambos padres sufrieron por una sintomatología depresiva en momentos diferentes. La mujer desde siempre domina la gestión económica de la familia y contribuye a la pasividad del esposo, que soporta la situación de gran tensión familiar saliendo de cacería con sus amigos con la mayor frecuencia posible.

En la historia hay también aspectos intergeneracionales interesantes que

implican a abuelos, suegros, hermanos, cuñadas, sobrinos, testimoniando "los aspectos frustrantes de la relación que cada uno de los padres tenía con su familia de origen" (Mazza 1999), hasta indicar el paciente como el nieto de nivel B, en cuanto hijo de un padre-marido que no es capaz de tener el respeto ni de su propio hermano, ni de su madre, ni de su padre.

Durante el proceso terapéutico, todas las veces que el problema del hijo va mejorando, la tensión en la casa aumenta. La madre propone una separación de su esposo y la actúa en pocas horas volviendo a casa de sus padres. Luego decide no estar presente en las sesiones de pareja que se llevaban adelante para favorecer la autonomía del hijo. La terapia de Marcelo continúa a nivel individual.

Esto demuestra cuán importante pueda ser desenganchar al paciente de las sesiones con los padres, manteniendo la relación terapéutica individual. Simultáneamente el Centro pone en práctica con él un trabajo sociorehabilitativo a través de una inserción laboral llevada a cabo por parte del asistente social.

Este trabajo permite reducir mucho el consumo de drogas, una disminución de la agresividad y del comportamiento, una mejora de las relaciones, aunque quedan trastornos de tipo obsesivo y unos aspectos depresivos.

Quiere decir que quedan aspectos problemáticos, pero el enganche con el terapeuta, con la red de trabajadores del Centro, los instrumentos terapéuticos y sociales ofrecidos y los "*patterns* de conexión" entre ellos, parecen suficientemente fuertes para evitar el fracaso.

***Caso D: Oscar***

***Temas: La cocaína, el alcohol, la familia de origen, los riesgos del trabajo***

La Cocaína es una droga estimulante que produce en el consumidor una euforia del estado de ánimo, insomnio, excitabilidad, estado de alerta, etc. Su consumo conlleva importantes riesgos físicos y psíquicos tanto en momentos de intoxicación como por su uso continuado.

Produce, por lo general, una adicción más lenta que otras drogas (salvo en su variante "Crack"). No es infrecuente que una persona que se inicia en su consumo lo limite, durante unos años, a las fiestas de fin de semana. En este contexto, es difícil que la persona considere su consumo un problema.

Los problemas que se perciben en esta etapa inicial suelen aparecer con "la bajada", cuando, trascurridos los efectos de la droga, se encuentra apático, irritable, deprimido...

La adicción suele progresar cuando el individuo decide tomar Cocaína para superar estos estados de apatía y poder trabajar, a buen ritmo, durante la semana.

Este camino es el que lleva a la trampa de la dependencia que consiste en que una persona necesite la droga para poder sentirse tan normal como se sentía antes de conocerla.

En el camino que lleva a la adicción y a la dependencia de la Cocaína, un alto porcentaje de cocainómanos desarrollan además problemas de abuso y dependencia alcohólica y, en menor medida, abuso de otras drogas. En particular en Italia hay muchos drogadictos que se han acostumbrado a utilizar la heroína como sedativo después del uso de cocaína y a inyectarse la cocaína con efectos mucho más rápidos y peligrosos, aumentando el porcentaje de politoxicómanos en los centros de tratamiento (Galanter, 1998; Serpelloni, et al. 2006).

Oscar es un señor de 35 anos, casado y con dos hijos de 6 y de 11 años, tiene un hermano y una hermana mayores que él. Trabaja en una empresa como *brooker* marítimo, ganando bastante dinero. Él, que ha salido de una familia humilde, se ha rescatado con su trabajo donde ha subido todos los escalones en razón de su capacidad, aunque desfavorecido por su origen modesto en un ambiente de ricos o de hijos de ricos. Para él este trabajo ha representado siempre el territorio en el cual recuperar la baja autoestima que la relación con su familia, con el padre en particular, le había procurado. En efecto, él había salido temprano de su familia trabajando como navegante para evitar los conflictos que la mala relación entre los padres había determinado, hasta una separación de ellos. El padre, hombre duro e inafectivo, ahora vive solo, pero tiene contactos con la familia, los hijos y los nietos. La mujer de Oscar es una chica un poco más joven que él y tiene una historia familiar de drogadicción referida a ambos padres. Ellos tuvieron muchos problemas, inclusive penales, con la heroína y por esta razón ella desde pequeña vivió acogida en otra familia. A pesar de esto, nunca tuvo problemas de droga o alcohol, creció como una buena chica, estudiando, y ahora trabaja como asistenta en una guardería de niños. A pesar de lo que le pasó de niña ha tenido mucho cariño por sus padres y por el padre en particular. Ahora es una mujer trabajadora y una madre cariñosa. Se casó con el paciente después de que tenían una relación desde muy jóvenes; no ha tenido otros hombres y lo ha querido mucho. Pero ahora, después de varios años de consumo por parte del esposo y problemas relacionados con el consumo, ya no puede más y a veces se declara cansada de él.

Es normal que nos encontremos con adictos que acuden a tratamiento, tras varios años de consumo, sin ser demasiado conscientes de tener un problema; muchas veces se trata de adictos que tienen un trabajo muy bien remunerado, como en este caso. Otras veces se trata de chicos, estudiantes, que ya utilizan otros tipos de sustancias. Frecuentemente se nota en los chicos que salen a bailar en las discotecas un uso variado y "recurrente" de las sustancias: drogas de diseño y alcohol para empezar, cocaína para aumentar el tono del humor, heroína para acabar la noche y poder descansar.

A menudo este adicto es "empujado" por sus familiares minimizando el problema, reconociendo el consumo pero asegurando que está bajo su control, cargando más la mano en las "exageraciones de su familia", en "el control excesivo al que son

sometidos", en la manía de control de su pareja, etc. Es exactamente lo que ocurre en este caso: la mujer lleva a Oscar a la terapia y él dice que todo eso le pasa porque la mujer lo controla demasiado. Ambos reconocen que hay una gran cantidad de problemas familiares: dificultades en la relación de la pareja, dificultades sexuales, mayor tendencia a relaciones extraconyugales por parte del marido, aumento de la impulsividad, mayor frecuencia de comportamientos agresivos, tendencia a la depresión o a oscilaciones bruscas del estado de ánimo, dificultades en el trabajo y económicas a pesar de que él haya ganado mucho en estos años. Entonces se trabaja antes con la pareja y luego en forma individual con él. En los casos de trabajo sistémico individual, un aspecto técnico importante que se añade a las preguntas reflexivas, es el de la "presencia" de los ausentes. Esto permite una interacción virtual con la familia aun cuando los otros miembros no estén. Resulta claro en este paciente cómo la cocaína tenga un efecto autoterapéutico en el bajo tono del humor de Oscar que siempre tuvo aspectos depresivos en el fondo y que su primera dependencia fue con el alcohol, que muchas veces acompaña o, mejor dicho, precede a la coca. El problema de la depresión y de la baja autoestima parece muy relacionado con la actitud anafectiva del padre hacia él. Al mismo tiempo él declara que la relación cariñosa y sexual con su mujer ha cambiado desde que nacieron los hijos, que parece que ocupen su lugar, así que ahora ya le parece que su esposa no tenga bastante "pasión" hacia él. En cambio la mujer estaría muy apegada al propio padre, que según Oscar, fue el que lo inició en la coca, porque antes sólo tomaba alcohol. Naturalmente él ha tenido muchas relaciones extramatrimoniales y durante un tiempo se fue de su casa por varios meses, pero siempre vuelve a la mujer y a ella le da todo el dinero que gana, pidiéndoselo luego cuando lo necesita. Se trabaja entonces el tema de la relación en estos diferentes contextos: **la familia nuclear**: la relación con su pareja, la relación con sus hijos; **la familia de origen**: relación con su padre, relación con sus hermanos; **el trabajo**: relación con los colegas, relación con sus jefes; **los amigos del barrio**: un tema importante en su historia de consumo en cuanto la mayoría de sus coetáneos han caído en la droga; y por último se exploran sus **relaciones extramatrimoniales** en cuanto intento siempre fracasado de salida de su familia.

El éxito que ha tenido en el trabajo y con las mujeres, lo empuja a una escalada simétrica en este campo, pero nunca lo compensa de la falta de amor de su padre o de la pérdida de pasión de su mujer. Se trabaja entonces en las sesiones individuales y con la pareja hacia su emancipación de la dependencia afectiva antes que de la dependencia de la cocaína y, después de casi dos años, la situación se va normalizando. Es importante tomar en cuenta que, en este tipo de trabajo, el abandono del consumo de cocaína no tiene por qué ser el primer objetivo. Una estrategia importante en la terapia con adictos es que el propio adicto establezca sus objetivos y cómo quiere conseguirlos. En caso de fracaso es el proyecto que fracasa y no la relación con el

terapeuta. Los pasos hacia ese cambio no pueden ser definidos por el terapeuta; la tarea del terapeuta es la de ayudar al paciente y al sistema a "generar" ideas que se co-construyen en la relación terapéutica.

Tiene que ser el paciente a establecer sus metas y estrategias; el terapeuta adopta el papel de hacer intervenciones, "aunque pequeñas", que perturben el sistema, un poco a la manera de las llamadas "preguntas estúpidas" de Medina (2011).

Los Terapeutas Familiares incluyen además a la familia en este proceso y se anima a la familia a establecer sus propios objetivos y estrategias.

**Uso, abuso, dependencia entre escenarios actuales e hipótesis futuras**

***Nuevos abordajes al consumo de sustancias: una reflexión epistemológica***

¿Qué modelos de interpretación y organización? ¿Hacia qué modelos de intervención?

¿Qué quiere decir ir más allá de la definición de toxicodependencia como patología en constante devenir, pero siempre ligada a una lectura individual relacionada con un diagnóstico, prógnosis y proceso individual, aun cuando el síntoma asume un significado de cobertura de otros tipos de sufrimiento y malestar social y psicológico a los cuales el paciente intenta dar una respuesta de manera autoterápica?

Las investigaciones de psicobiología llevadas a cabo por Di Chiara (2005) en los ratones, comparando los efectos producidos a nivel de neuroreceptores entre fármacos y estímulos naturales como comida y sexo, evidencian la función de las "drogas" como sucedáneo de lo que ya estaba inscrito en la filogénesis de la especie (a nivel clínico en 1993 Schifano et al. señalaban *craving* determinado por el chocolate asociado a un abuso de éxtasis : "MDMA cronic abuse and chocolate craving:-two case-report. Actos 2end International Rome Synposium on Eating Disorders Roma 1993 (201-203)).

En el centro de estas investigaciones está la función de la "dopamina" en el "aprendizaje incentivo". De hecho se sugiere un efecto cognitivo incentivo por parte de sustancias de abuso que pueden determinar un refuerzo no natural y anormal del "aprendizaje incentivo" que tendría como resultado las reacciones compulsivas a los estímulos secundarios (*craving*) en los toxicómanos.

Utilizando la metáfora de Di Chiara (2005), la "droga" se podría representar como una bomba inteligente con una carga explosiva constituida por el efecto gratificante y con un detonador constituido por la dopamina que determina la creación de una memoria de esta experiencia a falta de una extinción o de un periodo de tiempo intermedio antes que el estímulo sea reconocido como nuevo.

Este enfoque nos pone en contacto con la otra cara del problema, es decir "el placer". En particular este abordaje nos permite crear una conexión con lo que hoy está ocurriendo en la difusión y uso de drogas y con la dificultad a nivel clínico en

la identificación de las raíces de un sufrimiento que no se explica fácilmente en contextos donde no aparezcan claramente dificultades y conflictualidades.

Por lo contrario es posible con un abordaje holístico y antropológico, desarrollar una clínica que junte los diferentes sistemas en juego: biológicos, psicológicos, sociales.

El uso de drogas es hoy un fenómeno de masa, típico de la cultura dominante y ya no de subculturas desviantes.

Vivimos en un contexto en el cual nos han transformado en "máquinas corpóreas" que van buscando constantemente "consuelos químicos": el remedio químico para mejorar nuestro estilo de vida (fármacos contra calvicie, arrugas, etc.), fármacos que más que terapias son instrumentos para nuestro bienestar, las llamadas "*Life-style-drugs*".

Por otro lado están los jóvenes y las dificultades de crecer: soportar la frustraciones, sentirse inadecuados a los coetáneos, experimentar la fatiga de hacer fatiga... las incertidumbres de construir hipótesis hacia el futuro (no sentirse capaces ni de divertirse...) y a lado de todo esto las drogas para ser adecuado, más valiente, más resistente bailando..., drogas de relación, ponerse más fácilmente en contacto...

¿Puede ser un sistema psiquiátrico a hacerse cargo de estos problemas? ¿Y los que están experimentando, los jóvenes y ya no tan jóvenes, bien integrados consumidores sin conciencia de todo esto, los que aun no se pueden diagnosticar con un "doble diagnóstico", que forman parte de esta población y que van a relacionarse con un sistema psiquiátrico, o se necesita pensar nuevas respuestas diferentes a la psiquiatría, en los servicios para drogadictos, en las comunidades terapéuticas, buscando un cambio epistemológico para enfrentar el problema?

¿Estamos afrontando una epidemia o un trastorno étnico?

Quiero proponer dos conceptos para reflexionar: el concepto de trastorno étnico y el de sistema determinado por el problema.

Podemos utilizar una posición étnica a nivel macrosistémico más amplio, para conceptualizar y describir desde este punto de vista cómo las patologías nacen y crecen en determinadas épocas. Al respecto de esta aproximación, el trastorno étnico representa la expresión de los esfuerzos y de las tensiones que están en el interior de una cultura particular o de un particular periodo histórico (Devereux, 1973). Existiría una continuidad entre los síntomas del trastorno, sus dinámicas y elementos normales de aquella cultura (ej. Amok, Koro, etc., en las culturas orientales).

En detalle, existiría una continuidad entre los síntomas de un tipo de trastorno, sus dinámicas y las características normales de una cultura.

En Occidente a comienzos del siglo XX hubo ejemplos de gran desazón expresada a nivel sintomático y relacionada también con dilemas culturales y sociales: la Histeria, como contraste entre dos exigencias opuestas: la feminidad y la adhesión a un código de comportamiento sexual hipócrita, fruto de la represión, por lo tanto

una patología representable como sintomatología adquirida por imitación a través de la expresión en forma dramática de una caricatura femenina. Ésta es una expresión del malestar, reducida en nuestros días frente a otros trastornos antaño mucho más raros o desconocidos: trastornos alimentarios, dependencias, trastornos de la personalidad. Gordon afirma en su libro sobre la anorexia mental que "la anoréxica con su terror a engordar, expresa a nivel sintomático las contradicciones presentes en la identidad femenina hoy, como hacía la histérica en el siglo pasado". Anoréxicas y bulímicas siguen estilos alimentarios típicos de esta sociedad, usando el lenguaje contemporáneo basado en las manías de las dietas, de la delgadez y del control de la alimentación. La crisis personal choca con aquella de la cultura. El fondo sobre el que se desarrollan las realidades individuales y familiares es el de la crisis en la crisis. La historia y las historias personales, familiares y sociales son otras tantas dimensiones que se cruzan incesantemente, delimitando encrucijadas y singularidades (Les passions tristes, Benasayag, 2004).

Transtornos de personalidad y patología de la gratificación pueden encontrar correspondencia en "las nuevas dependencias (o abuso sin sustancias) como los juegos de azar, la dependencia de internet, la dependencia del trabajo y la compra compulsiva. Típica de esta sociedad es también la oferta de sustancias, alcohol, fármacos y comidas, como formas de "autoterapia" en relación con conflictos psicológicos y evolutivos.

El otro concepto al cual ya he hecho referencia aquí es el de "sistema determinado por el problema".

El concepto de sistema determinado por el problema desarrollado por la escuela construccionista de Galveston, propone como sistema un sistema determinado desde el momento en el cual todos los actores sociales a través del lenguaje definen el problema y las interacciones y conexiones que derivan de esto.

Considerar el problema de la adicción en esta óptica significa pensar en nuevos sistemas de intervención en las redes sociales. Para realizar esto se necesita un apoyo fuerte de la sociedad.

**Referencias bibliográficas**


Andolfi, M. (1977). *La terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio.

Attardo, N. (1965). Psychodynamic factors in the mother-child relationship in adolescent drug addiction: a comparison of mothers of schizophrenics and mothers of normal adolescent sons. *Psychotherapeutic-Psychosomatics, 13*, 249-255.

Ausloos, G. (1981). La dimension familiale dans l'alcolisme et les autres toxicomanies. *Les cahiers du great, n.2*, 5-36.

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

Benasayag, M. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli.

Bergeret, J. et coll. (1980). *Le toxicomane et ses environnements*. Paris: Recherche INSERM, P.U.F.

Bertalanfy, L. Von (1983). *Teoria generale dei sistemi*. Milano: Mondadori.
Blum, R. H. and Associates (1972). *Horatio Alger's children*. San Francisco: Jossey Bass.
Cancrini, L. ( 1977). *Verso una teoria della schizofrenia*. Torino: Boringhieri.
Cancrini, L. ( 1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Roma: NIS.
Castellucci, A.; Fruggeri, L; et al. (1984). *Il tempo del cambiamento*. Milano: Angeli.
Cavicchioni, V. (1992). Dalla domanda di aiuto al progetto terapeutico. *Quaderno a cura del gruppo di psicoterapia del Sert , Anno 1, n.1* Regione Emilia e Romagna.
Cirillo, S.; Berrini, R.; Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996). *La famiglia del Tossicodipendente*. Milano: Cortina Editore.
Coletti, M. (1993). Considerazioni dell'approccio relazionale applicato all'intervento sulle tossicodipendenze. *Psicobiettivo Anno tredicesimo n.3*, 23-43.
Devereux, G. (1973). *Essais d'etnopsychiatrie gènerale*. Paris: Gallimard.
Di Chiara, G. (1999). "Le ragioni della Psicobiologia". En P. G. Semboloni. *Verso una clinica delle dipendenze*. Roma: Cedis Ed.
Fort, J. P. (1954). Heroin addiction among young men. *Psychiatry, 17*, 251-259.
Fruggeri, L.; Matteini, M. et Al. (1991). "I contesti della Psicoterapia: pubblico, privato". En M. Malagoli Togliatti; U. Telfner. *Dall'individuo al sistema*. Torino: Bollati Boringhieri.
Fruggeri, L.; Marzari, M. et al. (1995). "Servizi pubblici e terapia sistemica:teorie e tecniche nell'incontro con le famiglie". En A. Gurman y D. P. Knisken. *Manuale di Terapia della Famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri.
Galanter, M. y Kleber, H. (1998). *Trattamento dei disturbi da sostanze*. Milano: Masson.
Ganger, R. y Shugart G. (1966). The heroin addicts'pseudoassertive behavior and family dynamics. *Social casework ,47*, 643-649.
Haley, J. (1983). *Il distacco dalla famiglia*. Roma: Astrolabio.
Hunt, D. G. (1974). Parental permissiveness as perceived by the off spring and degree of marijuana usage among offspring . *Human Relations, 27*, 267-285.
Kandel, D.; Kessler, R. y Margulies, R. ( 1978). Antecedent of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 7*,13-40.
Kaufman, E. y Kaufman, P. (1971). *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New York: Gardner Press.
Keeney, B. (1985). *L'estetica del cambiamento*. Milano: Astrolabio.
Kron, Y. y Brown, E. (1967) Mother and son, in Mainline to nowhere Cleveland. *Meridien Book*, 75-98.
Marzocchi, G. (1993). "L'approccio ecologico al trattamento delle dipendenze". En P. G. Semboloni. *Il vaso di Pandora Vol I, n.1* Savona.
Maturana, H. y Varela, F. ( 1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti.
Mazza, R. (1999). "Le premesse intergenerazionali e i problemi della famiglia". En P. G. Semboloni. *Verso una clinica delle dipendenze*. Roma: Cedis Editrice.
Medina-Centeno, R. (2011). *Cambios modestos, Grandes Revoluciones. Terapia Familiar Crítica*. Mexico: Red Americas.

Minuchin, S. (1980). *Famiglie psicosomatich.* Roma: Astrolabio.
Olievenstein, C. (1982). *La vie du toxicomane*. Paris: P.U.F.
Prigogine, I. y Stengers, I. (1981). *La nuova alleanza*. Torino: Einaudi.
Rigliano, P. (1992). "Quale psicoterapia per quali tossicodipendenze". En U. Nizzoli. *Macchine terapeutiche Le psicoterapie nei Sert.* Regione Emilia e Romagna: Editrice.
Selvini, M. (1980). *I giochi psicotici nella famiglia.* Milano: Cortina.
Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin G. y Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso.* Milano: Feltrinelli.
Semboloni, P. G. (1988). Come ridefinire a partire dalla cronicità, il lavoro terapeutico con tossicodipendenti. *Ecologia della mente,* Roma.
Semboloni, P. G. (1990a). "La terapia familiare relazionale sistemica". En G. Giusto. *Manuale di Psichiatria Pratica per Infermieri e Operatori Psichiatrici.* Savona: Editrice Liguria.
Semboloni, P. G. (1990b). Tossicodipendenti: servizi e terapie: un sistema definito dal problema? *Il Bollettino n. 20,* Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Milano.
Semboloni, P. G. (1991). Ética, Estética y Toxicomanías: de la interación instructiva al sistema definido por el problema. *Maristan Revista de la asociacion andaluza de Neuropsiquiatria vol I, n.1,* 46-48.
Semboloni, P. G. (1993). L'approccio ecologico al problema delle dipendenze. Dalla terapia familiare all'approccio ecosistemico. *Il vaso di Pandora Vol.I 1,* 13-43.
Semboloni, P. G. (1995). *Aprender y cambiar. Balance y perspectivas de futuro de la intervencion sobre drogas en Europa.* Barcelona: Imprenta Municipal.
Semboloni, P. G. (1996). "Dalla Terapia Familiare all'approccio sistemico" In Atti della 1° Conferenza internazionale di Antropologia. Erga Edizioni Genova.
Semboloni, P. G. (1998a). *Estrategias de disminucion del dano,terapias 'drug free': es posible operar saliendo del dilema?* Portugal Lisboa: Ed. Itaca.
Semboloni, P. G. (1998b). Intervista con Luigi Boscolo e Gian Franco Cecchin. *Il Vaso di Pandora,Vol. VII n.2,* 119-127.
Semboloni, P. G. (1999a). in "Actas 4as Jornads Dictia-ikas de Terapia Familiar . Sesion familiar. p. 116-122 Centro de Ediciones de la Diputaciòn de Malaga.
Semboloni, P. G. (1999b). *Verso una clinica delle dipendenze.* Roma: Cedis Editrice.
Semboloni, P. G. (2000a). *La Psicoterapia relazionale sistemica nei servizi pubblici per Tossicodipendenti.* Roma: Itaca, Ed. Cedis.
Semboloni, P. G. (2000b). "Workshop on Psychiatric Co-morbidity". En The therapeutic community in health system: objectives and strategies. Conference book November Seville.
Semboloni, P. G. (2000c). "L'approccio relazionale sistemico". En A. Lucchini; M. Fea y P. G. Semboloni et al. *Psicoterapia delle tossicodipendenze e dell'abuso di sostanze.* Milano: Franco Angeli.
Semboloni, P. G. (2001). Prevenzione e multimedialità:un' esperienza del Ser.T genovese

con opinion leaders. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo Anno XXIV*. Roma: Ministero della Salute.

Semboloni, P. G. (2002a). "La comunidad terapéutica hoy: un lugar de patologías compartidas (diagnostico dual)". En J. A. Abeijon y L. Pantoja. *Las comunidades terapeuticas: pasado, presente, futuro*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto.

Semboloni, P. G. (2002b). "Family approaches in the drug field" (european working group) Editor J. M. Camacho Itaca: Roma Cedis Editore.

Semboloni, P. G. (2004a). In ricordo di Gian Franco Cecchin. *Il vaso di Pandora Vol.XI, n.4*, 89-94.

Semboloni, P. G. (2004b). "Psicopatologia e famiglia". En M. Clerici y F. Angeli. *Oltre il confine*. Milano: Angeli Ed.

Semboloni, P. G. (2005a). "L'approccio relazionale sistemico". En C. Conforto et al. *Lavorare in psichiatria* Torino: Bollati Boringhieri.

Semboloni, P. G. (2005b). Esperienze di psicoterapia relazionale sistemica nel servizio pubblico. *Personalità e dipendenze Vol.11, fasc. III, dicembre.*

Semboloni, P. G. (2006a). Consulenza psicologica per tossicodipendenti. *AA.VV. Prospettive sociali e sanitarie Anno XXXVI 1 Maggio.*

Semboloni, P. G. (2006b) "Il terapeuta relazionale sistemico nel Servizio pubblico: la corazzata Potemkin o il Fantozzi della Psicoterapia?" En V. Ugazio et al. *Famiglie, Gruppi e Individui*. Milano: Angeli Editore.

Semboloni, P. G. (2012). Intervenciones relacionales sistemicas en psicoterapia y contextos interculturales. *Redes n.27 Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 59-70.

Semboloni, P. G. y Bonizzoni, P. (1985). *La psicoterapia nei Servizi Pubblici*. Genova: Edizioni del Comune.

Semboloni, P. G. y Mastropaolo, L. (1992). Pirandello: una provocazione teatrale per una conversazione scientifica. *Connessioni, Rivista di Consulenza e Ricerca sui Sistemi Umani, N° 1*, 43-49.

Semboloni, P. G. y Mastropaolo, L. (1993). Adolescenza, bulimia e famiglia. En : Atti del II International Symposium on Eating Desorders , organizzato dalla Società Italiana per lo Studio dei Disturbi dell'Alimentazione, Roma.

Semboloni, P. G. y Roccatagliata, M. G. (1992). Follow up a cinque anni di distanza di un campione di pazienti eroinomani in trattamento presso un Servizio di Salute mentale (confronto tra valutazione clinica e tipologica con l'utilizzo di un reattivo mentale). En: Atti del I Congresso della Società Italiana per lo Studio dei Comportamenti di abuso e delle Dipendenze, Roma.

Serpelloni, G.; Macchia, T. y Gerra, G. (2006). *Cocaina. Manuale di aggiornamento Tecnico scientifico.* Verona: La grafica.

Soccorsi, S. (1985) "Istituzione d'accordo, ma quale psicoterapia". En P. G. Semboloni. *La*

*psicoterapia nei Servizi pubblici*. Genova: Ed. del Comune.
Stanton, M. D. (1979). Family treatment approaches to drug abuse problems. *Family Process , 18*, 251-280.
Stanton, M. D. (1979). Famiglia e tossicomania. *Terapia familiare n.6*, 99-110.
Stanton, M. D. (1982). *The Family Therapy of Drug Addiction*. New York: Guilfort Press.
Schwartzman, J. (1975). The Addict, Abstinence and the family. *American Journal Psychiatry 132*, 154-157.
Smart, R. G. y Fejer, D. (1972). Drug use among adolescents and their parents: closing the generation gap in mood modifications. *Journal of Abnormal Psychology, , 79*,153-160.
Tec, N. (1974). Parent-child drug abuse: generational continuity or adolescent deviancy? *Adolescence , n.9*, 351-364.

Capítulo XIII

# LOS JUEGOS DEL MIEDO
# HACIA UN MODELO INTEGRADOR EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PÁNICO

Marcelo R. Ceberio[10]

**Introducción:** ***El mundo de los miedos***

Los ataques de pánico se han convertido en trastornos psicopatológicos que aquejan a un gran porcentaje de personas, como también –y tal vez como resultado de ello– han cobrado una gran difusión social que en ocasiones han llegado a extralimitar criterios diagnósticos. Las estadísticas arrojan que un 30% de la población mundial padece de estas patologías en las que el miedo ocupa un rol protagónico y se estima que 1 de cada 10 personas tienen una crisis de pánico aislada a lo largo de su vida, sin que la misma vuelva a repetirse. Las mujeres presentan un riesgo dos veces mayor en comparación con los hombres y la edad promedio de aparición es de 24 años, si bien pude ocurrir en cualquier momento de la vida, por ejemplo, el caso de una pérdida o ruptura de una relación importante está asociada con su inicio o exacerbación. Los síntomas por lo general son crónicos con una tasa de remisión de 39%, mientras que la recurrencia es de 82 y 51% en mujeres y hombres, respectivamente (R. Ceberio, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2001, aproximadamente cuatrocientos cincuenta millones de personas padecían algún tipo de trastorno mental en el mundo. Los trastornos de ansiedad son considerados como los trastornos mentales más comunes en la mayoría de los países (Puchol Esparza, 2003).

Robins, Helzer, Weissman, Orvaschel, Grunberg, Burke, y Regier (1984) sostienen que aproximadamente un 10% de la población general adulta ha experimentado una crisis de pánico, aunque en la mayoría de los casos no llega a desarrollarse el ataque de pánico. Continúa afirmando que el porcentaje de personas de la población general que lo padece en algún momento de su vida, oscila entre el 1,4% y el 2,9%. Del mismo modo, el DSM-IV-(2002), la prevalencia anual se sitúa entre el 1,5 y el 3,5% de los cuales el 50% presentan agorafobia.

En cuanto a la distribución por sexos es de un hombre por cada dos mujeres en el pánico sin agorafobia, y de un hombre por cada tres mujeres en la agorafobia. Motivo por el cual Robins et al. (1984) plantea que en ausencia de un tratamiento eficaz, el trastorno de pánico es una enfermedad crónica y deteriorante,

[10] Escuela Sistémica Argentina, Universidad de Flores, Buenos Aires, Argentina (oirebec@hotmail.com).

con períodos de mejoría y de crisis. Así como también lo describen como uno de los trastornos de ansiedad de mayor grado de discapacidad física y mental. De este modo el pánico puede vincularse a conductas evasivas de actividades y situaciones, que puede llegar a cumplir criterios de agorafobia. Aquellas personas que padecen un ataque de pánico que no fue diagnosticado y tratado correctamente, la creencia de que sufren una enfermedad con peligro vital puede causarles una ansiedad crónica y debilitante y conducirles a visitas excesivas a centros asistenciales.

Las posibles consecuencias del trastorno son, a saber, el deterioro en el funcionamiento laboral y social, la pobre autoestima, conductas hipocondríacas, el abuso de alcohol o ansiolíticos, e incluso el incremento de muertes prematuras y suicidios. Del mismo modo, el trastorno de pánico, suele contribuir al surgimiento de otras psicopatologías como la depresión mayor.

Algunas personas utilizan el alcohol o psicofármacos no prescritos para reducir su ansiedad, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno de abuso de sustancias. También es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, principalmente en los casos que desarrollan una agorafobia severa (Robins et al., 1984).

Según encuestas epidemiológicas comunitarias realizadas en los Estados Unidos, tales como la Epidemiological Catchment Area Survey de 1984 y la Nacional Comorbidity Survey de 2000, el trastorno de pánico es el más frecuente entre la gente que se decide a buscar tratamiento (Suárez Richards, 2006).

Por el desarrollo y auge de este tipo de trastornos, podríamos afirmar que han usurpado los lugares que han dejado vacantes las depresiones que, en otras épocas, ejercían su dominio –aunque no lo han abandonado– en el territorio del lenguaje y el ideario popular. De esta manera, una simple tristeza o angustia era rotulada con la frase famosa: *Estoy deprimida*, descuidando las características de una patología que cualquier experto en salud mental sabe de su gravedad.

Un factor que parece acrecentar la sintomatología es la indefinición diagnóstica hacía que los ataques de pánico, encasillándolos en crisis de angustia o depresiones cuando no, en hipocondrías. En la actualidad, cabe la duda si han proliferado en realidad, o es que se ha creado y se conoce la entidad nosológica, por lo tanto es factible categorizarla con especificidad de síntomas y características. Hoy es normal escuchar en los consultorios el rótulo pánico, de cara a interpretar mareos o náuseas o taquicardia.

Cuando poco se conocía de estos trastornos, los pacientes llegaban a la consulta con todo un glosario sintomatológico que se adscribía a numerosas especialidades médicas como endocrinología, cardiología, clínica, homeopatía, gastroenterología, psiquiatría, psicología, etc., con las consecuentes consultas a los diferentes especialistas. Como también –y producto de su desesperación e incertidumbre– cuando no atribuía sus causas a orígenes no médicos y consultaba a brujas, tarotistas o

videntes, en la creencia de que le habían realizado trabajos, que referían a maleficios, usos de magia.

Los pacientes navegaban por un océano de incertidumbre que les sumaba y potenciaba, aún más, angustia y ansiedad a la angustia y ansiedad iniciales de su trastorno. El paciente rondaba de profesional en profesional, sin encontrar una definición a su problema (R. Ceberio, 2012).

Mientras que hoy inversamente, debemos redefinir el rótulo panicoso que trae el paciente, en aquellos momentos debíamos usar el rótulo diagnóstico de manera estratégica, cuya explicitación posibilitaba operar como un primer ansiolítico: el paciente sabía ahora lo que tenía y a partir de este conocimiento se comenzaba a trabajar terapéuticamente.

También, como otras tantas veces, puede rotularse a los trastornos de pánicos como patologías de moda, aunque, sin duda, que una patología mental no surge de manera aislada del contexto que la vio nacer. Un trastorno, en este caso mental, tiene su cimiente y su influencia en su contexto madre de nacimiento, es decir, es causa de un efecto que tiene su efecto sobre la causa (R. Ceberio y Linares, 2005). Y no es para menos, la proliferación de pánicos en la sociedad actual podría entenderse ni más ni menos como una tentativa sintomatológica de frenar la hiperkinesis del ritmo del mundo actual. Una forma de freno sintomatológico al estrés imperante. Pero, paradojalmente, el pánico utilizaría los mismos circuitos neurobiológicos del estrés para frenar el estrés, cuya base del mecanismo se halla en la alostasis.

La alostasis es un concepto que se aparea al de homeostasis. McEwen (2006) define a la alostasis como el nivel de actividad al que se somete el organismo en toda su fisiología para mantener la estabilidad y el equilibrio –la homeostasis– en circunstancias medioambientales en constante cambio. Por lo tanto, la alostasis es indispensable para la supervivencia, y complementa y complejiza el clásico concepto de homeostasis. Tal lo señala Bonet (2003), la alostasis es el nivel de actividad requerido por el organismo para mantener la estabilidad en ambientes constantemente cambiantes. O sea, la actividad necesaria para mantener la estabilidad a través de situaciones de cambio. La alostasis está mediada por múltiples efectores con puntos de estabilización variables, no necesitan estar constantes, se manejan con un rango menos rígido y no son críticos para la supervivencia como el pH, la temperatura o la presión parcial de oxígeno. Estos efectores alostáticos mantienen los efectores homeostáticos y sus procesos, según su actividad y desempeño, pueden conducir a la adaptación o a la patología.

La alostasis es un proceso que nos posibilita enfrentar al estrés tanto psíquico como físico, interno o externo, activando diferentes mecanismos de los sistemas psicoinmunoneuro-endocrinos como el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, el sistema cardiovascular, el sistema nervioso autónomo, el metabolismo y el sistema inmunitario entre otros, con la finalidad de reducir al agente estresor. Es la alostasis,

esa tendencia del organismo a construir una respuesta adaptativa de cara a una situación que altera su normal funcionamiento y desestructura su equilibrio. Es un proceso activo, que implica lograr una nueva estabilidad (Ehlers y Clark, 2000; Barlow 2004; Bonet, 2003; R. Ceberio, 2013).

Pueden ser entendidos como agentes estresores del organismo, desde el cambio abrupto de temperatura hasta el roce irritante de una ortiga. Pero la complejidad del estrés se entiende como la interrelación de factores emocionales, orgánicos, psicológicos y relacionales, que llevan al individuo a estar en constante hipervigilancia e hiperexigencia. Es decir: a funcionar crónicamente bajo mecanismos alostáticos, creando un estado alostático, tal cual sucede en el estado de pánico. Lo que podría denominarse estado panicoso, revela un proceso de alerta permanente que hace factible el ataque de miedo (R. Ceberio, 2013).

El estado alostático al que se ven compelidos nuestro organismo y nuestra psique, lleva a que no solo los niveles de cortisol en sangre sean rigurosamente elevados, sino a ejercitar el eje hipotalámico-hipófiso-adrenal en demasía (R. Ceberio, 2013), a necesitar que la suprarrenal y el locus coeroleus mantengan niveles de catecolaminas listas para enfrentar la jornada. Entonces, el pánico es una forma de colocar el freno a ese ritmo acelerado que por las vías normales no se ha logrado el límite, por lo tanto es el cuerpo el que reacciona.

***Los síntomas: entre la locura y la muerte***

El DSM-IV-TR (2002) clasifica los trastornos de ansiedad en: trastornos de ansiedad sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

La característica relevante de una crisis de angustia o pánico, es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de una amplia gama de síntomas somáticos o cognoscitivos (DSM-IV-TR. 2002). El inicio de un ataque de pánico se presenta de forma brusca alcanzando su máxima expresión con rapidez. La crisis de angustia se ve acompañada de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

El inicio de una crisis de pánico se produce de modo inesperado, causada por una asociación de desencadenantes ambientales compuestos por estímulos externos e internos. Se trata de la aparición temporal o aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro, o más, de los siguientes síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos. Los síntomas son los siguientes: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta

de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, des-realización o despersonalización, miedo a morir, perder el control o volverse loco, parestesias, escalofríos o sofocaciones.

Puchol Esparza (2003) enumera la sintomatología del estado de ansiedad patológica diferenciando síntomas cognitivos, motores y psicofisiológicos.

**Síntomas cognitivos:** entre estos síntomas preocupación injustificada, intensa y constante, inseguridad y pérdida de confianza en uno mismo, sentimientos de inadecuación, inferioridad e incapacidad, anticipación excesiva y desadaptativa de potenciales peligros o amenazas, miedo o temor desproporcionado, injustificado e irracional, entorpecimiento en los procesos de toma de decisiones, aprensión generalizada, pensamientos distorsionados y creencias negativas e irracionales, problemas de concentración, sensación general de desorganización y desestructuración, indefensión o sensación de pérdida de control sobre el ambiente y sucesos.

**Síntomas motores:** Entre los síntomas motores se hallan: movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal, hiperactividad, conductas sistemáticas y planificadas de evitación, retraimiento y aislamiento social, enlentecimiento motor, rituales y comportamientos compulsivos.

**Síntomas psicofisiológicos:** estos síntomas muestran: temblores, fatiga, tensión muscular, hormigueo y dolor de cabeza tensional, sequedad de boca, sudoración excesiva o mareos, palpitaciones, sudoración, pulso acelerado e incremento de la tensión arterial, molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, diarrea y aerofagia, opresión en el tórax, sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial.

En los Trastornos de Ansiedad (TA), tanto las fobias específicas a animales, objetos y situaciones, agorafobias y las fobias sociales, como los denominados trastornos de pánico o crisis de angustia, que llamaremos las patologías de los miedos, se diferencian principalmente por la presencia de objeto. Es decir, en las fobias el miedo se haya dirigido a ciertos objetos, como cosas, situaciones o animales, mientras que en los trastornos de pánico, no existe tal especificidad. Razón por la cual, se puede vivir toda la vida con fobias, utilizando mecanismos de negación y evitación, pero no se puede vivir toda la vida con pánico. Este trastorno es invalidante y totalmente impotentizador, empobreciendo a cada paso, la vida de la persona.

Es a partir del miedo, que se detona una concatenación de síntomas físicos. Pero debe aclararse, que en primera instancia se trata del *miedo a sentir el ataque de miedo*, con lo cual la profecía autocumplidora llama a la puerta: es el miedo a sentir el miedo el que genera el miedo y es la llave efectora que abre la reacción en cadena. Pero el miedo es generado por una atribución de significado hacia una situación:

de la misma manera que en las fobias específicas a objetos determinados, en los ataques de pánico, la percepción atributiva como peligrosas a ciertas situaciones, abre las compuertas de toda una sintomatología psicofísica. Fundamentalmente, este síndrome hace pie en la atribución.

Desde Epicteto con su famosa frase acerca de *No son las cosas en sí mismas sino la atribución que tenemos acerca de ellas* y los mismos constructivistas, filósofos como Kant (1781) y Vico (1958), cibernéticos de la talla de von Glasersfeld (1988, 1994) y von Foerster (1988, 1994), terapeutas como Watzlawick (1976, 1988) y Keeney (1983) y los neurobiólogos Maturana (1993) y Varela (1984, 1990), se han encargado de relativizar la realidad y poner el sello del subjetivismo en las situaciones. Las personas realizan por sobre las situaciones, atribuciones que devienen de sus esquemas cognitivos, construidos a lo largo del desarrollo, básicamente mediante el método del ensayo y el error (Piaget, 1937). Los esquemas son reservorios de estructuras conceptuales, desde donde se realizan construcciones de realidad. Son estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria que representan el conjunto de experiencias previas y actúan a modo de moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo (Beck, 2000).

Cualquier situación puede ser significada como una amenaza para el bienestar psicológico o físico del individuo, lo que induce al estrés. Esta interpretación y connotación amenazadora es el producto de la sinergia en el contexto donde se desarrolla el estímulo, las propiedades físicas del mismo y situación en que se presente, el margen de control que se tenga sobre el estímulo y procesos estrictamente cognitivos –expectativas, actitudes y atribuciones– vinculadas con el apremio ambiental, señala Llaneza Álvarez (2008). De la misma manera, Pérez Martín (2001) afirma que las personas varían en su estilo de respuesta ante los mismos acontecimientos estresores. Para explicar esto, los psicólogos han señalado la importancia de las apreciaciones y percepciones cognitivas, es decir que las atribuciones que se hagan ante un acontecimiento, determinan en parte, si éste actúa o no como estresor y el grado en el que lo hace.

Watzlawick (1976) señala, a manera gráfica, que existen dos realidades. La primera es la realidad de 1º orden, la del consenso social, una realidad objetiva para el contexto donde se desarrolle. Y discrimina una realidad de 2º orden, la realidad particular, la de los sentidos, que hace blanco sobre la realidad de 1º orden. Todos sabemos qué es un automóvil pero no todos lo vemos con los mismos ojos, es decir que no tendrá para todos la misma atribución. Lo que nunca vamos a conocer es la realidad de las realidades, la realidad primera: la realidad 0.

Esta forma de entender los fenómenos y estímulos del mundo externo e interno, hace que transitemos enmarcados por el subjetivismo de las cosas y las relaciones de las mismas. Frente a una situación determinada, el individuo genera una

atribución. Esta atribución es una semántica cuyo contenido en lo que atribuya implicará la evaluación cognitiva que se efectúe del objeto. Entonces el objeto no es el objeto real, sino el objeto que se construya desde los esquemas mentales propios. Esta evaluación estará condicionada por las creencias y valores de su estructura cognitiva, por lo genético y hereditario, por sus experiencias e historia durante el desarrollo y las conductas que ha sistematizado en el transcurso de su vida. Esto nos da la diferencia interindividual de respuesta, el cerebro traduce esa evaluación con la activación de los sistemas alostáticos y de diferentes mediadores biológicos que son señales de información multidireccional y multisistémica, y que ejecutarán una respuesta psicoinmuno-neuroendocrina (R. Ceberio, 2013). Los mediadores biológicos son los glucocorticoides, las catecolaminas, los aminoácidos excitatorios, las citoquinas, el GABA, el CRF, diferentes hormonas tiroideas, el sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S).

En suma, los mediadores biológicos son las señales que envía el cerebro a efectos de lograr la activación de los efectores alostáticos para ocasionar el ajuste. Es preciso indicar que estos mediadores activados en exceso o por largo plazo, entablan efectos deletéreos en el organismo (Bonet, 2002).

Los síntomas del pánico, enlazados y potenciados, provocan diversas respuestas como: la huida de la situación temida, la dependencia de acompañantes afectivos que proporcionen seguridad, el corte total de las actividades habituales terminando en aislamiento y reclusión como formas de protegerse de cara a tal situación angustiante, entre otras.

Los síntomas físicos antes enumerados, son sazonados por fantasías de pérdida de control, cuyos máximos exponentes son el miedo a la locura y el miedo a la muerte. Bastará que algunos de estos síntomas se presente en alguna situación, para que en un efecto dominó se detonen los restantes. Esta forma de cascada que los síntomas adquieren, muestran como cada uno abre la puerta del siguiente. La persona siente cierta opresión en el pecho y le aparece la idea que se puede ahogar, por ende se conecta con su respiración: algo tan natural se convierte en consciente. Comienza a respirar profundamente terminando en hiperventilación. Tengamos en cuenta que en la respiración se inhala oxígeno y exhala dióxido de carbono. La excesiva respiración lleva a reducir los niveles de dióxido de carbono en sangre, lo cual causa síntomas, por ejemplo de mareo, de allí el revoltijo de estómago y las náuseas.

Por tales razones, el efecto dominó hace gala de la profecía autocumplidora (Watzlawick, 1988, Ceberio y Watzlawick, 1998): la persona no padece el miedo sino que lo construye, concepto que también sirve como maniobra estratégica en el tratamiento terapéutico.

En general, el miedo puede comenzar como una dificultad a sortear cierto tipo de situación, pero, en forma paulatina, va adquiriendo la jerarquía de problema en

la medida que no es posible solucionarlo. Una vez claramente focalizado hacia qué se detona todo el síndrome del miedo, en el caso de lograr especificarse el objeto, o identificarse su inespecificidad, es necesario explorar cuáles fueron los intentos por resolverlo, entendiendo que son tales tentativas las que sostienen y refuerzan la construcción del problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

En el caso de los trastornos fóbicos, por lo general, la proximidad del objeto construye el desenvolvimiento del cuadro, mientras que en los pánicos, una simple salida puede generar la ilación de pensamientos catastróficos y sus consecuentes conductas sintomáticas. La persona intenta al comienzo enfrentarlo, diciéndose a sí misma que ella puede superarlo, que no le va a suceder nada, que nada le puede pasar. Pero cuanto más se lo repite, mayor es el efecto contrario. Le resulta difícil comprender y surgen las preguntas: *¿Cómo?, si estoy sano; nunca me pasó algo del género; lo máximo que tuve fue una angina...; ¿Cómo?, tengo que poder superarlo*. Estas numerosas tentativas tienen como corolario el incremento de la sintomatología, potenciando la angustia inicial y desarrollando un aumento de la incapacidad, la impotencia, la desvalorización y la inseguridad que detonan aún más angustia. De esta manera se abre nuevamente el círculo vicioso. Los intentos de solución fracasados constituyen el epicentro del sostén y reproducción sintomatológico.

Los intentos de solución no se remiten únicamente a las iniciativas personales. La persona, a esta altura del proceso, se ha vuelto más dependiente de su entorno y ha comenzado insistentemente a recurrir a éste en la búsqueda de respuestas que lo acerquen a la mejoría. Por lo tanto, su círculo afectivo cercano inicia un amplio repertorio de soluciones que son condenadas al fracaso. También es frecuente que los parientes y amigos no comprendan el estado de miedo en que se encuentra el paciente: al observarlo físicamente saludable, no entienden que no logre subir a un autobús o a un ascensor, que sufra ahogos cuando se topa con un embotellamiento de tránsito, o que se desespere frente a la proximidad de una paloma, pollo o cualquier cosa que tenga plumas.

Todas estas expresiones bien intencionadas del entorno y personales del protagonista, tienen por objetivo revertir la conducta de la persona, pero lamentablemente poseen el efecto contrario. El paciente se siente incomprendido y siente que nadie se coloca en su lugar. Se encuentra a merced del despotismo del síntoma, en una posición por debajo de éste, con lo cual pese a sus esfuerzos no puede revertir la situación. Entonces, a la angustia original se le anexa la ansiedad que genera el hecho de sentirse impotente frente a la sintomatología y ridículo o avergonzado por no poder cumplir lo que su círculo afectivo le propone.

Pero hay que señalar que todo el circuito de la ansiedad-miedo, está enzarzado por una serie de construcciones cognitivas de corte negativo y catastrofista que se haya enmarcada dentro de esquemas mentales. Estos esquemas son estructuras donde se cuecen el sistema de creencias, las escalas de valores, las categorizaciones,

pautas familiares y socioculturales, etc., podría bien compararse con la caja negra de los aviones. Es decir, conocemos bien la información que sale y entra pero de lo que existe dentro solamente podemos realizar inferencias.

Beck (2000) define los esquemas cognitivos como estructuras internas relativamente estables que han acumulado de manera genérica o prototípica tipologías de estímulos, ideas o experiencias que son usadas para establecer información de acuerdo a cómo los fenómenos son percibidos y conceptualizados. Mientras que para Riso (2009) los esquemas son almacenes activos de procesamiento de información, orientando la atención, recordando o apreciando estímulos relevantes y/o ignorando input de escaso valor.

Estos esquemas desarrollan pensamientos negativos y distorsiones cognitivas que incrementan la baja autoestima tan normal en las personas miedosas. Autoinculpaciones, sentimientos de impotencia, sobregeneralizaciones, autocrítica extrema, visión del todo o nada, son algunas de las fórmulas donde los fóbicos y panicosos navegan a sus anchas.

Otro de los intentos fracasados de resolver el problema, es la figura del coprotagonista de la historia, el acompañante antipánico o contrafóbico. Siempre en estos casos, existe un miembro más cercano como la madre, cónyuge, hermano, amigo, entre otros, que se hace cargo de la situación y se halla sobreinvolucrado en ella. Acompaña a la persona afectada a todos lados en donde pueda surgir la situación temida, adicionando la seguridad que la persona no posee. Generalmente, este acompañante está totalmente compenetrado en el problema, mostrándose más preocupado y temeroso que el paciente mismo, adhiriéndose a la persona en todas las acciones de la persona, estimulando así la dependencia y favoreciendo la inseguridad.

A este punto del proceso, la persona ha adquirido el status de enfermo y ya posee tal función en los diferentes sistemas en que se desenvuelva. El status de enfermo hace que en todos sus círculos sea protegido y observado, o sea, que muchos ojos se centren en él adquiriendo un protagonismo por el contrario: no resalta por su brillantez sino por su enfermedad.

Por otra parte, el paciente pudo haber intentado las sugerencias de vecinos, recetas de médicos clínicos y de diversas especialidades que recetaron desde vitaminas para fortalecer el sistema nervioso hasta algún psicofármaco que solamente amenguó poco significativamente el síntoma, recetas que lo instaron a una nueva dependencia. Cuando no, algún pariente lo ha llevado a un parapsicólogo, vidente, brujo, tarotista o personajes del género, que le aseguraron que le fue realizado algún trabajo para dañarlo, explicación categorizante y dormitiva (Bateson, 1972), que aumenta las expectativas con los resultados del fracaso. Si el terapeuta no analiza exhaustivamente las soluciones intentadas, puede incurrir en una tentativa frustrada más dentro de todos los intentos.

Tal es el cuadro psicológico, emocional, endocrinológico, interaccional y social en que se encuentra la persona con trastornos de pánico. Por las razones analizadas en este punto, se hace necesario el diseño de tratamientos que en breve tiempo desestructure la acuciante cadena sintomática panicosa.

***Los pánicos hoy***

En la actualidad, los tratamientos clásicos para tratar las patologías de los miedos, remiten al método explicativo, es decir, a la búsqueda del porqué causal lineal. Estos tratamientos, no parecen haber demostrado gran efectividad en la secuencia sintomática del pánico. En numerosas ocasiones, se observan pacientes que creen conocer el porque les sucede, pero continúan recurrentemente produciendo la cadena sintomática.

No es el caso de los tratamientos cognitivos, desde los más constructivistas a los más conductistas en donde se ha alcanzado mayores niveles de efectividad y se ha desarrollado numerosas investigaciones basadas desde la reestructuración de representaciones cognitivas, análisis costo beneficio, imágenes guiadas, desistematización de pensamientos catastróficos, hasta la paulatina desensibilización de las conductas. Todos conceptos explorados en diversas patologías de los trastornos de ansiedad como las fobias específicas (Carrion, 2003) agorafobias (Botella, Ballester y Carrió, 1996; Michelson, 1986, 1987; Berrocal, Ruiz Moreno, Gil Villa, Hermoso, Rucci, & Cassano 2006), fobias sociales, ataques de pánico (Botella, 2001; Chappa, 1992, 1997; Roca, 2004; Carrion 2003; Gabbard, 1992; Goisman, Warshaw y Keller, 1999; Heimberg, 2002; Hansen, Patrick, Siles y Götestam, 2007), ansiedad general (Cía, 1994, 2001, 2007; Keegan, 1998; Lucock y Salkovskis, 1988; Norton y Robinson, 2010; Ricks y Zgouriges, 1991; Ballenger, 1999; Lipsitz y Marshall, 2001; Chambles, (2012), trastornos obsesivos compulsivos y trastornos por estrés agudo y estrés postraumático.

En cambio, en el modelo sistémico, se adaptan a este modelo y con eficacia los trabajos de Nardone (1993) Nardone y Watzlawick (1990) y R. Ceberio (2005, 2011, 2012, 2013), donde se implementan una serie de técnicas cognitivas y sistémicas, en pos de resolver la sintomatología en tiempo breve. También en estos antecedentes, el modelo de Palo Alto del Mental Research Institute, si bien no lo ha especificado en Pánicos y Fobias, la focalización en el síntoma ha posibilitado excelentes resultados, tal como lo muestran las experiencias plasmadas en los libros y artículos clásicos como *Cambio* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), *El lenguaje del cambio* (Watzlawick 1976), *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana* (Watzlawick y R. Ceberio 2008), *Si quieres ver aprende a actuar. Diseño y prescripción de tareas en psicoterapia* (R. Ceberio y Watzlawick 2010), *Brief Therapy: Focused problem resolution* (Weakland, Fisch, Watzlawick, Bodin, 1974), entre otros.

Por último, la psicofarmacología en manos de psiquiatras, también han alcanzados avances al respecto en la aplicación de:

- Antidepresivos tricíclicos: como la "Imipramina" que fue el primer fármaco utilizado en este tipo de trastornos, pero de acuerdo a la estadística, muchos pacientes no toleran los efectos secundarios de la droga.
- Benzodiacepinas de alta potencia: como de hecho son el "Clonazepan" o "Alprazolam". Es un fármaco bien tolerado y muy efectivo frente al pánico; tiene pocos efectos secundarios pero genera dependencia en los pacientes.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs): (Fluoxetina, paroxetina, citalopram) actualmente son considerados medicaciones de primera elección para el tratamiento del Trastorno de Pánico, Agorafobia y el Trastorno de Ansiedad social, actuando en el metabolismo de la serotonina. Son eficaces y tienen efectos secundarios benignos (Baeza Velazco, 2007).

No obstante, el tratamiento farmacológico debe estar supeditado a la psicoterapia, es decir:

- Psicoterapia como único recurso puede ser efectiva.
- Fármaco sin psicoterapia puede ser arbitrariamente eficaz.
- Pero siempre es aconsejable si se aplican fármacos acoplarlos a la psicoterapia. Es electivamente eficiente.

**El modelo de tratamiento**

Dada la relevancia de los trastornos de pánico dentro del espectro de los trastornos de ansiedad, resulta importante el diseño de tratamientos eficaces que permitan una reducción de la sintomatología en tiempo breve.

En el tratamiento de los Trastornos de pánico que desarrollamos, implementamos las prescripciones paradojales y de desviación como primer paso a la reducción de la sintomatología. Se intenta así, construir un modelo de trabajo terapéutico centralizado, en primera instancia, en la solución de la sintomatología, utilizando para ello las prescripciones de comportamiento paradojales y de desvío de síntoma.

De acuerdo a trabajos específicos en trastornos de pánico de Barlow (2004); Botella (2001); Botella y Rafael (1997); Nardone y Watzlawick (1990); Nardone (1993), existe una variedad multifactorial de elementos que coadyuvan a la producción sintomatológica del circuito del miedo. Por lo tanto, se estima que los trastornos de las patologías asociadas al pánico y a las fobias podrían constituirse en un grupo sintomático que sinergiza una serie de factores cuyos principales ejes se estructuran a partir del área emocional, cognitiva, interaccional pragmática o sea

comportamental, y neuroendocrina. A partir de estos cuatro factores se desarrolla un modelo de tratamiento que actúa en la sintomatología en tales áreas.

Básicamente el trabajo terapéutico diferencia tres etapas:

- 1º Etapa "Reducción sintomatológica": se centrará en la reducción paulatina de la sintomatología del trastorno de pánico.
- 2º Etapa intermedia "Hacia la recuperación de la identidad": en esta fase se espera la reducción del protagonismo de los síntomas, dejando lugar a otros aspectos de la vida de la persona, recuperando su identidad y el consecuente proyecto de vida.
- 3º Etapa "Reestructuración de los objetivos de la terapia": se pautarán nuevos objetivos en la terapia, rediseñando pragmáticamente los proyectos de vida con metas mínimas definidas.

La delimitación del objeto de estudio está sostenida fundamentalmente por dos observaciones clínicas.

a) La primera responde a la dominación del síntoma a la persona. Esta "tiranía sintomática" hace que el paciente se encuentre en una posición por debajo y a merced del síntoma, lacerando su propia autoestima, reproduciendo cognitivamente pensamientos automáticos negativos que lo sumergen en la más profunda impotencia y paralización.
b) La segunda, remite a los intentos fallidos por resolver el síntoma. Todas las tentativas de romper con la dominación y hegemonía del síntoma, son fracasadas. La forma sistematizada de procesar la información, el contenido, o sea, lo que se intenta por resolverlo, siempre están enmarcados en el mismo repertorio de soluciones patrocinadas por el pensamiento lógico matemático y binario, causalista lineal, con lo cual perpetúa y refuerza la producción sintomática.

***Cuatro inercias o sistematizaciones***

Estas dos variables automatizan una serie de procesos a los que llamamos "inercias" que producen resistencias al cambio. Una primera inercia es a nivel de las interacciones; no solo se intenta el más de lo mismo, sino que este comportamiento organiza sistemas de relación familiares y del sistema extrafamiliar, como consejos y acciones del entorno, constitución del "acompañante antipánico", entre otros movimientos. Esto constituye un primer "entrampe" de corte relacional que genera resistencias al cambio y del que resulta dificultoso salir. Los síntomas-problema crean un sistema con sus propias reglas y nuevas funciones (R. Ceberio, 2011).

También se automatizan procesos cognitivos. Esta segunda inercia remite, como señalamos anteriormente, a la sistematización de procesos cognitivos, o sea,

una forma de pensar el problema y su solución, regido por la lógica convencional y la activación –en la medida que se fracasa en resolver– de pensamientos automáticos negativos, como pensamientos del "debería", falacias de control, pensamiento dicotómico, predicciones negativas, descalificación de lo positivo (Riso, 2009).

La tercera inercia responde a las emociones. Las emociones son identitarias, es decir, una vez que se instaura una forma u estilo de emocionar se persiste en él y constituye el tenor de humor que define a la persona. La persona es, en ese estilo emocional, hasta tal punto que cuando aparecen emociones nuevas, el individuo es invadido por sensaciones de "extrañeza" puesto que no se halla es su estado emocional habitual u esperable.

Por último, existe una inercia neuroquímica, que forma parte de los que Pert (2007) llama "adicción emocional" referida especialmente a la producción de neuropéptidos, y toda emoción es efecto y causa de ellos. Razón por la cual, se genera en el espacio intersináptico ciertos neuropéptidos consecuentes de y con la emoción, que a su vez crean receptores de membrana acordes con el neuroquímico. Esta investigadora reconoció que un grupo de moléculas llamadas péptidos, son los mensajeros moleculares que facilitan la conversación entre los sistemas nervioso e inmunológico. Estos mensajeros interconectan tres sistemas distintos –nervioso, inmunológico y endocrino– en una sola red.

Los péptidos, una familia de sesenta a setenta macromoléculas, fueron estudiados originalmente en otros contextos y recibieron nombres diferentes: hormonas, neurotransmisores, endorfinas, factores de crecimiento, etc. Llevó muchos años el reconocer que en realidad forman una sola familia de mensajeros moleculares, compuestos por cadenas cortas de aminoácidos que se fijan a receptores específicos que existen en abundancia en las superficies de todas las células del cuerpo. Al ligar a las células inmunológicas, las glándulas y las células del cerebro, los péptidos forman una red psicosomática que se extiende por todo el organismo. Los péptidos son la manifestación bioquímica de las emociones y juegan un papel crucial en las actividades coordinadoras del sistema inmunológico (Capra, 1996), ligan e integran las actividades mentales, emocionales y biológicas.

En conclusión y uniendo las cuatro inercias: la situación genera una serie de pensamientos anticipatorios negativos y las emociones subsecuentes, y éstas producen neuropéptidos acordes. No obstante la secuencia no opera con tal linealidad. Los pensamientos negativos crean la situación / la situación genera emociones y las emociones pensamientos negativos / las emociones crean situaciones y las situaciones pensamientos negativos / los neuropétidos producen emociones y éstas crean situaciones, etc. En síntesis, un todo recursivo de interinfluenciabilidad. Es decir, un todo inercial del cual es muy dificultoso salir, más aún, desde las dos observaciones clínicas que operan como llave efectora y que favorecen el sostén de la inercia generando resistencias al cambio que son: la baja autoestima y las soluciones intentadas fracasadas.

M. R. Ceberio (R. Ceberio y Serebrinsky, 2011), afirma que en los trastornos de los miedos se activa el mismo eje neurobiológico del estrés, que inicia en la amígdala y continúa en el circuito hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal, produciendo a su vez las mismas neurohormonas: adrenalina, noradrenalina y cortisol. Los pacientes con este tipo de trastornos ejercitan permanentemente la amígdala, como órgano detector del miedo, mediante las atribuciones cognitivas que depositan en ciertas situaciones que les detona el pánico, calificándolos como "amigdalino sensibles".

**Fundamentación teórica**

La orientación teórica, toma los avales de la Cibernética, la Teoría General de Sistemas, el Constructivismo y la Psicoinmunoneuroendocrinología (PINE), a un nivel meta. Mientras que a un nivel pragmático, se utilizan los aportes del modelo sistémico aplicado a la psicoterapia: el diseño del Modelo Breve de Resolución de Problemas, el Modelo Cognitivo y la Psicofarmacología.

A un nivel epistemológico, la investigación de este modelo de tratamiento se emparienta con las conceptualizaciones de las ciencias modernas y postmodernas (R. Ceberio y Watzlawick, 1998; Keeney, 1983; Medina, Linares y R. Ceberio, 2006). Sus bases, surgen de la Cibernética: se habla sobre orden y desorden, entropía negativa y positiva y causalidad circular, por lo tanto, de naturaleza retroactiva, y la información constituye el nódulo central que se orienta a procesos de comunicación más amplios y más complejos como los sistemas humanos. La Cibernética (Wiener 1975), tuvo como objetivo de estudio los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales, y es definida por el autor como "la ciencia de la comunicación y el control en el hombre y la máquina".

La Teoría General de los Sistemas, en cambio, tiene una matriz de tipo biológico. Von Bertalanffy (1968) la define como un conjunto de elementos que interactúan entre sí. Todo sistema es un conjunto de objetos y relaciones entre los objetos y sus atributos. Los objetos forman parte del sistema, pero los atributos son las propiedades de los objetos, y las relaciones mantienen unido al sistema.

La historia de estos desarrollos van de la mano de autores como Bateson (1972), Maturana, (1993), Maturana y Varela (1984), Varela (1975, 1984, 1990), von Foerster (1974, 1988, 1994) y von Glasersfeld (1988, 1994), que fundamentan lo que se podría denominar como Nueva Cibernética, que le provee a la Terapia Sistémica un lenguaje y un modelo de pensamiento. Por lo tanto, la observación del comportamiento de una persona no es realizada desde la visión de un individuo autónomo o aislado, sino como una entidad que interactúa en un sistema de relaciones. Este sistema, está caracterizado por un contexto poblado por permanentes intercambios de información que pautan las conductas-respuestas de forma recurrente.

Estos planteos sistémicos y cibernéticos son complementados con los modelos cognitivos (Beck, 1976, 1998, 2000; Beck y Emery, 1985; Lazarus, Averill y Opton,

1970; Lazarus y Averill, 1972; Lazarus, 1991; Vila, 1985; Caro, 1997; Riso, 2009; Fernández Álvarez, 1996; Safran y Segall, 1994; Ruiz y Cano, 1999) en pos de explorar la forma de procesar información, la discriminación de los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y los avances técnicos y procedimentales en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

A todos estos desarrollos se le agregan los aportes del Constructivismo, que puede ser considerado un modelo teórico del saber y de la adquisición de conocimiento. En este sentido, el Constructivismo cabalga entre los modelos sistémicos y cognitivos (Mahoney y Waards, 1976; Feixas y Miro 1993; Guidano, 1996; entre otros). Su planteo básico, radica en que la realidad no existe como hecho objetivo, es una construcción más dentro de las construcciones que realiza toda persona, entre las cuales también se encuentra la construcción social. Por ende, se desmorona la objetividad, entendiendo que todas las relaciones que se establecen con el mundo son subjetivas: solamente hallamos niveles de mayor o menor de objetividad dentro de la subjetividad. Razones más que suficientes para entender a la ciencia como una "ciencia de la complejidad" al decir de Morin (1984, 1986).

El Constructivismo es una corriente epistemológica que es desarrollada en su forma más radical por von Glasersfeld (1988, 1994) y cuenta con algunos investigadores que en otros campos han llevado este tipo de pensamiento al ejercicio teórico y pragmático, como el psicólogo Piaget (1937, 1977), el antropólogo Bateson (1972, 1979, 1991), el cibernético von Foerster (1974, 1988, 1994), los biólogos Maturana (1984, 1993) y Varela (1975, 1984, 1990) y el lingüista Watzlawick (1974, 1988, 1994).

El mismo Einstein remarcaba, que es la teoría la que determina lo que se puede observar, confirmando de esta manera que nuestros propios esquemas y estructuraciones mentales son los que pautan una determinada perspectiva y no otra. Además de permitirnos *ver*, también estos esquemas operan como obstáculo, ya que de acuerdo a la rigidez de su conformación imposibilitan la plasticidad y la ampliación de la perspectiva.

En general, en el ámbito clínico es factible observar cómo se construyen realidades, cómo se inventan situaciones en lo que Watzlawick (1988) llama "profecías que se autocumplen". Como se observa en los trastornos de pánico, agorafobias y demás patologías de los miedos, estas profecías, son las que generan circuitos recursivos que producen, a modo de bola de nieve, desde una simple angustia hasta un ataque de pánico o, con bastante asiduidad, parte del desencadenamiento de los síntomas fóbicos.

Si una realidad es concebida como una construcción personal y como tal subjetiva, hablar de descubrimiento es una falacia ya que este postulado –perteneciente a la ciencia clásica– presupone que existe una realidad a priori, objetiva. El insight, desde esta perspectiva, más que el descubrimiento del motivo original o de la

verdad es, ni más ni menos, que una construcción que calza como aval de lo que le sucede a la persona.

Pero si la vida se construye mediante acciones correctoras, si la experiencia misma es acción, no se trata, entonces, de unívocamente reflexionar o buscar la comprensión de la situación como prerrequisito del cambio. O sea el insight de la psicoterapia tradicional no nos aseguraría la transformación de la situación problemática. Operar a través prescripciones de conductas, como tareas que impongan una pauta diferente en el circuito generador del problema, posibilitaría una experiencia nueva que lleve a la construcción de una realidad nueva.

Von Glasersfeld (1994) define que el mundo que experimentamos *es y debe ser como es* porque nosotros lo construimos, o sea, lo organizamos de esa manera. Lo mismo vale decir con respecto a los sistemas interactivos humanos. Una identidad del sistema depende de patrones de interacciones y, si bien nos transformamos en el proceso de relacionarnos, esta transformación es casi siempre imperceptiblemente lenta. Desarrollamos tácticas para manejar relaciones y también estas mismas contribuyen al sentido de quienes somos. Repitiendo la misma manera de hacer las cosas nos confirma quienes somos.

Por último, el modelo Psicoinmunoneuroendocrinológico (PINE), permite observar, analizar y resolver la problemática, integrando diferentes aspectos del fenómeno, desestructurando la obsoleta dicotomía cartesiana, de la que tanto se habla y tan poco se practica. Algunos autores como Damasio (1994), Pert (2007), Fratícola (2004), Bonet (2003) y LeDoux (1993, 1994) entre otros, han logrado construir una versión más completa de las patologías. La PINE posibilita conocer los mecanismos básicos de la participación del sistema nervioso en el control de los distintos sistemas del organismo y las funciones de los distintos sistemas, estructuras nerviosas, principalmente el funcionamiento de la amígdala (Haedo, 2002) y diversos circuitos cerebrales. También entender el funcionamiento de los distintos sistemas y glándulas endocrinas, sus hormonas y funciones y el papel de éstas sobre las funciones nerviosas; así como estudiar los mecanismos de diagnóstico tanto bioquímicos como de diagnóstico por imágenes, e integrar y discriminar los participantes del sistema inmunológico: órganos y células, su funcionamiento y maduración.

Estas bases conjuntamente con el desarrollo de un esquema de abordaje clínico diseñan un modelo de alta efectividad, con un protocolo estipulado de pasos a seguir, guiados por tácticas, técnicas y estrategias, pero flexible y adaptable a cada paciente en particular.

Siendo los trastornos de pánico, aunque también las agorafobias y las fobias sociales, trastornos de gran relevancia dada la incidencia en la sociedad actual y la paralización e impotencia a la que se ve compelida la persona, el desarrollo de este modelo de tratamiento posibilita resolver de manera breve y eficaz la sintomatología panicosa del paciente.

Estas bases teóricas alientan a un modelo pragmático, ágil, que permitirá obtener resultados claros y eficaces a corto y mediano plazo. Parte de este diseño se deberá a la observación de los intentos de solución fracasados en los tratamientos tradicionales, cuyo uso del método explicativo ha logrado sumergir en mayor incertidumbre a la persona, puesto que la explicación no alcanza a revertir el cuadro, dado el grado de reverberancia sintomática a la que la persona se somete. La explicación no posee la fuerza suficiente para revertir el cuadro, más aún en aquellos que llevan años de establecimiento en la vida de la persona y los síntomas se han convertido en "miembros de la familia" del protagonista.

A la explicación psico-educativa, que forma parte del modelo de la investigación presente, se adjuntan las maniobras pragmáticas –como las prescripciones de tareas– que intervienen intensamente en el campo pragmático de la persona. La importancia del modelo tratamiento, consiste en la integración e implementación de una serie de una serie de modelos teórico-pragmáticos de gran efectividad clínica como el sistémico y cognitivo, con avales epistemológicos cibernéticos y sistémico-constructivistas sobre un marco macro psicoinmunoneuroendocrinológico que aúna elementos biológicos con aspectos psicológicos, que permiten una observación del fenómeno de manera compleja y completa.

**Algunas maniobras estratégicas y pautas del tratamiento**

El tratamiento básicamente centra obsesivamente desde el comienzo, en la descripción y focalización del problema, la exploración de los intentos de solución y la aplicación de prescripciones y otras técnicas. El terapeuta que adopte este modelo mostrará una posición empática, comprensiva y en *up*, y seguirá paso a paso el diseño de un protocolo de intervención, del que señalaremos los puntos más relevantes.

***Signos y características de personalidad***

En el marco de esta entrevista exploratoria, son evaluadas las características de personalidad de la persona afectada por trastornos de pánico y de la trasformación que generan los síntomas, que son volcados en matriz de datos de triple entrada. En la primera columna se detallarán aproximadamente las características de personalidad de la persona panicosa; en la segunda, el síntoma que es definido como "Tirano y Sabio": Tirano, porque la persona está a merced del síntoma y Sabio porque el síntoma encierra una oportunidad de modificación y posibilita el giro de ciento ochenta grados por sobre las características de personalidad del panicoso; y por último, en la tercera columna, la Recodificación Terapéutica, es decir, la construcción de una personalidad funcional y equilibrada a partir de la síntesis de las características de la primera y segunda columna.

| PERFIL DE PERSONALIDAD (CARÁCTERISTICAS) | SÍNTOMA (TIRANO Y SABIO) | PROCESO TERAPEUTICO (RECODIFICACION) |
|---|---|---|
| Omnipotente | Impotencia | Potencia |
| Controladores | Controlados | Equilibrio (controlar y dejarse controlar) |
| Omnipresente | Ausente | Presente |
| Introversivo | Extraversivo | Extra e intro selectivo |
| Implosivo | Explosivo | Colocar límites espontáneamente |
| No saber decir no (al otro o a si mismo) | "Obligados" a decir no | Descompresión |
| Presión (auto o heteropresión) | No presión, a veces depresión | Equilibrio (individualidad y compartir) |
| Individualistas | Compartir mediante el síntoma | Interdependencia |
| Independientes en extremo | Dependencia extrema | Dar y recibir |
| Ayudadores asimétricos | Ayudados y socorridos | Exigencia productiva |
| Hiperexigencia para si y los demás | No exigencia | Ritmo normal |
| Ritmo acelerado (hiperkinesis) | Paralización | Autoestima óptima |
| Falsa valoración personal | Desvalorización | |

*Ecuación del grado de resistencia al cambio*

El modelo muestra en la experiencia clínica, que tanto la aplicación de ciertas estrategias técnicas como el uso de psicofármacos dependerán de cuatro variables que darán en llamarse "ecuación del grado de resistencia al cambio", a saber:

1) Grado de intensidad de los síntomas (0 a 100).
2) Frecuencia de aparición del ataque de pánico (no es lo mismo que los accesos al pánico sean cotidianos, semanales, mensuales, etc.).
3) Cantidad de síntomas que lo conforman.
4) Tiempo: aparición del primer ataque (cuanto mayor sea el tiempo de convivencia con los síntomas, mayor es la incorporación de los pánicos a la vida de la persona).

Estas cuatro variables son utilizadas para evaluar el estado sintomático de los sujetos panicoso, tanto al inicio del proceso terapéutico, en la etapa intermedia y en la finalización del mismo. Así también se prevé una evaluación posterior a al cierre del tratamiento mediante un seguimiento telefónico a los 6 meses. Este chequeo permite ver el grado de inercia o sistematización sintomática al que aludíamos anteriormente.

***Tentativas de solución***

En la exploración de tentativas de solución fracasadas se intenta recolectar tanto los intentos personales del protagonista, de los profesionales que intervinieron previamente, de las personas afectivamente cercanas (P.A.C.) tanto del entorno de amistad y familiar. Como también la detección del acompañante antipánico (tanto el principal como secundarios) y su forma e intentos de ayuda.

En el próximo cuadro se describen las características de los diferentes protagonistas de los intentos de solución fracasados y las principales tentativas de acuerdo a nuestra casuística clínica.

| PERSONALES | ACOMPAÑANTES | PROFESIONALES | P.A.C. |
|---|---|---|---|
| Evitación y huída<br>El mantra *"No me va a pasar"*<br>Negación<br>Ritualismo<br>Cábalas<br>Vitaminas y analgésicos<br>Psicofármacos<br>Ejercicios de relajación<br>Recluirse en la casa<br>Acostarse y dormir<br>Pretextos y racionalizaciones | Mas temerosos que el mismo miedoso<br>Cautelosos y defensivos y evitativos<br>Por constituir un vínculo asimétrico, acentúan impotencia, inseguridad<br>Brindan apoyo, confianza y seguridad (en desmedro de los recursos del protagonista)<br>Narcisísticamente poderosos<br>Estimulan la dependencia<br>Hacen por el protagonista<br>Con la mejor intención, aconsejan lo que *"no se debe hacer"* | Médicos clínicos, Neurólogos y Endocrinólogos<br>Cardiólogos y Gastroenterólogos<br>Otorrinos y Neumonólogos<br>Psiquiatras y Psicólogos<br>Homeópatas<br>Grupos de fóbicos anónimos<br>Videntes, tarotistas, brujos<br>Yoga<br>Terapistas corporales, florales | Familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.<br>Consejos *"útiles"* (tengo un médico que atendió a mi tía…)<br>Búsqueda de causas y porqués<br>Explicaciones "Dormitivas"<br>El síndrome del pastor *"tu puedes"* |

***Presentación del gráfico de circuito recursivo o profecía autocumplidora***

Consiste en edificar un gráfico donde se halle condesado todo lo que le sucede al protagonista. Sintetiza en una página desde la apertura hasta el cierre del ataque de pánico.

Aúna, emociones, distorsiones cognitivas, ilación sintomática, sintomatología orgánica, que generan un efecto dominó o cascada construyendo desde lo cognitivo, una realidad en la pragmática. Su presentación y redacción haciéndole participar al paciente es, en sí misma, una intervención poderosa que trasforma el padecimiento en construcción.

Es decir, la reestructuración es permutar la semántica de "padecer" por "construir", cambiando posición de asimetría sintomática. Siempre el síntoma se halla en *up position* con respecto a la persona, de allí que se sienta bajo el yugo del despotismo sintomático. El hecho de comprender que es el protagonista el constructor de la sintomatología, hace que la asimetría se invierta y sea la persona la que inicia a dominar el síntoma.




***Las prescripciones***

La primera maniobra estratégica estrella son las prescripciones de comportamiento (Watzlawick, Weakland y Fisch 1974; Watzlawick, 1976; Andolfi, 1977; Haley 1973; R. Ceberio y Watzlawick, 2011). La llave que se utilizará como recurso es una intervención y prescripción de corte paradojal que gira copernicanamente las acciones

sugeridas hasta el momento. Esta posibilidad está avalada, en principio, por una ruptura del "más de lo mismo" como acciones recurrentes, pensamiento convencional, lógica matemática. O sea, dejar de hacer lo que se ha hecho dada su inefectividad. Y este freno no solo se realiza de cara a las acciones desarrolladas por la persona sino que lleva a colocar límites hacia el entorno que presiona tratando de provocar el cambio y termina incrementando el síntoma. Además de este tipo de prescripciones, también se podrán prescribir tareas de desvío o desfocalización, principalmente "el uso de la libreta" o la "grilla de registro de síntomas", que provocan un corte de la cadena asociativa de acciones, pensamientos y emociones de la antesala a un ataque panicoso.

Con respecto a la indicación de una tarea, no se trata únicamente del contenido que se intenta transmitir sino el cómo presentarla. Con el uso de técnicas hipnóticas ericksonianas, el terapeuta "venderá" una prescripción muy difícil de comprar: hacer justamente lo contrario a lo que la lógica racional indica. Si trató de decir "No me va a pasar nada" (y se logró incrementar el síntoma), ahora se intentará provocar uno o dos de los primeros pasos del ataque frente a la situación temida, por ejemplo, la angustia en la garganta y el estómago, y la taquicardia.

Frente a la cara atónita del paciente y con firmeza, el terapeuta como un experto en este tipo de trabajo (siempre se presentará de esta manera, cuestión que afirma la confianza y lleva a que se efectivice la tarea), sugiere la prescripción minuciosamente, recreando las imágenes de manera anticipada y entrando por los canales más desarrollados en ese paciente (visual, auditivo, táctil, olfativo). Buscará la aprobación en el gesto, hablando su mismo lenguaje y tal vez implementando analogías, cuentos, metáforas:

> Ud. calcule 200 ó 215 mts. antes de llegar al comedor de su trabajo donde dice que hay tanta gente y que dice que le provoca gran temor…, comenzará entonces a caminar en esa dirección con la fuerza de voluntad que lo caracteriza y que, por otra parte, lo ha traído aquí en busca de una solución. Ahora bien, en la medida que avance debe imponerse sentir la angustia en su pecho, se repetirá varias veces la orden..., después pasará al dolor de estómago, paulatinamente irá sintiendo que el corazón le palpita cada vez más aceleradamente, como si se le escapara del pecho... Llegará a la puerta del comedor, dará alrededor de 5 o 7 pasos en dirección al mismo, siempre sintiendo el dolor en pecho y la taquicardia..., descansará 2 minutos en la antesala. Allí tratará de reflexionar acerca de lo que siente en ese preciso momento...

Por lo general, si la introducción de la prescripción fue efectiva pueden darse varias opciones en los resultados. Básicamente como señala R. Ceberio y Watzlawick (2011):

a) El paciente trató de estimular la aparición del síntoma y no logró que surja.

b) El síntoma hizo su aparición en forma total cuanti y cualitativamente.
c) El síntoma apareció de manera parcial, variando en el porcentaje de su intensidad.
d) El síntoma que aparece espontáneamente y se anticipa a que la persona lo realice espontáneamente.
e) Olvidar hacerlo
f) Racionalizar por resistencia al cambio, argumentando entre otras justificaciones: "no tener tiempo".

En la primera premisa, el paciente ha logrado realizar la tarea pero para su sorpresa, intentó y reintentó y no pudo efectuar la reproducción de sus síntomas. Es la primera vez, después de meses o años, que enfrentó al monstruo sintomático del Dios Pan que lo domina y no cedió frente a sus amenazas de aparición. Esto lo obliga a correrse de una posición asimétrica que lo ubica por debajo, mirando al síntoma tal como si fuese un gigante. Ha comenzado a sentirse más seguro, después de tanto tiempo le resulta extraño no sentir la sensación que tanto lo acompañó. El terapeuta connotará positivamente sus acciones pero, mostrándose escéptico y casi reflexionando en voz alta, lo instará a que vuelva a realizar la tarea:

> Uhmmm..., que extraño que no hayas logrado colocar los síntomas..., raro, como siempre han aparecido de manera espontánea, ahora que los tienes que hacer a propósito no surgen... A ver, reintentemos..., volvamos a realizar el ejercicio nuevamente, pero esta vez te acercarás más al ascensor. Prueba a 2 mts..., pero podrías agregar la sudoración, además de los dolores de estómago y de garganta....

Si, de desarrollarse la nueva prescripción, el resultado es el mismo (o sea, que no logró desenvolver los síntomas), posiblemente el paciente comienza a sentir que el síntoma es dominado por él, con lo cual, se encuentra en una posición *up* en la interacción con este, cuando siempre ha sucedido lo inverso. Es factible, entonces, que en este proceso se incremente su seguridad y su valorización personal –características perdidas al estar a merced del síntoma–, sintiéndose paulatinamente más independiente. Es decir, el efecto dominó no está en dirección al caos sino a la evolución y el crecimiento.

Es interesante aplicar el concepto tan difundido por Michel White (1989, 1993) en la terapia narrativa de *externalización del síntoma*. Cuando el terapeuta intercala el término *monstruo* que domina al paciente o cuando habla de *interacción con el síntoma* en donde se desenvuelve una *lucha a brazo partido*, son caminos obligados que conducen a colocar el síntoma en el entorno del paciente. Esta llave, permite concretizar un oponente que hasta el momento se dibujaba como abstracto. De esta manera, es factible establecer una esgrima con el síntoma donde las prescripciones

consisten en las diferentes maniobras y artilugios que hacen factible un *touché* desbaratando la función sintomática.

La segunda posibilidad es que haya podido desarrollar el ataque en toda su magnitud. El síntoma, entonces, que escapaba a su dominio presentándose espontáneamente, ha cedido terreno: ahora puede realizarlo por propia voluntad.

El terapeuta no dejará de connotar positivamente la efectividad de la tarea:

> ¡Fantástico!, has logrado realizarla. Tanto que el síntoma aparecía cuando él deseaba, ahora has logrado que te obedezca y surja cuando se lo pides. A ver cuéntame obsesivamente cómo fue la experiencia...

Para acrecentar la seguridad de aparición del síntoma bajo el dominio del paciente, es probable que se reincida en la tarea con miras a repetir la experiencia e introducir la consigna inductora de que *tenemos al síntoma a raya*, es decir, aparece cuando nosotros deseamos. En pasos posteriores, mediante prescripciones directas, el terapeuta indicará la eliminación del síntoma de manera paulatina. Pero solo es posible, una vez que el paciente sienta que ha logrado dominar al síntoma, o sea, que se ha reforzado su seguridad para estar convencido que lo podrá erradicar.

La tercera consigna, es una vía intermedia entre la primera y la segunda: el síntoma no ha desaparecido, pero tampoco se ha presentado en igual intensidad. Es un resultado que se observa con notable frecuencia, donde es necesario que el terapeuta obtenga la suficiente claridad acerca de cuánto es el porcentaje de aparición de los síntomas. Por tanto, el paciente deberá medir mediante un puntaje de 0 a 100 dicha intensidad. De acuerdo a los valores, se podrá optar por perseverar en las tareas paradójicas o intentar por las directas. La repetición parcial de un síntoma, también posibilita connotar positivamente los resultados:

> A ver si he entendido bien,... quiere decir que sobre un porcentaje del 100 por 100 de aparición del síntoma frente a lo que más te atemoriza (puede mencionarse la situación específica), solamente surgió en un 24%. ¿Estás realmente seguro que has hecho bien la tarea?, porque de ser así hemos avanzado en un 76% tan solo en dos sesiones..., ¿no será demasiado?. Qué tal si la repetimos y haces el mismo chequeo y me cuentas...

Las prescripciones directas, por otra parte, se aplicarán de acuerdo al grado de seguridad y de dominio sobre el síntoma que haya adquirido el paciente, además de evaluar otras coordenadas como el contexto donde se desarrolló la tarea, los integrantes involucrados, los síntomas que se prescribieron en la secuencia, etc. Las prescripciones de síntoma podrán instrumentarse variando cualquiera de estos elementos. Puede incrementarse la cadena sintomática o cambiar el contexto donde se

desenvuelva el ataque de miedo. Se chequearan los puntajes y se compararán entre ambas tareas. Las directas, de manera similar, irán restringiendo de forma paulatina los porcentajes obtenido de comienzo hasta alcanzar la reducción total.

El uso de la libreta, es una de las prescripciones más efectivas en las desviaciones de síntomas. Principalmente, puede ser aplicada en los trastornos fóbicos, de pánico y en los rituales obsesivos-compulsivos.

Como hemos señalado anteriormente en los trastornos del miedo (Fobias y pánicos), la aplicación del *más de lo mismo* de soluciones intentadas fracasadas genera un efecto dominó que lleva a que la persona viva dependiente de la aparición de sus síntomas. El uso de la libreta en la desviación del síntoma consiste, nada más y nada menos, que en la compra de una libreta del tamaño del bolsillo trasero del pantalón. Preferiblemente con espiral, lugar donde se colocará un bolígrafo enganchado. A partir de la prescripción, la libreta se convierte en un apéndice de la persona. Donde vaya irá con su libreta. En la actualidad también es factible usar el teléfono celular en el "block de notas" y utilizarlo con la misma función.

La finalidad remite a transcribir, ideas, sensaciones, emociones, reflexiones, etc., en determinadas oportunidades consignadas por el terapeuta. Probablemente, en el preludio de un ataque de pánico o frente a la proximidad del objeto fobígeno, o de cara a la compulsión de un determinado ritual obsesivo, el terapeuta indicará que la persona en *ese momento* deberá redactar una serie de elementos pautados por él. Fecha y hora, descripción del contexto, por ejemplo el lugar donde se encuentra (casa, trabajo, estudio, etc.), lugar del lugar (una habitación, patio, baño, etc.), cómo estaba vestido, quiénes eran las personas que lo acompañaban, etc. Además, colocará qué es lo que sintió (en términos de las emociones), hasta donde de la cadena sintomática llegó (por ejemplo, que discrimine cuáles fueron los síntomas que se enlazaron), reflexiones acerca del momento, etc.

Este ejercicio provoca que la persona –pendiente en activar, por ejemplo, el miedo al miedo que abre la llave hacia un dominó sintomático– registre por escrito ese momento crucial. En la mayoría de las oportunidades, este corrimiento de foco anula tal llave de acceso a la sintomatología. Razón, por la que el paciente disminuirá indefectiblemente sus conductas anómalas, de esta manera y para su sorpresa, tiene poco que escribir de sus síntomas.

La libreta y lo que se deberá redactar en ella, genera esa distracción momentánea tan buscada por el terapeuta con relación a desestructurar la cadena sintomatológica. El hecho de que la persona –cuando detecta el prolegómeno de sus comportamientos– deba buscar en su bolsillo la libreta, en principio, la conecta con un primer estímulo ideacional y una acción inesperados para la secuencia de síntomas. En un segundo momento, después de semejante alteración, deberá observar su reloj y escribir hora y día, mirar el lugar donde se encuentra, cómo está la postura de su cuerpo, la gente de su entorno, etc. En síntesis, una serie de estímulos en donde

fijará su atención y generarán la distracción suficiente para alterar la recursión de las conductas. De allí, la posibilidad de socavar la dependencia creada y sistematizada de sus síntomas, dependencia que lo anulan como persona disminuyendo –cada vez en mayor proporción– su autoestima, abriendo y reforzando nuevos accesos sintomáticos.

Por otra parte, más allá del trabajo de inducción ericksoniana que hace falta para instruir acerca de los pasos de la prescripción, no resulta (como en las prescripciones de síntomas) una confrontación a la lógica racional, por ende, en principio no se hallan resistencias en aceptar las acciones a realizar. Después se corroborará si en las acciones concretas se compra la libreta y se desarrolla la tarea.

La prescripción aparenta remitirse al simple registro de las sensaciones y reflexiones sobre los síntomas, bajo el pretexto que el terapeuta *necesita de un registro más exhaustivo*. Sobre esta premisa, no se altera el sentido común como en el resto de prescripciones paradojales, pero sí se ocultan los verdaderos fines que refieren a la desviación del foco habitual.

Otra de las prescripciones de desviación sintomática sumamente efectiva tanto en pánicos, fobias y rituales obsesivos, es el uso de la "planilla de chequeo de sintomatología" (Spaini, 1995).

Como ya hemos descripto, en estos tipos de trastornos se asocian en cadena una serie de síntomas: uno activa al siguiente, este al próximo y así recursivamente se instaura un círculo vicioso que resulta difícil desestructurar. El terapeuta, entonces, realizará un obsesivo recuento de los síntomas que perturban a su paciente. Una vez que tiene en claro cuáles son los signos que componen tal repertorio de conductas, puede mandarle a confeccionar una grilla en donde se registrarán una por una, las apariciones de los síntomas cotidianamente.

Esta planilla está compuesta por diferentes columnas. Cada una de ellas, está encabezada por cada uno de los síntomas que conforman la cadena, por ejemplo: náuseas, mareos, miedo, fantasías catastróficas, pensamientos de muerte, dolor de estómago, espasmos, sudoración de manos, sudoración de pies, hormigueos, taquicardia, dolor de cabeza, calores, hipotensión, vómitos, angustia en la garganta, opresión en el pecho, sensación de vacío en el pecho, rumia mental, desmayos, ansiedad, etc.

A la izquierda y de manera vertical, se registrará los períodos en que desea chequear la aparición de los síntomas. Por ejemplo, si desea hacerlo por cada media hora, hora, dos horas, tres, tres veces en el día, etc. Se colocará una cruz en el casillero correspondiente al síntoma.

A la derecha y también verticalmente, se registrarán los totales en cada período de registro. Suponiendo que el registro sea por hora, se anotará la cantidad de síntomas que se contabilizaron en esa hora, por ejemplo, mareos, náuseas, rumia mental, miedos, etc.

Por lo general, la persona que padece este tipo de trastornos siente tal agobio e intensidad por sus síntomas, que está convencida que estos la invaden a toda hora y todos los días. De esta manera, no logra discriminar si el malestar la aqueja tal como lo siente, de lo que realmente le sucede. La persona se encuentra tan sobreinvolucrada en su perturbación, que no diferencia los síntomas del miedo, de aquellos estados que pueden producirse a causa del contexto.

Por ejemplo, cuando se siente acalorada y aparece sudoración como parte de la cadena de miedo, ignora la temperatura de 38 grados que hay en el ambiente. O si tiene taquicardia, se debe a que corrió el autobús intempestivamente, o si le duele el estómago o tiene espasmos es porque comió o bebió demasiado. En síntesis, cualquier conducta puede ser bien atribuida al síndrome del miedo, aislándola de su etiología y utilizándola como argumento que incremente el malestar.

La planilla permite conectarse con tal realidad, principalmente cuando en la sesión siguiente el terapeuta chequea cuánto y en qué porcentaje apareció la sintomatología y la compara con cuánto imagina la persona. El terapeuta realizará un recuento obsesivo de todos los datos recogidos en la grilla. Calculadora en mano, contará la cantidad de síntomas discriminados en la cabeza de cada columna y los multiplicará por la cantidad de horas en que fueron chequeados desde la sesión precedente hasta ese momento. Es decir, tal como se ve en la planilla del ejemplo, si son 6 los síntomas se multiplicarán por la cantidad de horas evaluadas, obteniendo un total que marca el rango de máxima de aparición de los síntomas (100%). El resultado obtenido, representa la creencia de la persona sobre lo que a ella le sucede, puesto que se halla tan inmersa en el efecto dominó sintomatológico que confunde sus sensaciones con lo que le sucede en realidad.

Luego de realizar ese cálculo, se deberá contar la aparición real de los síntomas. Los totales parciales se sumarán y se efectuará el porcentaje. Ambas cifras se compararán. El terapeuta señalará:

> A ver, a ti te parecía, como lo has planteado la sesión anterior, que realizabas todos los síntomas a toda hora, si de hecho eso hubiese pasado, hubieses tenido alrededor de un total de 156 síntomas, es decir el 100%. ¿Está claro?
>
> Ahora bien, contando la cantidad de síntomas que aparecieron en realidad, suman... un total de 37 que son algo así como el 25% de lo esperado. La verdad es que me has desconcertado, cuando me comentaste en la primera sesión sobre todos tus síntomas creí que se daban durante todo el tiempo o por lo menos en la mayoría. Hemos comprobado que no es así...

Esta primera comprobación resulta ser una connotación positiva en sí misma, que –como intervención– alienta a continuar progresando hacia la mejoría en el proceso.

La eficacia de los resultados se debe a múltiples factores. En principio, más allá de que los síntomas no se producen todo el tiempo, en general sufren una notable disminución. Tal disminución radica, entre otras cosas, a que la persona lleva un control exhaustivo que no da lugar a que los síntomas la tomen por asalto, razón por la que se ha anulado la espontaneidad de la aparición sintomatológica. Se halla pendiente de registrar su organismo, prestar atención a sus sentidos, chequear exhaustivamente cada conducta, etc. Pero a la vez, el hecho de escribir los puntajes de la aparición sintomatológica, desvía (mientras anota) su atención hacia el papel.

La planilla deberá utilizarse a lo largo de las sesiones, implementándose casi como prescripción de elección, a pesar que es factible que se anexen otras tareas. En cada sesión se chequeará la aparición de los síntomas traduciéndolos en porcentajes y comparándolos con los resultados de la semana anterior. Si, por ejemplo, se notase un incremento de alguno de los síntomas o del porcentaje en general, es importante que la persona registre en la grilla la situación o los prolegómenos de la situación donde se desencadenaron los síntomas. De esta manera, se precisa con claridad cuáles son los factores que los han provocado.

Esto quiere decir, que en la grilla pueden transcribirse datos que permitan un control aún mayor. Por ejemplo, como señalamos, anotar alguna situación peculiar por la cual se asocia la producción de alguno o algunos de los síntomas de la cadena. Estas son anotaciones comunes a la manera de títulos, como: *Fui a lo de mamá / Mi marido le pegó a mi hijo / Me impactó el noticiero, etc.* En esta misma línea, si se indican prescripciones de síntomas o ejercicios específicos de tareas directas, también se registraran de la misma manera, cuestión de observar con precisión si pudo lograrse la producción sintomática o no.

En la medida que se continúa con la planilla y con la mejora (la reducción sintomática) del paciente, pueden espaciarse las horas de registro o ir anulando síntomas porque ya no aparecen más. El terapeuta deberá chequear cada vez, realizando los porcentajes de disminución. Estos progresos se deben no solo a que la planilla genera la desviación del síntoma desmontándolo de manera paulatina, sino también, por el incremento de la valoración personal y la seguridad, elementos tan vapuleados en la persona a causa del aumento de los miedos.

***Uso de cuentos y "el" cuento***

Más allá de las prescripciones, el uso de cuentos (Rosen, 1982; R. Ceberio, 2013) como principalmente el mito del Dios Pan, constituyen un fundamento en la aplicación de tareas paradojales. El cuento del Dios Pan tiene por finalidad que el paciente acepte y realice la prescripción paradojal, encontrándole cierta lógica. Utilizando la técnica de la externalización del síntoma, el Dios Pan está al acecho y cuánto más miedo se le demuestra, mayor es la asimetría en disfavor y la mayor son las posibilidades que el Fauno "viole" a su víctima. Cuanto más intento de que no suceda: sucede.

El Dios Pan (mitología griega), hijo de Hermes, era el semidiós de los pastores y rebaños que tiene su homólogo en Fauno en la mitología romana. Era en parte animal, un fauno velludo y horripilante, con los cuernos, las patas y las orejas de un macho cabrío. Pan era, también, el Dios de la fertilidad, de los campos y de la sexualidad masculina desenfrenada, lasciva y viciosa. Dotado de una gran potencia y apetito sexual, se dedicaba a perseguir ninfas y efebos por los bosques (de alguna manera se emparienta con Dionisio).

El Dios galanteaba siempre a las ninfas tocando la flauta, pero todas lo rechazaban por su fealdad. Sus lugares preferidos eran las montañas, las cuevas y parajes agrestes, pero su favorito era la Arcadia, donde había nacido. Era cazador, curandero y músico. Habitaba en los bosques y en las selvas, correteando tras las ovejas y espantando a los hombres que penetraban en sus terrenos. Le agradaban las fuentes y la sombra de los bosques, entre cuya maleza solía esconderse para espiar a las ninfas y atacarlas sexualmente. Por último, como deidad, Pan representaba a toda la naturaleza salvaje, por lo tanto, se le atribuía la generación del miedo enloquecedor. De ahí la palabra pánico.

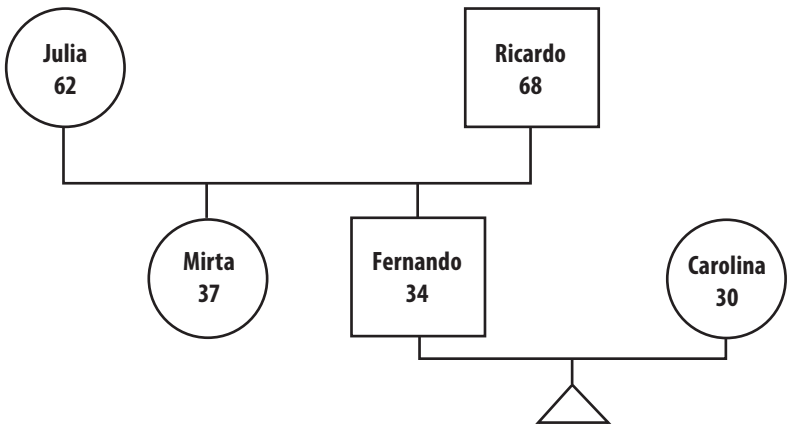
También, entre otras maniobras de intervención se utilizan las metáforas (R. Ceberio, 2013), la externalización del síntoma (White, 1989; White y Epston, 1993), la redefinición y la connotación positiva (R. Ceberio y Watzlawick, 1998; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), el uso de gráficos y dramatizaciones (R. Ceberio, 2009), la ilusión de alternativas, el uso del humor (Fry, 1968), la psicoeducación, técnicas de respiración, exposición progresiva, imágenes guiadas, preguntas circulares, exploración de las distorsiones cognitivas, entre otras y, por supuesto, todas la intervenciones sobre la base de la técnica de hablar el lenguaje del paciente (Haley, 1973; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Watzlawick, 1976; Watzlawick y R. Ceberio, 2008).

**Entre la guitarra y el diseño: El pánico de Fernando**

Fernando es un paciente que llega a la consulta después de un largo tiempo de terapia con un psicoanalista longevo, tal cual lo describe "Romualdo, mi terapeuta tenía alrededor de 80 años". Pelilargo, barba rala y con la típica vestimenta modernosa de los diseñadores publicitarios: remeras estridentes con dibujos originales, pantalones y zapatillas raídas a propósito. Tiene 34 años, vive solo en un barrio de moda de la Ciudad autónoma de Buenos Aires.

Su motivo queja principal es una fuerte opresión en el pecho que le provoca un marcado malestar. Piensa que se va a morir, se angustia y se paraliza. Fernando habla y permanentemente se toca el pecho. Es notablemente quejoso y pusilánime, poblado de pensamientos negativos que son expresados en las diversas situaciones que recuenta.

En su familia de origen, es el menor de dos hermanos. Su padre, Ricardo, tiene 68 años, su madre, Julia, de 62 años y su hermana Mirta de 37 años. Esta de novio con Carolina junto a quien, en la actualidad, espera un hijo.




Fernando es director de una agencia publicitaria. Ocupa su tiempo libre ensayando con los dos grupos musicales de los que forma parte. La música es parte de su pasión. Se define a sí mismo como una persona un tanto malhumorada y pesimista. Esta de novio hace varios años con Carolina, con quién tiene planes de convivencia.

Describe a Carolina como un opuesto complementario que por momentos le causa envidia: es una mujer sumamente optimista lo cual, en ocasiones, llega a molestarlo porque es "demasiado positiva", tiene una familia con cinco hermanos, están en muy buena posición económica mediante la herencia de la empresa del abuelo, y son muy expresivos afectivamente. Mientras que en su familia de origen, el padre es muy aburrido y tiene una visión crítica acerca de la vida. Su madre es quejosa y no posee una buena relación con su hermana a quien "ve cada tanto".

Como parte de la evaluación en la primera entrevista se establece la comparación con el perfil de personalidad del panicoso. Fernando presenta 8 signos sobre 13. A estas características se le anexa una marcada negatividad como característica que engloba su personalidad, además de necesitar hacerse cargo de todo aspecto de su vida con la imposibilidad de delegar tareas. Las características que se observan al iniciar la terapia son las siguientes:

1) Omnipotente x
2) Controladores

3) Omnipresente
4) Introversivo x
5) Implosivo x
6) No saber decir no (al otro o a si mismo) x
7) Presión (auto o heteropresión) x
8) Individualistas
9) Independientes en extremo
10) Ayudadores asimétricos
11) Hiperexigencia para sí y los demás x
12) Ritmo acelerado (hiperkinesis) x
13) Falsa valoración personal x

Ese gesto característico que lo acompaña en su actitud general (se trata de tocar su pecho como si estuviese tocando una guitarra), es una especie de tics que lo hace automáticamente para calmar los síntomas cardíacos cuando está ansioso. Pero el motivo principal que trae a Fernando a consulta, como se dijo anteriormente, es la fuerte opresión en el pecho acompañado de la sensación de muerte. Asimismo asegura tener taquicardia, angustia, sudoración, revoltijo de estómago y lo invade un miedo intenso provocado por la misma. Se explora "La ecuación de resistencia al cambio" y se observa que es una relación elevada donde se espera un tramo difícil en relación a la modificación, puesto que los síntomas, si bien no lo inhabilitan, se encuentran muy afincados en su vida.

1) Tiempo: los síntomas están presentes desde hace 4 años
2) Frecuencia: aparecen cotidianamente, alrededor de dos veces al día y se intensifican en su lugar de trabajo, marcadamente en situaciones estresantes en la que debe realizar presentaciones de publicidades.
3) Cantidad de síntomas: opresión de pecho, miedo, angustia, revoltijo de estómago, sudoración, miedo a morirse
4) Intensidad de 0 a 100: cuando llega a la consulta es de 90.

Se investiga en relación a la posible presencia de agorafobia, pero en la indagación se descarta. Se diagnostica a partir de esta información, un Trastorno de Pánico sin agorafobia. Con una intensidad elevada de resistencias al cambio.

Con respecto de las soluciones intentadas para combatir el trastorno por pánico, Fernando dijo haber recurrido básicamente a la psicoterapia desde hace varios años sin lograr disminuir la sintomatología. Comenta que sabe muy bien porque le sucede pero que no logra disminuir los síntomas. A raíz de la inefectividad terapéutica decide realizar un cambio de terapia con lo cual, mediante la recomendación de una amiga que realizaba psicoterapia conmigo, decide llamarme.

Sin embargo, concurre un mes a ambas terapias a la vez, el desprendimiento fue paulatino: su terapeuta era una especie de abuelo protector al cual le originaba culpa dejarlo. Toma Rivotril al momento de comenzar la terapia, asegurando no obtener resultados satisfactorios en relación al mismo, pero le cuesta dejarlo porque siente miedo y se siente más seguro al ingerirlo. Por otra parte, evita aquellas situaciones en las que cree que los síntomas pueden hacerse presentes, como presentaciones de proyectos –cosa que le trae problemas laborales–, salidas nocturnas y disfrutar momentos porque siempre está a la expectativa de lo que le puede suceder. Por último, trata de combatir el cuadro con pensamientos del tipo de "no me va a pasar", "voy a poder".

Una vez obtenida toda esta información, se le explicita el circuito recursivo del miedo, a través del cual se le explica de qué manera el miedo a sentir miedo es el detonante de la cadena sintomática y como cada síntoma como una cascada va dando lugar al siguiente. Se aprovechó el canal visual de Fernando que, como diseñador publicitario, bien desarrollado lo tiene. Con lo cual se edificó el gráfico físicamente al lado de él y conjuntamente con él.




El gráfico de la profecía que se autocumple fue contundente para Fernando. Fue la primera vez que el comprobó cómo es él y nadie más que él quien construye los accesos panicosos. Cambió, de esta manera, la queja de su padecimiento por la de construir de puño y letra su sintomatología. Este grado de responsabilidad implica asumir la producción del síntoma y con ello cambiar la asimetría: de dominado a dominador.

La intervención seleccionada para este caso es una prescripción de corte paradojal que se centra en la opresión en el pecho. Previo a adjudicar la tarea, se le contó el cuento del Dios Pan para que pueda darse cuenta que es él, el que construye a un Dios abusador, violador y lascivo y que su propio miedo a sentir su ataque es el que excita la aparición de la bestia (externalización del síntoma).

A partir de este prólogo, se le pide que se provoque la opresión en el pecho estando en su trabajo. Se concentrará profundamente en lograr sentirla, más aún, deberá tocarse como lo hace siempre, presionando su pecho. Se prescribe día y hora a realizarse con mediana precisión. Una vez presentada la tarea se indica que inmediatamente el paciente me llame por teléfono con el objetivo de revisar cómo la ha llevado a cabo.

Al otro día por la tarde Fernando desarrolló la prescripción. Llamó a posteriori e indica haber intentado provocarse la opresión en el pecho y que la misma no funciona. No puede lograr que el síntoma se haga presente. Se muestra confundido, más bien desorientado y escéptico, dice "no entiendo bien lo que pasó… lo habré hecho bien". También se utiliza esta desconfianza y me muestro escéptico en los resultados, utilizando la técnica del escepticismo y la desconfianza, le pido que me describa de qué forma ha realizado la tarea y qué es exactamente lo que sucede: "Está seguro de haberla hecho bien y si realmente puede afirmar que el síntoma no aparece y si apareció con cuanta intensidad. A partir de esto, le pido que vuelva a intentarla.

Se chequea nuevamente por teléfono qué resultados obtiene, a lo que Fernando asegura no haber obtenido resultado alguno. A partir de estos hechos se observa un notable cambio en su actitud, pudiendo lograr posicionarse por encima del síntoma y haber ganado fuerza, a lo que el terapeuta connota positivamente logrando un aumento en su autoestima.

En la sesión siguiente se exploró con precisión la tarea. Fernando estaba feliz, para lo que significa feliz para Fernando: sobre la base pusilánime y quejosa, se sentía más animado, no sin destacar que "a lo mejor era casualidad" empezar a erradicar el síntoma. El terapeuta copió esa actitud, estimulándolo pero no tomando como una victoria final porque "no se cambia tan rápido". Esto equivalió a un desafío terapéutico: se le propuso no solo tratar de realizar la opresión en el pecho, sino también la taquicardia. En el chequeo telefónico, tampoco logró alcanzar la intensidad deseada.

Las sesiones siguientes, sucede lo que sucede casi siempre en nuestra experiencia clínica: la persona se siente más fuerte, más sólida en su autoestima, más potente al poder manejar el síntoma, síntoma que dominó durante tiempo al protagonista. En paralelo, se le indica la realización de actividad física. Cualquier ejercicio físico produce no solo los beneficios clásicos como la fortaleza muscular y favorecer el sistema cardiovascular, sino la posibilidad de tomarse el tiempo para relajarse, salir, mirar la naturaleza, sino también incrementar las endorfinas que son opiáceos naturales. Fernando tomó el hábito de andar en bicicleta diariamente y escuchar música mientras paseaba. Dijo sentirse con más vitalidad y mayor bienestar a partir de esto. A posteriori, se compró una bicicleta de diseño, hecho que resulta interesante debido a su profesión de diseñador publicitario.

En la medida que las sesiones avanzaron, el protagonismo del síntoma cada vez ocupó menos tiempo en los relatos de Fernando, es entonces, cuando en general aparecen las problemáticas que el complejo sintomático ocultaba: su identificación con su papá, su mirada negativa, su querer seguir siendo adolescente. Fernando como otros pacientes panicosos, tan centralizados en su cuerpo, "heredaron" algunos síntomas hipocondríacos. Se trabajó con ellos. Pero esa es otra historia de su tratamiento.

**Algunas conclusiones**

A diferencia de las fobias, los trastornos de pánico inhabilitan a la persona a vivir la vida de una manera plena. La mayoría de los tratamientos de las patologías de los miedos que han empleado el bastión del *insight* –entendiéndose al mismo como la invención de un motivo que calza o no calza en la cognición de paciente– no han obtenido los resultados satisfactorios a corto plazo, pero tampoco aseguraron beneficios a largo plazo.

El modelo que presentamos y que lleva 15 años en elaboración y desarrollo, está atento a subsanar las falencias de los modelos clásicos. Es decir, en principio focaliza el síntoma y no se ciñe a especulaciones filosóficas o construcciones de hipótesis que sean devueltas a modo de interpretación desde el comienzo. Es un modelo que se dedica a estudiar y describir al síntoma es intentar desmoronarlo rompiendo con las soluciones intentadas fracasadas. Y un estudio atento sobre los intentos de solución implica aplicar una variable nueva contraria a la lógica convencional, binaria y la linealidad que respaldan las acciones tradicionales.

Entonces es cuando las prescripciones paradojales y de desfocalización hacen el epicentro del modelo. Es decir: acciones para cambiar, acciones que bien organizadas en su diseño conllevan un efecto de cambio no solo en la pragmática sino en la emoción, cognición y neurobiología. Todas las maniobras apuntan desde el comienzo al síntoma. El uso del cuento del Dios Pan, las reestructuraciones, el gráfico de la profecía que se autocumple, el hablar el lenguaje del paciente, la posición comprensiva y de experticia del terapeuta, hace al modelo en la primera etapa.

Otro detalle del modelo de tratamiento es que reúne diferentes investigaciones sobre la investigación del mismo modelo. El cuadro de triple entrada que compara la personalidad del panicoso, la trasformación de 180º que provoca el síntoma y la recodificación terapéutica, posibilita clasificar al paciente en un estilo o tendencia de personalidad que, además, lo estamos aplicando en pacientes con enfermedades autoinmunes, dada la gran similitud.

La ecuación de resistencia al cambio (cantidad de síntomas, intensidad sintomatológica, tiempo y frecuencia de aparición) muestra que no solo es el problema sino la sistematización del problema en el sistema. Esta ecuación es la que evidencia la sistematización a la que llamamos "inercia", establecida en cuatro planos: cognitivo, interaccional, emocional y neuroinmunoendocrino.

También la organización pragmática del modelo en comienzo en tres etapas, pero la primera de supresión y elaboración sintomática se halla totalmente protocolizada, cosa que no pudimos por cuestiones de extensión, mostrar en este artículo. Protocolizada implica que se halla estipulada en pasos, donde cada tramo deriva en posibilidades que son contempladas para el tramo siguiente.

En lo que refiere al terapeuta: un profesional que aplique el modelo debe estar dispuesto a romper con su forma lineal de procesar información y a entender que la comprensión no es el prerrequisito para cambiar. Pero también actuar con el arte de una coreografía que busca la no confrontación y la complementariedad. Todo hace a la convicción epistemológica de estar fuera de la dicotomía cartesiana y que observa que vivimos y somos en sistemas y que somos un todo inter-influenciable psicoinmunoneuroendocrino.

**Referencias bibliográficas**


Andolfi, M. (1977). *La terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini editore. Versión cast. (1994). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta Edición Revisada. Barcelona, España: Ed. Massons.

Baeza, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos Neuropsicológicos. 1* (2), 127-138.

Ballenger, J. C. (1999). Current Treatments of the anxiety disorders in adults. *Biological Psychiatry. Vol. 46, Issue 11*, 1579-1594.

Barlow, D. (2004). *Anxiety and its disorders. The natural and treatment of anxiety and panic* New York: Guilford Press.

Bateson, G. (1972). *Step to an ecology of mind*. USA: Ballantines Books. Versión cast. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.

Bateson, G. (1979). *Mind and Nature. A Necessary Unity*. New York: E. P. Dutton. Versión cast. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bateson, G. (1991). *A sacred Unity. Further steps to an Ecology of mind*. USA: Edit. Donaldson. Versión cast. (1993) *Una unidad Sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.

Beck, A. (1998). *"Cognitive approaches to panic disorder"*. En *Panic: psychological perspectives*. New Jersey, USA: Ed. S. Rachman.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa.

Berrocal, C.; Ruiz Moreno, M.; Gil Villa, M.; Hermoso, P.; Rucci, P.; y Cassano, G. (2006). Multidimensional assessment of the Panic-Agoraphobic Spectrum: Reliability and

validity of the Spanish version of the PAS-SR. *Journal of AnxietyDisorders, 20*, 562-579.
Bertalanffy, L. von. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller. Versión cast. (1988) *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
Bonet, J. (2002). Eje hipotálamo pituitario adrenal, receptores corticoideos y trastorno depresivo. *Revista de la Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. RAEM. Vol 39 Nº 3.*
Bonet, J. (1998-2003). *El estrés como factor de vulnerabilidad: de la molécula al síndrome*. Buenos Aires: Gador. WWW.Gador.com.ar/iyd/ansi_est/ estres. htm.
Botella, C., y Rafael, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. España: Ediciones Martínez Roca.
Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema, Vol 13*, 3, 465-478. En red. Disponible en: http://www.psicothema. com/psicothema.aspid=469
Botella, C.; Ballester, R. y Carrió, M. (1996). La eficacia del tratamiento en respiración lenta y de la terapia cognitiva focal en un caso de trastorno por angustia con agorafobia. *Anales de psicología, Vol 12*, 1, 1-17.
Capra, F. (1996). *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama
Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas* (1ed.). Barcelona, España: Ed. Paidós.
Carrion, O. y Bustamante, G. (2003). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
Ceberio, R. M. (2005). El mundo de los miedos. Uso de prescripciones en los trastornos de fobias y pánico. *Revista Perspectivas sistémicas. Vol. 32.*
Ceberio, R. M. (2006). "Epistemología y psicoterapia: Hacia la construcción de un paradigma". En R. Medina, J. L. Linares, y M. R. Ceberio *Terapia familiar en Iberoamérica*. Buenos Aires: Tres Haches.
Ceberio, R. M. (2009). *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia. El cuerpo del terapeuta como herramienta de intervención*. Buenos Aires: Teseo.
Ceberio, R. M. (2011). *Quien soy y de dónde vengo. El genograma*. Buenos Aires: Psicolibro.
Ceberio, R. M. (2012). *Ataque de pánico o pánico al ataque. El mundo de los miedos*. Buenos Aires: Universidad Favaloro. Inédito.
Ceberio, M. R. (2013). *Te cuento un cuento. Uso de narraciones y metáforas en psicoterapia*. (en prensa).
Ceberio, M. R. y Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
Ceberio, R. M. y Serebrinsky, H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico*. Buenos Aires: Psicolibro.
Ceberio, R. M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder
Ceberio, R. M. y Watzlawick, P. (2011). *Si quieres ver aprende a actuar. Prescripciones de tareas en psicoterapia*. Buenos Aires: Psicolibro.

Chambless, D. (2012). Adjunctive Couple and Family Intervention for Patients With Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology, Vol. 68 Issue 5*, 548-560, 13.

Chappa, H. (1992). Abordaje Cognitivo-Integrativo Del Pánico y La Agorafobia: *Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol 1, 1*, 60-69.

Chappa, H. (1997). *Pánico y Agorafobia: Abordajes Cognitivo y Psicofarmacológico*. Buenos Aires: Salerno.

Cía, A. H. (1994). *Trastornos por Ansiedad* (2 ed.). Buenos Aires: Polemos.

Cía, A. H. (2001). *Trastorno de Ansiedad Generalizado*. Buenos Aires: Polemos.

Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.

Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.

Ehlers, A. y Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy. Volume 38*, Issue 4, 319–345

Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Fernández Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Foerster, H. von. (1974). "Notes pour une èpistèmiologie des objets vivants". En E. Morin, y M. Piatelli-Palmarini. *L'unitè de l'homme*. París: Du Seuil.

Foerster, H. von. (1988). *"La construcción de la realidad"*. En P. Watzlawick. *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

Foerster, H. von. (1994). "Visión y conocimiento: disfunciones de 2º orden". En D. Schnitman (comp.). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Fratícola, G. (2004). *Neuroanatomía en Psiquiatría*. Buenos Aires: Roche.

Gabbard, G. (1992). Psychodynamic of panic disorder and social phobia (abstract). *Bullentin Menninger Clinic* 56 (suppl 2), 3-16, 1987.

Glasersfeld, E. von. (1988). "Introducción al constructivismo radical". En P. Watzlawick. *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

Glasersfeld, E. von. (1994). "La construcción del conocimiento". En D. Schnitman (comp.) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Goisman, R.; Warshaw, M. y Keller, M. (1999). Psychosocial treatments prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *American Journal of Psychiatry* Nov, 156:11.

Guidano, V. (1996). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.

Haedo, S. (2002). *Amígdala*. Seminarios de Neuroanatomía. Laboratorio de Neuroanatomía. 1º Cátedra de anatomía. Depto. de anatomía. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy : The psychiatric techniques of Milton Erickson, M D*. Nueva York: Norton. Versión cast. (1980) *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hansen, Patrick, Siles, y Götestam, (2007). Influence of Co-Morbid Generalized Anxiety

Disorder, Panic Disorder and Personality Disorders on the Outcome of Cognitive Behavioural Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder, *Cognitive Behaviour Therapy*; *Vol. 36* , 3, 145-155, 11p, 3.

Heimberg, R. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Current Status And Future Directions. *Biological Psychiatry*, *Volume 51*, 1, 1 Enero, 101-108

Kant, I. (1781). *Kritik der reinen Vernunft*. Versión española (2009) *Crítica de una razón pura*. Buenos Aires: Colihue

Keegan, E. (1998). Trastorno de ansiedad: La perspectiva cognitiva. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, *Vol 09*, 33, 197-209

Keeney, B. (1983). *Aesthetic of Change*. Nueva York: The Guilford Press. Versión cast. (1987) *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S.; Averill, J. R. y Opton, E. M. (1970). *Toward a cognitive theory of emotion*. En M. Amold (Ed.). *Third International Symposium on feelings and emotions*. New York: Academic Press.

Lazarus, R. S. y Averill, J. R. (1972). "Emotion and cognition, with special referente in anxiety". En Ch. Spielberger (Dir.). *Anxiety*. New York: Academic Press.

Le Doux, J. (1993). *Emotional memory Systems in the brain*. Behavioral and brain research.

Le Doux, J. (1994). *Emotion, memory and the brain*. USA: Scientific American.

Llaneza Alvarez, J. (2008). *Ergonomía y psicosociología aplicada: manual para la formación del especialista*. Valladolid: Lex Nova.

Lipsitz, J. y Marshall, R. (2001). Alternative psychoterapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatry Clinic North America* Dec, *24 (4)*, 814-29.

Lucock, M. y Salkovskis, P. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 297-302.

Mahoney, M. y Waards, M. (1976). *Psychological assessment: A conceptual approach*. New York: Oxford University Press.

Maturana, H. (1993). *Autocoscienza e realtá*. Milano: Raffaello Cortina.

Maturana, H. y Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Chile: OEA.

McEwen, B. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci*. *8* (4), 367-81.

Michelson, L. (1986). Treatment consonante and response profiles in agoraphobia: The role of individual differences in Cancelede, behavioral and physiological treatments. *Behaviour Research and Tkerapy*, *24*, 263-275.

Michelson, L. (1987). "Cognitive-behavioral assessment and treatment of agoraphobia". En L. Michelson y L. M. Ascher (Ed.). *Anxiety and stress disorders*. New York: The Guilford Press.

Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.

Morin, E. (1986). *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Nardone, G. (1993): *Paura, Panico, Fobie. La Terapie in tempi brevi*, Florencia: Ponte alle

Grazie. Versión cast. (1997) *Miedo, pánico y fobias*. Barcelona: Herder.
Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *L'arte del Cambiamento, manuale di terapia strategica. Ipnoterapie senza trance*. Florencia: Ponte alle Grazie. Versión cast. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
Norton, P. y Robinson, C. (2010). Development and Evaluation of the Anxiety Disorder Diagnostic Questionnaire J. *Cognitive Behaviour Therapy*; *Vol. 39*, 2, 13 7-149, 13
Pérez Martín, J. (2001). *Deficiencia mental y familiar*. Promi: España.
Pert, C. (2007). *Las moléculas de la emoción*. New York: Norton.
Piaget, J. (1937). *La construction du rèel chez l'enfant*. Neucâtel: Delachaux y Niestlé. Versión cast. (1989). *La construcción de lo real en el niño*. Barcelona: Crítica.
Piaget, J. (1977). *Biología y conocimiento*. Madrid: Canillas, Siglo XXI. Edición original 1952.
Puchol Esparza, D. (2003). Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. *Revista Psicología Científica.com*.
Ricks, W. y Zgourides, G. D. (1991). *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. New York: Pergamon Press Inc.
Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
Robins, L.; Helzer, J.; Weissman, M.; Orvaschel, H.; Grunberg, E.; Burke, J. y Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 949-958.
Roca, E. (2004). *El trastorno de pánico y su tratamiento. Terapia cognitiva focal en formato de grupo*. En red. Disponible en: http://www.comportamental.com/articulos/5.htm (fecha de acceso: 2006, 20 Noviembre).
Rosen, S. (1982) *My Voice Will Go With You*. New York: Norton.
Ruiz, J. y Cano, J. (1999a). *Las psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios*. En red. En: www.psicologiaonline.com / ESMUbeda / Libros / Pro Sanitarios / profesionales 3d.htm.
Ruiz, J. y Cano, J. (1999b). *Manual de psicoterapia cognitiva*. En red: http://www.psicologiaonline.com /ESMUbeda/libros.htm.
Safran, J. y Segall, Z. (1994). *El Proceso interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona: Paidós.
Spaini, B. (1995). *Uso de la grilla en los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires.
Suárez Richards, M. (2006). *Introducción a la Psiquiatría* (3ed). Buenos Aires: Polemos.
Varela, F. (1975). Calculus for self-Reference. *International Journal Of General Systems. 2.*
Varela F. (1990). *Conocer*. Barcelona: Gedisa.
Vico, G. (1958). *De Antiquissima Italorum Sapentia*. Nápoles: Stampa dei Classici Latini.
Vila, J. (1985). "Psicofisiología de los estados emocionales y procesos cognitivos". En J. Mayor (Ed.). *Actividad humana y procesos cognitivos*. Madrid: Alhambra.
Watzlawick, P. (1976). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, P.; Beaving J. y Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. Nueva York: Norton. Versión cast. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick P. y Ceberio, R. M. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana*. Barcelona: Paidós.

Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Change – principles of problem formation and problem resolution*. Nueva York: Norton. Versión cast. (1976). *Cambio.* Barcelona: Herder.

Weakland, J.; Fisch, R.; Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused problem resolution. *Family Process. 13.*

White, M. (1989). *Selected Papers*. Australia: Dulwich Centre Publications. Versión cast. (1994) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M.; Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós

Wiener, N. (1975). *Cybernetics, or Control and Communication in the animal and the machine*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

Apartado III

# CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIOS

Capítulo XIV

# TERAPIAS DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR. ENTRE LA ESPADA DE LAS FAMILIAS Y EL MURO DE LOS SERVICIOS

Ricardo Ramos Gutiérrez[1]

## Introducción

Entendemos por Terapia de Reunificación Familiar aquellas terapias familiares que se realizan con el objetivo de ayudar al retorno al seno de la familia de uno o mas miembros de la misma que han sido previamente separados de ella, debido a la recomendación y/o la intervención imperativa de uno (o más) servicios profesionales, en una situación en la que hay menores involucrados.

El contexto en el que realizamos estas intervenciones es una Unidad de Psicoterapia inserta en un Servicio de Psiquiatría de Adultos ubicado en un Hospital Universitario. No se trata, pues, de un servicio de primera línea, sino de alta especialización, con las características que eso conlleva de cara a su accesibilidad para las familias (requisitos para solicitar la terapia) sus ritmos (frecuencia, horarios y disponibilidad para las sesiones) y sus relaciones con otros dispositivos de la red profesional interviniente en el caso.

En estos casos, en los que siempre hay un contexto de negligencia o maltrato, se dan dos tipos de situaciones básicas. En la primera se trata de que la persona(s) apartada es un perpetrador (un progenitor, una nueva pareja, un familiar conviviente, un hermano mayor…) generalmente adulto, que ha sido separado del grupo familiar bien para cumplir una condena, bien para seguir un tratamiento (en comunidad terapéutica, por ejemplo).

Una vez cumplida su condena o concluido (o agotado) su tratamiento los profesionales que lo han atendido plantean la terapia como un medio de ayudarle en el proceso de su retorno a la familia. En estos casos, el protagonista de la intervención, la persona en cuyo interés se hace la indicación, es el adulto victimario supuestamente ya tratado o rehabilitado.

En la otra situación, que es de la que nos vamos a ocupar aquí, se trata de uno o varios menores que han sido apartados de su familia como medio de protegerlos ante la sospecha o evidencia de maltrato, hasta tanto la familia no acredite cambios suficientes como para garantizar unos niveles seguridad y cuidados compatibles con el desarrollo de esos menores.

---

[1] Laboratorio de Comunicación Humana, Escola de Terapia Familiar U.A.B., Hospital de Sant Pau, Barcelona, España (ramosgutierrez@gmail.com).

La terapia familiar es, en estos casos, uno mas de los requisitos que los Servicios de Protección al Menor pueden incluir en los Planes de Mejora que se plantean a la familia en un momento u otro del proceso. En esta situación las personas en cuyo interés se hace la indicación son los niños victimas de la negligencia o maltrato. Y estos niños, en el momento en que se realiza la indicación de la terapia, se encuentran en una situación en la que se les considera más protegidos (viviendo con familias acogedoras o en medio institucional).

El momento en que se indica y el peso que se atribuye a la terapia en el proceso de recuperación de los hijos varía de un caso a otro, pero se pueden distinguir dos situaciones prototípicas que habría que considerar como los polos de un continuo temporal. En la primera la indicación de terapia se realiza en un momento bastante inicial del proceso; esta situación se va dando cada vez más en la medida en que profesionales con sensibilidad y/o formación en terapia familiar van trabajando en los distintos dispositivos de la red.

En la segunda la indicación se realiza en un momento avanzado del proceso, a veces años después de la alarma que suscitó la retirada del o de los menores. La terapia es, desde la perspectiva profesional, uno de los últimos requisitos antes de proceder a la reunificación; y desde el punto de vista de la familia, uno de los últimos obstáculos antes de recuperar a los hijos.

Sin embargo, la experiencia clínica nos ha mostrado que la indicación en un momento precoz del proceso no redunda en un éxito de la terapia (al menos en el sentido estricto de que el proceso acabe con la devolución de los hijos). Da la impresión de que cuando las instituciones intervienen, lo hacen con sus propios ritmos que rara vez se acompasan al ritmo al que evoluciona el caso. La involucración institucional conlleva una inercia e imprime un ritmo propio que gravita poderosamente sobre el desenlace de la terapia.

Haya sido la indicación precoz o tardía, lo que no cambia es el clima en el que se comienza la Terapia, fuertemente teñido de conflicto y animadversión entre los protagonistas. De un lado están los sistemas naturales (familia), que defienden su derecho a estar juntos y a elegir su estilo de vida, y del otro los sistemas profesionales, que defienden lo que entienden como el "interés supremo" del menor. El terapeuta se ve inmerso en una pugna que le precede e invade, siendo considerado por la familia como una prolongación de los servicios y por éstos como hipersensible ante la familia, mientras no les demuestre (a ambos) lo contrario.

Es en este escenario en el que se desenvuelve la terapia y es a este contexto al que pretendemos aplicar algunos elementos del Modelo Narrativo-Temático (Ramos, 2001, 2007, 2008) de cara a dotar de una cierta lógica y hacer algo mas eficaces nuestras intervenciones terapéuticas.

**Principios del Modelo Narrativo-Temático**

Los principios básicos del Modelo se pueden enunciar como sigue:

a) El instrumento básico de intervención es la entrevista, tanto si se trata del contexto terapéutico como cuando se trata del contexto social (Turner y Edwards, 1999).
b) La entrevista es una Narración Conversacional. A su través se plantean una serie de temas ilustrados y articulados por medio de anécdotas-episodios (Ramos, 2001).
c) El objetivo implícito de la entrevista es la Delegación del cambio en el terapeuta. Su resultado pragmático no es la expresión de unas vivencias sino la justificación de una posición en un conflicto. Su contenido pragmático se podría parafrasear como: "Por todo lo que acabo (acabamos) de contarle es por lo que estoy (estamos) AQUÍ y ASÍ. Y, obviamente, ahora que me ha (nos ha) escuchado, a Vd. le toca hacer algo al respecto" (Ramos, 2001).
d) La entrevista es una conversación más en el marco y en el flujo de una red conversacional (el Sistema Determinado por el Problema –SDP–, Anderson y Goolishian, 1998) que se ha erigido en torno a una Alarma. Esta Alarma ha sido suscitada por el comportamiento de un miembro de un sistema natural (familia) ante un miembro de un sistema técnico (profesional) con suficiente predicamento como para mantener el flujo conversacional de conversaciones ineficaces (Ramos, 2008).
e) El flujo de esas conversaciones adquiere sesgos distintos según los distintos interlocutores involucrados en cada momento. La sobreinvolucración de determinados profesionales que se sienten especialmente concernidos y, como resultado de ella, la infrainvolucración de otros que deberían estarlo, generan distintos Estados de activación de la Red Conversacional que posibilitan y dificultan distintas intervenciones del terapeuta (Ramos, 2008).
f) Los acontecimientos que ocurren en la vida de la familia, en el curso de esas conversaciones constituyen la materia prima (los Motivos: Hayden White, 1992) de la Historia Terapéutica.
g) La Historia Terapéutica no es la Historia-no contada-todavía (Anderson y Goolishian, 1988), la historia del pasado sepultada por la "Historia Saturada de Problemas (White y Epston, 1990) y las conversaciones alarmadas e ineficaces del SPD. Es la Historia-por-Vivir, la que se construye en base a los acontecimientos que ocurren durante la propia terapia (Ramos, 2007).
h) La labor del terapeuta es activa y constructiva. Se trata de testimoniar, provocar, encauzar y clausurar los acontecimientos significantes que ocurren durante la terapia y organizarlos en una historia con el mejor final posible (Ramos, en preparación).

**Los instrumentos terapéuticos del Modelo**

Sobre la base de estos principios se ha elaborado una serie de instrumentos terapéuticos consistentes con el Modelo Narrativo-Temático (Ramos, en preparación) que se añaden al acerbo de intervenciones terapéuticas propias de la Terapia Relacional Sistémica en general y que, sin pretender substituirlas, creemos que constituyen una aportación apropiada para la complejidad que representa el trabajo con estos casos. Pasamos a desarrollarlos sucintamente.

***1.- El plan temático de la sesión***

Consiste en un conjunto de temas que el terapeuta propone a la familia, al comienzo de la sesión, que se plantean como temas sobre los que el terapeuta está interesado en hablar con ellos, que se exponen todos seguidos, y que se propone a la familia que contesten en el orden que quieran, con la amplitud que estimen, y añadiendo los temas que ellos consideren conveniente (Ramos, 2008, 2012).

Se trata de un conjunto de, normalmente 3-5, temas que el terapeuta extrae del dossier (ficha de solicitud de la familia e informes de los profesionales que les atienden), articulados de cierta manera, presentados de forma tal que, al menos algunos de ellos, apunten a capacidades y futuro, y que constituye el esqueleto significante sobre el que el terapeuta va a tratar de articular los temas de que habla la familia para darles la mejor salida posible.

El objetivo es tratar de anclar la conversación terapéutica en el flujo de las conversaciones que le preceden y que le seguirán, a fin de que las transformaciones que la entrevista consiga puedan tener cierta resonancia con lo que otros profesionales están hablando con la familia y que esperan que nosotros tratemos. Se movería en el ámbito de los Temas Acotados (Ramos, 2008), temas de los que el terapeuta sabe que hay otros profesionales interesados y tratando, que son temas de actualidad para la red, y que deben ser reformulados de forma que dejen mas opciones a la familia.

***2.- La posición de aliado apreciativo***

Constituye la posición básica del terapeuta, que este está tratando continuamente de alcanzar y mantener (Madsen, 1999). El terapeuta se muestra explícitamente siempre que puede próximo y al lado de la familia, apreciando (reconociendo y testimoniando) sus esfuerzos y sus logros.

Desde esta posición el terapeuta trata de conseguir una Conexión Compasiva (Madsen, 2007) con la familia, utilizando como pilares la Conexión, el Respeto, la Esperanza y la Curiosidad (Madsen, 2007) aunque, desde una perspectiva de promover conversaciones apasionadas (Ramos, 2008), preferiríamos hablar de Interés mas que de Curiosidad.

### *3.- La comunicación escrita*

Uno de los instrumentos utilizados en la Terapia Narrativa es la Comunicación Escrita. Las cartas terapéuticas (Linares, Pubill & Ramos, 2005) y los certificados (contradocumentos) (White & Epston, 1990) han sido reseñados en la literatura y responden a la posición de presencia activa del terapeuta, una de cuyas tareas consiste en la búsqueda del público adecuado para la historia terapéutica (Beels, 2009). Dentro de estas técnicas, en nuestro Modelo hemos prestado especial atención a dos.

La primera es la *Carta de Presentación del Equipo*. (Ramos, en prensa) Se trata de una carta que el equipo le manda a la familia antes de la primera visita, en la que se presentan y le exponen el Plan Temático previsto para esta. En ella se anima a la familia a mostrar la carta a los profesionales que les están atendiendo en estos momentos a fin de ponerlos al corriente de lo que pretendemos hablar con la familia y solicitarles su opinión sobre la inclusión de algún otro tema.

La inclusión de esos temas profesionales debe hacerse por la vía de la familia, no a través de un contacto directo de profesional a profesional. Lo que se pretende es que los profesionales actualicen y comuniquen sus preocupaciones a la familia, con objeto de captar el Estado de Activación de la Red Conversacional (Ramos, 2008) en el momento en que la derivación se consuma, y así poder tenerlo en cuenta.

En el caso de las Terapias de Reunificación la carta suele incluir algún elemento que conecte la fecha de la cita con nuestro objetivo de procurar la vuelta de los hijos (Por ejemplo, "aún queda –o desgraciadamente ya no queda– tiempo suficiente antes de la Navidad para intentar que sus hijos pasen mas tiempo con Vds. en estas fechas") En el caso que mostraremos como ilustración de este capítulo se presentará un ejemplo.

La segunda son los *Informes* dirigidos a profesionales sobre el proceso de la terapia, pero que se dan a conocer a la familia y la mayor parte de las veces se les hace llevar en persona a los profesionales. De este instrumento, ya usado con anterioridad con familias atendidas por protección de menores (Mackinnon, 1998) también mostraremos algún ejemplo en este capítulo.

### *4.- La convocatoria condicional*

La convocatoria a las visitas, así como también los intervalos entre estas, han sido considerados dos instrumentos de la intervención psicoterapéutica (Ramos, 1995) especialmente apropiados para intervenir en situaciones de maltrato infantil en las que se trabaja la recuperabilidad de los padres (Cirillo, 2012) Por convocatoria condicional entendemos una convocatoria abierta para la próxima visita, que se va a decidir según lo que los convocados hagan, según lo que en el intervalo ocurra.

Por ejemplo, si hacen o valoran tal que venga X (pongamos, la pareja) y si no lo hacen que venga Y (que venga, pongamos, el que ha cumplido con su parte de la

tarea para ver si, a pesar de la decepción que le ha producido el que el otro no cumpla, todavía podemos despertar su esperanza de que las cosas puedan cambiar). El objetivo de este tipo de convocatoria es que la inercia de un miembro de la familia (o de los sistemas técnicos) no le otorgue el poder de marcar el ritmo de la terapia.

***5.- Conversaciones "a propósito"***

Consideramos que existen dos tipos de conversaciones en lo que atañe a "De quien se habla". Las "Conversaciones Con" y las Conversaciones "A propósito". En las primeras hablamos con quien tenemos que hablar de un tema que personalmente le afecta; en las segundas hablamos con alguien de un tema que afecta a un tercero (Ramos, en preparación).

Las "conversaciones con" pueden ser confirmadoras, que aumentan la conexión, o descalificadoras, que la disminuyen. Por su parte las "conversaciones a propósito" (las que se podrían encabezar como "A propósito ¿sabéis la última de X?") pueden ser congruentes o incongruentes.

Las "conversaciones a propósito congruentes" son las que se inician a espaldas del interesado, pero se podrían continuar con el, si se presentara en ese momento ("Mira, justamente estábamos hablando de ti. Les decía que…". Son conversaciones congruentes con los límites de la "visión preferencial" (Erond & Lund, 1993) que cada uno tiene de si mismo, la forma en que le gusta –o puede aceptar– ser visto. Las "conversaciones a propósito incongruentes" serían aquellas que no se podrían continuar si aquel a que se refieren se presentara, so pena de entrar en conflicto indeseado con el. Serían conversaciones donde uno es pintado de forma que resulta incongruente con su visión preferencial.

Cada persona es sujeto de un conjunto de "conversaciones con" y de "conversaciones a propósito", y ambos conjuntos se deben equilibrar e intersectar. Postulamos que, en el nivel conversacional, los problemas relacionales se producen cuando el conjunto de "conversaciones con" descalificadoras es tal que pasan a evitarse y a transformarse en conversaciones "a propósito"; en lugar de tener la conversación con la persona que nos afecta pasamos a tenerla con otros, ante los que podemos mantener nuestra postura ("Mira lo que me ha dicho/hecho tu padre. ¡A mi que tal y cual!"). Es la consecuencia conversacional de lo que en términos de la terapia estructural se denomina la "evitación del conflicto".

Y postulamos que, en el nivel conversacional, los problemas relacionales se mantienen cuando en el conjunto de "conversaciones a propósito" (las que se tiene acerca de alguien, pero con un tercero) el monto de las conversaciones incongruente sobrepasa un cierto dintel con respecto a las conversaciones congruentes. Es como si alrededor de las personas en conflicto se produjera una especie de "vacío conversacional" que hace que se sientan a la vez encerrados en un conflicto y desconectados y evitados por los demás.

El instrumento terapéutico que se deriva de esta conceptualización es que el terapeuta debe promover las "conversaciones con" congruentes cuando habla con una persona acerca de otra, a fin de restituirlas en lo posible cuando hable con esta otra persona. A este nivel la tarea del terapeuta es buscar la forma en que "le puedo decir a Vd. lo que dicen de Vd." de forma tal que, sin evitar la critica, restituya la conexión.

***6.- Alimentación de los foros conversacionales.***

Uno de los objetivos de la sesión es hablar de cosas que "den que hablar". Se trata de que las conversaciones iniciadas durante las sesiones no agoten (resuelvan) los temas que en ellas se suscitan, sino que esos temas se abran y se redirijan a los contextos en los que pueden ser tratados con mayor propiedad. Alimentar los foros conversacionales en los que los temas pueden y deben ser tratados es otro instrumento de intervención para el terapeuta del que también se dará algún ejemplo en el caso con que se ilustra este capítulo.

**Los principios del control colaborativo**

Las Terapias de Reunificación se insertan y se desarrollan, como hemos dicho, en una historia y un contexto de confrontación entre, de un lado, las familias y, del otro, los servicios. A ello contribuyen, entre otros, factores como la gravedad de las situaciones abordadas por los Servicios de Protección, la precariedad de las condiciones de vida de la mayor parte de las familias afectadas (la pobreza ha sido señalada consistentemente por la investigación como el factor de riesgo mas tenido en cuenta por los profesionales a la hora de valorar la retirada de los hijos), el gran valor simbólico que adquieren los hijos en las familias marginadas; y, del otro lado, del lado de los profesionales, su vulnerabilidad y soledad ante las consecuencias, a veces trágicas, de sus errores.

Por todo ello las medidas de control suelen ser vividas (y ejecutadas) en un clima de franco enfrentamiento. Sin embargo, es posible llegar a establecer con las familias un control colaborativo, aún cuando se tenga que llegar a decisiones drásticas, como es la retirada de los niños (Turnell y Edwards 1999; Berg y Kelly, 2000) Vamos a enumerar las condiciones que hacen posible llegar a conseguir este control colaborativo porque podemos considerar, también, que son orientaciones útiles para la terapia.

1) La mayoría de los padres cuidan y quieren cuidar de sus hijos, y son capaces de hacerlo si cuentan con los recursos y el apoyo necesarios.
2) El profesional debe proveer intervenciones respetuosas e individualizadas.
3) Los usuarios deben ser implicados en los planes y decisiones acerca de su familia.

4) Los profesionales deben ser lo menos intrusivos posible (hasta aquí Turnell y Edwards, 1999)
5) El objetivo es conseguir que los niños estén suficientemente seguros en su familia, no conseguir que la familia cambie (Martín Hernández, 2009)

Haciéndonos eco de principios como estos podemos plantearnos la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas en condiciones coactivas utilizando la presión al cambio (introducido por el deseo de recuperar a los hijos) como motor del mismo (Mackinnon, 1998) a condición de trazarnos objetivos modestos pero sostenibles.

**Los ejes de las Terapias de Reunificación**

Para concluir con la parte teórica de este capítulo vamos a desarrollar a modo de guía de intervención para las Terapias de Reunificación. La guía, que no tiene la formalización de un protocolo, pero que está dotada de una mayor flexibilidad, se va a organizar en un conjunto de aspectos o ejes capaces de orientar o completar nuestras intervenciones. Su exposición en epígrafes separados es un tanto arbitraria, pues los elementos que hay en cada epígrafe no solo se suceden y se complementan, sino que frecuentemente se entrecruzan. Pero pensamos que esta parcelación en epígrafes hace más fácil la exposición y mas ágil su uso.

***1.- La filosofía de la intervención.***

*D*e acuerdo con los principios precedentemente enumerados postulamos que la filosofía que rige la intervención terapéutica en las Terapias de Reunificación es que el bienestar del menor se realiza en el seno de su propia familia, una vez restituidas unas condiciones mínimas y suficientes de seguridad. No se trata de darle al menor que sufre o ha sufrido la mejor familia a nuestro alcance, sino de permitirle volver a su familia y a su contexto una vez conseguidos unos niveles de seguridad suficientes.

***2.- Objetivos de la terapia***

2.1.*- La recuperación de los hijos*. El objetivo básico de las Terapias de Reunificación, su razón de ser, es la recuperación de los hijos o en general de los miembros que fueron retirados de la familia. Sin embargo, este objetivo no es siempre realizable, bien porque la terapia no pueda conseguir los cambios suficientes, bien porque la edad de algunos hijos no haga aconsejable la reintegración total a la vida familiar (como cuando se trata adolescentes, hermanos mayores de una fratría numerosa de una familia en situación de precariedad). En todo caso, el objetivo en paralelo es ayudar a la familia en la elaboración del duelo por la pérdida definitiva de (alguno de) sus hijos.

2.2.- *La redefinición de la relación de pareja*. En la mayor parte de las terapias de reunificación se nos manda a la pareja de padres para que les ayudemos en sus problemas, les facilitemos el manejo de sus conflictos o les proveamos de habilidades parentales. Desde la perspectiva que aquí proponemos, el trabajo no se limita a la pareja, sino que, siguiendo la indicación de Minuchin de "pensar en grande" (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 2000) se extiende a cuantos miembros de la familia, y de los sistemas naturales, seamos capaces de tomar en consideración.

Y ello tanto dentro de la sesión, pidiéndoles que concurran a las mismas, como fuera de ella, activando los foros conversacionales en los que estos miembros de la familia participan cuanto como foros conversacionales activados, aprovechando encuentros de las familias tanto naturales (celebraciones) como inducidos (vayan a ver a los abuelos para hablar –o preguntarles su opinión– sobre tal o cual cosa). En nuestro trabajo suscribimos totalmente el proverbio africano de que "hace falta una aldea para criar a un niño".

Sin embargo, la pareja, cuando existe, es un locus privilegiado de intervención. Y la redefinición, cuando menos parcial, de su relación tiene que ser un resultado, cuando no un objetivo, de la Terapia de Reunificación (como de cualquier terapia familiar, por otra parte). Una terapia que finalizase sin algún nivel de redefinición de la relación de pareja es una terapia frustrada.

2.3.- *Nueva parentalidad*. El planteamiento de la parentalidad y su dimensión de futuro, es otro de los objetivos de la Terapia de Reunificación. El fracaso, cuando menos parcial, de la parentalidad que ha debido estar en la retirada de los hijos no tiene porqué sellar un destino. Los que no han sido capaces de cuidar satisfactoriamente a sus hijos en un momento determinado de sus vidas, en unas determinadas circunstancias pueden aprender de sus errores y mantener sus aspiraciones en otras (como de forma clara y dramática muestra el film de Ken Loach "Lady Bird, Lady Bird")

Al menos ese debe ser el objetivo del terapeuta, trabajando de cara a los padres una hipotética nueva parentalidad como fuente de progresión ("¿Que errores han cometido con sus hijos que están seguros de que ya no cometerían si tuvieran otro, y que errores habría que trabajar, porque no están tan seguros de que no los volverían a cometer") y de cara a los servicios, como fuente de provocación ("Mas vale que les ayudemos a recuperar los hijos por los que están luchando, porque no hay forma humana de impedir que, si no lo consiguen, no decidan tener otro").

***3.- La política de alianzas***

3.1.-*Alianza precoz con la familia*. Cuando las familias llegan a Terapia apenas nos diferencian de los servicios de Protección con los que suelen encontrarse enfrentados (Mackinnon, 1998). Conseguir que vengan puede no resultar muy difícil,

pues fácilmente entienden que es una condición para recuperar a los hijos. Pero conseguir que cooperen, que pasen de la presencia pasiva a la implicación activa en la terapia es otra cosa (Ramos, 2013).

La primera maniobra para conectar con ellas es buscar formas de hacerles sentir que estamos de su parte lo más pronto posible. Mientras mayor es, o ha sido, el clima de violencia en las familias multiproblemáticas en general, mas importante es establecer un vínculo positivo rápidamente (Johnson y Ketring, 2006) y más complicado también. Por ello es importante operar desde la posición que la alianza que se busca es con las personas, no con el abuso (Turnell y Edwards, 1999).

Entre las formas de intentarlo preconizamos la Carta de Presentación del Equipo, de la que en este trabajo presentaremos algún ejemplo. Otros procedimientos pueden ser:

a) Requerir la versión de la familia de lo que ocurrió. Y otorgarle, en principio, tanta credibilidad como a cualquier otra (Mackinnon, 1998, Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000).
b) Ofrecer desde el primer momento elecciones, por pequeñas que sean, a la familia. Pueden ser cosas tan simples como sobre que hablar en la sesión, o en que orden, o a quien convocar y cuando (Turnell y Edwards, 1999).
c) Tomar en consideración las ideas y planes que la familia pueda tener sobre como mejorar su situación (Berg y Kelly, 2000), aunque no sean las únicas ideas y planes que se utilicen.
d) Dejar claras las reglas de la confidencialidad y la transparencia. Aclarar, desde el principio que y como se va a compartir con los profesionales de Protección involucrados en el caso (Mackinnon, 1998; Ramos, 2013).

3.2.- *Alianza Preferencial con la Red*. Una máxima para el trabajo interprofesional con familias multi-asistidas es no entrar, ni dejarse arrastrar, a la descalificación del trabajo de otros compañeros incluidos en el caso (Imber Black, 1988). Pero eso no quiere decir que concordemos en todo con ellos ni, mucho menos, que tengamos que pregonarlo. Las familias que a nosotros nos llegan en el momento de la reunificación son familias que han vivido situaciones impactantes que son del conocimiento de profesionales a los que frecuentemente esas situaciones han impactado. Y que no está claro que hayan dejado para siempre atrás esas situaciones.

Ese impacto impregna la primera valoración, para la que el profesional recurre a la información reciente, concreta, vívida y emocionalmente teñida, mas que a la información contrastada, genérica y objetiva. Y también impregna a todo el proceso subsiguiente de evaluación, que tiende a buscar confirmación de esa primera evaluación, y tiende a desestimar toda información que no la ratifica (Munro, 2005)

Por ello, sin oponernos a nadie, el terapeuta si tiene que elegir con que miembros de la red establece sus alianzas preferenciales, de cara a buscar sinergias en la actuación (que hacer que vaya en la misma dirección de lo que ya están haciendo otros profesionales en la red que favorece a la familia) y concordancia en la información (que decir, que información introducir en la red, que pueda avalar o ser avalado por lo que otros profesionales están ya diciendo o podrían fácilmente decir)

Estas Alianzas preferenciales no son ni previas ni definitivas. En cada momento, en cada punto de la evolución del caso el terapeuta debe buscar con quien es importante que nuestra información concuerde, de quien es importante que su información requiramos.

***4.- La convocatoria.***

4.1.-*La Convocatoria Condicional*. Ya ha sido explicada en el tercer epígrafe de este capítulo, dedicado a los instrumentos de intervención del modelo; su uso en este tipo de terapias no tienen ninguna especificidad particular.

4.2.-*La convocatoria a los hijos*. La inclusión de los hijos en las sesiones constituye uno de los ejes de la terapia: si esta se hace para que los hijos vuelvan a casa, los hijos tienen que tener un sitio en las sesiones. No basta con hablar de ellos, de lo que ya no harían cuando los tengan de nuevo, y de lo que harían nuevo, diferente, cuando los tengan. Los hijos no son seres imaginarios de los que hablar, sino seres reales con los que interactuar.

Pero eso no quiere decir que su presencia sea continua, que una vez que se incorporen a las sesiones tengan que venir siempre. Si quiere decir que tiene que ser precoz. Y ello porque la incorporación de los niños a la sesiones tiene un efecto sobre otros de los ejes que estamos describiendo y es un claro ejemplo de entrecruzamiento.

Tiene, por ejemplo, una dimensión de activación de la red (ver 7.2).Traerlos, y traerlos pronto, concretiza también la filosofía de la intervención (Eje 1), permite visualizar el primer objetivo de la terapia (2.1), fortalece la alianza precoz con la familia (3.1), y sacude el estancamiento familia-servicios (6.1) obligando a (parte) de los servicios a movilizarse (alguien tiene que traer a los niños a terapia, o, mas adelante, negociar con los padres quien y como va a traerlos o devolverlos; alguien va a presenciar el encuentro padres-hijos en otro contexto –nuestra sala de espera– y va a poder ser testigo de ello…)

De otro lado, la incorporación de los hijos, y sus encuentros en la sesión con los padres, no deja de ser una especie de encuentro extra, mas allá de las disposiciones de los servicios de protección y fuera de su control (es nuestra decisión si los mantenemos a todos en la sesión o mandamos al padre con los varones a discutir algo en la cafetería del hospital, mientras seguimos la sesión con la madre

y las hijas, –y el cuidador acompañante que se quede donde quiera, pero que deje hacer).

Constituye, pues, un instrumento poderoso al que podemos recurrir, no solo por su valor intrínseco, sino también como dinamizador cuando consideramos que en otros ítems no hemos avanzado. Por ejemplo, si la alianza con la familia no nos parece fuerte, si la dinámica con los servicios la vemos muy estancada, si no conseguimos que la familia deje de vernos como un obstáculo en la recuperación de sus hijos mas que como un recurso…

4.3.- *La convocatoria Ampliada*. La petición explicita o implícita que nos suelen hacer los servicios es, sucintamente, que se ayude a los padres a gestionar mejor sus conflictos, de forma que no repercutan en los hijos, y/o a incrementar sus habilidades parentales, de forma que cuiden mejor de ellos. Pero como ya señalamos en 2.2 consideramos que los hijos que han sido retirados no vuelven solo con sus padres, sino con su familia. Si los padres sufren serias restricciones en el contacto con sus hijos, cuando les son retirados, la familia prácticamente los pierde de vista, salvo cuando en vez de a una institución son acogidos por miembros de la familia extensa.

Por tanto, la familia amplia tiene que tener su sitio en las sesiones, si no todos, al menos en representación (activando los foros conversacionales para que los que puedan venir puedan hablar también en nombre de los que no vengan). Y no solo para trabajar sobre temas pendientes, sino para ayudar en la seguridad presente.

Turnell y Essex (2006) presentan un interesante y original trabajo con familias en las que el supuesto perpetrador continúa negando el maltrato, que permite la vuelta de los niños utilizando inteligentemente a familia y amigos como elementos de la red de seguridad. Y también la practica de la Family Group Conferencing ha mostrado la utilidad de la red familiar y social para impedir la salida (o favorecer la vuelta) de los hijos en situaciones familiares inquietantes.

La Family Group Conferencing (Barnsdale y Walker, 2007) fue una práctica que se comenzó a usar en Nueva Zelanda con motivo de la desconfianza que se creó en la población maorí, a raíz de la practica indiscriminada de los equipos de protección al menor de dar a los niños maoríes en adopción a familias no aborígenes (lo que se llamó "la generación robada"). Para subsanar aquel abuso se legisló que ante una situación de riesgo de un menor, antes de retirarlo, había que hacer una convocatoria de la familia en la que los servicios sociales les exponían los motivos de su preocupación y les solicitaban que elaboraran una solución. Lo novedoso es que se pedía a la familia que se reuniera a solas, sin la presencia de profesionales, para discutir la solución.

Y lo importante es que las soluciones propuestas eran consideradas significativamente satisfactorias por los profesionales, que las reuniones podían incluir no

solo familiares biológicos sino amigos y conocidos, que los niños estaban presentes en las reuniones (trataban de su destino) sin expresar un malestar preocupante por ello y que las reuniones tenían lugar aún en los casos en que los padres no estaban de acuerdo en celebrarlas, porque se consideraba que los hijos no eran propiedad de los padres, sino miembros de una familia.

4.4.-*La convocatoria a la red*. La presencia de las preocupaciones de la red en las sesiones y la presencia, el eco, de nuestro trabajo en la red tiene que ser un objetivo continuo en todos lo momentos y en todas las sesiones. Pero eso se refiere no a la presencia física, sino al trabajo con la red al que nos referiremos en el Eje 7.

En cuanto a la presencia física, la presencia en las reuniones de coordinación o la convocatoria de miembros de la red para un intercambio presencial con ellos, dependen de cada caso y de cada momento. Hay que ir cuando hay que ir, pero si hay que ir más vale hacerlo con un objetivo en mente para poder evaluar si lo hemos conseguido (o lo hemos cambiado). Consideramos que en este tipo de trabajo es mas importante y eficaz la sinergia (apoyarte y apoyar a quien parece ir en la misma dirección que tu) que la coordinación (ponerse de acuerdo en un o unos objetivos que tienen que ser genéricos y comunes –una especie de mínimo común denominador– y en alguien que lo lidere).

Para el trabajo Interdisciplinar, frente a la metáfora del Director de Orquesta (Yo coordino) –y de la orquesta dirigida, (a ti te toca esto, y a mi me toca lo otro)–, preferimos la de la Sesión de Jazz, ejecutada por solistas acompañados, que saben y miden cuando hay que dar un paso adelante y ejecutar un solo, y cuando pasar a acompañar (y a dinamizar acompañando, por sinergia) el solo que ejecuta otro.

***5.-Los temas***

En este apartado nos referimos a los temas específicos de este tipo de terapias; se entiende que son temas añadidos a los usuales en otras terapias alusivos a la historia de la familia y a la situación concreta.

5.1.- *La separación de la pareja*. La separación es algo que se debe tratar como una eventualidad posible, no como una preferencia del terapeuta. Cualquier pareja con problemas tiene que plantearse esa posibilidad en el curso de su terapia.

Las condiciones de este tipo de terapia exigen que ese planteamiento se acompañe de dos movimientos, el primero dirigido a la pareja y el segundo dirigido a los servicios. Con la pareja se trata de definir que lo que planteamos es una separación, en todo caso, "de hecho, no de derecho". Lo que se persigue es una redefinición de la relación, una definición de "quien soy yo para ti, ahora" "quien eres tú para mí ahora" (después de todo lo que nos ha pasado). El como eso se lleve a la práctica depende de las posibilidades. Nosotros les planteamos la posibilidad de ayudarles,

en su caso, a "vivir como compañeros (para poder ayudarse así mejor de sus hijos)", redefiniendo en ese sentido las reglas de la relación y las expectativas recíprocas.

El movimiento dirigido a los servicios es hacerles saber que se habla de la posibilidad y apremiarlos, en su caso, para que se definan a su vez, sobre si eso cancelaría el proyecto de retorno de los hijos. Se trata de llevar a los servicios a pasar de buscar que la familia se trasforme en la "familia ideal", a reclamar la seguridad suficiente para los hijos, la proporcione quien la proporcione.

5.2.- *Los motivos de la historia*. La historia terapéutica que nos interesa no está en el pasado de la familia sino en su presente. No se trata de una historia vivida pero no contada, por heroica que sea (Madsen, 2007); es la Historia-no vivida-todavía, la Historia por Vivir, la historia del propio proceso de la terapia, del proyecto de recuperación de los hijos.

Construir una historia es seleccionar e hilvanar una serie de Motivos, de acontecimientos en el flujo continuo de acontecimientos de una existencia (Hayden White, 1992). Hay que empezar por buscar algún Motivo Inaugural, un punto que pueda erigirse en comienzo de la historia (frecuentemente algo relacionado con el inicio del proyecto de retorno de los hijos)

El siguiente paso es seleccionar (e hilvanar) los Motivos de Transición. Por tal entiende H. White una serie de acontecimientos que ocurren, que se saben que son potencialmente significativos, pero cuyo significado final (para que han servido) se sabrá solo cuando se pueda dar fin a la historia. En nuestro caso se trata de resaltar, testimoniar y articular cosas que van ocurriendo que constituyen pequeños (o grandes) pasos en el camino de intentar recuperar a los hijos. El conseguir una nueva vivienda o trabajo (por referirnos a puntos frecuentemente incluidos en los Planes de mejora que los servicios de protección hacen firmar a los padres), pero también la primera sesión con padres e hijos, el primer fin de semana o vacaciones que vuelven a pasar con ellos, el reinicio de la relación con miembros enfrentados de la familia extensa (familiares, por cierto, de los niños)…

Y el siguiente paso es seleccionar (y cerrar) un o unos Motivos Terminales, es decir, acontecimientos que permiten clausurar una serie de acontecimientos dotados retrospectivamente, ahora que han ocurrido, de una cierta unidad de sentido.

Por poner un ejemplo histórico que lo aclare, aún a costa de simplificarlo, la caída del Muro de Berlín puede ser el Motivo Terminal de la historia del enfrentamiento entre Capitalismo y Comunismo, cuyo Motivo Inaugural pudo ser la Revolución de Octubre y cuyos Motivos de Transición fueron toda una serie de acontecimientos históricos que jalonaron el siglo XX (desde la Conferencia de Yalta hasta la Primavera de Praga) cuyo peso y sentido no se aquilató (parcialmente) hasta que se le dio fin a la serie (la caída del Muro)

Lo que sería un Motivo Terminal en nuestro terreno viene ejemplificado en el siguiente epígrafe.

5.3.- *El ritual de bienvenida*. Uno de los temas a tratar, desde que se vislumbra la posibilidad es la preparación de algún ritual de bienvenida que sancione la vuelta de los hijos. El tipo y el momento depende del caso, pero es un tema del que se habla en cuanto se puede, que a nivel de red tiene una dimensión de recibimiento (se trata de un ritual que abarca, al menos en algunos de sus aspectos, a personas más allá de la familia nuclear) y que, a nivel de la historia se le trata de dar un efecto de clausura, de cierre de etapa.

5.4.- *La explicación a los hijos*. Otro tema recurrente durante las sesiones es que explicación van a poder ir dando a sus hijos, sobre esta etapa de sus vidas, bien cuando vuelvan, bien cuando pregunten, bien cuando tengan edad de preguntarlo. Se trata de sentar la necesidad de que los hijos comprendan; y de que comprendan a su nivel. Y no se trata de encontrar una explicación de una vez por todas, sino de ir ayudando a salir de la posición de víctimas en que, con frecuencia (y, a veces sin que les falte algo de razón) se sitúan los padres.

La explicación a los hijos debe estar a su nivel. Y no puede trasmitir, al menos no solo, un mundo amenazante en el que te pueden perseguir impunemente, sino un mundo que plantea exigencias, algunas de las cuales la familia tiene que satisfacer para bien de todos. Un mundo en que hay gente que se preocupa de pedir a la familia que llegue, en lo tocante al cuidado de los hijos, a donde, a veces, puede no haber llegado. De nuevo Turnell y Essex (2006) aportan interesantes ideas, desarrolladas en forma de cómic, para satisfacer esta necesidad.

***6.- El timing***

6.1.- *Agilizar el estancamiento familia-red*. Familia y servicios suelen estar en una situación de estancamiento conflictivo cuando comienza la terapia. El único ritmo que parece mover el tiempo es el de los enfrentamientos que jalonan sus encuentros. Establecer otros ritmos temporales que sacudan esta inercia es una tarea, y un instrumento a usar para dinamizar la terapia.

El terapeuta debe hacer uso de los acontecimientos temporales que jalonan el tiempo cotidiano con este fin. El uso de los periodos vacacionales podría ser un ejemplo. Tratar con antelación en las sesiones la ampliación de la estancia de los niños en casa y las condiciones de seguridad a conseguir en la familia para que los servicios puedan acceder a esta ampliación, tratar con los servicios las ventajas de un incremento controlado del contacto padres-hijos –aprovechando la oportunidad de las vacaciones– para profundizar la terapia, solicitar el adelantamiento de la inclusión de los hijos en las sesiones para hablar de esta tema… serían un

ejemplo de estrategias para sacudir este estancamiento usando como dinamizador las vacaciones.

Otros ejemplos posibles sería la utilización de eventos familiares puntuales (bodas, bautizos, enfermedades en la familia amplia) para introducir el tiempo vivo de los acontecimientos en el tiempo estancado de la relación entre la familia y los servicios. Se puede, por ejemplo, pedir un encuentro especial (aunque sea en el centro residencial donde residen los niños) para que los padres puedan explicarles una enfermedad de un miembro de la familia siguiendo los lineamientos que previamente han discutido con nosotros en sesión; o también pedir a los servicio que reciban de los padres y entreguen a los hijos un recuerdo de una fiesta familiar en la que no pudieron estar pero se les añoró.

6.2.-*La activación de la red*. El estancamiento Familia-Servicios no solo rigidifica el paso del tiempo, sino restringe las interacciones entre ellos. Suele haber un servicio particular con el que se focaliza el enfrentamiento y otros servicios con los que hay interacciones en las que pasan cosas, pero que ocurren como en sordina, con poca circulación.

El concepto de Sistema Determinable por el Problema (Ramos, 2008), que alude no a los sistemas profesionales involucrados en un problema (y estancados en conversaciones estereotipadas) sino a los sistemas profesionales que deberían estar involucrados porque, tal como están las cosas ahora, algo podrían hacer y decir, ayuda al terapeuta a tratar de quebrantar esa rigidificación. Se trata de poner en juego, de hacer circular, otra información almacenada en otros nodos conversacionales de la red, que diversificaría la información sobre la que descansa el estancamiento.

El terapeuta debe estar atento a nodos no conflictuales (o menos conflictuales) de la red y activarlos en beneficio de la familia. Se puede pedir a la familia que se haga presente en la escuela donde irían los hijos cuando vuelvan a estar con ellos y que vayan elaborando la historia que contarán de lo sucedido para que entiendan los problemas que podrían tener los niños y cuenten con los padres para resolverlos.

6.3.-*La interrupción como movilización de la red*. Una de las preocupaciones del terapeuta es adecuar su presencia (el ritmo de las sesiones y de los intercambios con la red) a los ritmos de la familia y de la red. Tenemos que responder con presteza a las demandas de la red (de informes, por ejemplo), para mostrar nuestra disposición, y manejar los tiempos de nuestras demandas a la red, apretando o dando tiempo para que asuman cada una de nuestra peticiones que ponen a prueba la disposición de ellos.

Un ejemplo de este requerimiento de respuesta, usando el tema de las vacaciones, por ejemplo, sería mandar un informe en el que se requiere el incremento de la presencia de los hijos en casa y en el que se avisa que se deja en suspenso la

convocatoria de la próxima visita hasta conocer la respuesta, pues caso de que no sea aceptada habrá que enlentecer (o acelerar) el ritmo de las visitas con los padres para no quemar nuestra ascendencia sobre ellos.

Extremando la estrategia, si aspectos significativos del ritmo del proceso, como podrían ser la incorporación de los hijos a las sesiones o el incremento del contacto padres-hijos, se retrasan en ausencia de un incidente que lo justifique, por la inercia de los servicios, se puede recurrir al planteamiento de la interrupción de la terapia como un intento de acelerar ese estancamiento.

Cuando se ha podido realizar un número significativo de sesiones, la alianza terapéutica con la familia se ha fraguado, se ha producido algún progreso que se puede esgrimir, pero es la inercia lo que lastra el proceso, el terapeuta puede plantear la posibilidad de interrumpir temporalmente la terapia hasta que cambie la disposición de los servicios, previa comunicación a la familia (eventualmente mediando la ejecución de un informe en el que se resaltan los logros alcanzados) Y ello, por una parte, para reclamar las condiciones mínimas para poder ejecutar la labor para la que los propios servicios lo han requerido; y por otra, porque en algunas ocasiones tiene realmente el efecto de sacudir el estancamiento que lastra el proceso.

### *7.- El trabajo con la red*

El último eje que queremos resaltar es el trabajo con la red. Este trabajo es definitorio del modelo y, en realidad, está implícito en todos los ejes que hemos reseñado. Existen quizás dos elementos en que su presencia es más explicita, que son el Plan Temático de la Sesión y los Informes a la red. Dado que han sido aludidos a lo largo de estas páginas, preferimos mostrarlos gráficamente en el ejemplo clínico con el que finaliza este capítulo.

### Ejemplo clínico

White y Epston (1990), desde una concepción activa de la terapia, plantearon que el proceso terapéutico debería poder seguirse, no a través de las notas clínicas privadas que el terapeuta escribe tras la sesión con la familia, sino a través de los documentos públicos (cartas e informes –contradocumentos) que el terapeuta les envía a la familia a propósito de las sesiones. Entendemos su postura, no solo como un desafío, sino también como una plasmación concreta de la idea de que entender una comunicación no es al fin y al cabo sino saber que respuesta darle (Ramos, 2008)

Siguiendo su inspiración hemos elegido mostrar nuestro ejemplo usando como hilo conductor algunos documentos que le enviamos, tras una explicación sintética del caso y con alguna explicación adicional sobre proceso. Nos serviremos del material de estos documentos para ejemplificar algunos de los aspectos teóricos desarrollados en las secciones anteriores.

*El caso*

Se trata de una mujer de algo más de 45 años, con una hija de 13 y un hijo de algo más de 12 años. El marido, emigrante, hace mucho tiempo que volvió a su país de origen con su familia. La madre, diagnosticada primero de trastorno esquizoafectivo y posteriormente de trastorno bipolar, lleva mas de 20 años en tratamiento y ha estado ingresada en varios servicios psiquiátricos de varias comunidades españolas.

Los hijos están ingresados en un centro. El ingreso se produjo con ocasión de que los niños fueron a una excursión escolar. La madre no se encontraba bien y se autoingresó, tras dejar aviso a un pariente de que fuera a recoger a los hijos a la vuelta de la excursión; este no se presentó, los profesores avisaron a la policía e intervinieron los servicios de protección. Esta situación repercute en el estado de la madre cuyos ingresos, que habitualmente no duraban más de unas semanas, se prolonga en esta ocasión varios meses. Cuando la madre es dada de alta ya no le devuelven a sus hijos.

Este suceso ocurre hace más de 5 años. Hace algo más de 1 año en el centro le proponen la vuelta de ambos hijos. La madre pone pegas, diciendo que no está preparada, que le den más tiempo. Los servicios de protección tratan de aprovechar las vacaciones de verano, para forzar su vuelta, la madre pide a su psiquiatra, que la conoce desde hace muchos años, que la ingrese, pero este decide hacer un ingreso parcial en un Hospital de Día.

De todas maneras el retorno de los hijos se paraliza. La decepción de los hijos hace que las relaciones con la madre empeoren. Por otra parte, por la edad de los hijos en menos de dos años habrá que tomar una decisión de si vuelven con la madre o tienen que pasar a una residencia para jóvenes, por lo que el equipo de Protección de Menores demanda la terapia para: " … iniciar un proceso terapéutico que permita, no tan solo desgranar, y por lo tanto entender, los antecedentes y las causas que les han conducido a esta situación, sino también sentar las bases de una nueva etapa como individuos, pero sobre todo como familia, como sistema único, indivisible y armónico" (cita textual).

***Carta de presentación del equipo***

Concertada la primera visita se le envía a la madre la siguiente carta para que la reciba antes de la misma.

> *Estimada Sra. Ana: Somos el equipo de Terapia Familiar que les atenderá a ustedes y con quien ya tiene reservada una visita el día X de diciembre. Confiamos en que podemos todavía celebrar una visita con cada uno de los tres miembros de la familia antes de Navidad.* (La convocatoria separada e individualizada de cada miembro de la familia es una respuesta al mensaje ideológico que subyace a la derivación –cita textual precedente– y al proyecto no individualizado en que se concreta, que pretende que

el destino de los hermanos sea conjunto: o los dos vuelven con su madre o los dos van a una residencia)

*Pero en lo que creemos que ya no tenemos tiempo de influir, si fuese necesario, es en los planes que hay previstos con usted y sus hijos para estas fiestas. Así que una de las cosas de las que nos gustaría hablar precisamente en esta visita es de cómo espera que se desarrollen estas fiestas de Navidad y qué se podría hacer para que fueran mejores que las del año pasado.*

(La preocupación por las vacaciones es un intento de hacerle ver de forma precoz que estamos de su lado –*alianza precoz con la familia*–; y la insistencia en que la Navidad sea mejor que la anterior –será un *leiv motiv* de la terapia, el que cada ocasión de encuentro "especial" con alguno de los hijos ayude a borrar el mal recuerdo de una ocasión anterior– es un intento de destacar *Motivos de Transición*)

*Queremos informarle que aunque esta visita está reservada para usted, por nuestra parte no hay ningún inconveniente en que venga acompañada por alguien de su confianza; pero tenemos que pedirle que no traiga a más de dos, porque no cabríamos en el despacho.* (*Ampliación del foco mas allá de la familia biológica*)

*Por lo que tenemos entendido, usted ha estado recientemente en un Hospital de Día, pero ahora está mejor. Por lo visto hay un colega, psiquiatra, que la conoce a usted de hace muchos años; pero que en esta ocasión prefirió remitirla a un Hospital de Día mejor que volver a ingresarla en una Sala de Psiquiatría.*

*Le queremos pedir que hable con él para preguntarle, de nuestra parte, cómo la ve ahora y si, en su opinión, está usted en condiciones de volver a plantearse la vuelta de sus hijos a casa; o si habría que plantearse otra alternativa en caso de que temiese que este retorno volvería a provocar una situación de riesgo para usted* (sondeo de una *alianza preferencial* en la red, alternativa al derivante).

*Dicho sea de paso, si usted cree que algunas de las personas que le gustaría invitar a esta visita fuese una de las compañeras con las que compartió el Hospital de Día, por nosotros no habría inconveniente. Si usted estima que durante esa estancia y en ese momento tan penoso para Vd. pudo hacer confidencias importantes a alguna compañera y ella debería estar aquí, bienvenida sea. Únicamente le pedimos que lo ponga en conocimiento de su psiquiatra para que este dé el visto bueno.*

*Queremos que sepa que queremos hablar con usted, aunque tenga que ser por encima, de las cosas que han ido pasando en su vida. Ha estado usted en muchos sitios y ha pasado muchos malos tragos* (reformulación parcial de los ingresos).

*Y queremos hablar lógicamente de sus hijos. De la relación que tiene con ellos, de lo que querría usted para ellos, y de cómo cree usted que puede contribuir a que los consigan, tanto Ester como Carlos* (focalización en la relación con los hijos y en como puede ayudarles, no necesariamente en su recuperación).

*Le rogamos que, antes de la visita, enseñe esta carta a su psiquiatra y también a los miembros de la EAIA* (nombre del Equipo de protección de Menores en Caralunya),

*por cuyo consejo nos pide usted esta consulta. Queremos que la puedan asesorar sobre otros temas que debería tratar usted con nosotros en esta visita, aparte de los mencionados en la carta. Igualmente la puede usted mostrar a cualquier otro profesional cuya opinión sea importante para usted (maniobra de activación de la red).*

*En cuanto a los compañeros del* EAIA *queremos que les pregunte en qué orden estiman conveniente que debemos ver a sus hijos, a cuál hemos de convocar el primero después de esta visita con usted* (intento de llevar al EAIA a empezar a establecer una diferenciación de los hijos).

*A la espera de conocernos personalmente, recibe un cordial saludo.*

***Informe al derivante***

Este informe se realiza unos meses después de iniciada la terapia y va dirigida al profesional que realizó la derivación.

*Apreciado David: Hemos aplazado la visita con la familia hasta la fecha del 25 de junio porque sabemos que próximamente Ana tiene una visita con Carlos y contigo a la que Ester ha dicho que se quiere unir. Hemos valorado que esta entrevista puede ser de importancia porque entendemos que Carlos va a plantear su posición con respecto a sus vacaciones de verano.*

(Nos referimos a una entrevista que el hijo ha pedido con el derivante para dar a conocer a la madre su decisión respecto a sus vacaciones; no podemos impedir que esa conversación sea pública, en presencia del derivante, en lugar de privada entre madre e hijo, pero si aplazamos nuestra visita para dejar que lo diriman entre ellos)

(Apoyamos la petición de la hija de incluirse en esa charla porque Ester quiere pedir explicaciones al hecho de que le hayan denegado la petición de que hablaremos en el párrafo siguiente. Esta petición de explicaciones en presencia de su madre y su hermano cuestiona la alianza profesional-hijos y fortalece la alianza hija-madre)

(El retraso de nuestra visita es ejemplo del intento de *acomodar el tiempo de nuestras intervenciones al tiempo de la red;* si tienen cosas de que hablar en un foro conversacional dado, nosotros lo alimentamos –con el informe– y nos retiramos)

*Por motivos de agenda hemos tenido que retrasar la próxima visita con la familia hasta finales de junio, lo cual nos preocupa un poquito porque nos estamos metiendo en el verano. De hecho ya habíamos empezado a tratar el tema de las vacaciones porque nos parece importante conseguir que la experiencia de la familia este verano ayudara a borrar el mal recuerdo del verano pasado y la mala experiencia de las vacaciones de Navidad.*

(Se insiste en el tema de las sucesivas vacaciones –las de Navidad, ya iniciado el tratamiento, fueron mal; las próximas tratamos de que vayan mejor– como Motivos

de Transición. Es importante que vayan mejor, pero el significado de ese evento se verá cuando acabe la terapia)

*En este sentido acogimos con interés la petición de Ester de ir a una acampada musical y le pedimos a Ana que aprovechara el último día para regresar a Barcelona a última hora de la tarde y tener así todo el día con su hija en un ambiente nuevo y distendido, a ver si eso les ayudaba a empezar a hablar de sus cosas. En la última sesión con la madre y con la hija nos dimos cuenta de que a Ester le estaba costando un poco* (nuevamente se favorece *alimentar un foro conversacional* –una ocasión especial de hablar la madre con su hija– en lugar de tratar el tema exclusivamente en la sesión).

*Aparte de eso, la convivencia de Ester en un ambiente juvenil nuevo podía haber sido una oportunidad para ver hasta qué punto tenía problemas de sociabilidad que fuera bueno empezar a abordar. Es algo que está pendiente con Ester, independientemente de cómo acabe la terapia, bien con su vuelta a casa, bien con su ingreso en la residencia. Entendemos que hay trabas legales para poder realizar esta salida y tendremos que quedarnos con la duda* (se aprovecha la ocasión para hablar de los distintos desenlaces posibles de la terapia, pero refiriéndonos individualmente a uno de los hijos).

*De todas maneras, tenemos pendiente aconsejarles en ese sentido con respecto a las vacaciones de verano; si aconsejarles que hagan una escapada a Valencia, madre e hija para tener una experiencia juntas o aconsejarles que se vayan a Andalucía con la familia para incrementar las conexiones de Ester con su familia y ponerse en situación de relacionarse con sus iguales poco conocidos, sus primos. Os agradeceríamos que si tenéis alguna opinión sobre cual de los escenarios os parece preferible, nos lo hagáis saber.* (nuevamente hablamos solo de Ester, pero en relación no solo con su madre, sino con su familia. Nuestro objetivo con Ester no es que vuelva o no a casa, sino que, haga lo que haga, sienta que tiene una familia).

*De Carlos no te podemos decir gran cosa porque estamos pendientes de lo que él plantea. Con Ester y Ana tenemos que continuar hablando, pero si tú crees que Carlos se está distanciando demasiado de la familia, trata de convencerlo, por favor, para que venga a la próxima visita, que entonces sería con la familia al pleno.*

*Un cordial saludo.*

***Carta al psiquiatra de la madre***

El psiquiatra que atendía la madre, de toda la vida, se ha jubilado, con lo que ha heredado el caso una nueva profesional. Con motivo de las vacaciones pasadas, de Navidad y Semana Santa, la primera con una convivencia conflictiva y la segunda con la decepción para la madre que el hijo prefiriera quedarse en la residencia, se mantuvo correspondencia con esta psiquiatra.

El Pretexto era pedirle confirmación de nuestra impresión de que la madre estaba afrontando, sin repercusiones sintomáticas, dos situaciones de estrés. El objetivo era empezar a desvincular los síntomas de un proceso biológico autónomo (la

bipolaridad) y empezar a ligarlos (en este caso la no eclosión de síntomas) con la capacidad de enfrentar situaciones vitales.

*Estimada compañera: Somos el Equipo de Terapia Familiar que está realizando la terapia con Ana y con sus hijos a petición del equipo de EAIA que está siguiendo el caso. El objetivo de la terapia era tratar de rehacer los vínculos familiares después del fracaso del proyecto de reunificación que se intentó hace más o menos dos años.*

E*l objetivo último de esta terapia para Ana es intentar recuperar a sus hijos otra vez, dado que ella nos ha dicho repetidamente que el intento anterior adquirió un ritmo un tanto precipitado.*

(Nos interesa recordar este aspecto, que no vivió el psiquiatra actual, porque el especialista que la atendía no la ingresó, sino que la remitió a un dispositivo más ligero; de alguna forma no catalogó el empeoramiento con la misma gravedad de otras veces. En ese sentido hace más verosímil la posición de la madre –que el retorno de los hijos era precipitado– y hace más fácil para el nuevo profesional aceptar tácitamente que la paciente está en el camino de una mejoría lenta pero sostenida)

*Nosotros no desdeñamos este objetivo, pero también consideramos la posibilidad bien de que no vuelvan ambos hijos a la vez, de que vuelva sólo uno y el otro decida más adelante, bien de que la posibilidad quede abierta para cuando estos hijos puedan decidir su futuro por sí mismos* (nuevamente planteamos un horizonte diverso, en el que los hijos se mueven individualizadamente; pero esta vez haciéndolo circular por otro nodo de la red: la psiquiatra. No se pretende convencer a nadie, sino crear un estado de opinión que lo contemple como una posibilidad a considerar).

*Nuestra impresión es que la terapia va consiguiendo algún progreso, pero Ana siempre nos ha dicho que ella quiere estar al 100% y no hemos conseguido aclarar qué quiere decir con eso y hasta qué punto sería posible. Por lo que sabemos tú llevas este caso desde hace sólo un tiempo, pero los informes que nos has enviado dan la impresión de que hay un cierto cambio psicopatológico. En este momento parecen más importantes los rasgos caracterológicos y el lastre que esto supone para afrontar situaciones de estrés* (hacemos referencia a una apreciación del informe que consta en nuestro dosier –y por lo tanto, como copia, en su dosier psiquiátrico– escrito por el psiquiatra que se jubiló. Intentamos que el nuevo profesional que hereda el caso herede, también, esta opinión).

*Y situaciones de estrés ha habido varias durante la terapia. La primera durante la Navidad, que fue bastante accidentada. La segunda, en Semana Santa, cuando Ana se enteró que su hijo Carlos no quería pasarlas con ella. Creemos que, en ambos casos, tú la atendiste. Para nosotros fue un alivio ver que no se producía una recaída, pero nos interesaría mucho saber tu opinión: si tú también creíste que podría haber habido una recaída y qué crees que ayudó a que no se produjese.*

*La gran pregunta de fondo es si tú nos podrías decir si Ana está en condiciones de*

*responsabilizarse y convivir con dos hijos adolescentes, o al menos con uno de ellos, pero entendemos que es algo difícil de contestar y no te pedimos una respuesta definitiva. Sí, por favor, esperamos tu opinión de los dos incidentes (Navidad y Semana Santa) que te hemos comentado* (no le pedimos que avale a la madre firmemente, pero si que avale formalmente las corroboraciones que le solicitamos en ocasiones anteriores sobre la resistencia de la madre a las decepciones sufridas durante el tratamiento).

(Globalmente la carta puede servir como ejemplo de la *búsqueda de una alianza alternativa* en la red ante las dificultades y limitaciones de la alianza anterior, centradas en el derivante, para acompañar las trasformaciones evolutivas del caso).

**Referencias bibliográficas**


Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). "Human Systems as linguistic Systems. Evolving ideas about the implications for theory and practice". *Family Process, 27*, 371-393.

Barnsdale, L. y Walker, M. (2007). *Examining the use and impact of Family Group Conferencing*. Sterling: Social Work Research Center.

Beels, Ch. (2009). "Some historical conditions of Narrtive Work". *Family Process, 48*, 363-378.

Berg, I. K. y Kelly, S. (2000). *Building Solutions in Child Protective Services*. New York: Norton & Company.

Cirillo, S. (2012). *Malos Padres*. Barcelona: Gedisa.

Eron, J. y Lund, Th. (1993). How problems evolve and dissolve: Integrating Narrative and Strategic Concepts. *Family Process, 32*, 291-309.

Imber Black, E. (1988). *Families and Larger Systems: A Family Therapist's Guide through the Labyrinth*. New York: Guilford Press.

Johnson, L. y Ketring, S. (2006). The Therapy Alliance: A moderator in therapy outcome for familias dealing with child abuse and neglect. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*, 345-354.

Linares, J. L.; Pubill, Mª J. y Ramos, R. (2005). *Las cartas terapéuticas: una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona: Herder.

Mackinnon, L. (1998). *Trust and Betrayal in the Treatment of Child Abuse*. New York: Guilford Press.

Madsen, W. (1999). Inviting new stories: Narrative ideas in family-centered services. *Journal of Sistemic Therapies, 18 (3)*, 1-22.

Madsen, W. (2007). *Collaborative Therapy with Multi.Stressed Families*. New York: Guilford Press.

Martín Hernández, J. (2009). *Protección de menores. Una Institución en crisis*. Madrid: Pirámide.

Minuchin, P.; Colapinto, J. y Minuchin, S. (2000). *Pobreza, Institución y Familia* Buenos Aires: Amorrortu.

Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problema. *Children*

*and Youth Services Review, 27.*
Ramos, R. (1995). Convocatoria e Intervalo entre visitas: dos instrumentos para la intervención psicoterapéutica. *Informaciones Psiquiátricas*.
Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, Narraciones vividas*. Barcelona: Paidós.
Ramos, R. (2007). "Del Sistema familiar al Sistema Social. La Terapia en la Red" En R. Medina, J. L. Linares y M. R Ceberio. *La Terapia Familiar desde Iberoamérica.* Buenos Aires: Tres Haches.
Ramos, R. (2008). *Temas para Conversar.* Barcelona: Gedisa.
Ramos, R. (2012). El Plan temático de la sesión. Una guía para la planificación de la conversación terapéutica. *Redes, 27,* 73-90.
Ramos, R. (2013). Entre el control i la teràpia: teràpies de reunificación familiar. *Revista de Treball Social, 198,* 86-91.
Ramos, R. (en prensa). "La Carta de presentación del Equipo".
Ramos, R. (en preparación). *Enfoque Narrativo con Familias Multiproblemáticas: El Cambio que viene.*
Turnell, A. y Edwards, S. (1999). *Sings of Safety*. New York: Norton & Company.
Turnell, A. y Essex, S. (2006). *Working with 'denied' child abuse. The Resolution Approach.* England: Open University Press.
White, H. (1992). *Metahistoria*. México: Fondo de Cultura Económica.
White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.

Capítulo XV

# CUIDADO SISTÉMICO DE LA SALUD EN/DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS: UNA EXPERIENCIA SUR-BRASILEÑA

Olga García Falceto y José Ovidio Waldemar[2]

> *"La educación es derecho de todos e deber del Estado y de la familia; será promovida e incentivada con la colaboración de la sociedad, teniendo como objetivo el pleno desarrollo de la persona, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía y la calificación para el trabajo"*
>
> Artículo 205 de la Constitución brasileña, 1988.

## Introducción

Las escuelas brasileñas viven una grave crisis que se manifiesta con problemas comportamentales y de aprendizaje de los niños, desánimo de los profesores y falta de confianza de las familias en el sistema escolar. Esta descripción es válida tanto para las escuelas públicas como para las privadas, pero la gravedad del problema es mayor en las públicas (Abramovay y Rua, 2002; Zottis e col., 2010). El gobierno alcanzó bastantes logros, pero aún falta mucho en la escuela básica. Paralelamente, o también a causa de eso, aumentan los porcentajes de violencia social en Brasil.

Frente a ese cuadro nos planteamos la siguiente cuestión: como las escuelas parecen ser el último reducto en que muchos jóvenes pueden ser influenciados por la sociedad, antes de caer en el desempleo y/o la criminalidad, este es un lugar fundamental de inversión en prevención de salud física y mental. Pero ¿cómo hacerlo de forma innovadora y efectiva, saliendo de la victimización hacia el protagonismo?

Nos propusimos las siguientes directrices:

1) Trabajar desde dentro de las Unidades Básicas de Salud (sistema brasileño de salud: Estrategia Salud de la Familia y Comunidad).
2) Articular un grupo de trabajo multidisciplinario e integrado, altamente motivado por convicciones personales y políticas.
3) Concentrar el primer esfuerzo en ayudar a los maestros a sentirse mejor y más competentes.

---

[2] Instituto da Família y Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil (olgafalceto@gmail.com; ovidiowaldemar@gmail.com).

4) En reuniones semanales con el grupo en las escuelas, promover su participación activa en la definición de sus necesidades y en las soluciones, en conjunto con el grupo multidisciplinario.

Este relato dará una idea de la situación actual del proyecto que ya tiene tres años de iniciado. Atiende a seis escuelas y tres guarderías de niños del área de trabajo de cuatro unidades de salud vinculadas al *Hospital de Clínicas* de la *Universidade do Rio Grande do Sul*, región de Porto Alegre socioeconómicamente heterogénea, con un grupo de alumnos de zonas muy pobres y violentas. Abarca más de 4000 alumnos. Actualmente, el foco de nuestra atención es la capacitación de los maestros y la ayuda a las escuelas con los niños más problemáticos. La prevención y el trabajo con las familias camina más lento, así como la búsqueda de la participación de la comunidad en el apoyo a las escuelas.

Creemos que hemos innovado en dos puntos: 1. El cambio ha empezado por nosotros mismos, reorganizando nuestros recursos, más que exigir el aporte de nuevos. Involucrarnos voluntariamente ya que todos los miembros del grupo quieren participar, inclusive asumiendo ciertos riesgos personales, en una actividad con un grupo socialmente excluido. 2. Reorganizarnos como una red que toma decisiones en conjunto, las ejecuta y posteriormente las evalúa.

**Consideraciones teóricas**

El equipo de formadores del Instituto de la Familia, se dedica desde hace 35 años a las tareas de enseñar, organizar y supervisar la atención clínica y de consultoría, además de investigar sobre la Terapia Sistémica (Falceto y Waldemar, 1997 y 2012). En la actualidad llamamos nuestro abordaje como Terapia Sistémica Integrativa. Reconocemos que la organización de los sistemas ampliados, principalmente el cultural y el económico, tienen una influencia determinante en la organización de los subsistemas que se constituyen en su interior. Teniendo en cuenta esto, buscamos comprender el funcionamiento del sistema que se nos presenta en la consulta para buscar donde intervenir para disminuir la disfunción, con el mayor impacto posible de nuestros recursos terapéuticos.

No existen, en el campo de la salud mental, escuelas teóricamente puras: la escuela psicoanalítica, la teoría cognitivo comportamental e inclusive la sistémica, tienen varias sub-escuelas diferentes. Nosotros nos posicionamos entre los sistémicos integracionistas, aquellos que reconocen que en la clínica el terapeuta articula sus conocimientos y sus habilidades, buscando aquello que puede ser más efectivo en aquel momento para el problema que se está abordando. Somos psiquiatras generales y de la infancia y adolescencia, que nos identificamos mucho con la Psiquiatría Comunitaria, habiendo trabajado siempre con diversos sistemas, en especial dentro del área de la salud. Somos gratos a una multitud de influencias sobre nuestro

trabajo que a lo largo del tiempo han ido construyendo nuestra manera compleja de entender e intervenir en los multiplos niveles de los sistemas envueltos (Freire, 1970; Caplan, 1964; Minuchin, 1967; Sluzki, 1997; Maturana y Varela, 1995; Andolfi y Calderon, 2008; Coletti y Linares, 1997; Morin, 1995). Identificamos que la sociedad en general se guía por un paradigma de poder y control, y nosotros buscamos crear organizaciones en que el paradigma central es la participación conjunta y la reorganización en red de los recursos disponibles. Reconocemos, también, que a partir de determinado momento existe la necesidad de incluir más recursos para tornar viable un cambio en escala mayor en relación a la organización anterior del sistema.

En contraste con la lógica predominante, buscamos ir al encuentro del sistema en el cual aparece el mayor sufrimiento, saliendo del consultorio para la escuela y para las calles.

Este trabajo ha sido desarrollado en escuelas, en las que hay alumnos que viven en abrigos ya que muchos padres tienen problemas con la ley y la mayoría tiene problemas socioeconómicos y familiares. Los profesores son mal pagados pero mismo así en su mayoria son muy dedicados, frecuentemente sobrepasando sus funciones, lo cual los lleva a sentirse extenuados.

**Historia**

El inicio sucedió en 2009, constituido ya por un grupo multidisciplinar que incluía una profesora de escuela pública. Respondíamos a una solicitud de ayuda del Secretario de Salud, para ofrecer apoyo en las escuelas, en relación a la salud mental de los estudiantes. No queríamos simplemente repetir lo que había estado haciéndose hace más de 40 años por el Departamento de Psiquiatría de la *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* –UFRGS– (un consultor de salud mental, residente de psiquiatría bajo supervisión, visitaba semanalmente una escuela que solicitaba la consultoría y evaluaba y discutía los casos de los alumnos problema con la dirección y orientación pedagógica; las remisiones eran casi imposibles de realizar y cuestiones estructurales escolares eran imposibles de acceder) (Bassols e col., 2004). Tampoco lo que ha estado haciendo desde hace más de 15 años el *Instituto da Familia* que consiste en que un terapeuta visita la escuela, discute con la dirección las dificultades de los alumnos y facilita la remisión del caso para la Clínica Social del Instituto. Queríamos innovar la forma de organizar la intervención, co-contruyendo soluciones en diálogo con la escuela, desde dentro del sistema básico de salud (Programa Estrategia de Salud de la Familia y Comunidad –ESF) que acogería los casos necesitados de atención médica.

Algunas informaciones sobre la construcción del sistema de salud brasileño son necesarias para comprender en qué consiste la ESF y qué son las Unidades Básicas de Salud –UBSs y sus equipos de Medicina de Familia y Comunidad (Brasil.

Ministério da Saúde, 2012). En 1988 fue proclamada la nueva Constitución Brasileña, después de veinte años de dictadura militar, y posteriormente se creó el Sistema Único de Salud (SUS) que contempla la universalidad de acciones integrales de salud, con equidad, en un sistema jerarquizado y regionalizado, descentralizado, con control social, participación complementaria del sector privado y también dedicado a la formación de recursos humanos. La atención primaria en el SUS es realizada por el Programa Estrategia de Salud de la Familia y la Comunidad. En esa política, en 2011, la mitad del territorio brasileño tenía equipos de Medicina de Familia y Comunidad, que se constituyen con por lo menos un médico, una enfermera y dos agentes de salud, personas con variados grados de instrucción que tienen en común vivir en la comunidad en que trabajan, haciendo visitas a las casas. El deber de esos equipos es realizar el diagnóstico de su comunidad, mediante un levantamiento epidemiológico de los problemas de salud, factores de riesgo e inventario de los recursos disponibles en ella, obligándose a actuar sobre los problemas de mayor prevalencia.

La ley brasileña está bastante avanzada, pero su implementación no está acompañándola. Necesitamos más inversiones y mejor articulación entre los sistemas de salud y educación (y los demás); sin embargo es innegable que ha habido grandes avances en el sistema brasileño de salud pública.

Después de algunos meses de planificación presentamos el proyecto inicial Vivir Mejor en la Escuela, a varias instancias de planificación de la salud en el estado de Rio Grande do Sul. Aparentemente fue rechazado por parecer demasiado complejo. Ese proceso de búsqueda de inserción llevó algunos meses.

Entonces, decidimos buscar implementar nuestro modelo en nuestro proprio ambiente universitario, ofreciéndolo como Proyecto Piloto a la UBS Santa Cecilia, del *Hospital de Clínicas*, en el año de 2011, solamente reorganizando los recursos existentes e incluyendo a nuevos voluntarios. La intención era generar resultados que sirvieran después como evidencia para los órganos públicos responsables por la salud escolar, mostrando que es posible una nueva forma de intervención. Inmediatamente fuimos bien recibidos por el equipo de la UBS, la cual nos confirmó que lo que deseabamos hacer ya estaba previsto en el decreto Nº 6286 de 2007 que instituyó el Programa Salud en la Escuela (PSE), según el cual, las Unidades Básicas de Salud de Brasil son legalmente responsables de prestar atención de salud en las escuelas de su zona de cobertura. Buscamos saber cómo estaba siendo implementada la ley en otros lugares, y no encontramos referencias de que esto se estuviera realizando. Más tarde verificamos que el modelo propuesto en el decreto, sin embargo, es bastante tradicional y, diferentemente del nuestro, prevee solamente acciones y campañas de salud de las UBSs dentro de la escuela.

De ese modo, entonces entramos con lo que ya habíamos planeado, sobre cómo debería ser el trabajo: colaboración con las escuelas para empoderarlas y con sus

profesores para que se sintieran más capaces frente a sus alumnos y sus familias. La idea es que las intervenciones den como resultado la capacitación autosustentable, de modo que los profesores pasen a generar conocimiento y nuevas acciones más autonomas.

**Identificación de los problemas y acciones iniciales**
En conjunto con los profesores fuimos definiendo que:

1) Existen dificultades estructurales, con falta de recursos o su mala aplicación y administración, y un malestar en las escuelas que se manifiesta a través de problemas en la enseñanza, en el aprendizaje, trastornos de comportamiento, evasión escolar, depresión y ansiedad en los profesores, desconocimiento de las familias sobre la cotidianidad escolar y de las respectivas comunidades.
2) Los problemas escolares son problemas sistémicos: se manifiestan y deben ser enfrentados en varios niveles y con multiplicidad de acciones, pero siempre incluyendo en las acciones la idea de los múltiples niveles y del todo disfuncional.
3) El diagnóstico y las intervenciones deben definirse en conjunto entre aquellos que viven los problemas y el grupo multidisciplinar que se dispone a ayudar, en un proceso colaborativo y continuo.
4) El proceso debe pasar por una evaluación continua, con rigor científico, para verificar la efectividad del diagnóstico y de las acciones realizadas y aplicadas para resolver problemas y promover mejor convivencia.
5) Con la idea de que es fundamental, cuando se realizan consultorías, trabajar con las instancias responsables, notificamos y visitamos a la Secretaria de Educación, responsable de las escuelas, para presentarles nuestro trabajo.

**Operacionalización y funcionamiento actual del programa**
El proyecto se transformó, a lo largo de 2011 y 2012, en un programa estructurado, bajo la coordinación de las profesoras Olga Falceto y Ana Margareth Bassols, del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la *Faculdade de Medicina da UFRGS*, con el objetivo de que en 2013 la coordinación pasara a cargo de la UBS HCPA-Santa Cecilia, ya que ésta es, por ley, la responsable por las acciones de salud en las escuelas. Este objetivo fue alcanzado en dos etapas: en 2012 las reuniones que eran realizadas en el Hospital, pasaron a suceder en la UBS, y en 2013 la coordinación pasó a cargo del médico de la UBS, Dr. João Henrique Kolling.

El proceso de diseño del Proyecto y posteriormente la implementación del Programa, exigió mucha paciencia y perseverancia. En el trascurso de todas las etapas del mismo, hubo una aparente aceptación de la idea, pero muchas veces no hubo adhesión efectiva a las sugerencias dadas. Inicialmente las escuelas nos comunicaron, inclusive, que era imposible trabajar con los profesores porque ellos

estaban demasiado sobrecargados y sin substitutos para entrar en la clase mientras trabajaban con nosotros. Solamente mucho después, cuando ya habíamos efectuado bastante trabajo conjunto, y se había establecido la confianza, crearon un espacio para el Programa en las capacitaciones semestrales. Otro hecho relevante es que las escuelas no tenían indicadores ni registros de funcionamiento (número de faltas a clase tanto de alumnos como de profesores, evasiones, prevalencia de *bullying*, etc…) con los cuales nos pudiéramos guiar.

En resumen estos fueron los pasos del proceso:

1) Construcción del grupo de consultoría: las primeras coordinadoras, profesoras de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, invitaron a los residentes de esta área para practicar en el programa e invitaron a profesionales de diversas áreas, a los que ya conocían: psiquiatra y terapeuta familiar especialista en educación social y emocional, terapeutas familiares y comunitarios, profesora de Pedagogía, psiquiatra del Juzgado de la Infancia y la Adolescencia especialista en Justicia Restaurativa y otros. La UBS aportó médicos, enfermeras, agentes de salud y más tarde profesores y practicantes de Nutrición, Fonoaudiología, Enfermería, Psicología, entre otros.
2) Búsqueda de las escuelas del área: los equipos de la UBS establecieron contacto con la dirección de las escuelas para presentarse y ofrecerles consultoría. Seis escuelas estatales de tamaño y características variadas, con aproximadamente 4000 alumnos (por tanto se supone que las acciones puedan cubrir alrededor de 16.000 personas, contando con una media de cuatro miembros por familia). También forman parte del programa tres escuelas preescolares.
3) Consolidación de la asociación: tres escuelas que ya tenían experiencia en consultoría se adhirieron rápida y fuertemente al programa. Las demás se fueron adhiriendo más despacio y con una participación menos consistente en las reuniones semanales. Esto parece evidenciar que es necesario un periodo de trabajo conjunto para la construcción de la confianza en el equipo de consultoría. Además, la inclusión de actividades requiere la reorganización de la escuela, aspecto que también lleva su tiempo. Las tres escuelas infantiles, o escuelas de preescolar, demoraron más en ser localizadas y su posterior adhesión: este trabajo todavía está en su construcción inicial.
4) Definición de la reunión semanal para la identificación de problemas en las escuelas y de los recursos para la actuación del grupo: se determinó un día por semana, con horario fijo para la reunión, incluyendo un representante de las escuelas y los consultores. Se decidió que necesitábamos aceptar las limitaciones del grupo, que tenía poco tiempo disponible; este hecho pasó a ser un punto fundamental en nuestra organización: usar los recursos que ya tenemos con

máxima eficacia, lo cual conseguimos con el fortalecimiento de la colaboración en red.

5) Consolidación del modo de operar la asociación: a) reuniones semanales, b) cursos de capacitación para los profesores (inicialmente fueron semestrales, durante la semana de capacitación prevista por la Secretaría de Educación, y más recientemente mensuales, con todas las escuelas juntas), c) visita periódica a cada escuela por un pequeño equipo (médico u otro profesional de la UBS, psiquiatra infantil y terapeuta familiar, para tratar los casos de los alumnos-problema identificados por la escuela, d) acciones específicas en las escuelas, solicitadas por éstas (por ejemplo, intervenciones de educación social y emocional, intervenciones pedagógicas en el área de matemática y grupos sobre sexualidad). Las áreas de actuación son básicamente tres: salud, educación y justicia.

Un tema fundamental: el grupo mantiene comunicación constante vía e-mail, siendo siempre enviada el acta de las reuniones semanales, ya que los miembros del equipo pueden faltar por estar asesorando en ese horario, a las escuelas. El grupo también mantiene un blog.

Actualmente, después de tres años de trabajo efectivo, el Programa ya está reconocido por la Universidad y en el año de 2013 por la Secretaría Estatal de Educación; nos fue designado un espacio mensual de una hora y media para la capacitación de los profesores en diversas áreas. Los profesores tuvieron la oportunidad de participar en ocho de los diez talleres ofrecidos concomitantemente. Optamos por realizarlos cada mes en una escuela diferente para incrementar la idea de las semejanzas entre los problemas enfrentados, así como crear una comunicación que posibilite una sinergia transformadora. Para el año de 2014 se está planeado el siguiente cambio: por lo menos dos profesores de cada escuela participarán en un curso, parte presencial (con la misma carga horaria de 2013) y parte *online*, que incluirá más de un área de la consultoría y tendrá una parte práctica de aplicación de los conocimientos. La idea sistémica es que no importa con cual contenido entremos, el funcionamiento incluirá siempre comprender las influencias e implicaciones del todo y en el todo.

Además, continúan las reuniones semanales con los consultores y representantes de las escuelas. En estas, cada vez más, se discuten y resuelven también casos clínicos; muchos de estos casos, como será comentado adelante, son muy graves y exigen mucho compromiso de todos.

Continúan efectuándose, también, las intervenciones en las escuelas, dependiendo de su demanda o la exigencia gubernamental: vigilancia de la salud de los alumnos (situación nutricional, capacidad visual y auditiva, entre otras), grupos sobre sexualidad, grupos sobre drogas, grupos de identificación y resolución de

barreras para el desarrollo de las habilidades en Matemática, grupos de educación social y emocional de los alumnos (este será descrito más adelante), grupos de terapia comunitaria para padres de alumnos de inclusión (con dificultades especiales), grupos con profesores para ayudarlos en sus dificultades, entre otros.

Las mayores dificultades consisten todavía en la poca apertura para colaborar en dinámicas del funcionamiento de los profesores y de la administración, que podrían incitar al cambio. También ha sido difícil el acceso a las familias de los alumnos, a pesar de que este es uno de los objetivos principales desde el inicio del trabajo. Nuestra percepción es que profesores y familias se evitan, ambos con la misma sensación de antagonismo: las familias sienten que cuando son llamadas a la escuela es para ser criticadas, y los profesores se sienten demasiado exigidos, injuriados y atacados por las familias que parecen querer atribuir a la escuela las responsabilidades educativas que deberían ser suyas.

**Ejemplos de intervenciones**

***El caso de M.V., 12 años: más común de lo que sería deseable***

M.V. es una niña de 12 años recién cumplidos, que vive como si ya fuera una adulta. Realiza elecciones muy equivocadas y no cuenta con adultos que logren cuidarla. Son muchos los alumnos de nuestras escuelas que tienen comportamientos y situaciones parecidos. Su caso fue enviado por la escuela para ser atendido por el equipo de la UBS (esta es una de las escuelas en las que tenemos más dificultades de inserción) porque estaba faltando mucho a clase y no aprendía. Sabían, también, que estaba teniendo comportamientos promiscuos y escapando de casa. En el examen del caso, por parte del equipo multidisciplinar, la niña se rehusó a hablar con la psiquiatra infantil, pero fue posible que el equipo obtuviera más informaciones. En una reunión general, la médica de familia del equipo, que es clínica de la mamá, nos relató que ésta, que vive con su padre alcohólico, está sufriendo de *AIDS* y se encuentra en su fase terminal. Por causa de ello, la niña fue a vivir con su abuela materna. Ésta vive en una casa con buenas condiciones, construida en un lote en el cual hay casas donde viven dos de sus hermanas, según lo supimos posteriormente. La hermana mayor de M.V. también vive con la abuela, está en tratamiento y se encuentra mejor de un cuadro de depresión, mientras que otro hermano también sufre de *AIDS*.

El problema fundamental en este caso parece ser la crónica y total falta de comunicación entre la mamá y los abuelos sobre cómo poner límites a M.V. lo cual es una repetición de la historia personal de la mamá, que usó drogas y se prostituyó. Además de esto, los profesionales de la escuela y del equipo de salud sienten gran rechazo hacia la abuela, quien alterna la total falta de orientación dada a la niña con crueles castigos físicos.

En la discusión en el grupo, repetidas veces, esos patrones vienen siendo identificados y se decide que la niña necesita ser internada, frente al grave riesgo de

exposición moral y probable riesgo de vida, debido a un posible involucramiento con el mundo de las drogas. Esto sucede en un segundo intento, cuando la médica del caso logra que la madre y la abuela conversen y concuerden que esta es una necesidad. Además de esto, se dirige personalmente hasta la casa para acompañar el proceso y llamar a la Policía Militar para llevar a la niña al hospital psiquiátrico. Contrariamente al miedo que tenía el equipo, la niña está de acuerdo en ser internada.

El paso que el equipo está dando ahora es el de reorganizar la red familiar y de apoyo de la familia, con la intención de definir cuál es el lugar de residencia que podrá ofrecer más protección a M.V.

**Enseñando educación social y emocional (inteligencia emocional) en las escuelas públicas**

En 1996, Goleman (2007) publicó el *Best Seller* Inteligencia Emocional, y después fundó con otros profesores la ONG CASEL, que se dedica a introducir la enseñanza de la Inteligencia Emocional (rebautizada *Social and Emotional Learning* –SEL en inglés– ESE en portugués y español) en escuelas internacionalmente. Actualmente existen muchas intervenciones basadas en evidencia de ESE. Estos programas ya han beneficiado a centenas de millares de alumnos, desde el jardín de infancia hasta la educación superior, en varios países del mundo (Durlak e col, 2011).

En Porto Alegre, desde hace 7 años, un programa combinado de *Mindfulness* (Burke, 2009) y Educación Social y Emocional comenzó a ser desarrollado en el Instituto de la Familia de Porto Alegre bajo la coordinación del psiquiatra José Ovidio Waldemar, y está siendo aplicado en las escuelas en las que se presta consultoría desde hace tres años. Fué recientemente evaluado a través de una investigación académica que mostró que los alumnos (n=64) que recibieron hasta 12 intervenciones, semanalmente, comparados con un grupo control (n=68) demostraron una mejoría significativa en muchos aspectos de la salud mental –evaluada por medio del *Strenghs and difficulties questionnaire* –SDQ-C– principalmente en el dominio emocional (p=0,049) y en su calidad de vida total, evaluada por medio del *Youth quality of life- revised questionnaire* –YQOL-R– (p=0,002), resultados consistentes con lo que ha sido logrado por otros programas basados en evidencias de la CASEL (Waldemar, 2014). Nuestro currículo de ESE consiste en hasta 12 intervenciones que abordan 5 puntos principales:

1) Autoconocimiento
2) Autorregulación
3) Habilidades para relacionarse
4) Empatía y capacidad de colaboración
5) Toma de decisiones, asumiendo responsabilidades.

De modo general, estos objetivos son trabajados en etapas secuenciales, en el orden presentado arriba, pero siempre respetando como prioridad cualquier situación emergente presentada por los alumnos como el aspecto principal, puesto que, como se sabe, lo que estresa a los jóvenes son principalmente problemas en la escuela, con sus colegas o en sus casas.

Las intervenciones comienzan y terminan con momentos de relajación –conocidos como técnica de Mindfulness de la respiración, aporte ya establecido como efectivo en la promoción de la salud y en el tratamiento de los trastornos mentales (Thompson, 2009). Entre estos dos momentos, desarrollamos las actividades lúdicas y reflexivas que abordan los ítems mencionados arriba. Se solicita a la profesora responsable de la clase que se quede dentro del salón, con el fin de que pueda aprender a aplicar el método, pero hasta el momento la adhesión ha sido parcial.

Para desarrollar las Habilidades Sociales enseñamos principios (para los niños menores son llamadas reglas y para los mayores son llamadas intenciones) comunes a muchos abordajes diferentes de Dinámica de Grupo (especialmente el Método Council, de la *Ojai Fundation*) (Zimmerman y Coyle, 1996) y Comunicación no Violenta (Rosemberg, 2003), adaptadas para las diferentes edades de los alumnos, el cual llamamos "Diálogo Colaborativo".

1) Escuchar con atención plena: el ejercicio del foco en la respiración *Mindfulness* es renombrado "aprendiendo a escuchar" o "aprendiendo a tener paciencia". Decimos que cuando escuchamos "con todo el cuerpo y no solamente con las orejas", ¡oímos con más atención!
2) Habla solamente quien tiene la palabra: usamos para esto una varita, cuya posesión autoriza a la persona a hablar, evitando así el desorden y la indisciplina. Con el pasar del tiempo, aprenden a levantar la mano y a esperar su turno. Incentivamos que sean concisos para permitir la participación de todos.
3) Hablar sin ofender: enseñamos que si alguien nos incomoda, en lugar de decir, "tú eres un enfadoso, siempre incomodando" debemos comunicar nuestras necesidades; por ejemplo, decir "preferiría que hablaras más tranquilamente y que no insistas tanto". Llamamos a esto "hablar a favor y no en contra".
4) Hablar de los sentimientos y no solamente de las ideas: en lugar de dar solamente muchas opiniones en abstracto, en temas importantes sugerimos que intenten relatar las experiencias que los llevaron a construir esa opinión.

Resumiendo, en cada uno de los encuentros que realizamos, una vez escogido el tema central, sea por los alumnos, el profesor o por nosotros, intentamos equilibrar momentos de distensión con momentos de reflexión.

Intentamos desarrollar los sentimientos de empatía y colaboración a través de "juegos pedagógicos": en el juego de la silla colaborativa, al contrario del juego de

las sillas musicales (en que cada vez que para la música un alumno pierde su lugar) una silla se retira cada vez, pero todos los alumnos permanecen, obligándolos a buscar una forma de que todos los alumnos se sienten sin que nadie se quede por fuera de la rueda. Es muy divertido, y se aprovecha ese momento para decir que esos juegos colaborativos pueden ser muy alegres, como por ejemplo, en el tenis de playa, en que al contrario del juego convencional, facilitamos para que el colega pueda devolver la bola y de ese modo los dos se divierten, sin tener vencedores o vencidos. En una de las clases que participó y experimentó las dos modalidades, la opinión fue que ambas maneras de jugar son divertidas, pero que mucho más lo es la forma colaborativa.

**Futuros proyectos**

En primer lugar, pretendemos demostrar que el trabajo con el profesor realmente mejora la relación profesor-alumno y el aprovechamiento escolar de éste. Este punto será foco de nuestras capacitaciones e investigaciones de este año de 2014.

En segundo lugar, queremos llegar más cerca de las familias de los alumnos y aprender cómo ampliar los recursos comunitarios de las escuelas.

En tercero lugar, nuestro equipo de Educacion Social y Emocional está preparada para enseñar los proprios maestros a conducir las intervenciones en sus clases. Lo mismo vale para las demás modalidades de intervención.

Pretendemos continuar haciendo la evaluación rigurosamente científica de nuestras intervenciones en todos los niveles, con la intención de identificar cuáles cambios debemos realizar para volverlas más efectivas.

Ya contamos con un sistema organizacional y de capacitaciones construído que nos permite ofrecer prácticas para entrenamiento de profesionales de otras UBSs. Pensamos estar desarrollando un modelo de consultoría escolar que puede ser utilizado en el Programa Estrategia Medicina de la Familia y Comunidad en el Brasil.

**Conclusión**

La organización en red con coordinación democrática y participativa de los diversos actores involucrados és de fundamental importancia para tolerar periodos de incertidumbre y confusión, que al final llevan a la construcción colectiva de una salida creativa (Senger y col, 2004). La declaración de los consultores y profesores después de tres años de implementación del Programa Vivir Mejor en la Escuela, evaluado a través de una investigación de satisfacción realizada a final de 2013 mostró un mejor funcionamiento de las escuelas. Los consultores también afirmaron que este trabajo les da tranquilidad moral, puesto que se sienten colaborando en una transformación social altamente positiva. Es una actividad realizada por amor y con amor.

**Referencias bibliográficas**


Abramovay, M. y Rua, M. G. (2002). *Violência nas escolas*. Brasília: UNESCO.

Andolfi, M. y Calderon, L. B. (2008). *The Oaxaca Book*. Roma, Italia: Accademia di Psicoterapia Familiare.

Bassols, A. M. S.; Santis, M. F. B.; Sukiennik, P. B.; Cristovão, P. W. y Fortes, S. D. (2004). *Saúde Mental na Escola*. Porto Alegre: Mediação.

Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde).

Burke, C. (2009). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*, *Volume 19, Issue 2*, 133-144.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.

Coletti, M. y Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.

Durlak, J. A.; Weissberg, R. P.; Taylor, R. D.; Dymnicki, Schellinger, K. B. (2011) The Impact of Enhancing Student's Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development, Vol 82, Number 1;* 405-432.

Falceto, O. G. y Waldemar, J. O. (1997). "Terapia familiar: a família como porta de entrada para a abordagem ecológica da criança e do adolescente". En N. Fichtner (Org). *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Falceto, O. G. y Waldemar, J. O. (2012). "O Ciclo de Vida da Família". En C. L. Eizirik, A. M. S. Bassols (Org.). *O Ciclo da Vida Humana*. Porto Alegre: Artmed.

Freire, P. (1970). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Goleman, D. (2007). *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Maturana, H. y Varela, F. (1995). *A árvore do conhecimento: as bases da compreensão humana*. Campinas: Psy.

Minuchin, S. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books.

Morin, E. (2005). *Introdução ao Pensamento Complexo*. Porto Alegre: Ed. Sulina.

Rosemberg, M. (2003). *Non Violent Communication, "A Language of Life"*. Canadá: PuddleDancer.

Senger, P.; Scharmer, O.; Jaworsky, J. y Flowers, B. (2004). *Presence: Human Purpose and the Field of the Future*. United States: Society for Organizational Learning.

Sluzki, C. E. (1997). *A Rede Social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Thompson, M. y Gilbert, J. (2009). Mindfulness with Children and Adolescents: Effective Clinical Aplication. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13,* 395-407.

Waldemar, J.; Heldt, E.; Falceto, O. y Guimarães, G. (2014). The Impact of the Combination of Mindfulness and Social Emotional Learning in the Mental Health and Quality of Life of Fifth Graders in Public Schools in South Brazil, enviado para publicación.

Zimmerman, J. y Coyle, V. (1996). *The Way of Council*. Branble Books.

Zottis, G. A. H.; Isolan, L.; Salum, G. A.; Tochetto, A.; Manfro, G. G.; Heldt, E. (2010). Prevalência de bullying em escolas da rede estadual de Porto alegre - *RS. Anais 30ª Semana Científica do HCPA. Rev HCPA; 30(Supl)*, 226.

Capítulo XVI

# TRABAJAR CON LAS ORGANIZACIONES: ROMPER EL ESQUEMA

Lia Mastropaolo[3]

## Premisas epistemológicas

En el trabajo con las organizaciones, sean instituciones o empresas, con frecuencia nos llaman para resolver un problema circunscrito a la necesidad del momento; asimismo, nuestro solicitante no suele coincidir con el destinatario del servicio o de la intervención.

En concreto, me refiero a aquellas situaciones de Tribunal en las que nos piden una consulta para el Juez (o sea, hacer un peritaje, expresar una opinión, un diagnóstico sobre el padre más adecuado en casos de separaciones por litigio o en el maltrato); a aquellas en las que la escuela nos llama (por ejemplo en casos de acoso entre iguales); o cuando el director de una empresa nos llama ocasionándonos un problema con el personal.

En estos casos los profesionales se sienten, con frecuencia y con razón, frustrados porque, respetando el mandato, hallan dificultades en desempeñar la propia función de técnico. Los mismos sistémicos desempolvan una óptica lineal olvidando lo que saben usar en otros contextos.

A veces la tarea que nos viene confiada simplifica y reduce nuestra posibilidad de intervención y el encargo contiene no sólo el problema a resolver sino que, implícitamente, da también las indicaciones acerca de la manera de resolverlo.

En estas situaciones ¿cuál es la respuesta que, manteniendo íntegro el marco en el que estamos llamados a intervenir, permita al mismo tiempo activar una intervención eficaz que garantice la expresión de nuestra profesionalidad?

La cuestión que me propongo es cómo recortar un espacio de autonomía que vuelva incisiva la intervención, transforme el obstáculo de la obligatoriedad en consenso y prevea la participación activa en el proceso, o bien, que consiga quitar al encargante el barniz de derivante incómodo.

¿O es que el marco de la obligatoriedad o la solicitud del encargo son tan prepotentes como para marcar un contexto e impedirnos usar los instrumentos a nuestra disposición?

---

[3] Centro Genovés de Terapia Familiar y Escuela Genovesa de Mediación y Counseling sistémico-Il Metalogo, Génova, Italia (liamastro@tin.it; info@scuolagenovese.org).

En este sentido, creo que un análisis cuidadoso del contexto y del macrocontexto es la clave para releer los varios sistemas, individuando una posible conexión, a fin de que resulte un todo armónico (Fruggeri 1998).

Deconstruir un contexto para reconstruirlo según una lectura sistémica es el primer e inevitable paso de redefinición de las relaciones en juego para elaborar una intervención.

El análisis de contextos y macrocontextos (familias, instituciones, servicios, organizaciones, voluntariado, etc.) nos permite ampliar la mirada y producir una intervención que, poniendo en orden como en un rompecabezas la loca disposición de los sistemas involucrados que han definido el problema, los convierte en nodos de una red y redistribuye competencia en un proyecto que une y sigue el mismo hilo conductor.

No me parece ventajoso canalizar la intervención solamente sobre la respuesta a la solicitud que emerge, precipitada además por la ansiosa y ansiógena emergencia; creo útil poner como objetivo primario el cambio del modo de acercarse a los problemas: nuestra finalidad no es dar solución al problema sino poner a las personas en condición de pensar ante el problema y de hacerse preguntas para afrontarlo.

Opino que se debe aprovechar la ocasión de entrar en un sistema para introducir un cambio en la organización, sin pensar que cumplimos un acto heroico pero con particular atención a las relaciones y al contexto. Busco favorecer una modalidad distinta de acercarse a los problemas introduciendo complejidad.

Tocar los puntos neurálgicos de una organización, romper el esquema, significa poner en discusión la visión del mundo de los otros, construida en el tiempo, lo que puede ser visto como peligroso. Por otro lado, si las personas (sean enseñantes, dirigentes, familias en crisis...) perciben la adquisición de una capacidad nueva en el afrontar los problemas, concentran la acción no sobre el miedo sino sobre los propios recursos y trabajan junto al profesional en la óptica del respeto y del cambio compartido, *puedo aceptar el encargo del encargante pero redefiniéndolo: sigo la regla pero puedo cambiar las disposiciones internas a la intervención*.

Por ejemplo, amplío el contexto respecto a la solicitud e involucro en un proyecto común, en el caso del tribunal, al juez, a los abogados y a los CTP (consultores técnicos de las partes); en la escuela, al consejo de clase con el director, enseñantes y a veces a los padres; en la empresa, al equipo de trabajo, etc.

Pido un espacio y un tiempo sin enjuiciamiento donde compartir los diversos puntos de vista para prever una intervención que sea sostenible y construida para aquel específico contexto, buscando la toma a cargo y la responsabilidad de cada uno de los sistemas implicados, conquistándome el consenso y la colaboración.

El cambio de lo micro pasa por el macrocontexto; por ello propongo la implicación del grupo ampliado a fin de que estén compartidas las informaciones, identificados los objetivos comunes y reelaborados en una visión más compleja. El todo pasa por la

construcción de un espacio en el cual mantengo una relación no enjuiciadora, curiosa, en términos de Cecchin (1988), de las opiniones de los otros; una relación próxima, que dé reconocimiento a la persona en su modo de expresión y, al mismo tiempo, reconozca las diversas posiciones ocupadas como instrumento de conocimiento, de información, y no como gestión del poder, pasando así de una competición por la definición del propio papel a la colaboración para la solución del problema.

Ocuparse de la complejidad de los procesos interactivos y de las relaciones implica asumir al menos una doble posición. La visión binocular suministra otras informaciones e introduce la tridimensionalidad: como dos ojos permiten la profundidad de campo, una doble descripción hace emerger la conexión y las relaciones. Para los operadores los niveles de observación son: los datos en bruto, la organización de los datos en hipótesis (proceso interactivo), la conciencia de que la realidad que emerge es fruto de una construcción que podría venir ensamblada de otras maneras. La comprensión del comportamiento, a través de la relación, favorece un nuevo tipo de aprendizaje: el deutero-aprendizaje (Telfener, 2011).

Por todos estos motivos pienso que la misión del consultor no es la de ofrecer soluciones sino la de introducir una lógica, indicar un método, que permita a quien entra en contacto con nuestra praxis aprender a afrontar los problemas y elaborarlos. No me refiero a un técnico que de manera instructiva dé recetas y sugiera a las personas qué deban hacer o cómo comportarse, sino a un consultor que tenga como peculiaridad actuar para introducir en el sistema una información distinta: cómo se puede reaccionar para afrontar un problema. Busco favorecer tanto la adquisición de una modalidad repetible en otras situaciones como la capacidad de comprender y transformar la solicitud inicial ampliando el contexto: es la introducción de un método que genera cambio.

La intervención del consultor adquiere un sentido diverso si se consigue poner en discusión las premisas de la institución y transformar en protagonistas justamente a los que pensaban en delegar en el técnico. Trabajar con las organizaciones, instituciones o empresas es "romper el esquema" con delicadeza, respeto y atención a las retroacciones, aceptando la marca de contexto, el marco predefinido.

El cambio se construye a través de la deconstrucción de las premisas iniciales de la organización. Partiendo de la solicitud, el consultor hace emerger distintos puntos de vista, intenta una reestructuración a través de preguntas circulares, hipotéticas, etc., reorganiza el contexto en función de cómo la persona reacciona a la hipótesis de un posible cambio.

Es propiamente la redefinición de las premisas en el contexto en el que se actúa el proyecto la que hace brotar una nueva jerarquía de acción y desencadena el cambio.

Mis consideraciones nacen de la experiencia de estos años de trabajo en los cuales hemos construido diversas praxis de consulta según el contexto (tribunales, escuelas, hospitales, empresas, etc.).

Presento ahora mi elaboración en diversos contextos, como consultora, *coach* o supervisora de proyectos realizados dentro de la Escuela Genovesa.

Describo primero el trabajo con el Tribunal y después dos experiencias en la institución escolar, seguidas en supervisión, que evidencian cómo el distinto modo de afrontar el problema por parte de los consultores se vuelve determinante en el definir la intervención y en el provocar el cambio. Ilustro después un proceso de consulta en una empresa, seguido en supervisión.

**El trabajo con los tribunales**

***Análisis del contexto y los dobles vínculos***

Esta es una reelaboración teórica en el trabajo con los tribunales fruto de mi experiencia desde los años 80 hasta hoy trabajando en Génova, antes en un servicio público y luego en la privada. Al principio se trataba de un servicio territorial de prevención, diagnóstico y tratamiento para niños, adolescentes y sus familias donde se juntaron a las competencias sanitarias las sociales, incluidos los casos derivados por el Juez. Me encontré por primera vez tratando casos de separación de parejas en conflicto por la custodia de los niños, de violencia doméstica y maltrato a los hijos o la pareja misma, de adolescentes delincuentes o adictos a las drogas, etc. Muy pronto me di cuenta de las dificultades de relación entre las dos instituciones, Servicio y Juzgado.

El tener una formación sistémica desde el Modelo de Milán me dio la oportunidad, en estos años, no sólo de crear un centro especializado en terapia familiar en el servicio público donde hacía actividades de terapia, formación de un grupo de profesionales y supervisión, sino también de plantearme cuestiones sobre cómo trabajar en contextos no terapéuticos utilizando el enfoque sistémico.

Así nació el análisis del contexto institucional formado por nuestro Servicio y el Juzgado para definir diferencias entre los dos sistemas. No era posible abordar los casos sin antes aclarar la relación entre las dos instituciones.

En la primera investigación nos dimos cuenta de que por un lado el Tribunal hacía una solicitud ambigua y por el otro el Servicio no decodificaba sus mensajes. De hecho, la decodificación de los mensajes del Juzgado al Servicio mostraba las características típicas de las prescripciones paradójicas.

Identificamos así una serie de dobles vínculos:

"El juez nos ordena:
Sé un técnico independiente, pero dentro de los límites que yo marco.
En tu autonomía técnica haz un papel de control social en mi lugar.
Asume una función de control y al mismo tiempo terapéutica hasta esa fecha".

Si bien las características formales de los sistemas eran muy diferentes, en realidad, la interacción entre los dos presentaba confusión y superposición de roles respecto a poder, funciones, lenguajes (ver Figura 1).

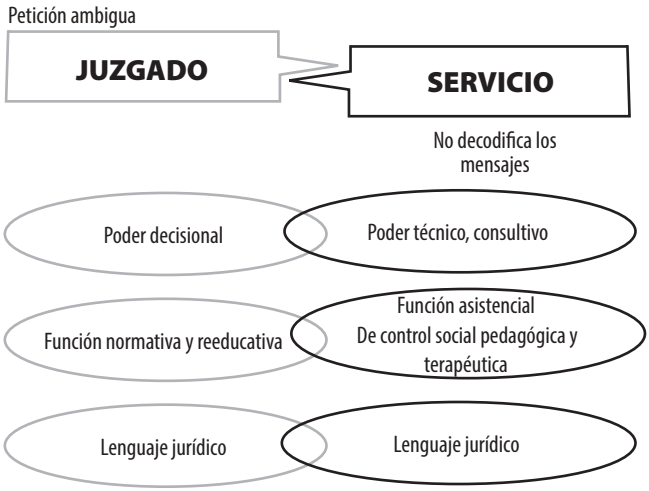



Figura 1: Doble vínculo Juzgado-Servicio

La definición de los límites de cada institución ha permitido que cada sistema recupere sus competencias y desempeñe su tarea, dibujando un contexto interactivo nuevo y diferente. (ver Figura 2).




Figura 2: Límites definidos entre Juzgado y Servicio

Del mismo modo se identificaron una serie de dobles vínculos entre Servicio y Familia: no explicitando claramente el mandato del juez a las familias, (se) quedaban mezcladas la función de control con la función terapéutica.

Este análisis sirvió como relectura sistémica en las situaciones de consulta al Juzgado incluso en los casos de separación y divorcio, donde se revisaba la posición de la pareja ante el Juzgado, a quien se le pedía que resolviera sobre la separación y definiera quién era el mejor padre para los hijos.

### *La "Intervención para el cambio" en caso de peritaje según el Modelo de la Escuela Genovesa*

Se trata de separaciones judiciales muy conflictivas donde, en ausencia de un acuerdo entre las partes, corresponde al juez tomar las decisiones correspondientes, incluidas las relativas a la prole. El mecanismo legal favorece la prolongación de la lucha y la exasperación de la guerra. En ellas se ha desencadenado un procedimiento de recursos, denuncias y querellas, que dura años y que conduce a una derivación por parte del juez, que solicita una consulta o un peritaje al técnico.

En las separaciones judiciales el juez puede consultar con un experto (o un Servicio Social o un Consultor Técnico de Oficio, CTO) para valorar cuál de los progenitores es el idóneo para obtener la tutela. En base a la normativa vigente, el CTO no debe tomar decisiones sino aportar al juez elementos "objetivos" de valoración que puedan ayudarlo a decidir. A tal efecto, presentará un informe (consulta técnica de oficio) en el que expondrá su valoración del caso. Las partes también pueden consultar a un Consultor Técnico de Parte (CTP) y presentar los correspondientes informes, confirmando o criticando lo expuesto por el CTO.

El juzgado, vista la alta conflictividad en la situación, requiere del Servicio un diagnóstico para definir la custodia de los hijos al mejor padre.

En mi segunda investigación centré mi atención en el hecho de que la pareja que espera una definición inmediata del juez se encuentra obligada a acudir a un Servicio o a un perito con el que no habían pedido trabajar, lo cual plantea el problema de superar una derivación obligada. En tales situaciones, un simple diagnóstico equivale a una fotografía que quizás da respuesta únicamente al juez que pide la consulta dejando el conflicto de pareja inalterado. Me he preguntado cómo se puede trabajar con padres que no han hecho ninguna petición, y no sólo devolver un diagnóstico al juez, sino implicar a la pareja o a la familia en la resolución del conflicto para que colaboren por el bienestar de los hijos.

Mi idea es que, aceptando este contexto, y a pesar de las limitaciones iniciales de la "derivación obligatoria", es posible transformar la demanda de diagnóstico en un recorrido de cambio de las relaciones familiares y de superación de los conflictos.

Esta metodología, puesta a punto hace ya varios años bajo la denominación de "*intervención para el cambio*", supone una subversión del significado de la peritación

y una respuesta alternativa a la derivación obligatoria del tribunal. De hecho, reformula junto a las partes la petición del juez (Mastropaolo, 1985; Mastropaolo, 1989), aunque obtiene su fuerza de la potencia de la derivación judicial.

La *intervención para el cambio* se dirige a los casos que parten de una derivación obligatoria y, mediante una negociación con el sistema, sustituye la simple peritación o el diagnóstico por un trabajo de recuperación de recursos y capacidades.

En el esquema siguiente (Figura 3) se observa la posición de la pareja parental que se dirige al tribunal con expectativas resolutivas y que, en cambio, se ve derivada obligatoriamente al servicio o en pos de una CTO. En este momento, es el técnico quien asume la responsabilidad de una derivación obligatoria y la redefine transformándola en una ocasión para los padres de recuperar el poder de decisión sobre los hijos que, actualmente, tienen delegado en el juez.

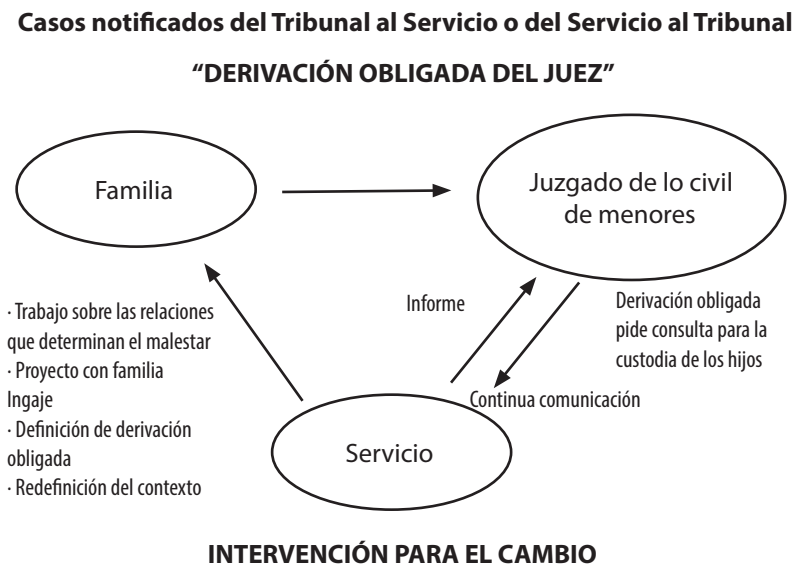



Figura 3: Subsistemas de la intervención para el cambio

***El caso de Carlos***

Los padres de Carlos, niño de 9 años, están separados y pelean desde hace tres años recurriendo al Juez, luchando por la custodia del hijo con recursos, denuncias y querellas. Carlos tiene problemas de comportamiento, se encuentra en medio del conflicto y hace de abogado defensor a veces de su padre, a veces de su madre.

El Juez me encarga como perito (CTO). Después de jurar propongo un proyecto común y construyo un contexto de consenso:

- al Juez pido que en su dictamen sea escrito que "utilizará una metodología e instrumentos sistémico-relacionales"
- a los abogados les pido consenso para intentar "dentro del peritaje, una intervención que permita a la pareja superar la grave conflictualidad para reapropiarse de la parentalidad compartida"
- a los peritos de las partes les propongo compartir un recorrido para intentar el mismo objetivo.

De entrada, me asegura la posibilidad de construir un contexto de consenso en el cual el juez, los abogados y los peritos de parte declaran su adhesión al proyecto de efectuar una intervención que permita, mediante la reelaboración del conflicto de pareja, redefinir las relaciones familiares.

A la primera sesión invito a los padres con Carlos para sacarlo fuera del conflicto; están presentes también los peritos de las partes (CTP). El propósito de esta primera entrevista es definir el encargo del juez, la derivación obligada y redefinir el contexto para proponer a los padres, dentro el marco de peritaje, una transformación: "Si quieren, pueden usar el tiempo y el espacio, en vez de para un diagnóstico, para afrontar juntos las problemáticas y superar las relaciones altamente conflictivas de los excónyuges para que se apropien de su parentalidad, ahora delegada al juez."

Es como una especie de "pacto con el diablo": "¿por qué un juez, ahora que están separados, pregunta quién es el mejor papá?", "¿por qué no están previstos ambos en la tarea de ser padres?" Se procede, entonces, a la clara definición del contexto de CTO (envío por parte del juez con el que estamos obligados a relacionarnos, la falta de secreto profesional, el informe a enviar al tribunal) y se evidencia a la familia la preocupación del juez por los hijos a causa de la alta conflictividad o incapacidad de los padres.

Teniendo muy en cuenta el tipo de contexto en que se desarrolla la intervención, se reconoce la obligatoriedad institucional intentando obtener la colaboración de las partes mediante un "*reclutamiento inicial*" que, siendo difícil y complejo, busca la recuperación de la parentalidad. Gracias a esto se introduce la idea de que las personas pueden cambiar si aceptan el proyecto, admitiendo también el riesgo de que, si fracasan, deberán compartir el requerimiento legal (es decir, el regreso a la intervención diagnóstica). Se trata de una idea fuerte y poderosa que devuelve a los padres una imagen diversa de la que, por lo general, les brinda una CTO (Mastropaolo, 2010).

Los padres de Carlos aceptan y concluyo con la intervención final explicando:

"A menudo me pasa ver parejas que están tan enojados, tan monopolizados por su pelea… Pero ahora tus padres han decidido abordar aquí su conflicto, voy a trabajar sólo con ellos y tú, Carlos, puedes sentirte libre para volver a hacer las cosas de tu edad, sin tener los ojos fijos en mamá y papá".

En este caso el recorrido ha permitido a los ex cónyuges enfrentarse con la rabia, el resentimiento como parejas y, finalmente, centrarse en el niño para poder cuidarlo.

El informe que derivo al Juez como CTO contiene:

- la historia de la familia según una lectura sistémica (hipótesis sistémica)
- la descripción del recorrido hecho y las entrevistas
- los acuerdos escritos por los padres en el interior del informe
- la respuesta a la pregunta inicial.

La estructuración de una intervención de este tipo se ha visto favorecida por la colaboración de algunos jueces que, de hecho, suspenden la apremiante tramitación jurídica y esperan, dándonos a la familia y a mí el tiempo para trabajar sin entrar en la materia de nuestro trabajo o en lo que se desprende de las reuniones. El informe al Tribunal representa el acuerdo al que los padres han llegado, convenido entre ellos aunque trascrito por mí. Si el proyecto funciona el juez no hace otra cosa que levantar acta de ello.

La utilización de la óptica sistémica me ha servido de marco, como lente, como metateoría y ha proporcionado directrices para una diferenciación de las intervenciones. La metodología que proponía y propongo en estas situaciones es permitir al padre y a la madre afrontar la separación en términos distintos y priorizar la cuestión de "cómo es mejor organizar la vida de un hijo que tiene a los padres separados, metiéndose en su piel".

A través de este recorrido he sistematizado la metodología que conduce a la pareja a superar la fase conflictiva, incluyendo la derivación del juez para recuperar la propia capacidad parental.

En cuanto a la derivación del juez, institucionalmente el secreto profesional no se reconoce, pero la introducción de otra óptica en el trabajo con la pareja reformula de hecho la petición del juez. Por muy difícil y complejo que sea, si se crea enganche entre técnico y familia, se logra la estructuración de un proyecto común: superar la conflictualidad de la pareja, estar atentos al bienestar de los hijos, para que sean los padres quienes decidan en primer lugar sobre ellos. Esto quiere decir que la pareja de padres deje de aceptar que pueda haber un tercero (el juez) que decida en lugar de ambos. También insinúa que la pareja, de cualquier modo, niega la función del Juzgado, y pone en duda la delegación, dada anteriormente al Juzgado (el juicio).

De esta manera, he transformado una consulta al juez, en una "intervención para el cambio" de la familia.

La introducción de esta óptica ha constituido la parte original y la peculiaridad de la experiencia genovesa: sin ser importada de fuera como un producto prefabricado, se ha construido a lo largo del tiempo con nuestra exigencia de abandonar un rol de control, de diagnóstico, para ayudar en cambio a la pareja parental a volver a hacer suya la capacidad de decidir.

El ámbito de la colaboración Tribunal y Servicio representa un complejo contexto de interacciones, conexiones y contradicciones de muchos sistemas implicados que intentan diferenciarse y a su vez integrarse, encontrar objetivos comunes y modalidades distintas. En mi trabajo, el problema de la relación Tribunal-Servicio ha sido uno de los primeros en ser afrontado, y su relectura, según la óptica sistémica, ha permitido seguir un camino que se ha modificado en el tiempo y en la operatividad, influenciado por distintos presupuestos teóricos que, en el ámbito de esta perspectiva, poco a poco se han desarrollado.

**Intervención de consulta en una escuela**
***(Heredada y difícil de redefinir)***

En una situación de apertura de una consulta dentro de un instituto las consultoras han respondido a la solicitud y al proyecto que se les había encargado: abrir un espacio destinado a alumnos y enseñantes. Aceptando del todo la consigna dada, entraron en el instituto limitadas por un proyecto ya existente y definido.

Han hecho un trabajo óptimo respecto a los muchachos que se presentaban pero se han construido un espacio de consulta blindado del cual no han conseguido salir, exactamente como si se tratase de un consultorio privado, sin afectar a la organización.

Durante la supervisión se definen los pasos que han determinado el fracaso parcial: se reconstruye el organigrama del instituto, se analiza el contexto y se evidencia la posición de las consultoras respecto a los diversos actores en juego.

La lectura de la situación es la siguiente: las consultoras han conseguido entrar en un espacio ya construido de una asociación que, el año precedente, había recibido el mandato. No estando ya la escuela con disposición a pagar, la asociación había mantenido la función de referente y supervisora del proyecto, pero había delegado la ventana de consulta a las consultoras, aceptando de buen grado que se ocuparan gratuitamente del trabajo operativo. El mismo convenio con nosotros, como Escuela Genovesa-El Metálogo, no es estipulado, en este caso, directamente con el instituto, sino con la asociación, a través de la cual hay que hacer el trámite.

Las consultoras, de las cuales una es docente en el mismo sitio escolar, entran en la escuela de puntillas. No amplían el contexto, abren la ventana, desarrollan su

trabajo con los alumnos, respetan el contrato y no salen de los confines, o sea de los límites de la solicitud.

A pesar de que en el curso de la supervisión se evidenciara muchas veces la necesidad de una redefinición de los roles, de una ampliación del contexto, de una involucración diferente del personal de la escuela, se quedan "congeladas" en el espacio de consulta.

En la tesis escribirán: "La perfecta coincidencia entre nuestros prejuicios y las premisas explicitadas de la asociación acerca del sistema escuela nos ha llevado a olvidar todo lo aprendido. Así hemos aceptado pasivamente una metodología ya definida precedentemente por otros, sin redefinir el contexto y madurando una especie de «dependencia de reconocimiento» frente a la asociación, que nos ha llevado a aceptar además de los aspectos formales los substanciales del proyecto, sin poner en discusión premisas, roles y expectativas de los varios actores de los sistemas implicados. Reflexionando con Lia, se ha hipotizado que esta posición hallaba su origen también en el hecho que, siendo una de las consultoras interna al sistema, se hubiera adecuado más a causa del conocimiento de las expectativas del mismo sistema. Nos hemos movido «dentro del marco» operando por tanto a los fines de un Cambio 1 y no de un Cambio 2."

**Una intervención de consultoría en la escuela que introduce un cambio**

En otra situación de consultoría en la escuela, ya desde el principio la metodología es completamente diferente: el acuerdo se establece directamente entre la Escuela Genovesa-Il Metalogo y el colegio.

En esta manera las profesionales tienen enseguida su rol e indican líneas precisas para entrar en la sistema escolar: en primer lugar piden conocer a todos los profesores y participar en sus reuniones; presentadas por el Director escolar, describen el proyecto pensado para los alumnos y los profesores y definen los objetivos. En otra reunión encuentran a los coordinadores de todas las clases. Entran con autoridad en el sistema.

Se pasa ahora a la fase operativa: se abre una consultoría para alumnos y profesores. Dos profesores de los que parecen más disponibles y colaborativos señalan a las consultoras algunos problemas.

En particular, uno expone algunos hechos y dinámicas de una de sus clases. Describe a los alumnos como chicos muy desinteresados a la actividad escolar, no obstante se acerca un examen; subraya algunas conductas sexualizadas, basadas en el contacto físico entre las chicas durante la lección; habla de una agresión verbal a través de las redes sociales, de insultos escritos en las paredes de los baños entre compañeras de clase, de una agresión física entre dos chicas y la relaciona a un episodio ocurrido fuera de la escuela en el que las dos chicas fueron importunadas por un adulto.

El profesor pide, como si fuera un deber exclusivamente suyo, una intervención de las consultoras con el fin de analizar estos problemas y mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

Las consultoras se sienten angustiadas y me piden por *skype* una supervisión, en la que señalo los pasos necesarios para salir del vínculo de la petición y de la crítica de la manera en la que el profesor señaló el problema.

Subrayo que el profesor, presentándose como confidente de las chicas y el único legitimado a tener con ellas una estrecha relación, expuso un secreto que mete las consultoras en una situación ambigua, bien con las alumnas, bien con los otros profesores de la clase. Trabajar con un secreto limita la posibilidad de acción y por este motivo las consultoras están encarceladas en un doble vínculo y no pueden intervenir.

Propongo ampliar el contexto e involucrar todos los profesores para escuchar todos los puntos de vista. Introduciendo nuevos actores y no aceptando una comunicación "especial" con un único profesor pueden salir del doble vínculo y evitar ser individuadas como depositarias de secretos.

En la reunión con los demás profesores, presentan la petición de quien las había consultado y preguntan, antes de organizar la intervención, qué otros problemas pueden tener los demás profesores con estos alumnos.

Después de un inicial asombro en relación al episodio desconocido por los otros profesores, empieza un debate. En primer lugar todos los profesores están de acuerdo en que estos alumnos se portan mal: no respetan a los profesores, no son capaces de respetar la asimetría de la relación y se ponen como pares.

Después, las consultoras piden a los profesores describir las conductas de los alumnos, antes de buscar la razón por la que no saben respetar los diferentes roles. En esta manera los profesores salen de una perspectiva linear y de una dicotomía bueno/malo e introducen circularidad, exponiendo sus diferentes opiniones (Tomm, 1984).

Es muy útil el momento en el que una profesora describe un episodio ocurrido durante una excursión con la clase. Un alumno le preguntó por qué durante las clases ella no era tan disponible y "buena" como era ahí.

Esta información permite a las consultoras cambiar la historia de la clase. Los profesores empiezan a ver una nueva imagen de los alumnos como necesitados de cariño: los chicos ya no son más "los malos". La circularidad de la historia permite un cambio.

El trabajo de las consultoras fue muy satisfactorio porque consiguió cambiar la mentalidad de todos los profesores que pasaron de una visión linear a una circular (Mastropaolo, 2008). Así empieza un debate en el que los profesores por primera vez se plantean el problema desde el punto de vista de lo que necesitan los alumnos.

Las consultoras proponen organizar un trabajo con la clase y lo exponen a los profesores; el trabajo tenía el objetivo de llevar los alumnos a reflexionar sobre sus sentimientos y relaciones con los compañeros y a definirse como clase. La reflexión y el trabajo del grupo a través de unas palabras clave e imágenes representativas de la clase haría emerger el malestar de los chicos y abrir un posible cambio.

Trabajando de esta manera, los alumnos contaron su vivir en un ambiente negativo de locura y discusiones frecuentes porque todo el mundo se ocupa de demás exclusivamente para criticar, ofender y juzgar. Emerge el malestar de los alumnos sobre el que se reflexiona en el segundo momento de trabajo con la clase, durante el que los chicos individúan una posible y diferente imagen del grupo.

La exposición de estas reflexiones a los profesores, los cambios ocurridos en la clase, el ambiente de cambio a fin de año, configuran un excelente trabajo, una experiencia en la que los profesores se han demostrado a sí mismos ser capaces de razonar sobre los problemas resolviéndolos, utilizando una metodología diferente.

Esta experiencia llega a ser para el grupo de los profesores algo adquirido y repetible.

**Una intervención de *Counseling* en una empresa**

El consultor pide mi supervisión para un caso en el que el director de una empresa tiene problemas con el sector operativo de la misma y requiere una intervención en el grupo para que este funcione mejor, mejorando el ambiente interior y la productividad a través de una acción a nivel de la motivación de los trabajadores.

El consultor me presenta un proyecto de trabajo con el que piensa abordar a los individuos o con el grupo operativo; pero mi supervisión da otra indicación.

La premisa necesaria para la creación del proyecto es la definición, en una óptica sistémica, del marco dentro el que el consultor tiene que actuar, del su rol dentro del sistema y de la supervisión de la Escuela Genovesa-Il Metalogo; la comprensión de las expectativas del mandante, el análisis del sistema de la empresa a nivel productivo, jerárquico y relacional, respetando también a la sociedad "madre" (el marco más amplio en el que opera la empresa).

De esta manera, durante tres reuniones, el consultor determina la petición y el organigrama de la empresa, constituido por dos grupos diferentes: el grupo operativo y el directivo.

Del análisis de la organización de la empresa en el contexto más amplio de las diferentes sedes se deduce que está en una fase de desarrollo en el mercado, construyendo una nueva realidad empresarial; y, por lo tanto, tiene que elaborar una nueva manera de trabajar en una situación poco clara y en continuo cambio.

Asimismo, del análisis del organigrama emerge un fuerte contraste entre el directivo y los trabajadores. Empezamos a elaborar una hipótesis sobre el

funcionamiento de la empresa, pero antes tenemos que crear un contexto libre y un espacio autónomo respeto al mandante.

Tenemos que superar la natural desconfianza de los trabajadores que tienen miedo al hablar, juntando nuestro encargo con las expectativas de los empleados y pensando en una intervención no impuesta desde arriba sino construida por todos.

En la supervisión defino con el consultor la metodología: hay que exponer al directivo los objetivos para alcanzar, conservando autonomía y libertad de acción. Es necesario aclarar que lo que saldrá de las entrevistas individuales será protegido por el secreto profesional, siempre en el respeto del encargo. El resultado de todo este trabajo será después comunicado a todos.

Detrás de esto está la preocupación que los empleados miren al consultor como al mismo directivo y por lo tanto se opongan, aunque de manera irracional e inconsciente, a la búsqueda y recopilación de las informaciones y a la intervención del consultor.

Se pide mantener una reunión con los empleados, en la que el director presentará al consultor que a su vez ejemplificará sus objetivos. El consultor subraya la confidencialidad de las entrevista y comunica que la relación final del trabajo hecho será comunicada en una reunión final a toda la empresa, relación que será a su vez elaborada y construida por todos, a través de entrevistas individuales y grupales con los empleados.

En las entrevistas individuales emerge malestar y conflicto; el consultor se descubre abrumado por las informaciones. Es difícil no dejarse influir por los cuentos individuales de conflicto con los demás empleados; es difícil superar una visión limitada para centrarse en la situación general de la empresa (Radaz, 2004).

El consultor analiza el contexto, sus reglas implícitas y explícitas, sus valores y creencias (que emergen de la descripción de la "misión" de la empresa o de la política o transmitida como "la manera normal de hacer las cosas"). En esta fase hay que construir relaciones abiertas y claras entre las personas, conocer y entender el rol y las expectativas de cada persona y su manera de relacionarse al consultor. Antes de todo construimos un mapa del sistema para reconocer los puntos de contacto y de conflicto de los diferentes subsistemas.

En el trabajo de *coaching*, puesto que el mandante (el directivo) no había pedido nada sobre el nivel de satisfacción de los empleados, el trabajo se ha limitado a lo que ha surgido de las entrevistas (Govigli, 2006). De todos modos, la intervención ha producido un cambio. Poner preguntas circulares y hacer hipótesis ha permitido a algunos empleados verse de manera diferente dentro de la organización empresarial.

En la supervisión he propuesto al consultor reunirse con los dos grupos separadamente, de construir con cada uno su propio organigrama y analizarlo. El organigrama hecho por el directivo es completamente diferente del creado por el grupo operativo; concomitantemente, los dos grupos describen el sistema de una

manera diferente. Van apareciendo dos equipos de trabajo diferentes, simétricos y en conflicto. Hay dificultades comunicativas y una confusión general relativa a los deberes de cada uno. El único enlace entre ambos es el secretario, el "puente" entre los dos subsistemas; por este motivo es necesario en la estructura del sistema.

El director muy a menudo no está físicamente en la empresa y tiene miedo al secretario: no lo limita, más bien favorece el crecimiento de su poder. Este es el problema del directivo.

Por otro lado los empleados (todos hombres) se sienten abandonados; el grupo está organizado jerárquicamente y los mayores enseñan a los más jóvenes sin reconocerles nunca una competencia adquirida. El sector administrativo, constituido únicamente por mujeres, valora más las capacidades intelectuales que la experiencia. Los dos grupos no se comunican, se evitan y no reconocen el rol del otro. Pero ambos describen al director como poco presente y desconectado de la estructura. Hay un problema de poca claridad en la dirección y de confusión de competencias.

Los mitos de esta empresa han permitido una comprensión más profunda del funcionamiento del sistema; Decidimos que ha llegado el momento de convocar a todos, los dos grupos junto con la dirección, y devolver el resultado del trabajo hecho. El consultor muestra, a través de unas diapositivas, el análisis del sistema con sus puntos fuertes y críticos, expone el encargo del directivo, muestra todo el trabajo hecho, presenta los organigramas construidos antes y después de las entrevistas individuales y grupales, subrayando las diferencias. Ilustra los mitos de la empresa, señalando cómo por un lado unen al grupo y por otro lado lo bloquean impidiendo el cambio. Finalmente habla de las posibilidades de intervención.

Más tarde, en la supervisión, decidimos proponer un momento "práctico". Organizamos un día experiencial fuera del edificio empresarial para buscar un contexto que pueda favorecer una expresión más libre donde emerja el potencial de todos los empleados. El objetivo es mirar a los trabajadores y a la estructura empresarial de una manera nueva y renovada, más curiosa y empática. Así, en una óptica de complexidad, es posible favorecer un cambio, reconociendo a los demás sus recursos y capacidades.

La reunión ha favorecido la comunicación, permitiendo entender lo que la bloquea y lo que la favorece y buscar soluciones: hemos puesto las premisas para "meta-comunicar", o sea aprender a hablar de la misma comunicación.

La construcción de espacios para los subsistemas y para el grupo entero ha permitido a cada uno verse de manera nueva, más abierta y flexible, pasando de una visión monocular de la empresa a una binocular.

Finalmente, la idea era dejar una nueva competencia, una manera nueva de pensar y de actuar cambios.

**Conclusión**

A través de la presentación de los tres diferentes contextos he intentado ejemplificar cómo se puede transformar un encargo limitado en un proceso compartido que lleve a un cambio que pasa por una libre elección en el momento en el que se da responsabilidad. Se trabaja añadiendo complejidad, ampliando el contexto e involucrando no sólo al grupo que no funciona sino a todos los actores. Esto permite a las personas colocarse en el sistema y ver los problemas no como límites sino como posibilidades de reflexionar sobre las necesidades de los diferentes miembros. En el nuevo escenario comunicativo es posible reconocerse a sí mismo y a los demás en la diferencia de rol, competencia y relación, superando las simetrías.

Destruyendo las premisas iniciales que estaban en la base del problema se definen nuevas premisas que facilitan la comunicación y pueden llegar a ser una manera diferente de enfrentarse al problema: una experiencia adquirida y repetible.

**Referencias bibliográficas**


Cecchin, G. F. (1988). Hypotesizing, and circularity, and neutralità revisited: An invitation to curiosità. *Family Process, 26.* Traduzione. italiana: Revisione dei concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità. *Ecologia della Mente, 5.*

Cecchin, G.; Lane, G. y Ray, W. A. (1997). *Verità e pregiudizi: un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.

Fruggeri, L. (1998). Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione come principio di método. *Connessioni, 3.*

Govigli, G. (2006). Il coaching sistemico nelle organizzazioni. *Connessioni Processi, organizzazioni, incertezze N° 18.*

Mastropaolo, L. (1985). L'interazione Consultorio Tribunale. Strategie sistemiche operative". *Terapia Familiare, n°17.* in www.scuolagenovese.org

Mastropaolo, L. (1989). Ridefinire la coazione: Terapeuta sistemico e Tribunale. *Ecologia della Mente, 18.* in www.scuolagenovese.org

Mastropaolo, L. (2008). "*Il lavoro di rete con i migranti".* En La relazione e la cura, a cura di Chianura P. & altri, F. Angeli.

Mastropaolo, L. (2009). "La mediacion y la intervencion para el cambio: recorridos diferentes de la Escuola Genovesa". En R. Medina; E. Agulló; R. Castro; R. Calderon y L. Eguiluz (Coords). *Consultoria colaboratìva. Intervencion sistemica en redes y organizaciones*. Guadalajara Mexico: E- Libro Red America.

Mastropaolo, L. (2010). La violencia familiar en la encruijada entre terapia, mediacion y justicia. *Redes Revista de psicoterapia relazional e intervenciones sociales n. 23.*

Radaz, S. (*2004*). La consulenza senza consigli, fare coaching in ambito professionale. *Rivista europea di terapia breve e sistémica.*

Telfener, U. (2011). Apprendere i contesti, strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro, *Cortina Editore*.

Tomm, K. (1984). "Circolar interviewing: A Multifaceted Clinical Tool". En D. Campell y R. Draper (eds.). *Applications of sistemic Family Theraphy: The Milan Approach*. London: Grune and Stratton.

Capítulo XVII

# REPENSAR LA INTERVENCIÓN CLÍNICA: REFLEXIONES ENTORNO AL CAPITAL SOCIAL Y SUS APORTES AL MODELO ECOLÓGICO EN TERAPIA FAMILIAR

Eduardo Hernández González[4] y Karla Alejandra Contreras Tinoco[5]

## Introducción

La emergencia de los modelos socio construccionistas, sistémicos, narrativos y ecológicos a partir de la década de los 70's, que ofrecieron una nueva manera de concebir los problemas mentales y los fenómenos sociales (Kreuz y Pererira, 2009; Platone, 2002; 2007), al incorporar (Platone, 2002), en sus explicaciones los efectos derivados de las relaciones de las personas en su grupo primario, sus vinculaciones con la estructura social y los sistemas complejos (Kreuz y Pereira, 2009) dieron lugar a la aparición de distintas formas de intervenir desde el espacio clínico y posteriormente en contextos no terapéuticos.

La novedad que estos modelos aportaban al campo de la psicoterapia radicó en el énfasis puesto en la familia como una red social amplia concebida como un sistema de relaciones reguladas por principios generales derivados de la Teoría General de Sistemas (Bertanlanfy, 1987; Espinal, Gimeno y González, 2003) en el que se podía intervenir a partir de la búsqueda de los estándares internos y externos de funcionamiento de la red y cuyo interés está situado en las relaciones y en las comunicaciones que se establecen y mantienen dentro del grupo familiar (Kreuz y Pereira, 2009; Espinal, Gimeno y González, 2003), así como en las formas y estructuras organizativas y de poder al interior de éste.

A su vez, el quiebre del paradigma positivista, dejó en claro que la realidad es una construcción social y por tanto, los modelos de pensamiento no pueden sino entender los trastornos mentales bajo la óptica del constante cambio social (Medina, 2011). En virtu de ello, es necesario partir de la mirada de los fenómenos situados (Haraway, 2005) y pensar a la familia como un conjunto de individuos sensibles a los cambios del contexto social, del espacio y tiempo en el que coexisten (Bertalanffy, 1987).

Junto con está manera de entender y abordar los problemas relacionales de la familia, que se traducen en desequilibrios en el sistema y al considerar que la familia es una institución constituida y conformada dentro de un contexto social, que

[4] Universidad de Guadalajara, México (jaromil_hege@yahoo.com.mx).

[5] Universidad Católica del Norte de Chile, Chile (karla.contreras@cuci.udg.mx).

interactúa con otras instituciones y sistemas, los cuales ejercen presión y tienen injerencia en ésta y en los individuos que las conforman, Bronfenbrenner (1987), sugiere que, si bien todo análisis de los problemas y síntomas expresados en un individuo debe incorporar para una mejor comprensión el análisis familiar, también es necesario ir un poco más allá de lo que él llama el microsistema (la familia), por lo que es necesario considerar, en los abordajes y trabajos terapéuticos, las estructuras con las que dicha familia interactúa y los contextos macro sociales en los que ésta coexiste.

Bronfenbrenner (1987) propone incorporar en los análisis una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana, desde la que plantea que todos los sistemas están interconectados y dependen recíprocamente unos de otros. A partir de esto destacó la existencia de otros sistemas que intervienen en los problemas psicoemocionales de las familias y de los individuos mismos, tales como:

"El mesosistema" que hace referencia a la relación que se establece entre dos microsistemas, es decir, la relación existente entre vínculos vecinales, familia, grupo de pares, grupos educativos, amigos y contextos laborales. "El exosistema" que esta integrado por contextos amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo. En esta dimensión estaríamos hablando por ejemplo de la localidad, de las dimensiones estructurales del barrio. Así como, "el macrosistema", el cual se refiere a la consideración del sistema económico, político, religioso, y cultural. Cabe señalar que dentro de este sistema se incorporan los valores, las normas, las creencias y los mandatos culturales.

En virtud de estas múltiples determinaciones, se considera necesario que el estudio de la conducta humana incorpore una mirada compleja y complementaria de los conflictos que se suceden en el individuo (Espinal, Gimeno y González, 2003; Frías-Armenta, Eréndida y Díaz-Méndez, 2003), es decir, en las interacciones ocurridas entre el grupo familiar y todos los sistemas con los que interactúa.

La exégesis de la propuesta de Bronfenbrenner (1987), no se hizo esperar con la aparición de abordajes terapéuticos que otorgan un énfasis especial al contexto. Inspirados en este modelo, son frecuentes los terapeutas que recurren a las instituciones educativas de niños o adolescentes que son pacientes identificados para realizar intervenciones en red. Lo anterior responde, al reconocimiento del rol que juegan los sistemas externos al grupo familiar en la perpetuación o disolución de un síntoma o conflicto familiar.

El nexo entre la propuesta de Bronfenbrenner (1987) con la sociología y la misma psicología social, ocurre en el énfasis puesto al impacto que los elementos estructurales e institucionales y su dinámica, tienen sobre los individuos. En esta medida, la terapia familiar sistémica también ha iniciado un proceso de incorporación de la perspectiva ecológica que le ha permitido ampliar sus marcos de comprensión de las problemáticas y desarrollar abordajes desde esta perspectiva.

En el marco de la intersección entre el enfoque ecológico de la terapia familiar sistémica y las teorías de redes de extracción sociológica y en particular la teoría del capital social, en el presente capítulo pretendemos introducir una reflexión y análisis sobre las posibles contribuciones de esta teoría para la comprensión de la dinámica de creación y mantenimiento de las redes sociales, entendidas como un recurso disponible y apropiable para la solución de conflictos y el logro de una mejor calidad de vida.

A grandes rasgos, dicho interés responde a que el capital social según diversos autores (Putnam, 1993 citado en Saz y Sajardo, 2007; Rosenfeld et al.,2001, Saz y Sajardo, 2007) hace alusión a redes (vecinales, amistosas, familiares, de apoyo), normas y confianza que se convierten en acciones que generan un beneficio para el individuo y que facilitan su éxito y desarrollo.

Para presentar los ejes que articulan y los puntos de convergencia entre la teoría de capital social y la terapia familiar, hemos organizado este trabajo de la siguiente manera: A esta introducción le sigue una exposición de los antecedentes que motivaron la emergencia de la teoría de capital social y las conceptualizaciones que se han surgido entrono a la misma. A su vez mostramos las clasificaciones, los usos y distintas formas de capital social gestadas en los últimos años. Luego de ello, y a sabiendas de las críticas y debates que ha atravesado a ésta teoría, elaboramos algunas reflexiones sobre dichas diatribas. Posterior a ello exponemos algunas nociones básicas vinculadas con la terapia familiar de enfoque ecológico. Asimismo realizamos algunas dilucidaciones que consideramos le permitirán a nuestros lectores, de igual forma que nos han permitido a nosotros, encontrar puntos de interconexión entre la terapia familiar y la teoría del capital social. Finalmente, hacemos una propuesta que creemos podrá poner en la mesa reflexiva algunas de las principales deudas teóricas y requerimientos que enfrenta actualmente la terapia familiar y que si bien ya son rubros que se han ido abordando desde el trabajo terapéutico cotidiano, son elementos que le exigen a los terapeutas reformular e incorporar algunas nociones de las teorías sociológicas en la misma terapia familiar.

**Capital social; el concepto**

El estudio del capital social data de la década de los 90s, sus principales exponentes han sido Coleman, Putnam y Bourdieu (Poblete, Sapag y Bossert, 2008). Sin embargo, desde antes otros pensadores tales como: Durkheim y Marx iniciaron con reflexiones vinculados al tema. A pesar de lo reciente del estudio y auge del capital social como teoría explicativa de un conjunto de fenómenos sociales, su potencial explicativo y su injerencia en diversos temas de alta relevancia social, tales como pobreza, salud y educación le han permitido adquirir fuerza (García-Londoño, 2013).

En torno al capital social, al igual que muchos otros conceptos, han surgido distintas formas de comprenderlo y abordarlo. Por un lado, encontramos que en 1990, Coleman lo definía como el conjunto de recursos socio-estructurales que se encuentran en las relaciones sociales, y que son un activo con el que cuenta el individuo y que le facilita ciertas acciones (Poblete, Sapag y Bossert, 2008; Vitezi-Diaz, 2007). Putnam (2002) define el capital social como un conjunto de atributos que se encuentran en una sociedad y favorecen el emprendimiento, tales como: la confianza, la acción social con normas compartidas y la reciprocidad. Estos emprendimientos permiten proponer acuerdos y lograr mediante la acción común generar redes y conductas asociativas (Poblete, Sapag y Bossert, 2008; Vitezi-Diaz, 2007).

Por su parte, el FAO (2013) se refiera al capital social como un concepto que alude a valores comunes, normas, asociaciones y redes sociales de tipo formal o informal que le permiten a sus miembros a través del trabajo mancomunado alcanzar objetivos de grupo. Todo ello, dentro de un ambiente de confianza, reciprocidad, habilidades de socialización, capacidad organizativa, acción colectiva, creación de redes y vinculos duraderos (Vitezi-Díaz, 2007). Mientras que Stoyanovaa y Díaz-Serranob (2013) establecen que el capital social está altamente vinculado con la calidad de las relaciones establecidas entre los individuos y las características de la estructura, por lo que se encuentra ligado con el soporte moral mutuo. En sentido similar, el Banco mundial (2013) señala que capital social se refiere a normas, instituciones y relaciones que forman parte de las interacciones de los individuos.

Con los diversos autores revisados con anterioridad podemos notar como el capital social se ha constituido como una teoría que revela el papel de las redes y vínculos que, ya sea de manera formal o informal, mantiene un individuo, y que se convierten en recursos socio-estructurales que le permiten realizar ciertas acciones y obtener beneficios mediante lazos de confianza, reciprocidad, redes de apoyo, participación y normas de comportamiento.

***Tipos de capital social***

Como bien lo venimos señalando el concepto de capital social se encuentra vinculado a conceptos tales como: reciprocidad, confianza, participación en organizaciones e integración social (Stoyanovaa y Díaz-Serrano, 2013).

De acuerdo a Vitezi-Díaz (2007) cuando se aborda el capital social, conviene reconocer que existen dos tipos de capital social: uno de ellos es el de tipo horizontal y otro el de índole vertical. El primero, es decir, el horizontal se relaciona con lazos y redes que potencian la formación de grupos sin tener un alcance de clase social, comunitario o específico de grupo, por tanto, se vincula con la obtención y mantención de redes de vínculos que comparten actividades de socialización, organización y convivencia. El segundo tipo de capital social se refiere a la formación de

lazos entre distintos grupos para formar redes y apoyos mutuos. En este segundo, están contenidos elementos críticos para la generación, negociación de logros y formación de coaliciones entre actores de diversos espacios geográficos y condiciones sociales (Vitezi-Díaz, 2007).

No obstante, estas no son las únicas maneras de tipificar y clasificar el capital social que han surgido a lo largo del tiempo, puesto que la CEPAL (2013) establece otra forma de difernciar el capital social. De acuerdo con la propuesta de esta organización existe el capital social de tipo individual y el de vertiente comunitaria. El capital social individual se relaciona con dimensiones como la reciprocidad y la confianza y se extiende hacia la formación de redes ego-centradas, estaríamos hablando que es el número de vinculos que un individuo ha ido adquiriendo mediante favores o servicios ofrecidos hacia los otros a lo largo de su vida y que pueden ser retribuidos en caso de que dicho individuo lo requiera. El capital social de tipo comunitario, es el que esta dirigido a las instituciones y actividades de socialización de tipo formal, en este tipo de capital están incorporados elementos de gestión y contenido (Vitezi-Díaz, 2007).

De esta forma, los estudios sobre capital convergen en la elaboración de conclusiones en dos sentidos: 1) La atención de las dimensiones estructurales o macrosociales, que se miden y estudian mediante las asociaciones locales y redes sociales y que le implican al investigador centrar su estudio en cuestiones clave tales como: indagar sobre miembros de asociaciones locales y redes institucionales; 2) la medición de indicadores de confianza, adherencia a normas y vinculos relacionales (Vitezi-Díaz, 2007).

También encontramos la clasificación ofrecida por Stoyanovaa y Díaz-Serrano (2013), quienes plantean la existencia de un capital social estructural y otro más orientado a lo cognitivo. En lo referente al capital social estructural, se incorporaría el estudio y comprensión de roles, reglas y comportamientos vinculadas con una organización social, barrio o comunidad. Mientras que en el capital social cognitivo se abordan elementos más vinculados con valores, creencias y actitudes que surgen en un individuo derivado de un comportamiento colaborativo.

***Usos y aplicaciones actuales de la teoría de capital social***

En fechas recientes se ha incrementado el interés por los estudios y abordajes del capital social, esto se debe a que ha resultado ser un recurso efectivo para intervenir en problemas sociales de alto impacto, tales como: violencia, pobreza, corrupción e inseguridad (García-Londoño, 2013). También son relevantes los estudios elaborados en materia de educación (Poblete, Sapag y Bossert, 2008; Ramírez y Hernández, 2012). Con respecto a estos estudios Vitezi-Diaz (2007) establece que las escuelas muestran mayor efectividad cuando los padres y ciudadanos se encuentran involucrados y cooperativos en las actividades. Lo cual permite alcanzar mejores

resultados por parte de los alumnos y obtener mejores condiciones educativas tanto físicas como organzativas.

Además, existen diversos estudios (Pereira, Morela y Ziritt, 2005; Chaparro, 2001) que muestran como el capital social es eje nodal dentro del desarrollo social y económico de los individuos. Lo anterior, responde a que el individuo genera vínculos humanos que le otorgan una visión diversa y distinta de "su realidad cotidiana", a su vez, se origina también una serie de apoyos que se convierten en una red de apoyo basados en la reciprocidad. A parte, de que existen bastantes autores (Saz y Sajardo, 2007; Pereira, Morela & Ziritt, 2005; Chaparro, 2001) que señalan que el capital social a través de sus redes sociales y relaciones vecinales puede mejorar el desarrollo, impulsar el activismo social, eficientar el funcionamiento de las instituciones y centros educativos e incidir en la inserción laboral. En contraparte, Rosenfel et al. (2001) sugieren, derivado de los resultados de sus estudios, que la carencia de capital social incide en el aumento de los índices de homicidios.

Con referencia al capital social y sus vínculos con la salud de los individuos, el mismo Vitezi-Díaz (2007) asegura que los lugares donde el trabajo de los grupos de salud son apoyados y supervisados por la ciudadanía muestran un mejor logro de objetivos, una atención más eficaz y eficiente y un mejor servicio hacia los pacientes.

La relación entre capital social y salud mental, ha sido también objeto de atención desde la teoría y en la investigación empírica, cuya atención ha estado centrada tanto en lo colectivo como en lo individual (Poblete, Sapag, y Bossert, 2008). Stoyanova y Díaz-Serrano (2013) señalan, con base en los resultados de su investigación realizada en Cataluña, que los lugares con bajos niveles de capital social están vinculados con mal estado de salud y alta morbilidad. Asimismo, sugieren que existe una asociación positiva entre una buena salud mental y el capital social. Sin embargo, identifican que el capital social individual tiene mayor injerencia en el mejoramiento de la salud mental que el capital social comunitario. También sugieren que no existe un efecto diferencial entre inmigrantes y nativos en Cataluña. A partir de estos hallazgos los mencionados autores sugieren potenciar la acumulación de capital social, como un instrumento eficaz para conseguir la mejoras en la salud mental.

La recuperación de las contribuciones que la teoría y la investigación empírica del capital social han hecho al campo de la salud mental son muestra de una potencial fertilidad como recurso activo para enriquecer el quehacer de la terapia y en particular de los modelos que se orientan al campo de las relaciones ocurridas en el marco de las redes, sean estas familiares o del entorno inmediato.

***Reflexiones de las fortalezas y críticas actuales de la teoría de capital social***

***De las fortalezas del capital social***

La CEPAL (2013) señala que el capital social es un elemento clave para la reconceptualización de políticas públicas, en las cuales los individuos y la sociedad civil tendrán una injerencia más activa en los fenómenos sociales, en la gestión de reformas del Estado, y como visión que apunta a la implementación práctica de la gestión de la economía y del Estado. Esto se realiza mediante la creación de confianza entre individuos, la cooperación coordinada, el apoyo mutuo, la legitimación de líderes y la generación de estrutuctas de organización y de trabajo (Vitezi-Díaz, 2007).

En contraparte la falta de comprensión y aprovechamiento de las formas preexistentes de capital social límitan la acción de las instituciones para la adopción de políticas sociales, tal es el caso de Rusia en donde la privatización de industrias ha generado mayor desigualdad, mayores crímenes violentos y violación de derechos humanos. Cabe señalar, que esta privatización industrial fue posible debido a la segmentación étnica y social del país, lo que generó el debilitamiento de la cooperación social, la participación y el quebrantamiento de la ley (Vitezi-Díaz, 2007). De esta forma, podemos notar la relevancia de una sociedad donde se fomenten y existan lazos de solidaridad, confianza, apoyo mutuo, así como la constitución de redes vecinales y sociales que permitan hacer un frente común ante conflictos, ya sean éstos de tipo social o personal.

Estudios previos sobre el capital social han mostrado que puede ser una estrategía para generar redes que brinden seguridad y mayor acceso a recursos adicionales, que permitan afrontar la pobreza e impulsar el avance económico de los pobres, puesto que han permitido entender que una característica que define a la pobreza es la falta de conexiones con la economía formal, incluido el acceso a los recursos materiales e informáticos, y una predominancia de redes de tipo familiar y vecinal. Asimismo, en las personas con mejor situación económica se ha encontrado un capital social que permite establecer puentes y crear redes para el cumplimiento de objetivos (Vitezi-Díaz, 2007). Estas son algunas de las fortalezas que fundamentan el uso y auge actual de la teoría de capital social tanto para asuntos macro-estructurales, como micro-sociales.

El valor de las redes sociales para la atención de los problemas sociales que afectan a las familias radica en las posiblidades que ofrece para el diseño de intervenciones en red para los abordajes de familias multiproblemáticas, violencia intrafamiliar, abuso sexual, divorcios en conflicto, e incluso para el desarrollo de políticas sociales para grupos de familias vulnerables como las de jefatura de hojar uniparental femenina y con adultos mayores, los grupos de apoyo para las familias con pacientes terminales, etc.

*De las críticas*

A pesar de que el capital social se ha constituído como una teoría que permite ser aplicada en diversos fenómenos de alta relevancia social, no podemos dejar de reconocer que entorno a ella han surgido una serie de críticas, principalmente provenientes de la sociología crítica (García-Londoño, 2008). Se le acusa a ésta por la sobre-responsabilización que deposita en la sociedad civil y en la red de vínculos como dimensiones estratégicas para la atención y solución de conflictos, y con ello la disminución de posturas política y socialemente criticas al Estado y a los gobiernos donde el impacto del modelo neoliberal ha generado desigualdades económicas entre la clase alta y la clase baja, como el caso de Chile o México.

En los trabajos posteriores a la publicación de 1993, Putnam admite que así como pueden ser beneficos los efectos de la coperación a través de las redes, las normas y la reciprocidad y la confianza, también es posible que estos mismos fenómenos traigan consecuencias negativas derivadas de sus resultados o de su mera integración. Entre las consecuencias negativas que se han identificado, Portes (1998) destaca las siguientes: a) la exclusión de "los otros" que trae consigo la formación de redes homogéneas, b) la excesiva demanda sobre los miembros de un grupo y c) las restricciones en virtud de la existencia de normas que impiden a sus miembros buscar objetivos por encima del nivel del grupo.

Como bien, hemos señalado en este apartado, la participación de los vecinos, el rol del apoyo basado en la reciprocidad en la solución de conflictos de tipo individual y comunitario es primordial, por ello desde esta teoría se apunta al reconocimiento de una serie de recursos que, usados por los sujetos, les permiten adquirir un rol más activo y obtener beneficios a partir de los vínculos establecidos con "la otredad" (ya sea su red de iguales o de personas de diferentes esferas socio-económicas) para ascender en la escala social, para lograr mejores resultados escolares, el mejoramiento en salud u otros beneficios.

Sin embargo, aún cuando reconocemos y compartimos la idea de que los sujetos pueden lograr a través de los apoyos sociales soluciones que de manera individual y solitaria les hubiese sido imposible alcanzar, no dejamos de reconocer que en temáticas vínculadas a pobreza y seguridad social, por nombrar algunos ejemplos, parecen restar responsabilidad al Estado. Por tanto, nuestra propuesta es conocer y usar las posibilidades explicativas y de intervención que ofrece la teoría para la solución de conflictos y problemas en el sujeto, sin dejar de tener por ello una mirada crítica hacia el Estado. Lo cual pensamos que se puede lograr a través de enfoques y redes asociativas más reflexivas, colaborativas, propósitivas pero también demandantes. De cualquier forma, nos parece mejor lograr soluciones autogestionadas y conjuntas ante los conflictos que afrontar los fenómenos sociales con una mirada de pasividad y resignación que inhiba las posibilidades de solución.

Aclaramos que no por ello, estamos desresponsabilizando, ni a los microsistemas, ni a los macrosistemas de la injerencia y solución que deben aportar para la solución de conflictos. En el caso específico de los transtornos mentales, nos parece que lo más viable es hacer una evaluación comprensiva de los sistemas incorporados en el síntoma (ecología del síntoma), así como de todos los recursos tanto familiares como comunitarios con los que cuenta el individuo para la recuperación terapeútica (ecología del sistema familiar).

## La terapia familiar vista desde el enfoque ecológico

### *El enfoque ecológico en la terapia familiar*

Casi de manera simultánea, con los hallazgos y la revolución que se vivía en las ciencias sociales mediante la teoría de capital social, surge el Enfoque Ecológico, en el que Bronfenbrenner (1987) sugiere que para la concepción y análisis de las circunstancias o problemas mentales de los individuos es necesario considerar lo que el llama el ambiente ecológico, que no es otra cosa que el conjunto de estructuras (sociales, familiares, laborales, educativas, etc.) seriadas, que se incluyen unas a otras. Según este autor cada problemática contiene factores provenientes de elementos micro y macrosociales los cuales ejercen influencia entre sí para la aparición de, por ejemplo, el síntoma en un individuo. En este sentido, se entiende que las actitudes que el sujeto perciba de sus entornos cotidianos, serán elementos clave para el afrontamiento del síntoma y la solución del mismo. Para ello nos parece importante recordar que la aparición del síntoma puede estar vinculado con malestares físicos y emocionales que si bien son expresiones de la dinámica familiar, también son muestras de un contexto sociocultural, histórico y económico en el que se enmarca dicha familia y que le otorgan un sentido y un significado. Asimismo, pueden estar implicados en la aparición del síntoma imágenes y problemas socioculturales encarnados en una concepción específica de la enfermedad (Torrico, Santín, Andrés, Menédez y López, 2002).

Esto en virtud de que las normas y creencias que rodean en una familia serán distintas según la religión, cultura, clase social y etnia, nos parece que obviar estas características sería un error, puesto que son elementos clave que influyen en los otros niveles de interacción donde se desarrolla el individuo (Torrico, Santín, Andrés, Menédez y López, 2002). Por esto aseguramos que el pensamiento y las ideas que se comparten en una familia, están arraigadas en el ambiente sociocultural en el que la familia interactúa.

A través del modelo ecológico se atienden algunos de los riesgos que hasta el momento parecían como no atendidos entre quienes estudian e intervienen en los temas de familia, nos referimos, al lugar focalizado y primordial que se le brinda al microsistema familiar, que si bien no es malo, ha sido acusado por autores como Colin (2013) por olvidarse de los sistemas económico, político y social en los asuntos y malestares del individuo.

*Usos del enfoque ecológico*

Cabe destacar, que el enfoque ecológico ha mostrado que ante situaciones de malestar físico, como por ejemplo el caso de los pacientes oncológicos, existe una mayor mejoría cuando los enfermos reciben apoyo social de los ambientes en los que habitualmente interactúan.

Herranz y Gavilan (1999) han aportado evidencia que clarifica como el ambiente social, las instituciones comunitarias, las redes vecinales y los apoyos de amigos y familiares que un paciente reciba son determinantes en el proceso de mejora o por el contrario la usencia de estas redes se expresa en el enquistamiento del síntoma.

Lo que viene a complementar la acusación y crítica que elaboran Torrico, Santín, Andrés, Menédez y López (2002) con respecto a la psicología clínica, de la cual señala que ha prestado una desigual atención al binomio persona-ambiente, desatendiendo en un gran número de casos al ambiente. Ante la identificación de estas deudas de la psicología clínica, el enfoque ecológico plantea un modelo de atención multinivel considerando la compleja red de relaciones entre sistemas en la que se inscribe la psicopatología social y propone enseñar y promulgar actitudes favorables en los pacientes, amigos y familiares que pueden tener injerencia en la presencia o permanencia del síntoma.

Sin embargo, nosotros consideramos que también conviene emular soluciones e intervenciones generadas por otras personas o grupos que hayan atravesado problemáticas de carácter similar, y que por ello se piensa que pueden comprender y apoyar en la promoción de visiones y conductas distintas con respecto del síntoma.

Otra de las propuestas interesantes que pueden emanar de la terapia familiar con enfoque ecológico es la adecuación de las instrucciones, diagnósticos e intervenciones que realiza el terapeuta familiar ante la problemática familiar, sobre todo con la finalidad de incorporar al análisis de éstas nuevos elementos que le otorguen una mayor comprensión e integración. Así como proponer intervenciones que impliquen la generación de redes de apoyo y socialización del sistema familiar con otros sistemas, tales como las instituciones de salud, organizaciones religiosas, otras familias de amigos, basados en lazos de confianza y de reciprocidad. De este modo, las instituciones pueden ofrecer soluciones y miradas frescas a las problemáticas que fomenten estructuras de comportamientos alternas.

La terapia familiar, ha recurrido en numerosas ocasiones a las propuestas del enfoque ecológico, muestra de ello son los tratamientos que se ha efectuado con pacientes adolescentes depresivos que tienen padres divorciados o separados (Broder, 1996). También, los usos que se han hecho en los programas de prevención de adicciones y delincuencia en jóvenes (Corcoran, 2001) o los trabajos con pacientes oncológicos (Torrico, Santín, Andrés, Menédez y López, 2002). Entre muchos otros, que por cuestiones de espacio no se detallan en este capítulo.

*Elementos del enfoque ecológico*

Como lo detallamos en párrafos anteriores, de acuerdo con la propuesta de Bronfenbrenner (1987) existen diversas estructuras que están organizadas de manera seriada y que son necesarias de conocer y evaluar si se desea comprender lo que acontece en un individuo. La primer estructura es el microsistema: que no es otra cosa que los sistemas más cercanos en los que se desenvuelve una persona, tales como: la familia, los amigos, la escuela, el trabajo. Luego de ello, aparece lo que el autor denomina el mesosistema que se refiere a la interacción que surge entre dos o mas estructuras en las que la persona participa de manera continua y activa, estas dos estructuras pueden ser por ejemplo la interacción que surge entre la familia y la escuela, o la familia y la vida social, o entre la familia y el sector salud, o bien entre la familia y el equipo terapéutico. Posteriormente aparece el exosistema, desde el que se propone analizar la red de vínculos sociales y de apoyo que pueden tener injerencia en el tema a tratar. A parte de esto aparece el microsistema, que conviene ser considerado para develar y considerar creencias, normativas, valores y prácticas compartidas por la comunidad en que se inscribe la familia y que le dan un marco explicativo más amplio a sus prácticas.

A partir de esto podemos pensar en un modelo multinivel que incorpore las aportaciones del capital social al enfoque ecológico, para la atención de problemáticas sociales consideradas problemas de salud pública y cuya atención es responsabilidad prioritaria de las instituciones.

**La propuesta del modelo**

Los abordajes en salud mental han cambiado de manera importante en los últimos 10 años, puesto que se ha transitado de concepciones indivualistas y patologizantes, a otras más comprensivas. En particular nos parece que las aproximaciones a la psicopatología social tienden a ser cada vez más interdisciplinarios al considerar los aportes de las ciencias sociales, entre otras ciencias, para la comprensión e intervención en estos fenómenos. En el caso que nos ocupa buscamos identificar la utilidad de la teoría del capital social para con ello poder articular nuevas formas de concebir las problemáticas y contribuir al diseño y atención de problemas que son del campo de aplicación de la psicología clínica.

De acuerdo con esta propuesta, la comprensión y la intervención tendría las siguientes características:

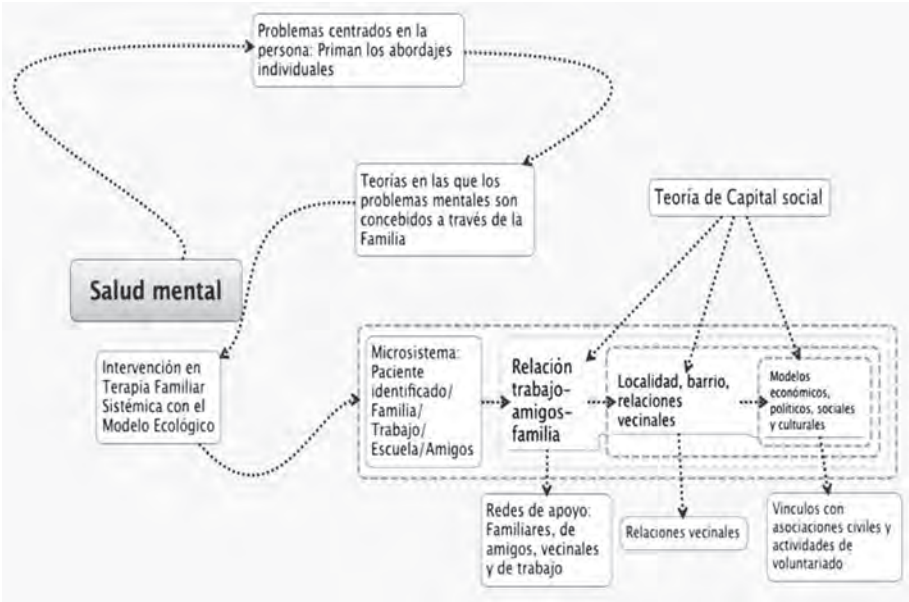



Figura 1: Modelo Emergente

Fuente: Elaboración propia.

El principal reto de una propuesta como esta es lograr articular la visión y el interés de las instituciones en la intervención de psicopatologías sociales. No obstante, las múltiples dificultades que ello entraña, apostamos por la puesta en marcha de intervenciones que apelen al apoyo de las instituciones en una la lógica que active las redes sociales y permita el uso y apropiación de todos los recursos disponibles para ello. En está lógica las instituciones deberían adecuar sus modelos de atención, traducidos en políticas públicas, en función de las necesidades de cada problemática.

**Conclusiones**

A partir de todo lo que hemos expuesto en el presente capítulo estamos en condiciones de destacar que, desde nuestro punto de vista, la visión que aporta la teoría del capital social al abordaje de los problemas sociales comprende la necesaria implicación de los recursos de las redes entre los que se incluyen las instituciones para el logro de propósitos como el de la salud mental.

El reconocimiento de los factores que operan en la dinámica de las redes sociales y los recursos susceptibles de ser aprovechados permite desarrollar intervenciones terapéuticas en los sistemas familiares que estén avocadas al aprovechamiento,

generación y reforzamiento de lazos de tipo social que permitan que crezcan las redes de apoyo, la confianza, la cohesión social, las redes vecinales, la solidaridad y la interacción con instituciones o miembros de organizaciones sociales.

El enfoque ecológico de la terapia familiar sistémica permite incorporar los conocimientos y experiencias recogidas en el campo empírico de los investigadores del capital social en tanto que su propia formulación es de hecho una teoría basada en las redes y los intercambios entre estas, elementos que son claramente fundamentales para entender la formación, mantenimiento y aprovechamiento del capital social.

El conocimiento de las capacidades sociales de la comunidad, la identificación de sus recursos y la interacción activa con las instituciones ofrece importantes posibilidades para el diseño de intervenciones en red en los abordajes de familias multi-problemáticas, violencia intrafamiliar, abuso sexual, divorcios en conflicto, e incluso para el desarrollo de políticas sociales para grupos de familias vulnerables como las de jefaturas de hogar uniparental femenina y de adultos mayores, los grupos de apoyo para las familias con pacientes terminales, entre otros.

**Referencias bibliográficas**


Banco Mundial (2013). Social Capital. Revisado en:
http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20187568~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:401015,00.html Consultado el 10/diciembre/2013

Bertalanffy, L. (1987). *Teoría general de sistemas*. México: Fondo de cultura económica.

Broder, R. (1996). Ecological risk factors for symptons of depresión among adolescents from separated and divorcied families. *Disertation Abstracts International*. 56 (9-B), 51-60.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.

Espinal, I.; Gimeno, A. y González, F. (2003). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Revisado en: http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf Consultado el 10/diciembre/2013.

Chaparro, F. (2001).Conocimiento, aprendizaje y capital social como motor de desarrollo social. *Brasilia, 30(1),* 19-31.

Comisión económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL) (2013). Panorama General de América Latina y el Caribe. Revisado en: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp Consultado el 28 de noviembre de 2013.

Colin, L. (2013). Ecología y familia de origen: dos conceptos fundamentales para el naturalismo y el estudio de familias mexicanas. Consultado en: http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/15.pdf Revisado el 28 de diciembre de 2013.

Corcoran, J. (2001) Multi-systemic influences on the family fucntioning of teens attending

pregnancy prevention programs. *Child and adolescent social work Journal. 18(1),* 37-49.

Frías-Armenta, M.; López-Escobar, A. y Díaz-Méndez, S. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología. 8 (1).* Universidad de Sonora, México.

Garcia-Londoño, J. (2013). Alcances y limitaciones teóricas y prácticas del "capital social en salud". El caso del sistema de salud en Medellín. *Revista Gerencia y Políticas de Salud. 12 (24),* 184-208. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Herranz, J. y Gavilán, J. (1999). Calidad de vida y cáncer de laringe. *Acta Otorinolarigológica Española. 50(4),* 276-282.

Kreuz, A. y Pereira, R. (2009). Capitulo 131 Terapia familiar: Tratamientos Psiquiátricos. *Terapias Psicológicas.* Revisado en: http://www.ctff-fasedos.com/documentos/Capitulo%20131%20Terapia%20Familiar%20Kreuz%20y%20Pereira.pdf. Consultado el 14 de enero de 2014.

Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones, terapia familiar crítica*. México: Libro Red de las Américas.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), (2013). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Revisado en http://www.fao.org/docrep/019/i3520s/i3520s.pdf. Consultado el 18 de enero de 2014.

Platone, M. (2002). Condiciones familiares y desarrollo infantil: repercusiones en el ámbito educativo. En I. Recagno-Puente (Ed.). *Educación y familia: proyecciones sociales y educativas*. Caracas: Fondo Editorial de Humanidades, Universidad Central de Venezuela.

Platone, M. (2007). El enfoque eco sistémico en terapia de familia y de pareja. *Psicología, Segunda Época. 26 (1).* Venezuela.

Pereira, L.; Morela, J. y Ziritt, G. (2005). Capital social y educación desde una perspectiva ética. *Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales. 7 (2).* 92-101.

Poblete, F.; Sapag, J. y Bossert, T. (2008). Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Rev. Médica Chile. 136,* 230-239.

Portes, A. (1998). Social Capital: Its origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology 24* , 1-24.

Putnam, R. (2012). *Solo en la bolera. Colapso y resurgimiento de la comunidad norteamerica*. Barcelona: Galaxy Gutenberg.

Ramírez, J. y Hernández, E. (julio-diciembre de 2012). ¿Tenía razón Coleman? Acerca de la relación entre capital social y logro educativo. *Sinéctica* . Guadalajara, Jalisco, México: ITESO.

Rosenfeld, R.; Steven F.; Messner, E. y Baumer, P. (2001). Social Capital and Homicide.

*Social Forces. 80 (1),* 283-310.
Saz, M. y Sajardo, A., (2007). Las organizaciones del ámbito asociativo en la formación de capital social. *Cayapa. 7 (014),* 54-74. Mérida Venezuela.
Stoyanovaa, A. y Díaz-Serranob, L. (2013). El impacto diferencial del capital social sobre la salud mental de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. Revisado en: http://www.gacetasanitaria.org/es/el-impacto-diferencial-del-capital/articulo/S0213911109003227/ Consultado el 14 de enero de 2014.
Torrico, E.; Santín, C.; Andrés, M.; Menédez, S. y López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología. 18 (1),* 45-59.
Vitezi-Díaz, G. (2007). Capital social y reducción de la pobreza. *Revista OIDLES.* 1 (2). Revisado en: http://www.eumed.net/rev/oidles/02/Diaz.htm Consultado el 14 de enero de 2014.

Capítulo XVIII

# LOS BENEFICIOS DE LA MEDIACIÓN FAMILIAR PARA FALICITAR EL DIÁLOGO EN EL DIVORCIO Y FORTALECER LOS LAZOS FAMILIARES

Sandra Paredes Baltazar[6]

## Introducción

Ante el incremento de divorcios con resultados adversos, para ambas partes, nos proponemos implementar una manera diferente de resolver estos conflictos. Actualmente, en el Estado de Jalisco, ha surgido el Instituto de Justicia Alternativa, un sitio que cuenta con centros de mediación, tanto públicos como privados, que brindan diversas formas o métodos para resolver pacíficamente los problemas comunes que surgen durante los procesos legales de disolución matrimonial. Entre estos métodos se cuenta con: mediación, conciliación, arbitraje y negociación.

Se ha demostrado que la solución de algunos asuntos familiares, a través del método de mediación así como de la conciliación, son más exitosos. La mediación es un proceso donde un tercero imparcial sólo facilita la comunicación entre los mediados, y son ellos mismos quienes proponen la solución; la conciliación es un método en el que un tercero sugiere y propone a los mediados algunas posibles soluciones que faciliten la solución del conflicto. Ambos métodos promueven una cultura por la paz, como el principal objetivo de los métodos alternos.

En el Centro Público de Mediación, acreditado por el Instituto de Justicia Alternativa para el Estado de Jalisco, y con sede en los Bufetes Jurídicos de Servicio Social, del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, de la Universidad de Guadalajara, tenemos la tarea de difundir éstos métodos alternativos a todos los usuarios que acuden a solicitar cualesquiera de nuestros servicios; los orientamos a agotar, primeramente, éstos métodos antes de iniciar algún juicio jurisdiccional. Además, en la actualidad, algunos jueces de diferentes materias como civil, familiar, mercantil o penal, previenen para que de inicio se agoten los conflictos a través de métodos alternos, en consecuencia a lo que manifiesta el artículo 17, reformado, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El enfoque sistémico adopta relevancia en la aplicación de estos métodos. Se han obtenido éxitos durante la mediación cuando durante las intervenciones se considera el reconocimiento de valores y/o creencias, como lo menciona algunos

[6] Universidad de Guadalajara, México (lic.sandrap@hotmail.com).

autores sistémicos[7], en los que todo individuo debe sentirse querido, valorado y reconocido; el cambio de actitud de las personas, al saberse escuchados, proporciona la oportunidad de reconsiderar las situaciones que problematizan. Además con la narración (Ramos, 2007) es posible cambiar las historias de las personas, por historias diferentes que en momentos de enojo y desesperación, no hubiéramos pensado.

**Familia y matrimonio**

La familia es un núcleo de convivencia y solidaridad en la vida cotidiana; es un núcleo de complicidad, que permite afrontar adecuadamente los retos del mundo exterior; es, a la vez, una escuela de convivencia para los hijos y la transmisora de valores y aprendizajes fundamentales que se realizan mediante los cuidados pragmáticos en los primeros años de vida del ser humano, en el trascurso de su desarrollo biológico, afectivo y en el acomodo a la cultura o socialización (Minuchin 1984; Linares 1996; Ceberio y Linares 2000).

La pareja elabora sus propias ansiedades y las contiene, así podrá ayudarse a crecer y, en su turno, ayudar a los hijos en su crecimiento. Ésta sería la función principal de la familia: la creación del marco necesario para favorecer el crecimiento de sus miembros y contener las ansiedades que se formen en el grupo familiar.

El matrimonio, por su parte, es una institución de carácter público y de interés social, por medio del cual dos personas voluntariamente deciden contraer un estado de vida para la búsqueda de su realización personal y la fundación de una familia.

La historia y evolución de la institución jurídica del matrimonio, expresa que los esposos experimentan sentimientos de solidaridad, de valía y de madurez personales, de ahí que este tipo de unión facilita las relaciones sociales, las hace más llevaderas, libres, conscientes y creadoras. El hombre a través de esta institución desarrolla armónicamente los distintos aspectos de su personalidad. Además, desde el punto de vista de algunos historiadores y sociólogos, la institución del matrimonio surge como una forma de regular las relaciones sociosexuales (Cavieres, 1997; Gonzalbo, 1997; Passerini, 1993 y Gonzalbo y Rabell, 2004).

En la vida actual del Estado de Jalisco, los contrastes que implica la modernización influyen en las formas de vida, en los enfoques culturales, económicos y religiosos; aunque los valores acerca de la vida en pareja mantienen algunas significaciones tradicionales en un amplio sector de la población. El matrimonio institucionalizado, como contrato civil, continúa siendo una de las formas más arraigadas de la pareja de clase media. Debido a que, en el imaginario colectivo y en la práctica cotidiana se accede "a diversos recursos de vida", además de la

[7] Ver bibliografía

construcción de una identidad individual a partir del compromiso y de la creencia de que los hijos tendrán un desarrollo óptimo, donde ambos padres estén presentes (Ramos, 2007).

Sin embargo, en 1980 por cada 100 matrimonios había cuatro divorcios; entre 1990 y 2000 esta cifra se elevó a poco más de siete divorcios; en 2005 el número de divorcios por cada 100 matrimonios llegó a 12 y en 2011 se contaron 16 divorcios de cada 100 matrimonios.

**Divorcio**

El divorcio como disolución del vínculo matrimonial surge como una alternativa para resolver la dificultad que presenta la pareja, cuando como adultos les resulta difícil seguir conviviendo y generando un proyecto de vida en común; aunque las funciones parentales continúan y se diluyen solo con la muerte de alguno de los padres o hijos. Ahora bien, la emergencia "legal" del divorcio no resuelve, por sí misma, el impacto emocional y organizacional que sufre la familia; específicamente, la pareja debe reorganizar sus relaciones durante la separación y después de ella. Debe encontrar el punto de equilibrio para mantener un marco de intimidad que les permita continuar con la atención a las necesidades de los hijos(as), además de mantenerlos periféricos del conflicto (Isaac, Montalvo y Abelsohn, 2001).

**Dimensión jurídica del divorcio**

Entre las causas del divorcio, de acuerdo con algunas leyes mundiales, están el adulterio, el abandono voluntario, los excesos, injurias graves que hagan imposible la vida en común, el conato de uno de los cónyuges para corromper o prostituir al otro o a sus hijos, así como la convivencia en su corrupción o prostitución, la condenación a presidio, la adicción alcohólica u otras formas graves de farmacodependencia, la interdicción por causa de perturbaciones psiquiátricas graves. Además, la Ley prevé la declaración de divorcio luego de declarada la separación de cuerpos y se haya transcurrido un año, o cuando los cónyuges hayan permanecido separados, de hecho, por más de cinco años, aunque en cada estado o país las legislaciones varían, según la problemática de sus contextos sociales.

La ley también señala como causales de divorcio distintas razones de índole personal, social, moral, religiosa, económica o estrictamente psicológicas. En este intento de regular las relaciones sociales entre los seres humanos, sin embargo, la experiencia demuestra que una de las primeras causales de divorcio que se plantea en la práctica, está relacionada con un conjunto de elementos "objetivos-subjetivos" o socio-psicológicos. Son estos últimos elementos los que permiten el nacimiento de la Mediación como alternativa para resolver estas problemáticas de la mejor manera.

**Dimensión psicológica del divorcio**

La intensidad de las emociones, el dolor, las ofensas, el rencor y otros sentimientos provocan un daño profundo en la pareja difícil de recuperar. Además, la victimización de los hijos atrapados en la "batalla conyugal", produce deterioros psicológicos irreparables en los menores y, en la mayoría de los casos, se observa que los hijos son los más dañados en situación de divorcio.

La experiencia nos demuestra que una separación acordada con asistencia psicológica, en buena proporción, permite el reencuentro de la familia y en el peor de los casos, si se concluye el divorcio, los hijos sean los menos afectados.

La separación, es importante porque es un período de adaptación a la nueva vida, porque se avanza hacía una relación de pareja mejor –aunque sea la misma pareja– y permite, sobretodo, que los hijos se adapten a la nueva realidad.

En Jalisco, es el Instituto de Justicia Alternativa quien aplica métodos alternos para facilitar el diálogo y, así, resolver los conflictos de una manera rápida y eficaz, sobre todo, fortaleciendo los lazos familiares de los involucrados

**La Mediación**

La mediación surge cuando se hace evidente la preocupación por tratar de negociar con las personas las situaciones de conflicto para lograr un acuerdo voluntario; con el transcurrir del tiempo las cuestiones personales y sobre todo las familiares se complejizan mucho más. Cuando se suscitan conflictos entre los individuos, es posible arreglarlos o resolverlos apelando a un número limitado de recursos; uno de ellos es la intervención de terceros, que adopta diversas formas como el arbitraje, la conciliación y la propia mediación (García, 2003).

La *mediación* es, entonces, un procedimiento en el cual un tercero, imparcial totalmente, interviene en el conflicto para tratar de encontrar una solución del mismo. Identifica los puntos de conflicto e intenta, mediante técnicas específicas, que las partes lleguen a un buen acuerdo.

La mediación surge en Estados Unidos, a mediados de los años 60`s, como una nueva institución encaminada a la resolución alternativa de conflictos. Los primeros centros de justicia vecinal se crearon con el objetivo de ofrecer una alternativa a los juzgados y que permitieran a los ciudadanos reunirse y solucionar sus disputas. El éxito de estos primeros programas de mediación fue impresionante y se extendió a todos los Estados Unidos de Norteamérica.

Por los buenos resultados que proporcionaba al sistema, en la resolución de conflictos, posteriormente se le incorporó al sistema legal y en algunos estados norteamericanos, como California, se le instruyó como instancia obligatoria previa al juicio. También se cita, como antecedente de la mediación, los buenos resultados obtenidos dentro de las empresas para resolver conflictos interdepartamentales, cuando intervenían determinadas personas que por sus características individuales

ayudaban a resolver los conflictos de forma más rápida, efectiva y económica (Hoyos y Viana, 1996).

En Jalisco la adopción de la mediación como un mecanismo de justicia alternativa es reciente, sin embargo se ha comenzado el trabajo de capacitar a funcionarios del poder judicial, para que en primera instancia se agoten los métodos alternos de solución de conflictos, antes de comenzar algún juicio en los juzgados competentes.

**Mediación familiar en casos de divorcio**

En el ámbito familiar, surge la mediación como una propuesta alternativa para el conflicto socio-afectivo y legal. Los divorcios, regularmente, traen consigo muchos conflictos, así la mediación llegó con los divorcios (Six, 1997).

La mediación familiar, es entendida como un abordaje psico-jurídico de conflictos, que transforma el proceso, adaptándose a una manera diferente de dialogar y buscar soluciones. Esta transformación es la base para el éxito en una mediación; reflexionar sobre la posibilidad de ver con una mirada diferente el problema y por qué no, ver diferente a la otra persona.

En ocasiones la colaboración o cooperación se torna difícil para las partes en conflicto, quienes repiten conductas y actitudes competitivas, evasivas y hasta acomodaticias, antes que colaborativas, todo ello debido a que los involucrados se encuentran en una etapa de enojo que no les permite visualizar alguna otra solución a su problema. Aparece, en consecuencia, la necesidad del mediador; un tercero que –debidamente entrenado en técnicas de negociación colaborativa basada en intereses– puede intervenir durante todo el procedimiento para generar una conducta colaborativa entre las partes. Y así resolver la problemática de una manera pacífica y que fortalezca la parte emocional. Las crisis emocionales, que se manifiestan en situaciones familiares (parejas que se abandonan, los hijos arrebatados de los padres) producen violencia física, emocional e inclusive la económica, que, desgraciadamente, algunas veces llegan a ocasionar la muerte de alguno de los cónyuges o algún integrante de la familia.

El uso de la mediación familiar, para superar las diferencias y desacuerdos convertidos en una disputa judicial entre las partes, permite la creación de un contexto familiar cooperativo que abre la posibilidad de una transformación en el proceso conflictivo.

En Jalisco se pretende, que una vez tomada la decisión de un divorcio, se apliquen métodos de mediación familiar para transformar un divorcio necesario en un divorcio por mutuo consentimiento, donde los acuerdos se asuman de manera voluntaria por las partes, y no sean una imposición del juez; que en muchas ocasiones, está lejos de comprender los intereses de los contendientes.

La opción de acceder a un proceso de mediación, aún cuando la vía necesaria o contenciosa ya se haya iniciado, supone una oportunidad para que los resultados

puedan ser distintos, para que los miembros de la pareja sean más conscientes de los efectos del camino que han elegido y, en todo caso, asuman la responsabilidad de continuar o variar el procedimiento. Es responsabilidad del mediador ofrecer un camino alternativo, claro y seguro, informar sobre las dificultades y ventajas de las opciones y generar el contexto adecuado para que las interacciones ocurran de una forma natural.

En un divorcio, donde la pareja tiene hijos es requisito imprescindible que ambas partes se reconozcan su legitimidad como padres. En este sentido, el objetivo no es cumplir el régimen de visitas judicial, sino garantizar la continuidad de dos progenitores, cuya función es mucho más amplia que ostentar la custodia, pagar una pensión o cumplir con unas visitas.

Forjado con las aportaciones de otras ciencias sociales como la psicología (teoría de la comunicación, terapia familiar), la lingüística, la educación, el trabajo social, entre otras, el método de la mediación está articulado en tres pilares, con el objetivo de preservar las funciones parentales e intentar garantizarlas, que son:

- ***Aumentar las diferencias:*** permitir que se exterioricen y amplifiquen controladamente las diferencias, desmontando los posicionamientos rígidos o extremos; se busca flexibilizar las posiciones y desarrollar "estructuras disipativas" que permitan negociar alternativas.
- ***Legitimar a las personas:*** en un conflicto todas las partes creen tener la razón, por lo que se hace necesario crear un espacio legítimo para cada una de ellas. En todo conflicto, todos pretenden tener razón.
- ***Cambiar el significado:*** se busca cambiar la historia material, motivo de la mediación, de cada una de las partes. De este modo, el objetivo del mediador consiste en elaborar una historia alternativa a la propia de las partes, que facilite una visión de la situación desde todos los puntos de vista posibles.

Así, el objetivo de la mediación familiar no es otro que lograr que los diferentes miembros de la familia acuerden entre sí realizar un proceso de resolución de conflictos con la intervención guiada de un profesional, quién ayudará, de manera neutral a cada uno, a definir el problema tal como ellos mismos lo ven; a entender las opiniones e intereses de los demás, a buscar juntos soluciones valederas y duraderas en el tiempo. A través de la participación de los implicados en la solución de sus conflictos, el mediador logra que cada contendiente tome conciencia de su protagonismo activo, no sólo en el momento actual, sino también en el futuro.

La mediación familiar se constituye como una instancia prejudicial de encuentro entre dos partes en conflicto con el objeto de negociar acuerdos consensuados y sustentables en el tiempo. La mediación familiar es un acto profesional, desarrollado por los mediadores, que se encuentran dentro de estatuto legal, y se sitúan como

una alternativa viable al proceso judicial; esta alternativa permite a muchas familias evitar situaciones de tensión y conflicto, propios de todo juicio, además, de que permite a las partes ser soberanos de sus propias decisiones en un proceso civilizado de negociación y cuyo objetivo es un equilibrio óptimo en resguardo de derechos y bienes de las partes; fundamentalmente el respeto personal y, sobre todo, el de los hijos.

La mediación es una de las mejores herramientas de solución ante controversias. Un buen mediador es un tercero imparcial que utiliza técnicas aprendidas en capacidad de lograr un buen acuerdo de solución; es un guía de acompañamiento en la solución del conflicto. En los casos de divorcio permite el ahorro de costas y tiempo y, sobre todo, de desgaste emocional, además de lograr una resolución que atendieron más con su voluntad que a través de litigio, en una verdadera solución equitativa (Clapp, 1998).

La mediación tiene la virtud de "*reordenar*" la escena del conflicto, introduciendo una serie de aspectos que facilitan la creación de un escenario favorable para un acuerdo: racionalidad, realismo, buen clima, objetividad, etc., que se logran gracias a la terapia narrativa, como elemento enriquecedor que permite crear historias alternativas y, sobre todo, llegar a un buen final posible a partir de las características de cada uno de los miembros de la pareja (Carnero, 2001).

Es importante destacar que los objetivos de la mediación son:

1) Facilitar el establecimiento de una nueva relación entre las partes en conflicto.
2) Aumentar el respeto y la confianza entre los participantes en conflicto.
3) Corregir las percepciones e informaciones falsas que se puedan tener respecto al conflicto y/o entre los implicados en este.
4) Crear un marco que facilite la comunicación entre las partes y la transformación del conflicto.

Entre los efectos que produce la práctica de la mediación están:

a) Resultados obtenidos voluntariamente y por consenso.
b) Las partes definen la forma y el contenido de la negociación.
c) Las partes usan infinitas posibilidades para resultados creativos.
d) Los sentimientos pueden ser expresados, reconocidos y respectados.
e) Se proyecta hacia el futuro, antes que hacia el pasado.
f) El tercero facilita, sin imponer el resultado.
g) La imparcialidad no niega la empatía ni establece distancias.
h) Se facilita la comunicación y la colaboración.
i) La reconciliación es estimulada.
j) La honestidad es reivindicada.

k) Cada uno de los participantes entiende el procedimiento.
l) No es necesario que alguno pierda para que el otro gane.
m) Se desarrolla el sentido de responsabilidad.
n) Se negocia libremente bajo el paraguas de la ley (Hoyos, 2007).

**Modelos de Mediación**

En el desarrollo de esta alternativa para la solución de conflictos han surgido diferentes modelos teórico-metodológicos, como se pueden ver en la siguiente tabla.

| | **TRADICIONAL Harvard** | **TRANSFORMATIVO Bush y Folger** | **CIRCULAR-NARRATIVO Sara Cobb** |
|---|---|---|---|
| **La mediación** | Negociación colaborativa asistida por un tercero para resolver problemas. | Oportunidad para desarrollar el potencial de cambio de las personas al descubrir sus propias habilidades. | Proceso para llegar a acuerdos trasformando la narrativa de confrontación, por una historia alternativa que posibilite el cambio. |
| **La comunicación** | Se centra en contenidos verbales. Diálogos = "comunicación bilateral efectiva". | Se centra en el proceso relacional. | Es un proceso complejo que incluye el contenido y la relación; qué se dice, cómo se dice y dentro de que contexto. |
| **El mediador** | Es el facilitador de la comunicación, experto en dirigir la discusión. | Facilita la transformación de la relación. | Busca transformar la historia y la relación. |
| **El conflicto** | Un obstáculo para la satisfacción de intereses o necesidades. | Oportunidad de transformación. | Historia interpersonal de malestar y confrontación donde mi identidad y mi yo o self, han quedado mal posicionados. |
| **Métodos** | Alineación del conflicto = catarsis o descarga de las emociones asociadas al conflicto.<br>Neutralidad: imparcialidad y equidistancia del mediador.<br>Ir del caos al orden. | Empoderamiento<br>Co-protagonismo<br>Preguntas circulares. | Reflexión y comprensión<br>Reconocer y aumentar las diferencias<br>Legitimar a las personas.<br>Generar nuevos significados<br>Generar contexto de confianza. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Metas** | Lograr el acuerdo<br>Disminuir diferencias entre las partes. | Modificar la relación entre las partes, sin importar si llegan o no a un acuerdo. | Reflexión más que aireación.<br>Cambiar el significado.<br>Transformar la historia.<br>Lograr acuerdo, si es posible. |
| **La mediación** | Negociación colaborativa asistida por un tercero para resolver problemas. | Oportunidad para desarrollar el potencial de cambio de las personas al descubrir sus propias habilidades. | Proceso para llegar a acuerdos trasformando la narrativa de confrontación, por una historia alternativa que posibilite el cambio. |
| **La comunicación** | Se centra en contenidos verbales. Diálogos = "comunicación bilateral efectiva". | Se centra en el proceso relacional. | Es un proceso complejo que incluye el contenido y la relación; qué se dice, cómo se dice y dentro de que contexto. |
| **El mediador** | Es el facilitador de la comunicación, experto en dirigir la discusión. | Facilita la transformación de la relación. | Busca transformar la historia y la relación. |
| **El conflicto** | Un obstáculo para la satisfacción de intereses o necesidades. | Oportunidad de transformación. | Historia interpersonal de malestar y confrontación donde mi identidad y mi yo o self, han quedado mal posicionados. |
| **Métodos** | Alineación del conflicto = catarsis o descarga de las emociones asociadas al conflicto.<br>Neutralidad: imparcialidad y equidistancia del mediador.<br>Ir del caos al orden. | Empoderamiento<br>Co-protagonismo<br>Preguntas circulares. | Reflexión y comprensión<br>Reconocer y aumentar las diferencias<br>Legitimar a las personas.<br>Generar nuevos significados<br>Generar contexto de confianza. |
| **Metas** | Lograr el acuerdo<br>Disminuir diferencias entre las partes. | Modificar la relación entre las partes, sin importar si llegan o no a un acuerdo. | Reflexión más que aireación.<br>Cambiar el significado.<br>Transformar la historia.<br>Lograr acuerdo, si es posible. |

Principales modelos de mediación

Fuente: Bush y Folger, 1996; Cobb, 1995.

El modelo circular-narrativo de Cobb, (1991) menciona que la comunicación es un todo; esto es, un proceso bidireccional donde las partes comunicantes están en constante intercambio y, en tanto se comunican, se retroalimentan. Hablar de comunicación como un todo implica que las partes están obligadas a comunicarse. En este sentido hemos de hablar de dos tipos de comunicación, la verbal y la no verbal. Recordemos que la comunicación es muy importante dentro de la mediación por lo que el modelo circular-narrativo de Sara Cobb, gira en torno a las relaciones, lo que le otorga una gran aplicabilidad, entre otros, en el ámbito educativo, sanitario o comunitario

A partir de este modelo se considera fundamental proporcionar un espacio donde:

a) Fomentar la reflexión y no la aireación de las historias.
b) Cambiar el significado del conflicto.
c) Transformar la historia que traen a la sesión.
d) Buscar un acuerdo, aunque éste no sea la meta fundamental.

**Principios básicos de la Mediación**

**Voluntariedad.** La mediación es un proceso voluntario para los participantes en ella y conlleva el protagonismo de las personas. Cada cual ha decidido su participación en el proceso, lo que les entrega (o les devuelve) su poder y capacidad para tomar sus propias decisiones sobre los problemas que los afectan. Como el conflicto ocurre entre dos o más individuos, entonces hay un co-protagonismo que para ser eficiente requiere que cada uno de los participantes esté legitimado y reconocido positivamente por él o los otros; es el "reconocimiento" o "recognitión".

La participación de los menores en la mediación familiar es un tema que ha sido tratado en el XII Congreso Nacional de Mediación. Durante el mismo se coincidió en que frecuentemente son los padres junto con los mediadores quienes deciden la participación de los hijos, sin embargo podríamos preguntar: ¿quién define la voluntad de participación de los niños? Y, si son los padres o mediadores, ¿son éstos los que "saben" qué es lo mejor para ellos? Muchas veces lo que es mejor para los padres, no lo es para los hijos.

**Confidencialidad.** Este principio alude a que lo referido en el proceso debe mantenerse en secrecía para los terceros ajenos a la misma, incluidas las instancias judiciales. Especialmente importante es cuando los niños participan en encuentros donde no están presentes los padres y ante quienes también se respeta la confidencialidad, lo cuál debe ser explicitado, ya que permite que ellos se tranquilicen y sean capaces de contar cómo viven la situación, de opinar y de confiar en los mediadores que deben estar muy bien entrenados para informar y apoyarlos en el proceso que están

viviendo y en la detección de sus necesidades cuidando los aspectos emocionales y en especial el conflicto de lealtades. Se consideran dos excepciones: delito grave y abuso de menores, las cuales deben ser denunciadas y, por supuesto, no son compatibles para la continuidad de la mediación.

**Neutralidad.** Este concepto se emparenta con los de imparcialidad, equidistancia y equidad y se entiende como la actitud, que debe tener el equipo mediador, de no tomar partido por ninguno de los participantes. Es una de las características más valoradas por los participantes en mediación familiar.

**Uso de la narrativa en Mediación**

Las narrativas que se llevan a cabo durante los procesos de mediación son el resultado de las historias que nosotros construimos, además de que a su vez estas historias nos construyen, dado que nuestro yo se va conformando con las historias que nos contamos, y las que escuchamos contar a los demás sobre nosotros mismos. Para comprender cualquier historia, debemos comenzar por conocer cómo fue construida. Siguiendo a Maturana (1996) es posible señalar que existen cuatro operaciones en este proceso de construcción de la realidad: *distinción, descripción, explicación y narración*.

La ***distinción,*** es el acto de señalar cualquier objeto como distinto de un fondo, para lo cual empleamos, consciente o inconscientemente un criterio de selección.

La ***descripción*** que realizan las partes involucradas en el problema, es siempre posterior al acto de demarcación o distinción. Primero se distingue y luego se describe.

La ***explicación*** reformula o recrea las observaciones de un fenómeno, en concordancia con conceptos y esquemas aceptables para el sujeto.

La ***narrativa*** es la manera como el sujeto, con base en los puntos anteriores, cuenta la realidad.

Estas operaciones constituyen la explicación a por qué ante un mismo problema, las partes tienen percepciones y pensamientos diferentes de los mismos hechos y cómo las llevaron a construir diferentes historias. Cuando las personas llegan a la mediación, cuentan una historia, que es la versión que cada cual tienen del problema, cada uno la suya, cada uno su argumento: "yo tengo la razón", cada uno con su rol: "yo soy la víctima", cada uno con sus valores y su sentir al respecto.

¿Cómo sabe el mediador quién tiene razón? En realidad no le interesa averiguarlo, porque él sabe que los dos tienen razón. ¿Por qué? Porque la realidad, los

hechos verdaderos son inaprehensibles; el material con el que el mediador trabaja son las historias, la versión que cada uno ha construido del problema y como tal, cada historia es verdadera. Pero, esta forma de percibir las situaciones conyugales no les ha sido útil a las partes dado que se encuentran empantanados en una situación de conflicto, de la cual no han podido salir. Es necesario que se produzca algún movimiento, alguna modificación en su manera de percibir la realidad para que sea posible arribar a un acuerdo.

A medida que el mediador diseña y conduce el contexto de la mediación da ocasión, como operador del proceso, de un conocimiento nuevo para las partes, que re-conocen, en el sentido de que vuelven recursivamente, una información anterior registrada de otra manera. Desde el punto de vista de Harvard, la manera de lograr esto sería borrando las diferencias y tratar de encontrar bases comunes sobre las cuales trabajar. Para que algún movimiento se produzca es necesario separar a las personas del problema y, así, descubrir los verdaderos intereses o necesidades que se ocultan detrás de una posición rígida.

Desde la teoría de la narrativa, el mediador tiene una herramienta, casi mágica, para producir cambios en la forma en que las partes perciben el problema. Si partimos del supuesto de que cada historia tiene una coherencia interna, que es la que le da sentido, la función del mediador será descubrir aquellos hechos que contradigan algún aspecto de la historia.

En el proceso de distinción y percepción, estos hechos no son seleccionados y por lo tanto no se incluyen en la narrativa de la persona. Si se trabaja en la reconstrucción de la historia, podrá surgir un encuadre distinto que cambie el sentido de los hechos vividos. El mediador debe estar atento al relato para descubrir las "puertas" que le permitan romper con la coherencia del relato.

Toda narrativa tiene una estructura formada por una secuencia temporal de hechos (esto sucedió antes, después lo otro, etc.), donde hay personajes que representan diferentes roles, valores que subyacen a la historia y un argumento que le da coherencia a esos hechos. Cada uno de estos elementos de la historia se transforma en una posible "puerta" a través de la cual se podrá modificar la narrativa para que las partes lleguen a la mediación.

La escucha del mediador debe concentrarse en las contradicciones que aparecen en el relato, que pueden ser los indicadores de "hechos extraordinarios" que no fueron incorporados en la historia. Estas puertas pueden estar en la secuencia de los hechos, como en los roles que desempeñan los personajes y en los valores que subyacen a la historia.

**Como trabajar para lograr cambios exitosos**

El mediador debe escuchar atentamente para lograr una clara comprensión de la forma cómo se construyó la perspectiva del problema, cómo cada parte distingue,

describe y puntúa los hechos. Debe trabajar para obtener una definición clara del problema, que incluya el reconocimiento propio de contendiente sobre sí mismo y sobre el otro. El objetivo de "abrir" las historias significa la posibilidad de modificar el sentido de los hechos; el mediador atenderá especialmente a "las palabras clave".

Es importante, además de contar con la escucha activa para observar y entender la problemática, la empatía en la que el mediador sea capaz de ponerse en los zapatos del otro y retornar a su postura neutral para llevar a cabo la imparcialidad, donde no debe tomar partido para ninguna de las partes; ésta es una herramienta compleja. Como seres humanos, en algunas ocasiones, existen resonancias en nosotros mismos, que de no ser capaces de separar, será mejor canalizar el caso a otro mediador.

La relevancia de la mediación es el trabajo diferente, que aplica los beneficios de la mediación familiar sistémica, para valorar a la familia como un todo y lleva a cabo cambios en una sola persona para que se beneficien todos los integrantes de una familia; fortalece los lazos familiares, para que esta viva de una manera más feliz.

**Mediador familiar**

Un mediador requiere del uso y conocimiento de herramientas psicológicas, además de saberes de otras disciplinas, como la sociología, el trabajo social, etc., que le permitan hacer su trabajo. Con estas herramientas podrá hacer frente a las actitudes de los implicados en un conflicto, como sus predisposiciones afectivas ante determinados temas: la diferencia de razas, la relación entre mujer-hombre, el sexo, la religión, entre otras. Entre los implicados en un conflicto también se debe tener en cuenta sus cogniciones, creencias, ideas y estereotipos que lo llevan a pensar y comportarse de un modo concreto. Un mediador necesita, además, tener habilidades de comunicación, de asertividad y capacidad empática para poder ejercer como tal (Hernández, 2004).

La mediación utiliza el concepto de poder y toma en cuenta su participación en diferentes momentos del proceso; poder del mediador respecto a la conducción del proceso, el empoderamiento de las personas, la desigualdad de poder entre los géneros, el equilibrio de poder entre las partes para negociar, el poder de las partes para diseñar sus propios acuerdos, entre otros.

El mediador familiar interviene, con frecuencia, en situaciones de desvinculación paterno-materna infantil, así como en temas relacionados con el régimen de visitas o custodia mono-parental o compartida. Ante esto, el mediador examina el tipo de desvinculación que se está produciendo para ayudar a resituar y crear las reglas y acuerdos que garanticen el bien mejor de los hijos, sus necesidades y vinculaciones afectivas; las funciones parentales y los valores que habrán de orientar y sustentar la acción educativa-familiar (Hernández, 2004).

La mediación ocurre dentro de un escenario familiar complejo que conlleva en sí mismo la disolución y separación de vínculos emocionales y afectivos, que tiene efecto en los procesos identitarios de los miembros afectados.

En este tipo de contexto, el padre y sus funciones familiares se ven cuestionadas, sin que haya mediado, previamente, una posición crítica al respecto. Este escenario puede provocar que se reproduzcan, a modo de resonancias, las construcciones sociales que existen en el imaginario social respecto de la paternidad; situación que ocasiona una valoración de sesgo respecto de una de las figuras parentales en detrimento de la otra y también provoca una inadecuada intervención mediadora.

En una reflexión atenta y sistemática sobre la práctica de la mediación familiar, observamos cómo, en situaciones de ruptura conyugal, se ponen en juego el sentimiento de pertenencia, los procesos de apego y de desvinculación familiar, sobre todo los referidos entre padre e hijos, y se contrastan con la aparición, en el escenario social, de una nueva imagen de padre. La mediación familiar resulta ser una herramienta valiosa para la solución de estos conflictos.

La práctica de la mediación familiar, asumida desde la perspectiva de la reflexión y observación sistemática, se nos presenta como el lugar apropiado donde surgen nuevas cuestiones, requerimientos y demandas, y cuyas respuestas redundarán en el desarrollo de la mediación general y de la mediación familiar, en particular.

El mediador legitima las necesidades familiares, más no los métodos empleados para conseguirlas; intenta avanzar hacia una legitimación mutua entre las partes para que éstas legitimen su función mediadora.

Los profesionales en el área de la mediación deben considerar que los tribunales contenciosos no suelen ser eficaces con el trato de los padres o de los hijos en el proceso del divorcio. Por lo tanto, al profesional de la mediación, que no es juez ni árbitro, no le corresponde enjuiciar las pretensiones de las partes, ni proponer por su cuenta la solución; sólo es un auxiliar para atemperar la situación de enfrentamiento y favorecer la interrelación que posibilite los acuerdos. En la actualidad, en Jalisco, existe la pretensión de que los abogados acudan a cursos de psicología para adquirir una mirada diferente de los conflictos que se presentan entre las parejas que buscan la disolución matrimonial; sin embargo no habrá de realizar funciones psicológicas.

La función del mediador es colaborar con las partes para *apartarse* de las rígidas posiciones que les han llevado a estar en disputa, a superar las manifestaciones más agudas de ésta, a fin de percibir el problema desde otro ángulo y negociar, situando la mirada en los intereses y necesidades de cada uno, de cara al futuro.

El mediador debe permitir la manifestación de los sentimientos y emociones, permitir que brote el enfado, el resentimiento y el dolor acumulado para lograr contener la crisis; sin embargo deberá ser un trabajo guidado por premisas claras: no gritos, no insultos, no descalificaciones personales. En esto radica el secreto del

proceso: velar para que el conflicto no degenere en violencia y se evite la escalada de hostilidad.

La figura del mediador no suple la del abogado, sino que facilita el trabajo del último. Las funciones de ambos no son antagónicas, sino complementarias; sin embargo un abogado que actúa como mediador en un caso no debe intervenir ni dar consejo legal a las partes, pues ello iría en contra del principio de imparcialidad que es fundamental e inherente a la mediación (García, 2003).

Un mediador requiere de la habilidad necesaria para facilitar la toma de decisiones de las partes en conflicto, además de suministrarles información trascendente de forma neutral y no directiva. Proporcionar información en mediación requiere de una habilidad especial; el mediador con facilidad se arriesga a olvidar su papel de tal, para pasar a, o parecer, estar a favor de una parte más que de la otra. La información se ofrece, en la mediación, de manera particular y con un propósito diferente a la que los abogados dan a sus clientes.

El ser humano es el único ser que da significado a las cosas y a los acontecimientos. La cultura, propiedad exclusiva del hombre, consiste, precisamente, en dar significado a todo lo que lo rodea, y con ello expresa sus sentimientos, define qué son las cosas, emite juicios, crea normas, reconoce lo que es digno de ser valorado y construye objetos; siempre cargado de significado, construyendo una realidad.

La tarea del mediador se centra en impulsar un proceso y remover los obstáculos que impiden su avance, ofrecer un camino por donde las partes avancen en la resolución de conflictos, sin perder de vista que se trata de un camino compartido. El mediador es alguien que camina junto a la familia durante una parte del proceso. No es alguien que simplemente interviene desde afuera.

Es esencial que todas las partes perciban al mediador como a un facilitador totalmente imparcial, dedicado a trabajar con ellas en forma equitativa. Un mediador eficaz debería tener la mayor cantidad posible de las siguientes habilidades:

a) Absoluta imparcialidad.
b) Confiabilidad y habilidad para motivar a las personas a revelar información confidencial.
c) Experiencia en mediación
d) Capacidad de escucha
e) Capacidad de entender las leyes y los hechos
f) Buen trato con la gente
g) Cualidades de liderazgo
h) Competencia para resolver problemas
i) Flexibilidad
j) Habilidad para negociar

k) Paciencia
l) Sentido del humor (con prudencia)

Para que la mediación sea exitosa, el mediador debe ser confiable y creíble. Un mediador puede ganarse la confianza de las partes cuando demuestra su total imparcialidad y se ocupa de escuchar y reseñar las posiciones y perspectivas de cada parte. Los mediadores competentes saben de la importancia de la paciencia y la necesidad de mostrar su preparación, profesionalismo y empatía frente a las distintas posiciones de las partes.

Es importante para el mediador, complementar su profesión de origen con el entrenamiento en otras áreas disciplinares. Del intercambio entre su profesión, su capacitación de origen, sus actividades y estilo profesionales surgirá el perfil idóneo que permitirá valorar su efectividad en esta nueva disciplina. Un mediador, independientemente de su profesión, necesita capacitarse con cursos especiales de mediación. Inclusive, en el Estado de Jalisco, la ley de Justicia Alternativa, contempla profesionales como psicólogos y trabajadores sociales para ejercer como mediadores; a diferencia de otros estados, donde el perfil de mediador está limitado a los abogados.

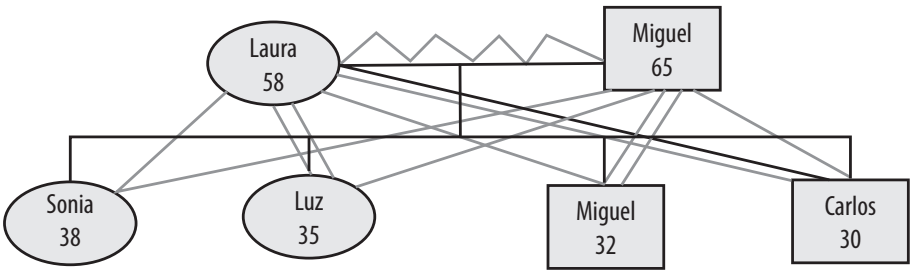
Básicamente, observamos que la práctica de la mediación comparte con la terapia familiar sistémica un interés común: la búsqueda de aquellos factores, dentro de los grupos familiares, que propicien el logro del mayor bienestar posible en las familias que atraviesan una crisis de divorcio y, por ende, la reestructuración familiar a que da lugar.

**Caso: Familia XY**

Se trata de una pareja con 35 años de casados. Se presenta, primeramente, Miguel para solicitar demanda de divorcio contra su esposa Laura. El Centro de Mediación Público, extiende una invitación a Laura, para que, a ambos, se les brinde información acerca de los *métodos alternos de resolución de conflictos* y de proseguir con la demanda, se lleve el divorcio de la mejor manera posible.

Afortunadamente Miguel y Laura aceptan la invitación y se realiza la primera sesión de mediación familiar, donde mediante preguntas abiertas y escucha de sus discursos, con una mirada sistémica, se aborda la problemática. Laura manifiesta estar de acuerdo con el divorcio, sin embargo hay un problema con la liquidación de los bienes, situación en la que no han llegado a un acuerdo. Dos casas y un vehículo han colocado obstáculos en la comunicación entre ellos y, debido al enojo, ha impedido llegar a acuerdos satisfactorios.

Tres sesiones de trabajo de mediación fueron suficientes para otorgarles un espacio, a cada cónyuge, para lograr un acuerdo entre los mismos; mediante la escucha atenta, de Laura y de Miguel, se identificaron sus necesidades y sentir respecto a la problemática planteada para el divorcio. Un proceso doloroso.




Laura y Miguel tienen 4 hijos (Miguel, Carlos, Sonia y Luz) mayores de edad, por lo que custodias, patria potestad y alimentos no fueron tema de la negociación.

Todo el acuerdo fue caminando satisfactoriamente; se negoció una casa para cada miembro de la pareja, propuesta hecha por ellos mismos, como lo marca el proceso de mediación. Sin embargo el conflicto era la posesión de una camioneta, que estaba en poder de Laura quien manifestaba que su hijo Carlos se la había regalado.

Por su parte Miguel se mostraba enojado frente a la solicitud de Laura para quedarse con la camioneta y utilizaba argumentos como: *"yo no sé ni manejar, solo quiero fastidiarle la vida…"*. Observamos, en estos procesos, que hay una mezcla aguda de sentimientos de odio, desprecio, venganza, que obstaculizan la posibilidad de llegar a acuerdos satisfactorios.

Afortunadamente, en el transcurso de las sesiones se concluyeron, sobre la mesa, acuerdos formulados por ambos cónyuges, utilizando técnicas mediáticas de validación, connotaciones positivas, reconocimientos, historias alternativas, entre otras. Con el diálogo se llega a un acuerdo satisfactorio para ambos, pero sobre todo, se logra el fortalecimiento de los lazos familiares, que aún frente al divorcio, aunque se deja de ser esposos, padres se es por siempre.

**Conclusión**

Como abogada y terapeuta familiar sistémica, practico el aprendizaje y aplicación de los recursos sistémicos ayudando en el apoyo a las familias durante la solución de conflictos; la canalización de las familias hacia una terapia familiar mediática, independientemente del final de su historia, favorece el buen desarrollo familiar.

Me parece importante enfatizar que el objetivo primordial de la mediación es el acompañamiento a la familia en sus problemáticas, así como la protección de los lazos emocionales, donde los hijos son los más vulnerables y por ende donde se observan daños, en ocasiones, irreparables.

En la práctica cotidiana observamos que la escasa comunicación y diálogo entre las personas es el mayor desafío a vencer para tomar las mejores decisiones y, sobre todo, facilitar la resolución de los conflictos.

Sorprende observar en las sesiones de mediación, como en el caso de Laura y Miguel, que cuando se le otorga a las personas un espacio diferente, donde se promueve el diálogo y el respeto, las coloca en una situación donde perciben de manera diferente el problema que viven y se logra una transformación radical que facilita la resolución del problema que los condujo a esa situación.

Porque el objetivo de la mediación es lograr acuerdos satisfactorios para ambas partes, apegados a su realidad y a sus necesidades y, así, evitar sentencias jurisdiccionales que otorguen resoluciones que solo serán benéficas para una de las partes, dejando a la otra en inconformidad, con el riesgo del incumplimiento de la sentencia, es que continuaremos con el trabajo y aplicación de técnicas de mediación para resolver los conflictos a través del diálogo pacífico. Esperamos que los resultados de la mediación se vean reflejados entre la ciudadanía jalisciense y continuar con el compromiso de prepararnos para brindar a los usuarios un ambiente de confianza, tranquilidad y, sobre todo, de conciencia para reconocer y fomentar la cultura de la paz.

**Referencias bibliográficas**


Bush, R. y Folger, J. (1996). *La promesa de la mediación. Cómo afrontar el conflicto a través del fortalecimiento y el reconocimiento de los otros*. Granica. (primera edición en inglés: 1994).

Carnero, A. (2001). Mediación familiar: análisis de las características de las parejas. Pronóstico de éxito. *Anuario de psicología jurídica, volumen 11*, 35-57.

Cavieres, E. (1997). "Trasgresiones al matrimonio en Chile tradicional. Las faltas a la fe y a la ley". En P. Gonzalbo (coord.). *Género, familia y mentalidades en América Latina*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.

Ceberio, M. y Linares, J. (2000). *Locura, marginación y libertad. Un análisis crítico del enfermo mental y el manicomio, su segregación social y su posibilidad de cambio*. Argentina: Ed. Culturales Universitarias Argentinas.

Clapp, E. (1998). Derecho de familia, controversias claman por mediación. *Resolución de disputas, Diario 53, núm. 2*, 34-35.

Coob, S. (1991) *"La neutralidad como práctica discursiva. La construcción y trasnformación de narrativas en la mediación en comunidades"* Curso sobre "Negociación y resolución de conflictos". Universidad de Californio, Santa Bárbara, agosto-septiembre de 1995.

Coob, S. (1995). *"Una perspectiva narrativa de la mediación. Hacia la materialización de la metáfora de Narración-de-Historias"*. Curso sobre "Negociación y resolución de conflictos". Universidad de Californio, Santa Bárbara, agosto-septiembre de 1995

García, L. (2003) "La mediación: prevención y alternativa al litigio en los conflictos familiares", Editorial: Dykinson. Madrid. en http://*www.cej.justicia.es/pdf/publicaciones/secretarios_judiciales/SECJUD86.pdf*. Consultado el día 16 de febrero de 2009.

Gonzalbo, P. (1997) "Nuevo mundo, nuevas formas familiares", En Gonzalbo (coord.) *Género, familia y mentalidades en América Latina*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.

Gonzalbo, P. y Rabell, C. (2004). "Familia y vida privada en la historia de Iberoamérica". Seminario de historia de la familia. Quilmes Editorial, Buenos Aires, México: El Colegio de México.

Hernández, F. (2004). "Actualidad y retos de la mediación social intercultural", en http://www.ayto-alcaladehenares.es/docs/asuntos_sociales/FIDEL%20HERNANDEZ.pdf. *Consultado el 28 de abril de 2009.*

Hoyos, F. (2007). "Mediación social y comunicación". En R. López, (ed.). *Y llegó para quedarse, las múltiples caras de la mediación*. Valencia: Universitat de València.

Hoyos, F. y Viana, I. (1996). "La mediación como herramienta de trabajo". En *trialogos.com/Artículos/La_mediacion.pdf. Consultado el 29 de abril de 2009.*

Isaacs, M.; Montalvo, B. y Abelsohn, D. (2001). *Divorcio difícil: Terapia para los hijos y la familia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrotu Editores.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.

Maturana, H. (1996). *El Sentido de lo Humano*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

Minuchin, S. (1984). *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Ed. Gedisa.

Passerini, L. (1993) "Sociedad de consumo y cultura de masas". En G. Duby y M. Perrot (dirs.) *Historia de las mujeres. El siglo XX. Guerras, entreguerra y posguerra.* Madrid: Taurus.

Ramos, R. (2007). "La construcción de la 'casa chica'. Muestreo de la identidad de mujeres amantes a través de su narrativa". Tesis para obtener el grado de Maestría en Terapia Familiar Sistémica. Centro Universitario de la Costa. Universidad de Guadalajara, Puerto Vallarta, Jalisco.

Six, J. F. (1997). *Dinámica de la mediación.* Buenos Aires: Ed. Paidós.

Capítulo XIX

# PASOS HACIA UNA PAIDOPSIQUIATRÍA SISTÉMICA

Mauricio Leija Esparza[8]

## Introducción

El modelo sistémico ha revolucionado la psicoterapia; sin embargo su influencia en el desarrollo de la psiquiatría aún es muy pobre. Hoy se habla de una psiquiatría biológica, de una neuropsiquiatría, de una psiquiatría de enlace, de una psiquiatría psicodinámica, etc., pero es raro que se hable de una psiquiatría *sistémica*.

La psiquiatría infantil o paidopsiquiatría también se ha quedado atrás en cuanto a incluir el modelo sistémico para comprender la psicopatología infantil y diseñar intervenciones que mejoren la salud mental de los niños. Aun no existe una paidopsiquiatría sistémica con el suficiente peso como para ser tema de publicaciones, conferencias o cursos de posgrado.

Lo que a continuación se describe es una primera aproximación al desarrollo de un cuerpo teórico que permita añadir el adjetivo de "sistémico" al trabajo que se realiza en el marco de la evaluación y tratamiento psiquiátrico de los niños. Se mencionan también algunos logros y aproximaciones para la práctica de una paidopsiquiatría sistémica en el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME).

## La esencia de la paidopsiquiatría

El término *paidopsiquiatría sistémica* resulta paradójico y por lo tanto confuso: en apariencia encierra una contradicción. ¿Qué es lo que evalúa el paidopsiquiatra sistémico? ¿a quién trata?¿cuál es el objeto de su atención, el niño o el sistema familiar? ¿qué valor otorga a cada parte?

La paradoja se resuelve al comprender que ambos elementos, niño y sistema, pertenecen a niveles de abstracción distintos. De acuerdo a la teoría de los tipos lógicos de Russell existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase, debido a que el término utilizado para la clase es de un nivel de abstracción diferente (Whitehead y Russell, 1910).

La psiquiatría infantil tradicional también encierra en sí misma una paradoja: en su interés de ayudar a los niños a recuperar su salud mental, se ejerce mejor no practicándola como tal sino más bien practicando una psiquiatría familiar. Muchos paidopsiquiatras tradicionales no están dispuestos a enfrentar y resolver esta paradoja.

[8] Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica A.C., México (mauricio.leija@gmail.com).

La paradoja que encierra la psiquiatría infantil se resuelve desglosando sus tipos lógicos o niveles de abstracción. El paidopsiquiatra es *paido*[9] porque su objetivo central es que un niño recupere la salud mental. Deja de ser *paido* cuando debe elegir el área de intervención: en ese momento puede convertirse en un psiquiatra sistémico que tiene la habilidad de trabajar con la pareja de padres, con el subsistema de hermanos o con la totalidad del sistema familiar. La meta a alcanzar mantiene la calidad de *paido* pero no la manera de intervenir. Objetivo e intervención pertenecen a niveles de abstracción o tipos lógicos distintos. Si esta paradoja no se desglosa en sus tipos lógicos y se resuelve, el paidopsiquiatra queda atrapado. Un paidopsiquiatra en esa condición no puede ser útil al niño ni a la familia.

**El desarrollo de la paidopsiquiatría sistémica**

Para comprender los pasos que se han dado, a lo largo de seis décadas, hacia una paidopsiquiatría sistémica debemos explicar primero los orígenes de la psiquiatría infantil tradicional. Desde sus inicios, la psiquiatría infantil careció de una base teórica y de un andamiaje conceptual que le permitiera anclarse al resto de las disciplinas científicas. La psiquiatría infantil como rama del saber médico fue ejercida inicialmente por pediatras o psiquiatras que basaban su práctica en el modelo médico causal-lineal.

Daniel Marcelli en su *Psicopatología del Niño* resaltó la falta de fundamentos teóricos que respaldaban a la psiquiatría infantil como una ciencia por derecho propio:

> La paidopsiquiatría es una práctica clínica empírica: sus orígenes están marcados por la heterogeneidad de los primeros autores […] Por consiguiente, la psiquiatría del niño, todavía más que la del adulto, se ha constituido empíricamente a partir de la práctica y no de la elaboración teórica. Secundariamente, la reflexión sobre dicha práctica, una tentativa de comprender el desarrollo clínico, ha conducido a los paidopsiquiatras a utilizar las fuentes teóricas más diversas. (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996:3)

El desarrollo de la paidopsiquiatría, en un paralelismo casi exacto con la psiquiatría, ha cursado por tres grandes revoluciones a lo largo de dos siglos. Durante este tiempo han resaltado tres grandes figuras: Jean Itard, Sigmund Freud y Charles Bradley; y del mismo modo, tres "pequeños" personajes relacionados con los anteriores: un niño salvaje llamado Victor, un niño neurótico llamado Juanito y una niña con secuelas de encefalitis llamada Emma Bradley.

Podemos trazar la primera revolución de la paidopsiquiatría al Siglo de las Luces en Francia, periodo iluminado por Philippe Pinel y uno de sus mejores alumnos,

---

[9] Prefijo del griego «païs, paidós», que significa «niño».

Jean Itard. La historia comienza en los albores del siglo XIX cuando unos cazadores encontraron a un niño en estado salvaje en la región francesa de Aveyron, enteramente desnudo, buscando insectos y raíces de los que hacía su comida. Los cazadores lo atraparon en el momento en que subía a un árbol. La sociedad francesa mostró mucho interés por el pequeño y esto estimuló a Jean Itard, joven y entusiasta psiquiatra, a intentar rehabilitarlo. En contra de las recomendaciones de Pinel, quien creía que no podría lograrse mucho por el niño, Itard decidió llevarlo a vivir con él y diseñar un método de tratamiento para enseñarle a hablar y a comportarse en sociedad. Los esfuerzos de Itard fueron infructuosos. En un informe expresó:

> Se decepcionó enteramente mi esperanza, pues después de una larga serie de cuidados su habla se limitó solo a algunos monosílabos sin forma [...] viendo la continuidad de mis cuidados y la sucesión del tiempo sin que operara ningún cambio, decidí terminar allí mis últimas tentativas en favor del lenguaje, y abandoné a mi alumno a un mutismo incurable. (Itard, 1806/2003:71)

A pesar de que el tratamiento de Itard fracasó, su investigación contribuyó a la noción de que existen periodos críticos en el desarrollo de los niños. Itard se adelantó casi un siglo y medio a René Spitz quien afirmó: "Cuando el desarrollo psicológico adecuado para la edad durante un periodo crítico dado no pude producirse, será difícil, cuando no imposible, que el individuo lo logre en una fase posterior" (Spitz, 2003). Por eso Jean Itard es considerado el padre de la psiquiatría infantil.

La llegada del siglo XX quedó marcada en la historia de la psiquiatría infantil por la publicación de *La Interpretación de los Sueños* de Sigmund Freud. En esta obra Freud expuso por primera vez de manera abierta sus ideas en torno a la sexualidad infantil bajo el concepto del *complejo de Edipo*. Unos años más tarde escribió *Tres Ensayos para una Teoría Sexual* y poco tiempo después el *Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años*, mejor conocido como "El Caso Juanito".

La fobia que Juanito tenía a los caballos fue interpretada por Freud como el desplazamiento de una angustia de castración. De acuerdo al padre del psicoanálisis, Juanito en realidad temía que su padre lo castrase como consecuencia de los deseos incestuosos dirigidos a su madre (Freud, 1909/2007). Por primera vez en la historia un médico tomaba un drama griego, *Edipo Rey*, para comprender el desarrollo de un niño, al hacerlo creó una revolución. En palabras de Octavio Paz:

> La superioridad de Freud reside en que supo unir su experiencia de médico con su imaginación poética. Hombre de ciencia y poeta trágico, Freud nos mostró el camino de la comprensión del erotismo: las ciencias biológicas unidas a la intuición de los grandes poetas. (Paz, 2003:27)

El Caso Juanito no puede considerarse una investigación objetiva de la cual pueda extraerse una conclusión. Sin embargo, nadie anteriormente había dedicado tanto tiempo a analizar la psicopatología de un niño, ni se había publicado la cantidad de información que contiene el Caso Juanito.

La epidemia de influenza de 1918, mejor conocida como "la gripe española" preparó el escenario para la tercera revolución en la paidopsiquiatría. Esta epidemia afectó a un gran número de niños, muchos de los cuales desarrollaron encefalitis viral. Algunos niños que sobrevivieron a la encefalitis desarrollaron síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención.

Ebaugh los describe así: "Anteriormente eran niños normales bien adaptados a la escuela y a sus hogares [...] cambiaron abruptamente a una estado de hiperquinesis, [...] incorregibilidad e incapacidad para permanecer en la escuela" (Ebaugh, 1923).

George Bradley y su esposa Helen perdieron a su única hija, Emma Bradley, a consecuencia de las complicaciones de la encefalitis. Como un tributo a Emma, sus padres fundaron una casa hogar para niños con deficiencias mentales. La "Casa de Bradley", como inicialmente se le llamó, creció al punto de convertirse en un centro especializado en neurología y psiquiatría infantil. En las década de 1930, Charles Bradley (sobrino de George Bradley) tomó la dirección de la casa y administró bencedrina, un estimulante del sistema nervioso, a niños hiperactivos que habían sufrido un daño neurológico. Con dicho fármaco, Bradley sólo buscaba remediar el dolor de cabeza que sufrían los niños tras la realización de una neumoencefalografía. Sin embargo, obtuvo algo mejor que un simple remedio para el dolor de cabeza, la mayoría de los niños se tranquilizaron y mejoró su capacidad de concentración. Bradley se encontraba ante una casualidad: por primera vez en la historia se documentaba que los estimulantes del sistema nervioso ayudaban a los niños con déficit de atención e hiperactividad (Bradley, 1937). En la década del cuarenta se sintetizó una molécula más efectiva, el metilfenidato o Ritalin® y en poco tiempo se comercializó como un tratamiento seguro para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La revolución de la psicofarmacología había comenzado.

A estas tres revoluciones, tradicionalmente consideradas por los historiadores de la psiquiatría, podríamos añadir una "cuarta revolución" surgida a mediados del siglo XX. En 1952 Gregory Bateson comenzó un proyecto de investigación sobre la comunicación en las familias de esquizofrénicos. Resulta curioso que ese mismo año la revolución de la psicofarmacología alcanzaba la cúspide con la introducción de la clorpromazina por Jean Delay en el hospital de Santa Ana de París. Los ojos de los psiquiatras de todo el mundo se encontraban en Francia. La administración de este fármaco a los pacientes con esquizofrenia les permitió abandonar el manicomio y regresar a sus hogares debido a que controlaba las alucinaciones, los delirios y la conducta desorganizada.

En 1956 Bateson y su grupo de colaboradores (conocido como el Grupo de Palo Alto) publicaron el artículo "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia", que puede considerarse el acta de nacimiento de la terapia familiar y el inicio de una revolución en el campo de la salud mental y otras ciencias afines (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). El pensamiento de Gregory Bateson sacudió los fundamentos epistemológicos de la psiquiatría tradicional y generó un nuevo modelo para comprender la psicopatología. Sus descubrimientos, aunados a la Teoría General de Sistemas y a la Teoría de la Comunicación Humana formaron el andamiaje conceptual que daría origen a la paidopsiquiatría sistémica.

Ahora que sabemos que los niños son fragmentos de familia, ejercer una paidopsiquiatría tradicional enfocada en el niño sería como si a un relojero le llevaran exclusivamente las manecillas de un reloj argumentando que no avanzan y se le impidiera examinar el engranaje y el resto de las piezas del aparato.

Salvador Minuchin fue uno de los primeros psiquiatras en comprender la psicopatología infantil basándose en la teoría sistémica. Sus intervenciones en un inicio generaron poca aceptación por parte de la psiquiatría infantil tradicional. Minuchin expresó: "en el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina me hice muy impopular por insistir en que la psiquiatría infantil era psiquiatría familiar" (Minuchin y Nichols, 1994). El interés de Minuchin por los niños le llevó a diseñar una serie de técnicas para trabajar con las familias de niños sintomáticos, el *modelo estructural*, que goza hoy de amplia aceptación en la terapia familiar.

Desafortunadamente muchos paidopsiquiatras ignoran esta "cuarta revolución" y aún mantienen un gran entusiasmo por los avances de la psicofarmacología. Sin embargo, debemos de tomar en cuenta que entender y ejercer la psiquiatría infantil fuera de la teoría general de sistemas convierte a esta especialidad en una disciplina con una cuerpo teórico confuso y endeble, de no ser así ¿cuál sería entonces el andamiaje teórico o conceptual que la anclaría al resto de las ciencias?

Un psiquiatra infantil que basa sus intervenciones únicamente en la prescripción de fármacos ejerce en realidad una especialidad cuyo fin es atenuar síntomas. No podríamos llamarle a esta práctica "paidopsiquiatría" sino más bien "psiquiatría infantil paliativa" o "*palio*psiquiatría". De hecho, lo mismo sucede con toda la psiquiatría que se basa en la prescripción de fármacos, pues llegados a este punto no existe distinción entre psiquiatría y paidopsiquiatría.

**¿…Y si el paidopsiquiatra sólo quiere ver niños?**

Es verdaderamente problemática la postura que adoptan muchos psiquiatras infantiles. Eligen dicha especialidad habitualmente por un interés genuino en los niños y en la psicopatología infantil; sin embargo hay que tener cuidado, pues cuando se escoge dicha especialidad se puede tener confusión en cuanto a los tipos lógicos de *objetivo* e *intervención*. El paidopsiquiatra confundido centrará toda su práctica

en los menores de edad y lejos de resolver el problema por el que lo consultan, se volverá parte de él.

Si el paidopsiquiatra busca huir del mundo de la psicopatología de los adultos con todo lo que ello representa (trastornos de personalidad, trastornos depresivos crónicos, matrimonios desavenidos, etc.) se encontrará ante serios problemas en el trabajo clínico con los niños. No podrá reencuadrar, no podría redefinir los problemas, no tendrá la capacidad de moverse del subsistema individual del niño al subsistema conyugal donde podría intervenir de forma más eficiente. Recordemos que existe un punto en cada sistema sobre el cual convergen el mayor número de sus funciones esenciales. Cambiando éste, se obtiene el máximo cambio con el mínimo gasto de energía. Un paidopsiquiatra frustrado y desgastado podría estar invirtiendo demasiada energía en buscar que el niño cambie sin incidir en otros puntos del sistema. Podría estar repitiendo la condena de Sísifo, arrastrar la piedra hasta la cima de la montaña para que vuelva nuevamente a rodar cuesta abajo y repetir la tarea infinidad de veces.

El gusto excesivo por los niños puede ser problemático en el ejercicio de la paidopsiquiatría: si se siente más cómodo con el niño, el paidopsiquiatra probablemente optará por convertirlo en el centro del proceso terapéutico rechazando el trabajo con la familia. Los familiares también se sentirán más cómodos en un contexto terapéutico en el que no se ven involucrados. Se establece una especie de convenio no declarado entre el paidopsiquiatra y la familia, un acuerdo oculto: ambos evitan la incomodidad que les puede representar el trabajo conjunto. Sería muy ingenuo creer que el niño mejorará en dicho escenario clínico.

No es un hecho desconocido que entre los profesionales que han elegido a los niños como su campo de trabajo existen formas y grados diversos de psicopatología. Muchas personas sólo se sienten seguras relacionándose con niños. Ellis ha hablado sobre esto:

> En nuestra sociedad son innumerables los adultos que aparentemente son capaces de armonizar emocionalmente sólo con un niño. Estos supuestos adultos son tan absolutamente inadecuados que solamente se sienten cómodos en sus relaciones con los niños, ya que es fácil influir y dominar a los individuos de menor edad. (Ellis, 1964:234)

Un paidopsiquiatra sistémico difícilmente buscará en los niños una fuente de seguridad; difícilmente caerá en estos enredos; será libre de moverse con soltura en todo el sistema familiar para ayudar al niño a recuperar su salud mental. Dependiendo del caso, será un terapeuta de pareja, un terapeuta familiar y a la vez mantendrá la habilidad para conversar con los pequeños sobre sus problemas.

**¿Cómo ejercer la psiquiatría infantil y dormir tranquilo?**

El trabajo con niños debe desafiar nuestra capacidad para mantener posiciones de extrema cordura frente a las demandas de la familia. Siempre existe durante el transcurso de una consulta cierto grado de tensión. La familia no recibirá exactamente lo que pide ni de la forma que lo imagina, y el paidopsiquiatra puede sentirse vulnerable a ser absorbido por el sistema familiar y estar temeroso de llegar a un callejón sin salida. El psiquiatra de niños debe tener como máxima el principio hipocrático *primum non nocere*.[10] Para ello debe tener en cuenta tres pasos que le permitan mantener una posición de extrema cordura.

El primer paso en el ejercicio de la paidopsiquiatría sistémica es tener claridad sobre lo que está pasando con la familia. Este paso es ignorado por muchas paidopsiquiatras tradicionales quienes diagnostican al niño de acuerdo al DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la *American Psychiatric Association* (2013) y prescriben un fármaco. Comenzar un tratamiento sin tener claridad sobre lo que está sucediendo con la familia puede hacer que el paidopsiquiatra complique más sus problemas. Puede creer que está estableciendo una alianza con uno de los padres cuando en realidad está siendo reclutado en una guerra encubierta entre los progenitores. Recordemos lo que expresó Jay Haley: "Si un terapeuta entrevista a un hombre, mujer, abuelo o niño y no ve al resto de la familia, establece una coalición a ciegas, sin saber en qué organización está entrando" (Haley, 2008).

El segundo paso, una vez evaluada la familia, es ser asertivo para encontrar las áreas de intervención. Este paso también es ignorado por muchos paidopsiquiatras tradicionales quienes, confundiendo los tipos lógicos de su profesión, hacen del niño el centro de las intervenciones: para ellos el área de intervención siempre será el niño, pues el prefijo *paido* de la especialidad así lo marca. Ante esto no existe flexibilidad para moverse a través del sistema familiar.

Lo ideal es que el paidopsiquiatra logre "brincar" del niño a otro punto del sistema, habitualmente la pareja. Minuchin nos muestra cómo se da el proceso de ir redefiniendo los problemas que involucran a un niño:

> Si en un primer momento la ampliación del foco no es posible, el contrato puede reducirse al problema índice: «lo ayudaré con Joe». Pronto, sin embargo, su amplitud se incrementará: «usted tiene un problema para disciplinar a sus hijos; lo ayudaré también con ese problema». Finalmente, el contrato puede abarcar un área totalmente nueva: «usted y su esposa tienen actitudes totalmente diferentes en lo que se refiere a la educación de sus hijos. Deberemos explorar esta área en conjunto». (Minuchin, 2001:196)

[10] Lo primero es no dañar

El tercer paso es liberar al niño del papel de paciente designado. La liberación es el paradigma de la psiquiatría. Cuando Pinel liberó a los pacientes de sus cadenas no sólo se convirtió en el padre de la naciente ciencia psiquiátrica sino que estableció dicho acto como una metáfora de todo el quehacer psiquiátrico. Freud a través del psicoanálisis liberó a sus pacientes de los síntomas neuróticos que padecían y Jean Delay con la clorpromazina liberó a los esquizofrénicos de sus delirios y alucinaciones. El paidopsiquiatra sistémico debe liberar al paciente de la posición que tiene en el sistema y de la definición que la familia le da a sus conductas. Aunque los síntomas del niño sean graves, el paidopsiquiatra habitualmente debe mostrarse más preocupado por otro elemento del sistema. Esto debe hacerse aun cuando el niño manifieste una discapacidad o un problema orgánico evidente. Respeto a esto Andolfi ha señalado:

> Un tratamiento centrado únicamente sobre el niño que presenta una de estas afecciones termina oficializando su rol de enfermo y explicando a los familiares el origen de sus conflictos, sin cuestionar en lo más mínimo el prejuicio social. La perturbación orgánica será entonces un pozo donde vendrán a confluir las tensiones familiares y extrafamiliares y de donde todos se sentirán autorizados a extraer lo que les plazca. (Andolfi, 1989:30)

El paidopsiquiatra debe siempre encontrar, en la primer consulta, la manera de preguntar con aire de extrañeza: ¿por qué es el niño quien viene al psiquiatra?

Esta intervención es liberadora para los niños quienes necesitan un respaldo para su cordura o para lo que les queda de ella. Es sumamente peligroso que el niño se quede con este razonamiento: "mi papá grita cuando llega a casa, mi mamá llora todo el tiempo, mis hermanos pelean, pero soy yo quien debe ir al psiquiatra".

**La irreverencia del paidopsiquiatra**

El trabajo sistémico puede generar en ocasiones hostilidad por parte de la familia hacia el paidopsiquiatra. A veces las reacciones hostiles pueden ser de la institución. Recordemos que el paidopsiquiatra sistémico trabaja para desequilibrar un sistema familiar que se encuentra estancado en la patología y esto puede generar situaciones desagradables en la familia.

En sus inicios, el trabajo sistémico con la familia resultaba amenazante para sus miembros. Luigi Boscolo describió estas reacciones en el marco del trabajo institucional con el modelo de Milán:

> Tratar a la familia, no al individuo, constituía una amenaza porque daba a entender que las familias eran responsables de los síntomas de sus miembros «enfermos». Muchas familias abandonaban el tratamiento y recurrían a otros profesionales de

la misma institución que les ofrecían la tradicional terapia individual (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989:41)

También afirmó:

Los equipos de Milán corren el riesgo de perturbar y encolerizar a las familias si se aproximan excesivamente a la aprobación de un síntoma en el intento de transmitir una connotación positiva. Las reacciones han variado desde el abandono del tratamiento hasta la amenaza de hacer pleito a la clínica a la que pertenecen los terapeutas. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989:47)

Lynn Hoffman también habló sobre la hostilidad que se genera hacia los terapeutas sistémicos. Este fenómeno también es aplicable a los paidopsiquiatras sistémicos y a cualquier profesional que trabaje con este modelo:

Un problema muy real para el terapeuta que trabaja sistémicamente, sin embargo, es que puede atraer toda clase de hostilidades y reacciones negativas de los miembros de la familia [...] A veces hasta parece que la relación terapéutica deba ser sacrificada para lograr al menos un cambio mínimo, que ocurre aun cuando la familia se sienta irritada y abandone el tratamiento. Poner las cosas deliberadamente de tal modo que la familia abandone la terapia y se vaya, furiosa contra el terapeuta, resulta sumamente incómodo, pero a veces es el precio del cambio. Si debe haber un chivo expiatorio, lo mejor es que sea el profesional [...] Sea como fuere, el enfoque sistémico no es para terapeutas que necesitan ser queridos a toda costa. (Hoffman, 1987:305-306)

El paidopsiquiatra que trabaja sistémicamente debe comprender que la molestia y el enojo que pueden experimentar los padres que llevan a un hijo a consulta es algo completamente natural. Muchas veces el enojo está relacionado con la intensidad que el paidopsiquiatra genera durante la consulta. Las técnicas para generar intensidad, como las ha descrito Minuchin, permiten que la familia "oiga": "El terapeuta necesita hacer que la familia «oiga», y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia" (Minuchin y Fishman, 1984)

Cabe señalar también que en todas las consultas de psiquiatría infantil existe en mayor o menor grado una lucha encubierta entre el médico y los padres del niño por tener el control del proceso terapéutico y de la relación. Un ejemplo muy común es cuando los padres acuden con el paidopsiquiatra para que el niño sea medicado y el paidopsiquiatra les dice que no considera que por el momento la medicación sea una buena opción. Minuchin comenta: "En ocasiones «no hacer» puede producir intensidad. Esto es verdadero cuando el terapeuta no hace lo que el

sistema familiar «desea que haga» […] Con su resistencia a ser absorbido por el sistema, el terapeuta produce intensidad en la terapia" (Minuchin y Fishman, 1984).

Mara Selvini-Palazzoli también describe la intensidad en la sesiones con la familia.

> La finalidad de nuestro estilo de coordinación es hacer de la sesión una experiencia de elevada intensidad emotiva […] Utilizamos un estilo tendiente a crear, lo antes posible, un clima emotivo muy intenso […] Se realizan afirmaciones a menudo bastante incómodas para todos. (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990:218-222)

Más adelante agrega: "nosotros contamos mucho con las reacciones de rabia como detonantes del cambio" (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

El paidopsiquiatra sistémico debe aprender a sentirse cómodo con la incomodidad de la familia; de hecho debe sentirse incómodo si la familia se encuentra cómoda. El paidopsiquiatra sistémico debe aprender a disfrutar la tensión que se genera en la consulta y no tener temor de que se generen discusiones acaloradas entre él y la familia. Como expresó Minuchin: "me siento cómodo presionando a la gente y dejándome presionar por ella" (Minuchin y Fishman, 1984)

El paidopsiquiatra no debe intentar proteger a los padres de estas emociones, sería absurdo hacerlo, pues en el consultorio de un psiquiatra se pueden expresar las emociones más desagradables y negativas que existan. El enojo es saludable y las quejas de los padres no deben alarmar a nadie. Desafortunadamente, lo habitual es que las instituciones siempre connoten de manera negativas las quejas y el enojo de los pacientes (o los padres de los pacientes). Ante esta connotación negativa, el paidopsiquiatra que trabaja sistémicamente debería mostrarse irreverente y connotar positivamente. Por ejemplo, podrá decirle a las autoridades de la institución "los padres de Pedrito me parecían personas muy inhibidas, incapaces de quejarse y de demostrar enfado, veo entonces que las cosas progresan".

Cecchin ha hablado de la irreverencia de los psiquiatras como una manera saludable de sobrevivir en la relación esquizofrenizante que se mantiene con la institución.

> En un entorno institucional puede verse [el terapeuta] sujeto a demandas contradictorias por parte de los clientes, de la administración, de varias facciones socio-políticas, culturales y legales, etc. No puede satisfacerlas todas; se volvería incompetente […] el sistema en que está inmerso no es opresivo, sino de doble vínculo. (Cecchin, Lane y Ray, 2002:51)

Más adelante comenta sobre la manera de librarse de la doble atadura:

> Siempre intentamos satisfacer tanto a la institución como al cliente; y es aquí donde la irreverencia cobra valor, convirtiéndose en una forma de conservar la salud. Se parece a lo que pasa con los niños cuando la madre les pide una cosa y el padre otra: han de mostrarse ligeramente irreverentes para con ambos. Sólo así consiguen aferrarse a su tarea de ser niños y crecer en libertad [...] Cada institución posee su contexto y sus reglas de supervivencia [...] lo que proponemos es que para sobrevivir, para no volverse loco, hay que ponerse un poco irreverente. (Cecchin, Lane y Ray, 2002:53-63)

Bettelheim cuando trabajaba con padres de familia también encontraba que algunos "se inhibían completamente, o entendían mal todo lo que discutíamos, se enfadaban" (Bettelheim, 1979). Este autor comenta que la proporción de padres que se mostraban así era menor al cinco por ciento.

Dado que las quejas y las emociones negativas son inevitables en el contexto de la atención a la salud mental, el paidopsiquiatra que no quiera generar un alto grado de tensión entre él y las autoridades administrativas podría arreglárselas para que el enfado de los padres permaneciera debajo de este cinco por ciento. Esto puede lograrse afinando la capacidad para relacionarse con los padres a través de un doble vínculo que los atrape. Lo que ha expresado Minuchin sobre el doble vínculo que genera el terapeuta estructural también es aplicable al paidopsiquiatra que trabaja sistémicamente: "la relación entre los terapeutas y la familia es de amigos en los manifiesto, pero adversarios por debajo de la superficie" (Minuchin y Fishman, 1984).

Otra manera de mantener el enfado de los padres bajo control y evitar reacciones de hostilidad de la familia consiste en adoptar un enfoque sistémico-constructivista, el cual ha derivado progresivamente en el reciente empleo de las técnicas narrativas (White y Epston, 1993). Este enfoque evita describir a una persona desde la patología o problema que presenta y construye una historia alternativa a través del uso de relatos y metáforas. El especialista que trabaja con este modelo debe desafiar sus propias ideas preconcebidas e incluso mostrarse irreverente consigo mismo. Esta postura contrasta con otras debido a que considera que no es necesaria la confrontación o la generación de una crisis para favorecer el cambio. En palabras de María Suárez Castillo:

> El modelo narrativo propone crear un clima menos denso, que invite a los participantes a innovar y ser creativos en el abordaje de sus problemas, en vez de generar más culpa o resentimientos [...] Los niños sufren cuando los adultos los consideran un problema. Por ello, es tarea del terapeuta hacer saber al niño que él y los adultos han sido convocados para vencer conjuntamente el problema, desatar el nudo que

los tiene atrapados y fomentar el juego como una estrategia que facilita la colaboración entre todos los miembros de la familia (Suárez, 2004:148).

La postura que adopte el paidopsiquiatra sistémico puede variar dependiendo del caso y de las necesidades de la familia. Sin embargo, en el trabajo con niños que sufren trastornos mentales una entrevista ordinaria puede tener elementos bastante dramáticos. El consultorio de un paidopsiquiatra se convierte así en un teatro en el que se representan muchos dramas familiares. En este sentido, la terapia familiar conducida por un paidopsiquiatra sistémico bien podría ser considerada como una más de las artes escénicas. No es casualidad que una de las técnicas más poderosas de la terapia estructural reciba el nombre de *escenificación* (Minuchin y Fishman, 1984). Esta técnica y su capacidad para movilizar a los padres de niños con sufrimiento emocional nos recuerda la expresión de Hamlet: "¡El drama es el lazo con el que atraparé la conciencia del rey!"[11] (Shakespeare, ~1601/1975).

El paidopsiquiatra sistémico por lo general está a favor de desequilibrar el sistema. Adherirse al *statu quo* de la familia podría convertir al paidopsiquiatra en parte del problema. Esta posición es compleja en las instituciones que buscan siempre y a toda costa la estabilidad. Algunas instituciones de salud mental pueden tener servicios de intervención en crisis, pero muy pocas se preocupan por tener servicios que generen crisis en las familias y darles de este modo la oportunidad de experimentar un cambio estructural.

**¿Existe una psicofarmacología sistémica?**

No podemos negar que el desarrollo de la psicofarmacología ha permitido que muchos pacientes con trastornos psiquiátricos mejoren su calidad de vida. La llamada *era del Prozac* ha traído sus beneficios pero esto nos plantea también preguntas difíciles de contestar. Dan Blazer ha hablado respecto a esto:

> Los remedios antidepresivos son seguros, no crean adicción y pueden aportar alivio a miles de personas que sufren los síntomas de depresiones graves. Sin embargo, ¿es correcto que la primera respuesta que demos, la primera solución considerada cuando una persona experimenta dolor emocional sea el medicamento? (Blazer, 2002:129).

Blazer comenta que la prescripción de psicofármacos no siempre es la decisión más sabia, sin embargo es quizá la intervención más común para el psiquiatra: "durante un día ocupado en la vida profesional de un médico, sin embargo, es mucho más fácil recetar una píldora que desenredar un embrollado problema psicosocial" (Blazer, 2002).

---

[11] *The play's the thing wherein I'll catch the conscience of the king* (Acto II, escena XI)

Los paidopsiquiatras sistémicos no deben rechazar la posibilidad de medicar a un niño, pero determinar en qué momento y bajo qué contexto hacerlo es crucial. En ese sentido el recurso de la medicación representa para el paidopsiquiatra un dilema casi hamletiano: ¿medicar o no medicar? esa es la cuestión.

Cuando un paidopsiquiatra sistémico decide medicar, por ejemplo, a un niño hiperactivo debe tener presente que el fármaco no resolverá todo el problema y debe advertir a la familia sobre los "efectos secundarios sistémicos". El paidopsiquiatra podría decirle a los padres de un niño hiperactivo: "Si le receto un medicamento a Jaimito mejorará casi con toda seguridad su hiperactividad, pero me preocupa que ustedes, una vez resuelto el problema y al no tener que enfocar su atención en el niño, se hagan conscientes de que ya no son en realidad una pareja. He tratado a niños hiperactivos cuyos padres se divorcian después del tratamiento".

El paidopsiquiatra debe tener presente que no se puede medicar siempre y en todo momento. El medicamento es un recurso biológico que en muchas ocasiones permite aliviar los síntomas de un paciente pero debe ser prescrito en un contexto adecuado. Los niños que no padecen síntomas graves que pongan en riesgo su integridad o la de otros pueden esperar a ser medicados, y el paidopsiquiatra puede aprovechar la crisis que llevó a los padres a solicitar ayuda para generar un cambio en el sistema. Medicar sin realizar un trabajo terapéutico solo anestesiaría el problema.

El paidopsiquiatra sistémico tiene el recurso de la psicofarmacología en su arsenal de intervenciones pero no lo hace en todas las condiciones. Recordemos lo que menciona Haley:

> Hay dos maneras de «adaptar» una persona a su situación sin producir un cambio en el sentido del crecimiento. Una es estabilizarla mediante el uso de medicamentos. Si una persona joven ha alcanzado la edad de independizarse y la familia no puede pasar por la etapa de liberarlo, esa persona manifestará síntomas [...] En este punto la medicación impedirá el surgimiento de dificultades, pero también impedirá el cambio y cronificará la situación, tanto para el joven como para la familia. (Haley, 1994:35)

Por otro lado, medicar puede eliminar estratégicamente un síntoma que permitirá un movimiento en el sistema al cual el paidopsiquiatra ya se habrá adelantado (el paidopsiquiatra sistémico, de hecho, puede preguntar a la familia: "¿una vez que se resuelvan los problemas de concentración de Luisito, qué otro problema seguirá por resolver?") Hay que tener en cuenta que una gran cantidad de niños mejoran de manera sorprendente tras la medicación, a veces desaparecen por completo síntomas tales como episodios de enuresis, hiperactividad y ataques de pánico.

La marcada tendencia de los paidopsiquiatras tradicionales a medicar siempre y en todo lugar (y con varios fármacos) está notablemente influida por el entusiasmo generado por la *biological psychiatry*. Sin embargo la psiquiatría biológica está mal entendida, la verdadera psiquiatría biológica no es una psiquiatría basada en el cerebro sino una psiquiatría ecológica. En el caso de la paidopsiquiatría sistémica, por fuerza tiene que ser biológica, no podría no serlo, pues mantiene una visión ecológica del niño. La paidopsiquiatría sistémica es en términos más específicos psiquiatría familiar o paidopsiquiatría ecológica. Estudia y entiende la psicopatología del niño en su ambiente natural, en la unidad social básica en la que crecen la mayoría de los seres humanos, la familia. La ecología es una rama de las ciencias biológicas que estudia las interacciones de los organismos vivos y su relación con el ambiente. La *biological psychiatry* debe ser una psiquiatría ecológica[12].

Antes de prescribir, el paidopsiquiatra debe haber evaluado a la familia, con esto se evitará que el uso de psicofármacos "congele" un conflicto familiar y lo vuelva inabordable. Las guías de tratamiento de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia han recomendado que todo niño que acuda a consulta con un psiquiatra infantil debe recibir también una evaluación familiar (Josephson y AACAP Work Group, 2007). Solo después de eso se puede considerar la medicación. En ese sentido la psicofarmacología infantil *debe ser* sistémica.

**Ilustración de la propuesta teórica: Experiencia en el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME)**

SALME es la institución de salud mental más importante de Jalisco. Cuenta con diversos centros especializados que brindan atención a las personas que padecen trastornos mentales, principalmente a quienes no tienen seguridad social. El Centro de Atención Integral a la Salud Mental de Estancia Breve de SALME, donde se encuentra la Clínica de Niños y Adolescentes, define su misión de la siguiente manera: "Somos un centro que brinda servicios en salud mental con equidad, calidad y seguridad a personas con trastornos mentales agudos mediante una atención integral y la participación activa de la familia" (SALME Instituto Jalisciense de Salud Mental, 2013). Sin embargo, a pesar de la importancia que se le da a la participación de la familia, SALME no cuenta con un servicio de terapia de pareja o de terapia familiar.

En la clínica de Niños y Adolescentes trabajan cuatro paidopsiquiatras, dos en el turno matutino y dos en el vespertino. Existe un servicio de psicología como

---

[12] Desafortunadamente el término "ecológico" se ha transformado mucho en el lenguaje popular, al grado que puede resultar confuso. Si un paidopsiquiatra se define como ecológico, sus colegas quizá entiendan que está a favor del reciclaje de basura o que evita el uso indiscriminado de papel para no fomentar la tala inmoderada.

interconsultante donde se ofrece tratamiento psicológico y psicoeducación. Algunas familias que llevan a sus hijos a tratamiento asisten a talleres psicoeducativos en los que participan psicólogos y paidopsiquiatras, pero las familias no se benefician de un proceso terapéutico que incluya a todos sus miembros.

En México las instituciones públicas tienden a ser paternalistas. Esta es una función que resulta complementaria a la estructura de muchas familias en las que el padre no está o se muestra ausente. La institución es el padre, sin embargo dicha complementariedad mantiene el estado de equilibro de las familias y por lo tanto la patología.

Hace no mucho tiempo una madre con discapacidad auditiva y del habla llevó a su hijo a SALME para una evaluación psiquiátrica. El personal encargado de tomar los datos no pudo comunicarse con ella, por tanto resultaba imposible abrir un expediente clínico. El personal administrativo se comunicó con otra institución pública la cual movilizó sus recursos y acordó que enviaría a SALME a dos intérpretes que pudieran mediar la comunicación entre el paidopsiquiatra y la madre del niño. Los intérpretes demoraron tanto en llegar que el paidopsiquiatra decidió iniciar la consulta esperando poder comunicarse al menos a señas con la madre. Los esfuerzos fueron infructuosos. El niño, aunque no tenía ninguna discapacidad, resultó una pésima fuente de información pues ignoraba la razón por la que su madre lo llevaba a consulta. Sin embargo, un breve diálogo con el menor mostró de manera muy clara la forma en que la institución caía en el paternalismo y movilizaba los recursos de otras instituciones púbicas antes que movilizar los de una institución más importante: la familia del pequeño.

Paidopsiquiatra: Oye… ¿y tu papá?
Niño: Está trabajando.
Paidopsiquiatra: ¿Por qué no vino?
Niño: Porque está trabajando.
Paidopsiquiatra: mmm… ¿Tu papá oye y escucha bien?
Niño: sí.

Ante este breve intercambio de palabras se decidió resolver la situación programando una nueva cita en la que el pequeño asistiera a consulta con ambos padres. Ya no eran necesarios los intérpretes.

¿Podrán las instituciones públicas romper sus propias pautas y desafiar su visión paternalista ante los problemas de las familias que atienden? ¿Lograrán aprender a ver y a movilizar los recursos de cada familia antes que los institucionales?
En los últimos meses del 2012 comenzaron a realizarse algunos cambios en la manera de trabajar de quien esto escribe. La cámara de Gesell de SALME, la cual se encontraba inhabilitada comenzó a utilizarse. Se adquirió un modesto equipo para

videograbar y para transmitir el audio de la sala de terapia a la sala de observación. Prácticamente la cámara de Gesell fue inaugurada pues no se tiene registro de que haya sido utilizada antes para el tratamiento de familias. Llama la atención que en muchos centros de salud mental del país las cámaras de Gesell se encuentran funcionando de manera diferente para la que fueron diseñadas, se habilitan como aulas, salas de juntas, bodegas o como oficinas. Han dejado de ser el escenario en el que las familias expresan sus problemas y reciben ayuda.

Comenzaron a programarse sesiones de terapia familiar varios días de la semana. Cada familia asistía a un programa de diez sesiones con un intervalo de tres semanas entre cada sesión. Los médicos residentes de psiquiatría de SALME y algunos psicólogos de la institución comenzaron a participar como coterapeutas y como observadores detrás del espejo unidireccional. Las sesiones se realizaban siguiendo el modelo estructural y el modelo de Milán. Se han añadido a esta actividad médicos residentes de otras instituciones, del Hospital San Juan de Dios y del Centro Médico Nacional de Occidente.

Además de esta actividad se comenzaron a impartir clases dos veces a la semana a los médicos residentes sobre terapia familiar y psicopatología infantil. Muchos conceptos explicados en las clases resultaban más claros para los estudiantes al observar los fenómenos clínicos en la cámara de Gesell.

Se ha realizado también un esfuerzo por modificar el consentimiento informado para el tratamiento psiquiátrico de menores de edad, ya que el consentimiento actual solicita únicamente la firma de un progenitor. El consentimiento propuesto se adhiere estrictamente al marco legal y además, al pedir la autorización de ambos padres para la medicación resulta más ético e incluso sistémico. En abril del 2013 el consentimiento informado propuesto fue aprobado por el Comité de Ética de SALME y actualmente está en espera de la decisión que tome la junta de gobierno del Centro de Atención Integral a la Salud Mental de Estancia Breve para que pueda comenzar a usarse en la clínica de niños y adolescentes.

Desde hace varios años SALME ha mostrado la intención de ampliar el área de niños y adolescentes con instalaciones nuevas y más personal. De ser esto posible se podrán ofrecer más servicios y podrían incluirse modalidades de intervención como las ya descritas con el fin de que los niños reciban un abordaje sistémico de sus problemas.

**Conclusión**

El desarrollo de una paidopsiquiatría basada en la teoría sistémica representa un campo fértil y novedoso para el tratamiento de los trastornos mentales de los niños. Durante muchos años, la psiquiatría infantil tradicional ha carecido de un cuerpo teórico anclado en el conocimiento científico que respalde la comprensión de la psicopatología y la manera de intervenir. La paidopsiquiatría sistémica debe ser

incluyente y aprovechar todos los avances del conocimiento para el beneficio de los niños que sufren problemas emocionales o de conducta.

**Referencias bibliográficas**


American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª Ed.). Washington, DC, United States of America: American Psychiatric Publishing.

Andolfi, M. (1989). *Terapia Familiar*. México, DF, México: Paidós.

Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science, 1(4),* 251-264.

Bettelheim, B. (1979). *Diálogos con las madres de niños normales*. Bogotá, Colombia: Círculo de Lectores.

Blazer, D. (2002). *Freud contra Dios. Cómo la psiquiatría perdió su alma y el cristianismo su cabeza*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.

Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry, 94(3),* 577–585.

Cecchin, G.; Lane, G. y Ray, W. A. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona, España: Paidós.

Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases of Children, 25,* 89–97.

Ellis, A. (1964). *La Tragedia Sexual Norteamericana*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Siglo Veinte.

Freud, S. (2007). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. En Obras completas (Vol. 2, pp. 1364-1440). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Josephson, A. M. y AACAP Work Group (2007). Practice Parameter for the Assessment of the Family. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46(7),* 922-937.

Haley, J. (1994). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Haley, J. (2008). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México, DF, México: Fondo de Cultura Económica.

Itard, J. (2003). *Mémoire et Rapport sur Victor de l'Aveyron*. Paris, Francia: Édition électronique réalisée par Pierre Palpant.

Marcelli, D. y Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño* (3era Ed.) Barcelona, España: Masson.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México, DF, México: Paidós.

Minuchin, S. y Nichols, M.P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona, España: Paidós.

Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Paz, O. (2003). *La llama doble. Amor y erotismo*. México, DF, México: Seix Barral.

SALME Instituto Jalisciense de Salud Mental. (2013). Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve. Recuperado el 25 de noviembre del 2013, de http://www1.jalisco.gob.mx/wps/portal/salme/estanciabreve.

Selvini-Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1990). *Los Juegos Psicóticos de la Familia.* Barcelona, España: Paidós.

Shakespeare, W. (1975). *William Shakespeare the complete works*. New York, Unites States of America: Gramercy Books.

Spitz, R. (2003). *El Primer Año de Vida del Niño*. México, DF, México: Fondo de Cultura Económica.

Suárez, M. (2004). "El enfoque narrativo en la terapia". En L.L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar*. México, DF, México: Editorial Pax México.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.

Whitehead, A. N. y Russell, B. (1910). *Principia Mathematica*. Cambridge, London: Cambridge University Press.

**PENSAMIENTO SISTÉMICO**

NUEVAS PERSPECTIVAS Y CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN

Este libro se terminó de editar e imprimir en mayo
de 2014, por Imagia Comunicación S de RL de CV,
Facundo 1304, Col. Unidad Modelo, Guadalajara, Jal.
El tiraje fue de 1,000 ejemplares. Para su
composición se utilizó la tipografía
Adobe Jenson Pro.

La historia de la terapia sistémica está profundamente enraizada en el poder de las relaciones expresadas a través del lenguaje. El libro que tienes en tus manos está escrito también por esa magia de las relaciones de colaboración; en ellas fundamenta su riqueza.

En el texto podremos encontrar investigaciones, reflexiones y aplicaciones prácticas sobre la visión sistémica como diálogo constante entre pasión y quehacer terapéutico. Cada uno de los diecinueve extensos capítulos están llenos de propuestas que se han generado en este "diálogo abierto" como lo describe Raúl Medina en la introducción a través de la realización de los vínculos académico, profesional y de amigos en la RED de RELATES.

*PENSAMIENTO SISTÉMICO Nuevas Perspectivas y Contextos de Intervención* como libro, es una joya histórica en estos 10 años de la integración de esta Red, la más reciente propuesta novedosa de colaboración entre escuelas de formación sistémica en Iberoamérica.

Los tres apartados del libro nos envuelven en una amplia temática que sugiere un camino evolutivo del pensamiento sistémico y su aplicación en campos tan variados. 1° MODELOS Y ESTILOS, 2° INTERVENCIONES EN PROBLEMÁTICAS ESPECÍFICAS, 3° CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIOS.

Los apartados abordan propuestas que van desde la migración, las emociones, la espiritualidad, las toxicomanías, los trastornos de la personalidad, la pareja, el miedo, las fobias, la reunificación familiar, las acciones educativas, el trabajo con organizaciones, la mediación familiar, y algunas aproximaciones interdisciplinarias entre el modelo "sistémico" y otros modelos.

En este contexto de Red, de relaciones de colaboración y de aportaciones, presentamos este ejemplar en el décimo Congreso RELATES 2014, esperamos que al leer y profundizar en los textos el diálogo continúe y sea inspiración para que otros profesionales sigan generando pensamientos y acciones que contribuyan a la salud y bienestar entre los sistemas.

Mtra. María de los Ángeles Ruiz Aguilar.
*Coordinadora de la Maestría en Terapia Familiar Sistémica UNIVA*
*Co-Organizadora de las 10 Jornadas RELATES 2014.*

INSTITUTO Tzapopan
Investigación, consultoría y formación en ciencias sociales y de la salud. A.C.

RELATES
RED EUROPEA Y LATINOAMERICANA DE ESCUELAS SISTÉMICAS

UNIVA
La Universidad Católica

9 786078 389001