

36 redes

Revista de
Psicoterapia
Relacional e
Intervenciones
Sociales

Diciembre de 2017

www.redesdigital.com.mx

Bárbara Morer Bamba, Raquel Alonso Gómez, María Oblanca Beltrán

El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional

Adrián José Hinojosa, Juan Luis Linares

Los caminos de la Psicosis

Saul Gilberto Rivas Gutierrez

En búsqueda del criminal: eventos emocionalmente significativos presentes en adultos reincidentes en la comisión de faltas administrativas

Laura Esther Benitez Perez

Características resilientes y maladaptativas en el proceso de duelo por suicidio en las familias

Marina Salazar Alfaro

Elementos discursivos de la participación de la familia en el proceso de decisión al someterse a una cirugía estética

Alejandro Castro Ledesma, Raúl Medina Centeno

Programa de intervención sistémica para la prevención y disminución de adicciones en adolescentes

Sergio Paulo Nieto Martínez

La Escalada Onírica Propuesta del uso de los sueños en terapia: una postura constructivista-relacional

Javier Ortega Allue, Ramón José Lema

Estrategias y técnicas para aumentar la intensidad terapéutica

Gianmarco Manfrida, Valentina Albertini

La última palabra, entre autoridad y responsabilidad terapéutica: La devolución según el modelo narrativo de las Realidades Compartidas



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

REDES. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales es una publicación semestral, emitida en los meses de Julio y Diciembre de cada año, editada por “ESCUELA DE TERAPIA FAMILIAR SAN PABLO”; Castillejos 411, bajos, (08025), Barcelona, España.

Editor Responsable: Dr. Juan Luis Linares.
ISSN de la versión electrónica: en trámite.

Las opiniones de los autores no necesariamente reflejan la postura del Editor, de la Editorial o Instituciones patrocinadoras y contribuyentes a esta publicación.

redes

DIRECTORES-FUNDADORES

Juan Luis Linares

Roberto Pereira

DIRECTORES EDITORIALES

Esteban Laso Ortiz

Eduardo Hernández González

CONSEJO CIENTÍFICO

Ricardo Ramos (España)

Marcelo R. Ceberio (Argentina)

Sandro Giovanazzi (Chile)

Regina Giraldo (Colombia)

Raúl Medina (México)

Javier Ortega (Barcelona)

Jaime Inclán (USA)

Félix Castillo (España)

Juan Antonio Abeijón (España)

CONSEJO DE REDACCIÓN

José Manuel Costa (Lisboa)

Ana Paula Relvas (Portugal)

Teresa Moratalla (España)

Bani Maya (España)

Claudia Lucero (Temuco)

Norberto Barbagelata (Madrid)

Gianmarco Manfrida (Prato)

Rodolfo de Bernart (Florenzia)

Ana Gomes (Portugal)

Josu Gago (Bilbao)

Luz de Lourdes Eguiluz (México)

Eduardo Martínez (Zaragoza)

Silvana Mabel Núñez (México)

Mark Beyebach (Salamanca)

Inma Masip (Girona)

Lia Mastropaolo (Genova)

Javier Bou (Valencia)

Jorge Daniel Moreno (Argentina)

Philippe Caillé (Niza)

Robert Neuburger (París)

Carmen Campo (Barcelona)

Luigi Onnis (Roma)

Luigi Cancrini (Roma)

Marcelo Pakman (Amherst MA)

Alfredo Canevaro (Macerata)

Jacques Pluymaekers (Bruselas)

Alberto Carreras (Zaragoza)

Remberto Castro (México)

José A. Ríos (Madrid)

Jorge Colapinto (Filadelfia)

Janine Roberts (Amherst MA)

Mauricio Coletti (Roma)

Elida Romano (París)

Claudio Deschamps (Buenos Aires)

M^a Eugenia Roselli (Bogotá)

Luis Elías Elicera (Lima)

Karin Schlanger (Palo Alto CA)

Mony Elkaïm (Bruselas)

Matteo Selvini (Milán)

Celia Falicov (San Diego)

Horacio Serebrinski (Buenos Aires)

Guillem Feixas (Barcelona)

Pier Giorgio Semboloni (Genova)

Saúl Fuks (Rosario)

Carlos Sluzki (Washington DC.)

Edith Goldbeter (Bruselas)

Luis Torremocha (Málaga)

Nuria Hervás (Sevilla)

Marco Vanotti (Neufchatel)

Annette Kreuz (Valencia)

Jorge de Vega (Las Palmas)

Gilberto Limón (México D.F.)

Manuel Villegas (Barcelona)

Elisa López Barbera (Madrid)

José Soriano (España)

José Antonio Pérez del Solar (Perú)

Tania Zohn Muldoon (Guadalajara)

Esteban Agulló Tomás (Oviedo)

Fernando López Baños (Santander)

Iñaki Aramberri (Bilbao)

COLABORADORES TÉCNICOS

Miriam Anahí Guerra

Claudia Faini Terán

redes

REVISTA DE PSICOTERAPIA RELACIONAL E INTERVENCIONES SOCIALES

No. 36, Diciembre de 2017

SUMARIO

EDITORIAL	7
A. TEORÍA	
El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional	
Bárbara Morer Bamba, Raquel Alonso Gómez y María Oblanca Beltrán	11
B. INVESTIGACIÓN	
Los caminos de la psicosis (o las maneras de no existir en la familia)	
Adrián José Hinojosa y Juan Luis Linares	27
En búsqueda del criminal: eventos emocionalmente significativos presentes en adultos reincidentes en la comisión de faltas administrativas	
Saul Rivas Gutiérrez y Eduardo Hernández González	39
Características resilientes y maladaptativas en el proceso de duelo por suicidio en las familias	
Laura Esther Benitez Perez	57
Elementos discursivos de la participación de la familia en el proceso de decisión al someterse a una cirugía	
Marina Salazar Alfaro	69

C. INTERVENCIÓN

Programa de intervención sistémica para la prevención y disminución de adicciones en adolescentes Alejandro Castro Ledesma y Raúl Medina Centeno	195
--	-----

La Escalada Onírica Propuesta del uso de los sueños en terapia: una postura constructivista-relacional Sergio Nieto	213
---	-----

C. INVITADOS

Estrategias y técnicas para aumentar la intensidad terapéutica Francisco Javier Ortega Allué y Ramón José Lema	229
--	-----

La última palabra, entre autoridad y responsabilidad terapéutica: La devolución según el modelo narrativo de las Realidades Compartidas Gianmarco Manfreda y Valentina Albertini	249
--	-----

RESEÑA

Raúl Medina, Esteban Laso, y Eduardo Hernández (Coords). Pensamiento Sistémico Nuevas perspectivas y Contextos de intervención México: Litteris Psicología, 2014 Karina Callejas	261
--	-----

Editorial

Esta edición 36 de la Revista Redes reúne un conjunto de artículos que son muestra de un creciente interés por la generación del conocimiento especializado con base empírica en temas y problemas emergentes y propios de nuestro tiempo. Asimismo, nos complace constatar que el ejercicio profesional en el campo de la psicoterapia y la reflexión teórica desde los modelos sistémico relacionales también rinde sus frutos y contribuyen al enriquecimiento conceptual de las teorías, como podremos apreciar en las excelentes colaboraciones que recibimos para este número.

En la sección de teoría Bárbara Morer Bamba, Raquel Alonso Gómez y María Oblanca Beltrán, llevan a cabo una revisión del concepto de duelo ante la pérdida y identifican los modelos que lo definen como un proceso individual pautado y el modelo constructivista que integra en su concepción los factores personales, familiares y culturales involucrados en el proceso individual y familiar del duelo. En el análisis que realizan destacan que estos factores en la mayoría de los modelos no son considerados para su resolución.

En la sección de investigación recibimos cuatro artículos que en su conjunto abordan problemas clásicos del campo de la salud mental, pero vistos desde una perspectiva novedosa. Adrián José Hinojosa y Juan Luis Linares a través de su trabajo de investigación de corte cualitativo, titulado “Los caminos de la psicosis (o las maneras de no existir en la familia)”, nos demuestran que la desconfirmación, constituye un patrón que puede ayudar a explicar “los caminos por los que el trastorno psicótico se expresaría a nivel sistémico relacional” lo que confirma las hipótesis teóricas ampliamente reconocidas de las teorías sistémicas y relacionales.

En la búsqueda de explicaciones sobre la conducta reincidente en la comisión de faltas administrativas de personas adultas en la ciudad de Zapopan Jalisco, Rivas y Hernández, en su indagación que nos presentan, encontraron la presencia de eventos emocionalmente significativos, consumo de drogas y estilos relacionales particulares en la mayoría de las personas detenidas por este tipo de faltas, que si bien no son delitos, si constituyen la puerta de entrada a la conducta criminal o son señales de otro tipo de problemáticas. Por ello, identificar la presencia de estos eventos en la historia personal de los reincidentes permite pensar en estrategias que transformen los modelos punitivos que prevalecen en las instituciones de procuración de justicia.

El suicidio es un evento que afecta a propios y extraños. Las familias de aquellos que se han ido se enfrentan al proceso del duelo, no obstante, de acuerdo con los resultados del estudio realizado por Laura Esther Benitez Pérez, el desenlace que se puede esperar depende de los recursos de la familia. Mediante este estudio se lograron identificar dos tendencias en las características del duelo, uno es el maladaptativo y el otro el resiliente. La identificación de estas características ayuda a entender el proceso de duelo de las familias y aporta información valiosa para el proceso de la terapia.

Marina Salazar en su estudio “Elementos discursivos de la participación de la familia en el proceso de decisión al someterse a una cirugía estética” investigó el papel que jugaron las familias de seis mujeres que se sometieron a cirugías estéticas y de seis mujeres que no lo hicieron a pesar de haberlo considerado. Entre sus hallazgos destaca que en el proceso de la decisión intervienen factores relacionados con la nutrición emocional prevaleciente en las familias de estas mujeres, la puesta en juego de lealtades y valores que inclinan la balanza a uno u otro lado de la decisión.

En la sección de intervención recibimos dos propuestas que se suman y aportan al amplio campo de la intervención en problemáticas específicas. La primera es la del “Programa de intervención sistémica para la prevención y disminución de adicciones en adolescentes” que Alejandro Castro Ledesma y Raúl Medina Centeno desarrollan para intervenir con adolescentes remitidos al DIF Municipal de Zapopan, México, entre los años 2009 y 2014 y que se encontraban incorporados al “Grupo de Prevención Indicada para Adolescentes en alto Riesgo de Consumo de Sustancias Adictivas”. En

el trabajo que nos presentan muestran que los resultados de los grupos de prevención indicada se ven limitados porque en sus estrategias no involucran a los familiares en el proceso de la prevención y no realizan seguimiento. Para atender estas carencia se propone un programa de intervención sistémica, el cual establece una dinámica de participación activa entre entrenador, familia y adolescente en riesgo de consumir drogas analizando la estructura y los lazos familiares.

La Escalada Onírica es la segunda propuesta que incluimos en esta sección, en ella su autor Sergio Nieto, desarrolla una técnica basada en el uso de los sueños en terapia, desde un marco constructivista-relacional, que busca esclarecer los constructos preverbales y más vitalicios del consultante, para aprovecharlos en el proceso de la psicoterapia. Para ello, ofrece una estrategia normalizada de pasos y momentos clave que el terapeuta debe considerar para favorecer la dinámica de las sesiones en la terapia.

En nuestra sección de artículos por invitación o entrevista a experto, incluimos dos colaboraciones que a todas luces resultan novedosas y útiles para la terapia familiar. A partir del análisis de las circunstancias precursoras del cambio en el proceso de la terapia familiar, Francisco Javier Ortega Allué y Ramón José Lema, en su artículo “Estrategias y técnicas para aumentar la intensidad terapéutica”, nos muestran posibles recursos técnicos para movilizar al sistema consultante en dirección del cambio terapéutico.

Por su parte, Gianmarco Manfrida y Valentina Albertini colaboran con un excelente trabajo que lleva por título “La última palabra, entre autoridad y responsabilidad terapéutica: La devolución según el modelo narrativo de las Realidades Compartidas” en el que recuperan el papel del terapeuta, concebido en los modelos retóricos clásicos y publicitarios, de acuerdo con el modelo de intervención narrativa construccionista social de las Realidades Compartidas, para la devolución terapéutica lo que permite revelar la atención a las especificidades de las historias y las relaciones familiares y terapéuticas.

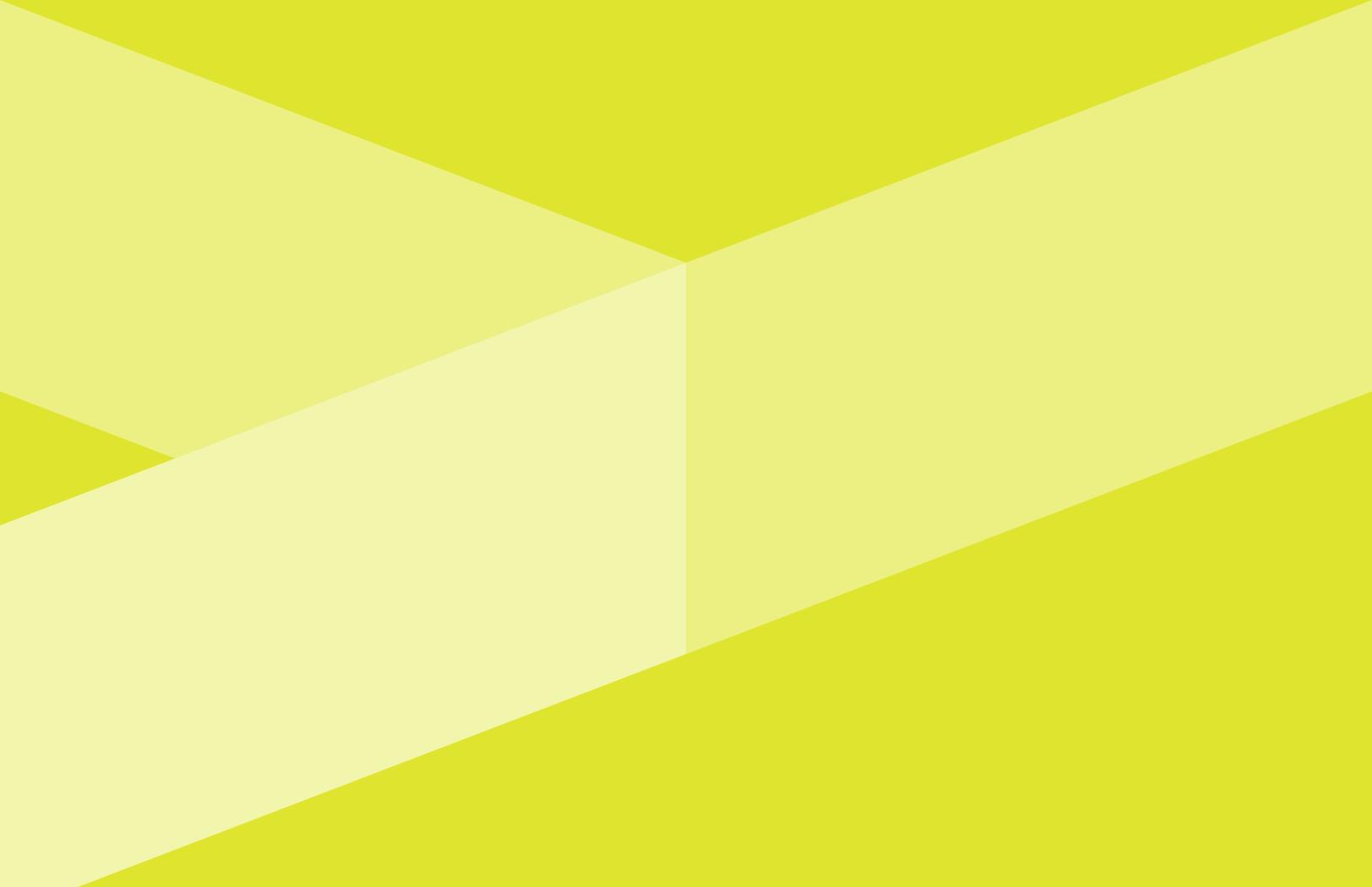
Por último, incluimos la reseña de libros o documentos que forman parte del acervo intelectual de la disciplina y en esta ocasión Karina Callejas, reseña el libro colectivo “Pensamiento Sistémico. Nuevas perspectivas y Contextos de intervención. México: Litteris Psicología, 2014”, coordinado por Raúl Medina, Esteban Laso, y Eduardo Hernández.

Como siempre les reiteramos la invitación a los lectores, colaboradores habituales y profesionales del campo de la salud mental y social para que nos envíen sus trabajos.

**Eduardo Hernández
Esteban Laso**

**Directores Editoriales
REVISTA REDES**

Teoría



El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional

Grief and loss in the family. Review from a relational perspective

Bárbara Morer Bamba^a, Raquel Alonso Gómez^b, María Oblanca Beltrán^c

^aHospital Universitario Miguel Servet (barbara_morer@hotmail.com), ^bHospital Doctor José Molina Orosa, ^cComplejo Asistencial Universitario de León

Historia editorial

Recibido: 19-02-2017

Primera revisión: 04-04-2017

Aceptado: 21-07-2017

Palabras clave

duelo, familia, duelo familiar, intervención

Resumen

El duelo es un proceso activo e idiosincrático que se pone en marcha tras una pérdida. Incluye componentes emocionales, cognitivos y relacionales, y su elaboración dependerá de numerosas variables. En este artículo se examinan, a nivel individual y familiar, una serie de cuestiones fundamentales para entender este concepto. Por una parte, se revisan los principales modelos descriptivos del duelo como conjunto de fases tipificadas, continuando con un modelo constructivista que aboga por integrar todos aquellos factores personales, familiares y culturales que suelen obviarse cuando se intentan estandarizar los modelos sobre la pérdida. Se abordan también los procesos de duelo a nivel familiar, analizando los distintos mecanismos y movimientos familiares en estas situaciones y cómo éstos repercuten en su resolución. Se estudian aspectos fundamentales del duelo complicado y, por último, su tratamiento, considerando ante todo que cada proceso de duelo es diferente en cada persona y en cada momento de su evolución.

Abstract

Mourning is an active and idiosyncratic process that is set in motion after a loss. It includes emotional, cognitive and relational components and their elaboration will depend on numerous variables. This article examines, at the individual and family level, a series of fundamental questions to understand this concept. On the one hand, we review the main descriptive models of grief as a set of typified phases, continuing with a constructivist model that advocates integrating all those personal, family and cultural factors that are often overlooked when attempting to standardize models on loss. It also addresses family grieving processes, analyzing the different mechanisms and family movements in these situations and how they impact on its resolution. We study fundamental aspects of complicated grief and lastly, its treatment, considering first of all that each grieving process is different in each person and at each moment of its evolution.

Keywords

mourning, family, family grieving, intervention.

Según la Real Academia Española Duelo, del latín *dōlus*, por *dolor*, significa: 1. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. 2. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. 3. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales. 4. Fatiga, trabajo. Por tanto, tenemos el dolor, su demostración social, los rituales relacionales y el trabajo que supone elaborar un duelo. El otro sentido del duelo es el de “desafío, combate entre dos”. En el concepto psicológico del duelo, ambos conceptos están unidos, el dolor, el sufrimiento y el desafío que ello supone para la organización de la personalidad y para la organización familiar.

Para Bowlby (1974) el duelo es el proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de una persona amada. Tal y como dice Pereira (1995) también lo podríamos definir como el proceso familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros. El aspecto fundamental del duelo, sin el que éste no tendría lugar, es la pérdida.

EL DOLOR DE LA PÉRDIDA

Conocer los diversos tipos de pérdidas nos puede ayudar a comprender las reacciones diferenciales y comunes a cada una de ellas. Teniendo siempre presente que la reacción ante la pérdida se basa, ante todo, en el tipo de vínculos que el individuo ha establecido a lo largo de su vida, por lo que no podemos generalizar determinadas reacciones ante cada tipo de pérdida, si no que cada individuo y cada sistema tiene su forma particular de afrontar una pérdida.

Podemos clasificar en cuatro grandes grupos los tipos de pérdidas (Tizón, 2004):

- Pérdidas relacionales: Muerte de un ser querido, odiado, o con el que nos relacionábamos de manera ambivalente; consecuencias relacionales de enfermedades; separaciones matrimoniales y divorcios; abandonos, situaciones de privación y deprivación afectiva en la infancia; abuso físico y/o sexual; resultados relacionales de la migración.
- Pérdidas intrapersonales: Pérdida de aspectos o partes del self. Una parte importante en los procesos de duelo tiene que ver con la pérdida de partes de nuestra identidad. Ante la pérdida existe un cambio de identidad que genera un sufrimiento y que en ocasiones es difícil de elaborar. Ocurre en toda pérdida significativa y en particular en desengaños por personas; desengaños por ideales o situaciones; pérdidas corporales o enfermedades limitantes; belleza o fortaleza física, sexual, mental; capacidades cognitivas, del lenguaje, profesionales, etc.
- Pérdidas materiales: Los objetos adquieren un significado que tiene que ver con el afecto en él depositado y con el simbolismo que adquiere en el mundo interno del sujeto. En un objeto puede depositarse una parte de la identidad individual, familiar o social. El valor simbólico será mayor en algunos objetos: posesiones, herencias, “objetos tesoro”, banderas, condecoraciones, etc.
- Pérdidas evolutivas: Forman parte del ciclo vital, por lo que a menudo pasan desapercibidas. Pero son tan importantes que algunas, como la adolescencia o la jubilación, suponen auténticas transiciones psicosociales o crisis individuales y colectivas. En cada transición vital se pierde algo, en cada paso a la siguiente fase del ciclo dejamos algo atrás.

No cabe duda que la más trastornadora de las pérdidas es la muerte. La muerte de un allegado o ser querido es la mayor pérdida afectiva, considerándose la circunstancia vital más estresante. Es una pérdida irreversible y nos confronta directamente con la posibilidad de la propia muerte, se desvanece nuestra fantasía de inmortalidad. Cuando sucede la muerte de un familiar o allegado se desencadena esa serie de reacciones emocionales que denominamos duelo. Ya hemos comentado que los individuos reaccionan de distinta manera ante los diversos duelos sin embargo, desde los primeros estudios de Bowlby en la década de los cincuenta sabemos que a lo largo del proceso de duelo pasamos por ciertas fases o momentos. Esto no significa que siempre pasemos por todas las

fases, en el mismo orden ni con las mismas características las secuencias pueden variar y nos sirven como orientación en esa amalgama de sentimientos que surgen cuando perdemos a un ser querido.

En 1980, John Bowlby señalaba las cuatro fases siguientes en el proceso de duelo por la muerte de un allegado:

1. Fase de incredulidad y embotamiento de la sensibilidad, que puede durar entre algunas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por momentos de pena o cólera intensas.
2. Fase de añoranza y anhelo y búsqueda de la figura perdida, que suele durar desde meses a años (por la pérdida de un progenitor, hermano, cónyuge, etc.).
3. Fase de desorganización y desesperanza.
4. Fase de mayor o menor reorganización.

Tras las reacciones iniciales también suelen surgir sentimientos de protesta contra el destino y manifestaciones de rebeldía, que pueden incluso tornarse en forma de acusaciones contra amigos, familiares o médicos. En el caso de desaparecidos o muertes bruscas e inesperadas esos sentimientos son aún más intensos y omnipresentes. La cólera y la ira pueden dirigirse a alguien concreto como forma de reorganización mental de la ansiedad y la confusión, también convertirse en autorreproches. Algunas personas prohíben a los allegados que hablen de la pérdida, del fallecido o de la situación. Esto es un probable indicador de mal pronóstico, pues significa apoyar la evolución del duelo en defensas psicóticas como la negación-denegación y la escisión. Por el contrario, los rituales del duelo tienen que ver con acciones que ayudan a contactar con la pérdida y su significación profunda. Tolerar los sentimientos de pena, rabia, añoranza y anhelo nos ayudan a reorganizar nuestro mundo interno y relacional adaptándonos a la nueva vida sin la persona querida. Se trata de un proceso complejo, no sólo emocional sino también cognitivo, porque nuestras representaciones internas se modifican paulatinamente durante el duelo.

Parkes (1998) observó que, ante una pérdida, ponemos en marcha una serie de procesos diferenciados, que oscilan y se entremezclan según los momentos del duelo y la personalidad:

- a. Procesos de aislamiento, embotamiento de la sensibilidad, retirada esquizoide (aislamiento y disociación en el duelo).
- b. Procesos de retirada de la atención y la actividad con respecto a lo perdido y aquello que lo recuerda (represión en el duelo).
- c. Procesos que tienden a mantener la creencia y el sentimiento de reversibilidad de la pérdida (negación en el duelo).
- d. Procesos tendentes al reconocimiento de la pérdida, de su importancia para nosotros y de que persisten los vínculos mentales con lo perdido (momentos más reparatorios del duelo).

A modo de resumen, Bowlby sintetiza las fases del duelo en la tríada de la aflicción y protesta, la desesperanza y el desapego. A esta tríada habría que añadir un momento previo, que es el período de impacto emocional o crisis dominado por la confusión, la negación y la incredulidad. Autores como Rando (1993) y Worden (1997) proponen vincular cada fase o momentos del duelo con una tarea o tareas psicológicas que la persona en duelo debe realizar para progresar en el camino de la elaboración. A continuación, describimos el modelo de las *Seis R del proceso de duelo* de Rando (1993):

- En la fase de negación la tarea fundamental es el reconocimiento de la pérdida, tanto afectivo como cognitivo. Si esta tarea no se cumple adecuadamente el resultado es un duelo con problemas de expresión. Son los duelos a que solemos llamar duelo ausente, retardado, inhibido, congelado, enmascarado, etc.
- La fase de confrontación supone una reacción ante la separación, que implica poder sentir profundamente el dolor, la pena, la importancia de los duelos simbólicos y secundarios. En este período se dan distintos tipos de reviviscencias o re-experimentaciones de la relación. La reviviscencia de la relación nos lleva a una renuncia, nos vamos distanciando de este vínculo. Si estas tareas no se cumplen, podemos encontrarnos ante duelos desviados o sesgados, distorsionados o conflictuados en exceso.

- La fase de acomodación implica dos tareas básicas: la readaptación al nuevo mundo y el reinvestimento de los afectos o recatectización. Si esto no se elabora, el resultado puede ser un duelo crónico y algunas formas de duelo congelado.

Hasta aquí no hemos nombrado un importante aspecto del duelo. Se trata de la culpa y las autoacusaciones, que son comunes durante los duelos importantes. Si seguimos el modelo de la culpa infantil por el daño a los seres queridos, donde el niño fantasea que es culpable del mismo, podemos hallar las mismas ideas en los adultos. En los casos de muerte o pérdidas bruscas, la culpa suele ser mucho más intensa y frecuente, y adquirir características confusionales y persecutorias. Está la culpa por los sentimientos durante el duelo, por vivir la muerte con cierto alivio en casos de malas relaciones, o de gran ambivalencia, la culpa por estar vivo. La culpa puede anunciar una evolución patológica del duelo. Freud, en *Duelo y Melancolía* (1915), diferencia la melancolía del duelo en que la primera

se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. Este cuadro se aproxima a nuestra comprensión si consideramos que el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí. Pero en todo lo demás es lo mismo. (Freud, 2015, p. 242).

Por lo que, para Freud (2015), cuando esto sucede, ya no hablaríamos de un duelo si no de melancolía, que podría ser el resultado de un duelo patológico o no elaborado.

La resolución más adecuada del duelo se podría resumir en la frase de Tizón (2004) “*olvidar recordando*”, de este modo el recuerdo pasa poco a poco a ser más soportable, menos teñido de desesperanza y más teñido de pena y añoranza. Si se recuerda con menos sufrimiento el pasado no es necesario evitar el recuerdo.

VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DUELO: EL CASO DE LOS NIÑOS Y LAS PÉRDIDAS TRAUMÁTICAS

Hallamos una serie de variables que afectan la elaboración del duelo. Existen circunstancias especialmente sensibles que podrían dificultar una correcta elaboración del duelo. Es especialmente delicada la primera infancia, la infancia, la adultez joven y la tercera y cuarta edad. Los duelos en la infancia presentan algunos aspectos particulares (Tizón, 2004). Los niños entre 6 y 11 años ya conciben la muerte como algo permanente, irreversible y universal, aunque sólo muy poco a poco serán capaces de comprender su propia mortalidad. La turbulencia afectiva es más interna que externa, conductual. Los niños, más que las niñas tienden a expresar su pérdida de modos agresivos, mientras que las niñas y chicas tienden a convertirse en cuidadoras compulsivas. En los duelos a esta edad existe la tendencia a idealizar al padre perdido y desvalorizar al superviviente. En otras ocasiones, puede suceder que el progenitor sobreviviente caiga en el mismo proceso de idealización del cónyuge y denigre al niño superviviente. Los niños mayores tienden a cuidar a los pequeños o incluso a los adultos de la familia, adoptando una actitud de inversión de rol. En los niños, la personalidad y la relación con el progenitor superviviente son fundamentales para la elaboración del duelo del infante. El niño necesita un adulto próximo y tolerante con su duelo, necesita a alguien a quien comunicar su sufrimiento y un referente que autorice su sufrimiento y sus sentimientos. Los niños suelen expresar más abiertamente el dolor con las madres supervivientes más que con los padres en la misma situación.

Existen algunos indicadores del duelo en los niños, que pueden hacer pensar que se está haciendo patológico (Tizón, 2004):

1. Añoranza y anhelo continuado por la persona perdida.

2. Los reproches continuados contra la misma, combinado con autorreproches más o menos inconscientes.
3. La dedicación al cuidado compulsivo de los objetos, de los otros (animados o inanimados).
4. La incredulidad persistente acerca de que la pérdida sea real o permanente.

Otras variables que dificultan y agravan la elaboración del duelo tienen que ver con las circunstancias de la pérdida. Son especialmente sensibles los casos de (Tizón, 2004):

- pérdidas súbitas o inesperadas
- pérdidas anteriores recientes
- desapariciones
- pérdidas prematuras (especialmente de la madre antes de los 11 años)
- período prolongado de cuidados del sujeto al muerto
- si hay deformaciones o mutilaciones del muerto
- muerte por suicidio (aumenta la mortalidad en los deudos y la probabilidad de suicidio)
- muerte por homicidio, catástrofes
- pérdidas indeclarables o inconfesables

Las circunstancias citadas anteriormente pueden facilitar la aparición de un cuadro de *Trastorno por Estrés Postraumático* (TEPT). El acrónimo NASH (*natural, accidental, suicide, homicide*) es utilizado a menudo por los autores anglosajones para proporcionar una idea de la gravedad y complicaciones del duelo: cuanto más nos acercamos al último término (muerte por homicidio), más difícil será, en principio, el trabajo del duelo y más probable que se produzca un duelo patológico. En el caso de la muerte por suicidio, se ha estudiado ampliamente la incidencia de suicidio en los descendientes del suicida, hallándose hasta siete veces más incidencia en los familiares directos del muerto por suicidio. En estos casos juega un papel fundamental la culpa, la vergüenza, el narcisismo herido y los sentimientos de persecución. Los familiares del suicida a menudo se avergüenzan de sí mismos y en muchas culturas son estigmatizados socialmente, esto les lleva en ocasiones a ocultarlo y mantener un secreto familiar de gran peso. Los hijos, como recuerda Bowlby (1983), suelen ser mal informados, marginados, reducidos al silencio y a la escisión.

UN MODELO CONSTRUCTIVISTA DEL DUELO

Neimeyer (2002), desde una perspectiva constructivista, ha tratado de elaborar una teoría sobre la pérdida que sugiere varias proposiciones, que en su conjunto pueden empezar a esbozar el diseño de un marco alternativo para la comprensión de los procesos adaptativos que acompañan al duelo. Se trata de una perspectiva teórica emergente sobre el duelo que contrasta con las teorías tradicionales que se centran en etapas, tareas o síntomas generales que se suponen aplicables a todos los individuos afectados por la pérdida. Al contrario que estas teorías, intenta señalar hasta qué punto los factores personales, familiares y culturales que suelen obviarse cuando se intentan formalizar y estandarizar los modelos sobre la pérdida, dan forma al duelo.

1. Neimeyer (2002) presenta una serie de proposiciones sencillas que son compatibles con la postura constructivista y que ofrecen un punto de vista aventajado sobre la mortalidad y el duelo: La muerte como acontecimiento puede validar o invalidar las construcciones que orientan nuestras vidas o puede constituir una nueva experiencia a la que no podamos aplicar ninguna de nuestras construcciones.

Las experiencias de pérdida que encajan en nuestras construcciones (como es el caso de la muerte «aceptable» de un soldado que se sacrifica por una causa en la que creemos fervientemente) pueden tener un potente efecto de validación en nuestros mundos de presuposiciones, mientras que las formas de muerte que contradicen nuestras construcciones nucleares (como el suicidio de un ser querido o el sufrimiento crónico y la muerte de nuestra pareja o nuestro hijo) pueden cuestionar la conveniencia de las creencias y formas de vida que más apreciamos y que probablemente ya habíamos dado por supuestas. En este último caso debemos reconstruir los patrones que seguimos para interpretar, anticipar y organizar los acontecimientos de nuestras vidas a un nivel que puede

ser muy profundo y es posible que no consigamos poner fin a esta reconstrucción hasta el momento de nuestra propia muerte (Neimeyer, 2002, p.124).

El propio marco de creencias puede ayudar a dar sentido a una pérdida, por ejemplo, Mildred Braun y Dale Berg (1994), en sus investigaciones cualitativas, descubrieron que las madres que podían asimilar las muertes de sus hijos en su sistema preexistente de creencias filosóficas o religiosas mostraban una menor intensidad en su sintomatología del duelo.

2. El duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e inextricabilidad de nuestra identidad.

El duelo sólo puede entenderse por completo dentro del contexto diario de la construcción, mantenimiento y cambio de los aspectos más fundamentales de nuestra identidad. Cuando los acontecimientos dan un duro golpe a nuestra autoimagen y a nuestra forma de entender el mundo, respondemos intentando interpretarlos de un modo coherente con nuestras teorías e identidades. Cuando estos intentos fracasan y los acontecimientos llegan a afectar a los cimientos de nuestra identidad, perdemos el control de una realidad que ya no nos resulta familiar y nos vemos obligados a crear otra. Si estamos profundamente convencidos del carácter único de todas y cada una de las experiencias de pérdida, nos vemos obligados a escuchar atentamente las pistas que pueden llevarnos a descubrir el significado único que la experiencia de la muerte tiene para cada una de las personas con las que entramos en contacto, que podría ser más fácil de transmitir a través de metáforas o imágenes que utilizando el lenguaje cotidiano (Neimeyer, 2002, p.126).

El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos ha hecho. La experiencia del duelo en sí misma puede estar llena de elecciones. Podemos optar por evitar el dolor o por sentirlo e implicarnos en el duelo.

Lejos de constituir un proceso pasivo en el que se «espera» una serie de transiciones emocionales predecibles, una visión más realista del duelo lo entendería como un período de toma acelerada de decisiones (a nivel práctico y existencial), hasta el punto de que la persona afectada puede sentirse en ocasiones desbordada por los desafíos que se encuentra (Neimeyer, 2002, p. 129).

3. El duelo nos da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida.

La pérdida puede invalidar la estructura de presuposiciones que orienta nuestras vidas de formas muy variadas, planteándonos el desafío de adaptarnos a una avalancha de experiencias subjetivas y demandas objetivas que exige que volvamos a construir un mundo que «tenga sentido», que vuelva a instaurar una sensación de sentido, dirección y comprensibilidad a una vida que ha quedado transformada para siempre (Neimeyer, 2002, p.131).

El modelo narrativo puede ser muy útil para comprender este proceso de reconstrucción de significados. Podemos entender la pérdida como algo que trastoca la continuidad de la narrativa que es la vida, llevando la amenaza de la incoherencia a las explicaciones anteriores y posteriores a la pérdida.

Cada sentimiento cumple una función y debe entenderse como un indicador de los resultados de los esfuerzos que hacemos para elaborar nuestro mundo de significados tras el cuestionamiento de nuestras construcciones. Las emociones y sentimientos cumplen una función, debemos respetarlo como parte del proceso de reconstrucción de significados, en lugar de intentar controlarlo o eliminarlo como un subproducto de la pérdida en sí misma o como una forma disfuncional de entenderla. Neimeyer (2002, p. 134-135), partiendo de la visión de las emociones que Kelly transmite en su teoría de los constructos personales, redefine algunas de las experiencias emocionales que suelen vincularse con la pérdida en términos del impedimento.

Negación: se entiende como la incapacidad del individuo para asimilar una muerte en un momento dado. La persona no dispone de la estructura de significados necesaria para percibir completamente la pérdida o las implicaciones que ésta tiene para la continuación de su vida. Por lo tanto, constituye un intento de «posponer» un acontecimiento que resulta imposible de asimilar, hasta que pueda captarse su significado con toda su dolorosa claridad.

Depresión: se ve como el intento de limitar la atención, restringiendo el campo al que se aplica para poder hacer el mundo más manejable. El individuo deprimido limita su mundo experiencial para defenderse de la posibilidad de una mayor invalidación y centrar su atención en la elaboración de los múltiples significados de la pérdida.

Ansiedad: aparece cuando el individuo toma conciencia de que la muerte supera ampliamente su capacidad para explicar, predecir y controlar el mundo. La muerte o la pérdida se perciben con suficiente claridad, pero la persona no es capaz de ver las implicaciones inestabilizadoras que tiene para el futuro de su vida.

Culpa: tiene su origen en la percepción de un comportamiento contrario a las propias estructuras nucleares de identidad. Como tal, es el reconocimiento personal, y no social, de la culpabilidad por no haber sido capaz de «vivir de acuerdo» con los estándares que la propia persona se autoimpone respecto al rol que debe desempeñar en su relación con los demás.

Hostilidad: se entiende como el intento de forzar a los acontecimientos a adaptarse a las construcciones que tenemos de ellos, manipulando las pruebas que tenemos para validar las predicciones incorrectas que hemos hecho. En este sentido, imponemos hostilmente nuestra propia visión de la muerte cuando la forzamos a encajar en las construcciones que teníamos antes de la pérdida, sin tener en cuenta si son adecuadas.

Amenaza: señala la conciencia de la inminencia de un cambio generalizado en las estructuras nucleares de identidad. Una pérdida o muerte particular puede augurar cambios dramáticos en nuestro sentido más básico de identidad.

LOS PROCESOS DE DUELO EN LA FAMILIA

La pérdida, o la amenaza de pérdida de un miembro es la mayor crisis que puede afrontar un sistema (Bowen, 1976). Si el sistema tiene suficientes recursos, reaccionará con un cambio adaptativo ante la crisis, si no, el sistema puede desaparecer.

Con la muerte de un miembro de la familia, el sistema se ve en la necesidad de adaptarse en varios niveles (Pereira, 1995):

- Reorganización de los sistemas comunicacionales
- Reorganización de las propias reglas de funcionamiento del sistema
- Redistribución de roles
- Adaptación del sistema a una nueva realidad

Estos cambios requieren un tiempo de negociación, tiempo que también requiere el duelo. En esos momentos el sistema corre un riesgo al estar amenazado en su propia desaparición. Es un momento de crisis y la actitud del sistema es defensiva. En esos momentos puede producirse un reagrupamiento de la familia, una intensificación del contacto con la familia extensa, y a su vez una disminución de la relación con el entorno. Puede producirse una tregua en los conflictos existentes en el sistema y reclamar compasión, ayuda y ternura (Pereira, 1995). Según las observaciones de Parkes (1979) sobre las repercusiones de la pérdida de un miembro de la familia sobre la familia como conjunto, la familia tendía a adoptar cuatro posibles soluciones:

1. Pérdida de los roles y funciones que realizaba la persona perdida.
2. Búsqueda de sustitutos fuera de la familia.
3. Búsqueda de sustitutos dentro de la familia.
4. Ruptura del sistema.

La familia puede buscar sustitutos fuera del propio sistema, aunque a menudo es difícil o poco deseable. Muchas viudas dedican menos tiempo a contactos sociales con amigos y familiares. La situación es diferente en los niños que pierden a un padre, que buscan desesperadamente contactos, relaciones, un sustituto o sustitutos. En la mayoría de las familias en las que se pierde al padre hay una

pérdida de estatus económico y social. Ese papel y funciones intentan ser realizado por el progenitor vivo, empieza a trabajar si no lo hacía antes, lo que implica nuevos cambios que pueden dificultar el duelo. La responsabilidad de los asuntos familiares, las finanzas, el cuidado de la casa y de los niños, aumentan radicalmente un año después de la pérdida. Un conjunto de roles se concentra ahora en el superviviente de la pareja, ahora se concentran en una persona los papeles que antes se repartían y combinaban entre dos: sustentador principal, administrador y planificador familiar, tareas de límites, normas y disciplina de los niños. A menudo esas tareas no pueden combinarse adecuadamente con los cuidados afectivos que los hijos necesitan, que en esta situación habrán aumentado. El resultado es una tensión e irritabilidad creciente en la viuda, que estimula actitudes de rebeldía, provocación y llamadas de atención por parte de los niños y esto a su vez aumenta la tensión de la viuda en un círculo vicioso de interacciones disfuncionales.

Pereira (2002) señala que la familia pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, reforzados socioculturalmente, que tienen como objetivo el mantenimiento de la familia, y resume las conductas defensivas que el sistema adopta para preservar su integridad:

- a. Reagrupamiento de la Familia Nuclear.
- b. Intensificación del contacto con la familia extensa o con personas cercanas afectivamente a la familia.
- c. Disminución de la comunicación con el medio externo.
- d. Apoyo socio-cultural a la continuidad de la familia.
- e. Exigencia de Tregua en los conflictos familiares.
- f. Conductas con frecuencia de debilidad reclamantes de protección.

En el proceso de duelo en las familias juegan un papel importante una serie de elementos, que nos ayudan a valorar y comprender el caso:

- Posición funcional del fallecido
- Rol del fallecido
- Tipo de familia desde la perspectiva social y psicosocial
- Estructura familiar
- Integración emocional de la familia (capacidad de contención, tipos de relación, tipos de organización afectiva de la familia, etc.)
- Capacidad de expresión emocional
- Momento o fase del ciclo vital familiar
- Funciones emocionales de la familia que quedan más afectadas
- Situaciones externas de la familia: económicas, sociales, culturales, etc.

Un duelo importante tenderá a producir un mayor aislamiento de la familia o de alguno de sus miembros con respecto al exterior, el sistema tenderá a cerrarse más sobre sí mismo, se podrá hacer semi-abierto o progresivamente más cerrado, impermeable a las influencias externas. La tarea básica del sistema para la elaboración del duelo será ampliar la permeabilidad de la familia respecto al exterior.

Como en el duelo individual, distintos autores han descrito la evolución de la adaptación familiar ante la pérdida de un ser querido en forma de fases o etapas. Pereira (2002), tras sintetizar las propuestas de Moos (1991) y Gilbert (1996), señala las siguientes etapas del duelo familiar:

1. Aceptación familiar de la pérdida
2. Reagrupamiento y organización familiar
3. Reorganización de la relación con el medio externo
4. Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar.

El *Estudio de Melbourne sobre la Pérdida Familiar* (Kissane et al., 1996), mediante el uso de la *Family Environment Scale*, proporcionó indicios de la existencia de al menos cinco tipos de familias con respecto al duelo. Encontraron dos tipos de familias consideradas funcionales y adaptativas: Familias contenedoras: tenían alta cohesión y ausencia de conflictos. Familias resolutorias: alta cohesión y grado medio de conflictos. Otros dos tipos considerados disfuncionales: Familias

taciturnas: cohesión media y conflictos moderados o medios. Hay un miembro dominante que marca rígidamente las orientaciones y normas. La expresividad y las discusiones familiares están bloqueadas. Los desacuerdos no se resuelven, sino que se disocian “bajo la alfombra”. Presentan respuestas alteradas ante el duelo, con ira prominente, alto control y manejo inadecuado de los sentimientos ambivalentes o negativos.

Familias hostiles: baja cohesión y alto nivel de conflicto, además de una pobreza de organización. No planifican actividades, no hay orden ni estructura, no hay capacidad de contención. Presentan una respuesta de amplificación, la aflicción se prolonga y los vínculos se alteran con el duelo. Y un quinto grupo en el término medio: Familias intermedias: cohesión media y baja conflictividad.

Estos datos, aparte de apuntar ideas respecto a las tipologías de familias ante el duelo, resultan de gran interés para la atención a familias en duelo. Las familias desadaptativas (taciturnas y hostiles) serían familias de riesgo ante las pérdidas, por lo que podríamos poner en marcha estrategias preventivas o de tratamiento.

CUANDO EL DUELO SE COMPLICA

Cuando el duelo se complica y uno no es capaz de “olvidar recordando” el sufrimiento perdura tomando distintas formas. En nuestra profesión, como clínicos o terapeutas familiares, es importante discernir entre los casos de duelo que requieren de nuestra intervención y en los que, por el contrario, nuestra intervención podría tener un efecto iatrogénico. Poder predecir la evolución normal o patológica del duelo nos ayuda a tomar la decisión entre respetar el duelo y simplemente acompañar su evolución, o intervenir como profesionales para evitar la patologización de dicho duelo.

Hemos visto anteriormente, en el modelo de Rando (1993), las tareas fundamentales en cada fase del duelo y el tipo complicación de éste si no se resolvían estas tareas. Tizón (2004) describe una tipología simplificada de los duelos complicados, considerados aquellos en que se pronostica alta probabilidad de complicaciones, dificultades en alguna fase o tareas o bien un duelo patológico:

- a. Duelo crónico: Duración excesiva, nunca llega a acabar. La persona que lo sufre es dolorosamente consciente de que no consigue acabarlo. No se resuelve por sí mismo.
- b. Duelo retrasado, suprimido, pospuesto: Hubo una reacción emocional con la pérdida, pero fue insuficiente. No se elaboraron las tareas del segundo momento del duelo. Suele suceder en casos de muerte por suicidio u homicidio. Otra pérdida posterior puede activar anormalmente el duelo.
- c. Duelo exagerado: Intensificación mayor de lo esperado de las manifestaciones de las dos o tres primeras fases del duelo normal. El sujeto es consciente de que los síntomas están relacionados con la pérdida y puede buscar ayuda. El duelo que se encadena con una depresión es el caso más típico: pasa a ser un duelo patológico. Otros duelos exagerados tienen que ver con reacciones de ansiedad excesiva, fóbico-evitativas y TEPT.
- d. Duelo enmascarado: el paciente experimenta síntomas que le causan dificultades, pero no los relaciona conscientemente con la pérdida. Se suele enmascarar tras síntomas o quejas somatomorfos o través de comportamientos aberrantes o desadaptativos. Algunos trastornos de conducta en niños y adolescentes pueden ser manifestaciones de duelo enmascarado.
- e. Duelo desorganizador o borderline: Con tendencia al TEPT, al delirio agudo o subagudo, crisis confusionales, etc.

Otra tipología de duelo complicado sería el duelo congelado, que puede presentarse en diversas formas (Tizón, 2004): con ausencia de manifestaciones de duelo; con reacciones esquizoides, de inhibición y retraimiento; con síntomas obsesivos, con aumento de los rituales; mediante la dedicación compulsiva al cuidado de terceros. En el duelo congelado suelen ser momentos típicos de crisis los primeros aniversarios de la pérdida; otra pérdida, incluso menor; llegar a la misma edad que el muerto; pérdidas sufridas por las personas que son objeto de los cuidados compulsivos.

La duración del duelo normal varía en función de las pautas culturales. Según las actuales clasificaciones diagnósticas internacionales podemos diagnosticar como depresión mayor al doliente cuando hayan pasado al menos dos meses del fallecimiento, y aparezcan síntomas tales como: pseudo-alucinaciones, preocupación mórbida con sensación de inutilidad, retardo psicomotor marcado e intenso deterioro funcional (Pereira, 1995). Consideramos que el criterio clínico y fenomenológico nos puede ayudar más que el temporal a la hora de realizar un diagnóstico diferencial y comprender el caso en su conjunto. Ya hemos visto la distinción que hace Freud entre duelo y melancolía. En el duelo la aflicción y el sufrimiento se pasan con el tiempo, por sí solo. No sucede así en la melancolía:

como el duelo, es reacción frente a la pérdida real del objeto de amor, pero además depende de una condición que falta al duelo normal o lo convierte, toda vez que se presenta, en un duelo patológico. La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor (Freud, 1915, p. 248).

Para Freud (1915) esta ambivalencia puede explicar las pulsiones sádicas hacia uno mismo en la melancolía, ya que vuelven hacia uno los afectos negativos para con la persona amada. Esto explicaría las autolesiones, intentos autolíticos y dinámicas autodestructivas, como el consumo de drogas, que pueden darse en un duelo patológico.

Autores como Cancrini y La Rosa (1996) también han escrito sobre las reacciones sintomáticas ante un duelo no elaborado. Estos autores consideran que las toxicomanías, los trastornos del comportamiento alimenticio y los trastornos psicossomáticos son comportamientos sintomáticos de segundo nivel, es decir,

dichas complicaciones están habitualmente en un primer plano, mientras que los trastornos que hacen posible su irrupción, generalmente sólo se vuelven evidentes en el momento en que las vicisitudes de la vida o la intervención terapéutica bloquean los comportamientos sintomáticos de segundo nivel" (Cancrini y La Rosa, 1996, p. 261).

El abuso de sustancias puede considerarse como un intento del individuo de hacer frente en solitario a niveles de sufrimiento percibidos como intolerable. Vamos a centrarnos en el estudio de Cancrini sobre la tipología de las toxicomanías, en concreto, en la toxicomanía "traumática" o "A". Esta forma se puede presentar en situaciones familiares diversas: un hijo considerado ejemplar que guarda para él los problemas propios e intenta resolver los ajenos, y que se derrumba ante la experiencia de un trauma grave; hijos que acaban de superar la fase de individuación o desvinculación cuando acontece el trauma, poniendo en crisis su frágil equilibrio. Se trata de adolescentes que están en proceso o acaban de definir su propia identidad, de jóvenes adultos que no están sentimentalmente comprometidos, cuya red de relaciones es inadecuada en el momento de la necesidad que surge por el dolor y el duelo. Los sentimientos de culpa que pueden aparecer en el duelo se vinculan con el esfuerzo de emancipación de estos jóvenes del núcleo familiar en una situación de estrés. El cuadro que precede a la toxicomanía y que es cubierto por ésta es el de la neurosis traumática, descrita por Freud, y después por Bowlby y Parkes (Parkes y Weiss, 1983). El elemento clave para la evolución patológica del duelo es la dificultad de encontrar una figura de referencia dentro de una relación interpersonal de confianza y segura que permita verbalizar la experiencia vivida. El consumo de drogas va más dirigido a aturdirse que a obtener placer del tóxico.

Paul y Grosser (1965) resaltan la importancia de duelos incompletos para la aparición de patología en algún miembro de la familia, el cual vendrá a ocupar el lugar del difunto. En estos casos, la sintomatología del paciente identificado cumpliría una función homeostática al neutralizar la pérdida a través de la evitación del cambio que debería afrontar el sistema. También es frecuente que la familia estreche sus vínculos dificultando la individuación de los miembros. Pincus y Dare (1978) encuentran la existencia de secretos familiares como intentos de evitar las culpas y el dolor

de la pérdida, a costa de hacer más rígido el sistema, disminuir la confianza entre los miembros, lo que obliga a invertir mucha energía en mantener los secretos (Espina y otros, 1993).

ACOMPañAR EN EL DUELO

Como hemos comentado a lo largo de este trabajo, la mayoría de los duelos y las pérdidas no deberían derivarse a las líneas profesionalizadas de asistencia. Las personas y las familias estarán más sanas cuanto más autónomas puedan ser. Sin embargo, lo anterior no excluye que algunos individuos o grupos requieran de una intervención profesional, como en los casos de riesgo de duelo complicado o cuando ya está instaurado el duelo patológico.

Nuestra primera tarea como profesionales será discernir si las personas a las que estamos atendiendo están en un proceso de duelo normal, o si prevemos un duelo complicado o patológico. Si nos hallamos frente a un duelo normal nuestra tarea será la de acompañamiento, con una función más de prevención que de tratamiento. En los casos de duelo complicado podemos realizar un acompañamiento más estrecho e intervenir en los factores biopsicosociales que dificultan la elaboración del duelo. En los casos de duelo patológico realizaremos intervención terapéutica especializada con el fin de ayudar a la elaboración de dicho duelo y de los posibles anteriores.

Tizón (2004) propone una serie de principios básicos para el asesoramiento del duelo:

1. Acompañar más que tratar.
2. Contención emocional, más que intervención e intervencionismo.
3. Prudencia en las intervenciones: primero, las psicológicas; después, solo si son necesarias, las biológicas. Por último, si los núcleos vivenciales naturales y la red social no bastan, proponer cambios microsociales.
4. La aproximación clínica es imprescindible: considerar que cada proceso de duelo es diferente en cada persona y en cada momento de su evolución.

Autores como Worden (1997) han investigado y puesto de relieve una serie de principios asistenciales básicos para asesorar en duelos, estos son:

- Facilitar el afrontamiento de la realidad de la pérdida.
- Ayudar a identificar y expresar sentimientos, sobre todo, ansiedad, culpa, ira y tristeza.
- Ayudar a vivir sin el fallecido.
- Facilitar la reubicación del objeto interno: al final se puede vivir sin...
- Dar tiempo.
- Interpretar la conducta "normal".
- Permitir las diferencias interindividuales.
- Ofrecer apoyo continuado no puntual, interrumpido o incierto.
- Ayudar a explorar lo adecuado o inadecuado de las defensas.
- Derivar si el duelo es patológico o muy complicado.

En los casos de duelo complicado y patológico, así como en los casos en los que aparece en primer plano otra problemática en la que subyace un duelo, será beneficioso realizar una terapia. Algunas técnicas específicas que podemos aplicar en los casos de duelo son (Tizón, 2004):

1. *La silla vacía* (técnica Gestalt), que simboliza al fallecido.
2. Conversando con el fallecido.
3. Psicodrama.
4. Conversación con fotos.
5. Conversación dirigida: *¿Qué le diría ahora si pudiera?, ¿qué no le pudo decir?, ¿qué echa de menos de él?, etc.*
6. Cartas con los mismos temas, cartas al difunto.
7. Medicación ocasional.
8. Psicoterapia individual, familiar o grupal.

Además de estas técnicas podemos citar la realización de un libro de memorias o el uso de objetos simbólicos como "objetos transicionales" que faciliten la elaboración del duelo. Entre las

técnicas posibles resultan especialmente útiles los rituales, en especial aquellos que se deberían de haber hecho en su momento y por distintos motivos no se realizaron. Así, el facilitar una visita al cementerio o realizar rituales de funeral y enterramiento, de despedida, puede ayudar a algunas personas. Antes de aplicar estas técnicas, deberemos estudiar bien el caso, ya que cada individuo tiene una capacidad de elaboración simbólica distinta, y en algunos casos de psicopatología grave el uso de estas técnicas puede resultar desestructurante y provocar una descompensación clínica. No debemos olvidar que la persona que atendemos es un sujeto doliente y no “un duelo”. Lo que puede resultar beneficioso para unos puede dañar a otros. Esto también los tenemos que tener en cuenta en la terapia familiar, ya que cada familia y, a su vez, cada miembro puede beneficiarse de distintos tipos de intervención.

2. CONCLUSIONES

El duelo es una reacción que incluye componentes emocionales, cognitivos y relacionales ante la pérdida de algún ser u objeto con el que la persona ha establecido un vínculo. En el proceso se van secundando una serie de estados, como incredulidad, embotamiento, enfado, añoranza, desorganización, desesperanza y reestructuración. La respuesta a la pérdida dependerá del tipo de vínculo, la función que cumplía en el sistema familiar y la personalidad del afectado. La muerte se caracteriza por ser una pérdida irreversible y que a su vez nos confronta con la idea de nuestra propia muerte, por lo que su impacto abarca otros niveles personales y del sentido de la vida.

La resolución del proceso pasaría por el llamado “olvido recordando”, que sería la reubicación simbólica de la pérdida como parte integrada de uno mismo, manteniendo las aportaciones que para la persona serían nucleares y reestructurando las funciones que ya no puede cumplir.

El proceso de individuación o el establecimiento de un vínculo seguro serían factores de buen pronóstico en la elaboración del duelo. En cambio, una relación previa fusional complicaría el proceso, al vivir el duelo como una pérdida en la propia identidad. La culpa también es un factor de mal pronóstico con afección en el sentimiento del sí mismo que puede acercar a la melancolía. La culpa y la hostilidad hacia sí mismo aparecen de forma característica en relaciones ambivalentes, por la no elaboración e integración de sentimientos contradictorios. En los sistemas familiares, cuando la pérdida se hace un tabú se fomenta el afrontamiento disfuncional a través de mecanismos de negación-denegación y escisión. El suicidio produce una pérdida que en muchas ocasiones se convierte en un secreto familiar de gran peso.

La pérdida puede producir un corte en la narrativa personal que requiere de una reconstrucción para volverle a dar continuidad. Tiene implicaciones en el sentido de la vida y en la propia identidad, por lo que requiere un proceso activo de toma de decisiones, tanto prácticas como existenciales. En el caso de los niños, se necesita de un adulto cercano que autorice los sentimientos del menor y lo sostenga.

En la familia, el duelo supone una crisis que, cuando es afrontada con flexibilidad, puede significar la evolución a un nuevo ciclo. Sin embargo, cuando el sistema responde con rigidez se puede producir la disolución del mismo, o mantener la homeostasis a costa de que un individuo asuma las funciones del fallecido para evitar el afrontamiento de la pérdida, tolerando así un malestar que tendrá su expresión sintomática. En estos casos se produce la paralización del ciclo familiar en el duelo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowen, M. (1976): *Family reactions to death*. En R. Pereira. (2002): Abordaje sistémico de duelo. *Sistemas Familiares*, 18(1-2), 48-61.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.

- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Braun M. J. y Berg D. H. (1994). Meaning reconstruction in the experience of parental bereavement. *Death Stud.*, 18, 105-129.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Espina, A., Gago, J. y Pérez, M. M. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 4(13), 77-88.
- Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. En S. Freud (1914-16), *Obras completas. Tomo XIV* (p. 241-248). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Kissane, D. y Bloch, S. (1996a). The Melbourne family grief study, I: Perceptions of family functioning in bereavement. *Am. J. Psychiatry*, 153(5), 650-658.
- Kissane, D. y Bloch, S. (1996b). The Melbourne family grief study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am. J. of Psychiatry*, 153(5), 659-666.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Parkes, C.M. (1979). Parental characteristic in relation to depressive disorders. *Brit. J. Psychiatry*, 134, 138-147.
- Parkes, C.M. (1998): Traditional models and theories of grief. *Bereavement Care*, 17(2), 21-23.
- Paul, N. y Grosser, G. (1965). Operational mourning and its role in conjoint family therapy. *Comm. Mental Health J.*, 1, 339-345.
- Pereira, R. (1995). *Abordaje sistémico de la pérdida y el duelo*. Bilbao: Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar.
- Pereira, R. (2002). Abordaje sistémico del duelo. *Sistemas Familiares*, 18(1-2), 48-61.
- Pincus, L. y Dare, C. (1978). *Secretos en la familia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Rando, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Real Academia Española.
- Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer y Paidós.
- Worden, J. W. (1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Investigación



Los caminos de la psicosis (o las maneras de no existir en la familia)

The ways of the psychosis (or the different ways of not existing in the family)

Adrián José Hinojosa^a, Juan Luis Linares^b

^aUniversidad Católica Santiago del Estero. Escola de Terapia familiar Sant Pau, ^bEscuela de Terapia Familiar del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo. Universidad Ramón Llull de Barcelona.

Historia editorial

Recibido: 28-07-2017

Primera revisión: 25-10-2017

Aceptado: 31-10-2017

Palabras clave

terapia sistémica, psicosis,
desconfirmación, modalidades

Resumen

En una investigación cualitativa se estudiaron 20 familias con un miembro bajo diagnóstico de psicosis. Se analizó la primera sesión familiar en el servicio de atención a psicosis de la *Escola de Terapia Familiar Hospital Sant Pau* (ETFHSP) en Barcelona. Se analizaron las sesiones detectando las secuencias relacionales que respondan a las teorizaciones sobre la desconfirmación aportadas por teorías sistémicas sobre la psicosis con el fin de detectar patrones relacionales recurrentes. Se identificaron cuatro modalidades de desconfirmación que permitirían mostrar los diferentes caminos por los que el trastorno psicótico se expresaría a nivel sistémico relacional.

Abstract

Through a qualitative research we studied twenty families with a member diagnosed with a psychotic disorder. We analyzed the first sessions that took place in the clinic of the *Escola de Terapia Familiar Hospital Sant Pau* (ETFHSP) in Barcelona. The sessions were analyzed detecting the relational sequences that answered to the theorization of disconfirmation from the systemic theories of psychosis, thus assessing recurrent relational patterns. Four disconfirmation modalities were identified, that allowed to show the different pathways through which psychosis is expressed in a systemic relational level.

Keywords

systemic therapy, psychosis,
disconfirmation, modalities.

Podemos decir con toda seguridad que el estudio de la psicosis es un viejo amor del modelo sistémico. Los primeros pasos terapéuticos que hemos dado, que nos han dado prestigio y reconocimiento han sido en el campo de los trastornos mentales graves, especialmente en la esquizofrenia (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Siguiendo la observación de Linares (2012), el modelo sistémico ha destinado una notable cantidad de recursos al estudio de la psicosis, lo que ha producido teorías emblemáticas. Todo comenzó con el interés inicial de Gregory Bateson por conocer, desde un punto de vista netamente comunicacional, los canales y mensajes que sostenía un paciente esquizofrénico con su familia, con sus progenitores especialmente, con la madre para ser exactos.

Su intención de estudio fue secundada por un notable psiquiatra (Don Jackson) y un equipo de jóvenes entusiastas (Weakland, Haley y luego Watzlawick). El interés de los primeros investigadores ha sido estudiar las modalidades relacionales de estas familias para producir teorías, conceptos y esclarecimientos al respecto, y vaya que lo han conseguido.

Pero no sólo eso, sino que también han inspirado a que muchos otros investigadores hayan deseado continuar estos estudios y profundizarlos, nosotros entre ellos.

Aunque en la actualidad el énfasis del modelo sistémico no está en el estudio de la psicosis, como si algo de ese enamoramiento si hubiera enfriado, se produjo notorios aportes que mencionaremos.

TRES TEORÍAS ESCLARECEDORAS SOBRE EL TRASTORNO PSICÓTICO.

En California (EEUU) el grupo de Palto Alto (institucionalmente conocidos como *Mental Research Institute* o MRI), guiados por el pensamiento de Gregory Bateson, se interesaba en las interacciones entre los miembros del sistema en lugar de estudiar a cada uno por separado. Produjeron una teoría sobre lo que podría estar ocurriendo en las familias psicóticas y la bautizaron como Teoría del Doble Vínculo. Se presentó en un escrito que titularon: *Toward a theory of Schizophrenia* (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Los autores concluyeron que la comunicación esquizofrénica se caracteriza por poseer una confusión entre los mensajes y los meta-mensajes del paciente, el cual a su vez es criado en un contexto familiar reproduce, genera y sostiene estos modos comunicacionales.

La hipótesis del Doble Vínculo indica que para que tenga lugar esta situación paradójica se necesita una serie de ingredientes (Watzlawick, 1963; Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1963):

- A. Dos o más personas (por ejemplo madre e hijo): se indica que a fines prácticos, se considerará a uno de ellos como “la víctima”, aunque no se asume que el doble vínculo sea generado únicamente por la madre.
- B. Experiencias repetidas: la experiencia del doble vínculo debe ser recurrente. La hipótesis no se aboca a un acto traumático único. Por lo que la experiencia repetida convierte al doble vínculo en una estructura habitual.
- C. Un mandato primario.
- D. Un mandato secundario en conflicto con el primero, pero en un nivel más abstracto y, al igual que el primero, impuesto por señales que, implícitamente, amenazan la supervivencia.
- E. Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo o meta-comunicar.
- F. Por último, no es necesario que se den todos y cada uno de los componentes cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo en pautas doble vinculares: un único elemento puede desencadenar el conjunto.

Bateson (1985) define el doble vínculo como un patrón interactivo caracterizado por la incongruencia entre contextos de distinto orden, donde se configuran secuencias comunicativas de

tipo paradójico, en las que cualquier respuesta conduce a la negación del principio de identidad y la interpretación de los mensajes siempre serán auto-excluyentes, donde además se produce un bloqueo en la capacidad de metacomunicación.

Para comprender estas situaciones de autoexclusión y negación del principio de identidad surgen dos mecanismos relacionales denominados: confirmación y desconfirmación. En el estudio relacional de la psicosis impera la desconfirmación (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1985; Laing 1983, 1985). Esta variable hace referencia a la aceptación o no aceptación que los participantes hacen de un interlocutor como sujeto comunicativamente competente. Se considera que estos mecanismos se activan y reaccionan por las vivencias del “yo” que pueden influir positiva o negativamente en la interacción.

Desde Milán (Italia) en el *Centro per il Studio della Famiglia*, se continuó esta línea de investigación. Este grupo de investigadores, guiados por Selvini Palazzoli, publicaron el libro *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica* (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988). Allí se describe el trabajo realizado con quince familias con un miembro esquizofrénico.

Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1989) explican que el interés principal del Grupo de Milán era crear una hipótesis sistémica sobre como la familia se organizaba en relación al síntoma o los síntomas presentados. La hipótesis correspondía a lo que ellos definían como el “juego familiar”.

Boscolo y Bertrando (2005) indican que:

Era muy difícil llegar a hipótesis que tuvieran un sentido para cada uno de los miembros del equipo, lo que provocaba un cierto sentido de confusión y frustración (...) el grupo veía los síntomas insertos en un juego trigeneracional. En ese juego, el paciente índice ocupaba una posición especial, en la cual convergía el máximo grado de desconfirmación, con la consiguiente incertidumbre sobre la percepción de sí mismo y de los otros, sensación de insensatez y de confusión. (pág. 225)

Boscolo et al. (1989) resaltan que el grupo de Selvini-Palazzoli, arribó a tres formulaciones sobre la esquizofrenia en los sistemas familiares y las posibilidades de abordar el trastorno, mencionan que:

- A. Las familias en transacción esquizofrénica (así llamaba el grupo a su población objetivo) participan en “juegos” familiares sin explicitar.
- B. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas.
- C. La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos (pág. 22).

El grupo de Milán tomó y amplió algunos de los métodos introducidos por el MRI, y como núcleo de su terapia el doble vínculo terapéutico (Watzlawick et al., 1985), lo cual fue rebautizado como: “contraparadojas”.

Por último mencionaremos el trabajo de la *Escola de Teràpia Familiar Sant Pau* en Barcelona (España), donde surge la: *Triangulación desconfirmadora* (Linares, 2006; 2012)

Watzlawick, citado por Linares, Castelló y Colilles (2001) indica que en el modelo de Palo Alto fue propuesto un concepto de gran trascendencia: la desconfirmación. Esta variable era entendida como un patrón comunicacional característico de la esquizofrenia, y se trata del resultado de bloquear la existencia de alguien, invalidarlo como emisor del mensaje, como un interlocutor posible.

Linares et al. (2001) expresan que la maniobra de la desconfirmación no puede ser emitida explícitamente y tampoco puede ser manifiesta la negación de la existencia de una persona. Si decimos a alguien “tú no existes”, al momento de hacerlo estamos dándole existencia, aunque se desee lo contrario.

Linares y Vallarino (2008) indican que la esquizofrenia es un extraordinario fenómeno complejo que envuelve los paradigmas bio-psico-sociales de la condición humana. Siendo así, la desconfirmación como variable relacional también se encuentra en una notable complejidad y resulta difícil de describir. La desconfirmación es la compleja negación de la existencia de alguien en el sentido de su valor como figura relacional, constituye un ataque a la identidad con tal movimiento de presión, que podría provocar una fractura y desintegración de la individualidad.

En nuestro modelo la desconfirmación es un elemento fundamental, y la triangulación es el plano organizacional idóneo para que este fenómeno tenga lugar. En Linares et al. (2001) y Linares y Vallarino (2008) se expresa que la desconfirmación podría ser de baja potencia en las relaciones diádicas, pero que los triángulos relacionales podrían volverse un vehículo privilegiado para este fenómeno comunicacional destructivo.

Las triangulaciones desconfirmadoras se dan cuando hay una conyugalidad peculiarmente disarmónica (Linares, 2012). Los padres enredados en una trama conflictiva lanzan cada uno por su cuenta una propuesta de coalición a los hijos, pero dicha invitación encierra una grave trampa relacional, ya que, aunque los hijos son invitados a la escena, el interés de cada progenitor sigue centrado en el otro (Gómez, López-Alvarado, Bamba, Sanz, y González, 2016).

Linares (2002, 2006) introduce en la triangulación desconfirmadora la consideración del aspecto emocional en esta modalidad de relación, realza el sufrimiento que se alberga en el cuadro psiquiátrico e indica que ha de existir una perturbación a nivel de la nutrición relacional de amar y ser amado, para que se produzca esta grave patología. Remarca que el proceso desconfirmador afecta la identidad de la persona objetivo de la desconfirmación.

Bajo esta teoría se considera la desconfirmación como un proceso que bloquea la capacidad de conocer al otro en sus particularidades y necesidades individuales, lo que significa un severo daño al elemento más importante de la nutrición relacional, lo que el autor denomina: “El amor complejo”.

El amor complejo (Linares, 2006) lo entenderemos como la vivencia subjetiva de ser amado, pero no desde el punto de vista romántico. Es una vivencia relacional que cuenta con componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos.

Linares (2006) menciona que en la triangulación desconfirmadora esto no ocurre y como resultado la identidad de la persona con trastorno psicótico se ve comprometida. Puntualmente indica: “La falta de reconocimiento, o desconfirmación, es un fracaso de la nutrición relacional en el terreno cognitivo que puede comportar serios *handicaps* para la construcción de la personalidad” (pág. 384).

Los autores citados señalan la desconfirmación como la variable central para la comprensión del trastorno psicótico en la familia. Pero en los ejemplos que ofrecen en sus escritos no se encontraron factores o elementos de secuencias desconfirmadoras que se repitan. Por lo que lidiamos con una variable tan dañina como compleja, y difícil de observar. Con este estado del arte, nos preguntamos: ¿Cuáles son las diferentes maneras de desconfirmar que tienen las familias psicóticas? Antes de poder desarrollar la respuesta, nos ubicaremos en teoría y antecedentes.

ALGUNAS INVESTIGACIONES RELEVANTES SOBRE PSICOSIS

Prata (1988) estudió la evolución posible del juego simétrico de la pareja hacia el juego psicótico de la familia. La autora indica que en el momento de tener un hijo, los padres inician y sostienen un juego simétrico y luego cada uno de ellos piensa como utilizar a ese hijo para “ganar” ese juego simétrico. El estudio identificó una serie de “jugadas de base” como categorías de comprensión.

También se abocaron al estudio de la relación entre padres e hijos Hamilton, Asarnow y Tompson (1999). A través de un ejercicio de resolución de problemas analizaron los estilos de interacción familiar en niños con trastorno depresivo, niños con trastorno de espectro esquizofrénico y niños sin diagnóstico. Dedujeron que: (a) los niños con trastornos depresivos eran más propensos a establecer inductores de culpa en sus comentarios hacia sus padres en comparación con los niños con trastorno de espectro esquizofrénico; (b) los padres de los niños con trastorno del espectro esquizofrénico eran más propensos a establecer críticas duras y directas hacia sus niños en comparación a los padres de

niños con depresión o niños sin diagnóstico.

Robert, Escartí, Pérez, Pérez y Tejedor (2004) analizaron el clima familiar en pacientes agudos hospitalizados con diagnóstico de trastorno psicótico o afectivo buscando conocer las diferencias entre ellos. Determinaron que las familias de pacientes con trastorno psicótico registran relaciones cohesionadas, donde se quejan de estar muy controlados, mientras que los pacientes con trastornos afectivos demandan mayor atención.

Madrid y Calviño (1990) buscaron evidencias de que los patrones de comunicación y las estructuras de las familias de esquizofrénicos son diferentes a los de otras familias. El estudio afirma que la desviación de la comunicación es lo que caracteriza a las familias de esquizofrénicos y que la desviación de la comunicación precede al comienzo de los trastornos del espectro esquizofrénico, descartando así la hipótesis que la perturbación comunicacional de la familia se deba a que intentan adaptarse a la presencia del miembro psicótico.

Wichstrom, Holte, Husby y Wynne (1993) estudiaron la relación entre la confirmación y la desconfirmación en el estilo de comunicación de las familias y las competencias sociales de los niños que las integran. Concluyeron que los hijos de familias con un estilo comunicacional predominantemente confirmador poseen más competencias sociales que los niños de familias con un estilo comunicacional en el orden de la confirmación/desconfirmación continua. Consideraron que este efecto se da por el clima comunicacional de la familia y por el dúo de padres, no por la psicopatología existente en al menos uno de ellos.

Briones (2012) valiéndose de una metodología mixta, trabajó con 19 familias con un miembro esquizofrénico. Observó que: (a) estas familias poseen un funcionamiento marcadamente deteriorado; (b) que la desconfirmación es el elemento relacional de mayor presencia en este tipo de familias; (c) que poseen las mayores variaciones a través de los procesos terapéuticos. Por último, el estudio demostró que a nivel individual la categoría más estable y recurrente es el deterioro identitario, por lo que se concluye que los cambios a nivel familiar y a nivel individual poseen ritmos diferentes.

En la revisión de la literatura no hemos encontrado investigaciones sobre las diferentes modalidades de desconfirmación, por lo que consideramos pertinente realizar un estudio que permita encontrar patrones relacionales de desconfirmación para darles un nombramiento.

Es por ello que nos hemos propuesto una serie de objetivos. El principal será conocer las diferentes modalidades de desconfirmación en familias con un miembro psicótico a través de videograbaciones de la primera sesión de terapia familiar sistémica. Como objetivos secundarios nos proponemos:

1. Identificar la cantidad de miembros que participan en las escenas desconfirmadoras que sean registradas.
2. Conocer la manera en que los diferentes miembros de la familia participan en las escenas desconfirmadoras que sean registradas.
3. Determinar las reacciones del paciente identificado (P.I.) frente a las escenas desconfirmadoras que sean registradas.
4. Descubrir si existen temáticas o escenas recurrentes durante la sesión cuando la escena desconfirmadora se está llevando a cabo.

2. MÉTODO

Llevamos a cabo un estudio de casos, con un diseño exploratorio (Sampieri, Collado y Lucio, 2010). Siguiendo la clasificación de investigaciones propuesta por Ato, López y Benavente (2013), nuestro trabajo cualitativo corresponde a las investigaciones empíricas, descriptivas. Una labor no experimental y de tipo observacional.

La muestra estuvo constituida por los grupos familiares de pacientes con diagnóstico de psicosis que acudieron al servicio de terapia familiar del Hospital Sant Pau (Barcelona) y que cuentan con un registro audiovisual de la primera consulta realizada.

Los investigadores evaluaron las videgrabaciones e identificaron secuencias que se consideren desconfirmadoras. Ofrecemos una definición de lo que consideramos como secuencias desconfirmadoras: escenas donde el P.I. portador de diagnóstico de psicosis, se vea bloqueado, excluido o no participe de interacciones que lo involucren o requieran de su incumbencia, ya sea por su propia acción o por la intervención de alguien más.

Como técnica principal de recolección de datos se utilizó la observación indirecta sobre las grabaciones que forman parte de los registros que la ETFHSP realiza sistemáticamente respecto a los diferentes usuarios del servicio que ofrecen. Esto coloca al investigador en un papel no participante, según los papeles del observador que proponen Sampieri et al. (2010).

Para el tratamiento de la información realizamos un análisis temático. Siguiendo el escrito de Barrera, Tonon y Salgado (2012) para el análisis temático se debe realizar la transcripción más cercana posible al desarrollo de cada intercambio entre los participantes. No existe un consenso para determinar los alcances y modos de desarrollar el análisis de contenido, por lo que se siguieron los postulados de Braun y Clarke (2006) quienes proponen seis fases para desarrollar el análisis con rigor científico:

1. Familiarización con los datos-información.
2. Generación de categorías o códigos iniciales.
3. Búsqueda de temas
4. Revisión de temas
5. Definición y denominación de temas.
6. Producción del informe final

Se realizó el análisis de los datos con el apoyo del *software Atlas.ti* (versión WIN 7.5), que ayudó a gestionar el gran volumen de datos textuales y facilitó la tarea de análisis inductivo.

3. RESULTADOS

Del análisis de los datos emergieron cuatro temas principales que engloban y describen los diferentes procedimientos relacionales en los que la desconfirmación se expresa. Los hemos nombrado y desarrollado de la siguiente manera:

- Desconfirmación menor: Son aquellas interacciones en donde se reconoce al P.I. como un participante de las mismas, pero se bloquea su capacidad para desenvolverse interactuando por él e impidiendo que realice acciones que podría efectuar por sí mismo, tales como responder preguntas o ejecutar acciones que le son solicitadas. Son interacciones de corta duración, sencillas de evidenciar, e involucran a dos personas: el P.I. y quien lo desconfirma bloqueándolo. La modalidad más recurrente hallada fue titulada cómo: “Contestar en lugar del P.I. preguntas dirigidas a él”, por ejemplo:
 Terapeuta: (A la P.I.) Te llevan 8 y 7 años... ¿Y ellos siempre se han llevado así? Como perrito y gatito...
 Madre: Desde que está casada...
 Terapeuta: Me gustaría la opinión de P.I.... (La madre intenta responder por la P.I. pero el terapeuta no se lo permite)
- Desconfirmación mayor: En estas interacciones ocurre un bloqueo de mayor intensidad y alcance que en la “desconfirmación menor”. Aquí no sólo se le impide al P.I. interactuar, sino que no es tenido en cuenta como un participante posible con el cual hacerlo y queda completamente bloqueado de la escena relacional. Estas desconfirmaciones son menos frecuentes que las menores y la cantidad de miembros que intervienen suele ser superior a dos. La modalidad más recurrente hallada fue titulada cómo: “Exclusión del P.I. de la conversación”, por ejemplo: (Descripción de la escena: Pese a los reiterados intentos del terapeuta por hablar sobre

la P.I., la familia se aboca exclusivamente a la problemática entre los otros hijos). Tera-
peuta: (a la P.I.) ¿Sabes lo que pasa? Que con esta gente que te gastas como familia, no
me extraña que tengas que subirte a la lámpara y hacer “uuuuuhhh” (mueve las manos
enérgicamente) para que se fijen en ti, porque claro están a un nivel... de intensidad que...
pobrecita mía... se queda ahí... y no da un ruido, y claro, eso... comprendo que en algún
momento hayas dicho ‘como yo no haga aquí el zapateado de Zarazate... es que ni me ven’
eso tenemos que tenerlo en cuenta... ¿Cómo podríamos hacer? ¿Le damos un altavoz para
que se haga oír?’”.

- Desconfirmación por pérdida: Esta modalidad no ocurre durante las sesiones sino que se da cuenta de ella en el relato de eventos pasados. Esta temática se refiere a las vivencias de desconfirmación del P.I. ocasionadas por la pérdida de personas o actividades que resultaban vitales y confirmadoras para el paciente. No resulta posible detectar la cantidad de miembros involucrados. La modalidad más recurrente hallada fue titulada cómo: “Pérdida de pareja o amigos/compañeros”, por ejemplo: Cristina: Hasta tercero de carrera pude ir sorteando más o menos pero el problema fue que tenía muchas dificultades de relación con los demás... y por eso estaba bloqueada, no sé ni cómo podía hacer todo lo que he hecho porque tenía muchas dificultades...
- Autodesconfirmación: Esta modalidad es complementaria con las otras y es el aporte que realiza el P.I. a las secuencias desconfirmadoras que protagoniza. Se trata de un movimiento relacional individual y sin intervención directa de nadie más. El P.I. colabora con el bloqueo que se realiza sobre él al no oponerse ni interrumpir la escena desconfirmadora, o simplemente aislarse de la misma. La modalidad más recurrente hallada fue titulada cómo: “Desconexión del P.I. de la conversación/contexto”, por ejemplo: Madre: En las comidas familiares que hacíamos, estaba calladito, calladito, calladito, no hablaba nunca, en conversaciones de política, de lo que sea... ¡No! Como si estuviese en otro mundo... no participaba, porque yo veía a la chiquita (la novia de P.I.) que es psicóloga y se ponía a hablar con el cuñado y venga hablar y hablando de temas... y él (P.I.) nunca sacaba el tema a relucir, él calladito como si estuviera pensando en otras cosas, no sé, eso no sólo con su novia, con otras personas quedaba y no se presentaba...

4. DISCUSIÓN

Contrastaremos nuestra investigación con las que nos han servido de antecedentes. Prata (1988) menciona la existencia de algunas jugadas bases en el juego simétrico de la pareja, el cual sería un escalón anterior a los juegos psicóticos. Podemos decir que en los juegos psicóticos también existen jugadas bases, consideramos nuestras modalidades de desconfirmación como algunas de ellas.

Hamilton et al. (1999) explican que los progenitores de hijos psicóticos realizan críticas directas sobre ellos. Y, desde luego, podemos decir que, en nuestro estudio, los progenitores de los P.I. son las figuras más recurrentes en las interacciones desconfirmadoras.

En la investigación de Robert et al. (2004) se determina que las familias psicóticas tienden a ser cohesionadas y los P.I. se quejan de estar en control constante. No tenemos evidencia para determinar que las familias estudiadas por nosotros sean cohesionadas o que los P.I. se quejen, pero consideramos que la modalidad “desconfirmación menor” es una medida de control, y el hecho de ser la más recurrente sería coherente con las quejas de estar controlados constantemente.

Nuestros resultados coinciden plenamente con los de Madrid y Calviño (1990) cuando indican que la desviación de la comunicación es habitual en este tipo de familias, ya que las modalidades de desconfirmación que hemos detectado son evidentes medidas de desviación y pérdida de eficacia comunicacional.

De la misma manera coincidimos con la investigación de Wichstrøm et al. (1993). En ella indican que las familias con una comunicación confirmadora producen una mayor competencia comunicacional en sus miembros, y en nuestro análisis observamos que en las familias estudiadas dichas competencias se encuentran mermadas y/o bloqueadas a causa de la desconfirmación.

Respecto a la investigación de Briones (2012) no contamos con datos para corroborar que la desconfirmación es el elemento relacional de mayor presencia en este tipo de familias, pero sí podemos confirmar que la desconfirmación es un elemento relacional presente y produce efectos a nivel identitario.

Si las contrastaciones que hemos iniciado las llevamos a un plano conceptual y hacemos lo mismo con las posturas teóricas utilizadas para guiarnos en la investigación, conseguimos abordar una serie de puntos de interés que pasaremos a desarrollar.

Encontramos que las desconfirmaciones menores son las más adecuadas para observar los dobles mensajes que dan forma al doble vínculo, ya que la serie de ingredientes necesarios para su construcción se evidencian y respetan en esas secuencias desconfirmadoras.

Según Bateson et al. (1956), existe un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo o meta-comunicar, y nosotros consideramos que esta prohibición puede ser puesta por el sistema, autoimpuesta por el individuo o ambas. Dando lugar a la autoexclusión y negación del principio de identidad del P.I.

Nuestros resultados son una referencia y explicitación de los juegos psicóticos de la familia que menciona Selvini Palazzoli et al. (1988), y las postulamos como expresiones de esto.

Según el grupo de Milán, cada miembro se esfuerza unilateralmente por lograr el control recíproco del sistema. Al respecto podemos determinar que esta premisa es evidente en la posición del “desconfirmador” y del “grupo desconfirmador”, pero no contamos con información suficiente para elaborar mayores deducciones.

El grupo de Milán (Selvini Palazzoli et al., 1988) nombró a dos juegos psicóticos como “instigación” y “embrollo”. En nuestra investigación no hemos conseguido identificarlos, suponemos que esto se debe a que las familias que acuden al servicio lo hacen en la etapa de sesgo marital, donde las relaciones continúan siendo disfuncionales pero se encuentran menos convulsionadas, y carecemos de la profundidad necesaria para conocer la historia familiar.

Respecto a la teoría de la triangulación desconfirmadora de Linares (1996; 2012) nuestra investigación denota que la modalidad que hemos titulado “desconfirmación mayor” es el escenario donde se evidencia con mayor claridad sus postulados.

En algunos de nuestros ejemplos notamos que el terapeuta puede formar parte del triángulo. En tales ocasiones fueron sus preguntas e indicaciones las que el P.I. no consiguió responder al ser interceptado por un “agente desconfirmador”. A veces el terapeuta ha intervenido en este bloqueo y lo ha neutralizado, sin embargo, cuando no consigue hacerlo, indirecta e implícitamente, y obviamente sin desearlo, se convierte en cómplice de una escena desconfirmadora.

Esto nos permite inferir que esta modalidad expresada en sesión tendría consecuencias mayores si ocurre de manera sistemática y cotidiana.

Respecto al concepto de nutrición relacional de Linares (1996; 2012) consideramos que en la “desconfirmación por pérdida” se evidencia con mayor claridad la falta de reconocimiento y el fracaso relacional de amar y sentirse amado.

En las desconfirmaciones por pérdida, el P.I. ha perdido espacio/s, persona/s o actividad/es donde conseguía una protección frente a la desconfirmación en su familia. Cuando ello se pierde, el P.I. queda vulnerable y expuesto a escenas desconfirmadoras sin un espacio que las contrarreste y lo proteja. Las pérdidas suelen ser eventos memorables para la familia, y se las reconoce como influyentes en la historia de la enfermedad.

Estas situaciones no sólo producen estrés y sufrimiento por el cambio, sino que además, el P.I. se ve desprovisto de un espacio que lo confirmaba y nutría relacionalmente. Todo ello, sumado a su pasividad frente a las secuencias desconfirmadoras que recibe, le impide contrarrestar las escenas

del “no existir”.

Esta modalidad de desconfirmación no necesariamente ocurre en todas las escenas de pérdida de todas las familias, sino que es un ingrediente que puede aparecer en las familias de transacción psicótica. Esto último nos lleva a determinar que las escenas que resultan desconfirmadoras para algunas familias, pueden no serlo para otras, dependerá de los recursos que cada una pueda implementar.

5. CONCLUSIONES

Nuestro objetivo principal era conocer las diferentes modalidades de desconfirmación en familias con un miembro psicótico a través de videograbaciones de la primera sesión de terapia familiar sistémica. Concluimos que los mensajes de desconfirmación de familias con un miembro psicótico pueden ser agrupados en los cuatro temas siguientes: desconfirmación menor, desconfirmación mayor, desconfirmación por pérdida y autodesconfirmación.

Respecto a los objetivos secundarios:

1. La cantidad de miembros involucrados varía según la modalidad de desconfirmación que se esté ejecutando. En las desconfirmaciones menores operan un mínimo de dos miembros, el “desconfirmado” y el “desconfirmador”. En las desconfirmaciones mayores la cantidad de miembros es superior a dos, aunque no se puede determinar la cantidad máxima, aquí existe lo que denominamos como el “desconfirmado” y el “grupo desconfirmador”. En la desconfirmación por pérdida no resulta posible determinar la cantidad de miembros involucrados. Por último, la autodesconfirmación es una dimensión individual donde sólo el P.I. interviene.
2. Hemos denominado “desconfirmadores activos” a los miembros que protagonizan las escenas y ejecutan la desconfirmación, y “desconfirmadores pasivos” a quienes se encuentran en la escena y, aunque no la protagonizan, coparticipan en la misma.
3. Observamos que existe un modo de participación por parte del P.I. para la construcción de estas escenas, donde él mismo se acomoda al bloqueo/exclusión que recibe. Su aportación se observa en la pasividad que adopta frente a todas las escenas desconfirmadoras donde aprende a repetir esta posición y conservar esa actitud. A este movimiento comunicacional los llamamos “autodesconfirmación”.
4. No se encontraron temáticas comunes y recursivas que desencadenen las escenas desconfirmadoras, por lo que no podemos determinar que existan temas que precipiten una desconfirmación durante la sesión.

Cumplimos nuestra investigación con resultados satisfactorios y pudiendo responder a nuestra pregunta de investigación. Creemos haber realizado un aporte a la ciencia que nos permita una mayor comprensión del fenómeno para mejorar su tratamiento clínico.

Concluimos que el concepto de desconfirmación suele ser explicado bajo la frase “tú no existes”, pero en un plano pragmático esto no es sencillo evidenciar y contrarrestar, aunque podemos determinar que es posible.

Siguiendo un espíritu científico finalizaremos esta investigación compartiendo una pregunta que las familias nos preguntan con regularidad en terapia: “¿Por qué mi hijo/a enloqueció?” Esta pregunta ha sido difícil de abordarla antes de nuestra investigación, pero ahora, al menos desde un punto de vista relacional, nos encontramos en condiciones de decir que creemos que esto no ha sido un plan trazado por la familia, sino que se han relacionado de un modo difícil donde a su hijo lo han bloqueado hasta el aislamiento:

- Porque lo han ignorado por considerarlo incompetente
- Porque fue olvidado sin un espacio confirmatorio y dejado al margen de las interacciones

- Porque fue utilizado como un mensajero involuntario de tramas relacionales que no protagonizaba.

Claro que en muchos casos estos tres puntos puedan darse simultáneamente y “los caminos a la locura” (el nombre poético que damos a nuestra investigación), pueden ser más complejos aún.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ato, M., López, J. J., Benavente, A; (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29,1038-1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Barrera, M. D. M., Tonon, G., y Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74(74), 114-132.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. H. (1963). A note on the double bind—1962. *Family Process*, 2(1), 154-161.
- Bateson, G. (1985). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Argentina: Lohlé-Lumen.
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Boscolo, L., Cecchin, G., y Hoffman, L., Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (2005). *La terapia sistémica de Milán. Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Briones, B. (2012). *Elementos relacionales en esquizofrenia*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. España.
- Gómez, R. A., López-Alvarado, P. O., Bamba, B. M., Sanz, H. S., y González, E. M. (2016). Familia de transacción psicótica; entrelazando la teoría con la práctica clínica. *Revista Redes*, (33).
- Hamilton, E. B., Asarnow, J., Tompson, M. (1999). Family Interaction Styles of Children with Depressive Disorders, Schizophrenia-Spectrum Disorders, and Normal Controls. *Family Process*, 38(4), 463-476.
- Laing, R. (1983) *El yo dividido*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Laing, R. (1985) *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes: el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. *Terapia familiar y de pareja*, 166-178.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Herder Editorial.
- Linares, J. L., Castelló, N., y Colilles, M. (2001). La terapia Familiar de la psicosis como un proceso de reconfirmación. *Revista Redes*, (8).
- Linares, J. L., y Vallarino, D. (2008). Linares, J. L., “, V. (2008). Esquizofrenia y Eco-resiliencia. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, (19), 85-98.
- Madrid, H. M., y Calviño, M. P. (1990). Familia y esquizofrenia: una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de psicología*, 6(1), 11-20.

- Prata, G. (1988). Del juego simétrico de la pareja al juego psicótico de la familia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 8(27), 569-580.
- Robert, A., Escartí, M. J., Pérez, R., García, C., Pérez, V., y Tejedor, C. (2004). Clima familiar en pacientes con trastorno psicótico o afectivo. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(5), 260-263.
- Sampieri, R., H., Collado, C., F., Lucio, P., B. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta edición. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988). Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. Barcelona: Paidós, 1ª Edición.
- Watzlawick, P. (1963) A review of the Double Bind Theory. *Family Process*, 2(1), 132-153.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., y Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. 4a Ed. Barcelona: Herder.
- Wichstrøm, L., Holte, A., Husby, R., y Wynne, L. C. (1993). Competence in children at risk for psychopathology predicted from confirmatory and disconfirmatory family communication. *Family process*, 32(2), 203-22

En búsqueda del criminal: eventos emocionalmente significativos presentes en adultos reincidentes en la comisión de faltas administrativas

In search of the criminal: emotionally significant events present in recidivists adults in the commission of administrative offenses

Saul Rivas Gutiérrez^a, Eduardo Hernández González^b

^aInstituto Tzapopan, Jalisco, México (rivas.saul@gmail.com), ^bProfesor e investigador Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7225-4438>

Historia editorial

Recibido: 07-04-2017

Primera revisión: 07-06-2017

Aceptado: 018-08-2017

Palabras clave

faltas administrativas, reincidencias, prevención, delincuencia, eventos emocionalmente significativos

Resumen

El estudio de la conducta criminal ha sido un tema ampliamente abordado desde diversos puntos de vista, por lo que descubrir cuáles son las causas del comportamiento delincuencia parece ser una discusión que parece no tener fin. Por otro lado, el estudio de las faltas administrativas, es un campo poco explorado por nuestras disciplinas, quizá porque no causa tanto interés el estudio de un sujeto que escandaliza constantemente en la calle, comparado con aquel que ha robado o asesinado a una persona, sin embargo, este comportamiento de ser recurrente, es la puerta de entrada a una carrera delincencial. Después de la revisión teórica del comportamiento delictivo desde la perspectiva criminal, encontramos que la mayor parte de la investigación en este campo ha sido realizada con niños y adolescentes criminales, por ello nos propusimos explorar los factores asociados a la conducta reincidente en faltas administrativas de 61 personas, mayores de 18 años, que fueron detenidas en el municipio de Zapopan durante los meses de abril a julio de 2015, mediante la aplicación de un instrumento. Entre los resultados destacados encontramos una relación entre la presencia de los eventos emocionalmente significativos en la vida de los adultos reincidentes en faltas administrativas, el consumo de drogas y un estilo relacional particular de sus familias.

Abstract

The study of criminal behavior has been an issue widely addressed from several points of view, so finding out which one are the causes of delinquency behavior seems to be a discussion that seems to have no end. On the other hand, the study of administrative faults is a field little explored by our disciplines, perhaps because it does not cause so much interest the study of a person that constantly scandalizes in the street compared to one that has stolen or killed a person, however, this behavior of being recurrent, is the gateway to a criminal career. After the theoretical review of delinquent behavior from the criminal perspective, we found that most of the research in this field has been with criminal children and adolescents, that is why we proposed to explore the factors associated with the recidivism behavior in administrative offenses of 61 persons, aged 18 or over, who were detained in the municipality of Zapopan during the months of April to July 2015, through the application of an instrument. Among the results highlighted, there is a relationship between the presence of emotionally significant events in the lives of adults recidivists in administrative faults, drug use and a particular relational style of their families.

Keywords

administrative offenses, recidivism, prevention, crime, emotionally significant events.

El presente trabajo tiene como objetivo describir y mostrar la presencia de los eventos emocionalmente significativos en una muestra de personas mayores de 18 años reincidentes en faltas administrativas en el municipio de Zapopan, Jalisco, con un total de 61 casos que fueron detenidos por faltas administrativas durante los meses de abril a julio de 2015.

Nuestra hipótesis es que a partir de estos eventos emocionalmente significativos, la nutrición relacional se ve afectada, lo que en el contexto familiar inmediato, detona un estilo relacional particular que genera un estado emocional facilitador para la realización de faltas administrativas y, como demostraremos más adelante, el apego a alguna adicción. Un *Evento Emocionalmente Significativo* lo habremos de definir como un acontecimiento ocurrido durante el desarrollo del individuo, vinculado a la configuración familiar, en los términos de la nutrición relacional (Linares, 2012), donde se afecta la conyugalidad derivando en un parentalidad deficiente, lo que interrumpe el flujo del amor, el reconocimiento y la valoración, dejando a estos sujetos en un estado emocional donde el vínculo afectivo parental puede ser sustituido por otros apegos.

Distinguimos cuatro eventos específicos, ligados a la relación parental, como son: violencia, abandono, fallecimiento o separación de los padres, situaciones a la que si no se les da la atención adecuada para que los miembros de la familia puedan asimilar estos eventos, las funciones de protección y normatividad se verán comprometidas, produciendo una serie de condiciones que serán germen para la aparición de conductas socialmente inadecuadas, evolucionando, en casos más graves, hacia la adicción, puesto que, una vez que estos comportamientos aparecen, el flujo de la nutrición relacional se ve profundamente comprometido.

A partir de lo anterior, en este artículo exponemos, en primer lugar los resultados de una exploración documental sobre los modelos explicativos de la conducta delincinencial para contextualizar nuestros hallazgos en el campo de las teorías y los estudios previos sobre el tema. Enseguida, describimos los resultados obtenidos de la aplicación de una encuesta a la muestra seleccionada y analizamos los resultados mediante el análisis de correlación para identificar la presencia de eventos emocionalmente significativos, características relacionales de las familias y patrones de consumo de drogas en la muestra.

Por último, discutimos los resultados a la luz de las teorías revisadas y en particular a partir del concepto de ‘nutrición relacional’ propuesto y desarrollado por Juan Luis Linares (2012) que supone ser la vivencia subjetiva de sentirse amado, es decir, el amor complejo, basado en el reconocimiento y la valoración lo que constituye el elemento relacional esencial por ser la base para la construcción de la personalidad individual, con los componentes emocionales aportados por el cariño y la ternura.

Por tanto, la personalidad del individuo depende del adecuado manejo de las dos principales funciones de la relación parento-filial: la protección y la normatividad; si ambas funciones son llevadas a cabo de manera adecuada, el sujeto podrá encontrar una buena acomodación con la sociedad.

TEORÍAS DE LA CONDUCTA CRIMINAL

Existe un conjunto de modelos explicativos sobre el fenómeno de la conducta antisocial, utilizaremos la clasificación que Vázquez (2003) hace al respecto, “sin olvidar que una clasificación es siempre un recurso artificial para llegar al conocimiento integral de una realidad inagotable y proteiforme” (De Quiros, s/f).

En el primer bloque Vázquez agrupa las *Teorías Etiológicas de la Criminalidad*. En el bloque dos reúnen las *Teorías de la Criminalización* que son aquellas que se realizan bajo la visión y postura de la *Criminología Crítica*. Y finalmente, las *Teorías Integradoras*, que intentan armonizar los postulados de los dos bloques anteriores.

TEORÍAS PSICO-BIOLÓGICAS

Teorías que actualmente están en desuso, explican el comportamiento delincinencial a partir

de características orgánicas anómalas o disfuncionales. Es decir, las características biológicas del individuo lo predisponen en mayor o menor medida al delito.

Las primeras investigaciones reconocidas del estudio criminal surgen en la denominada *Escuela positivista italiana* integrada principalmente por Lombroso, Ferri y Garofalo. César Lombroso funda la criminología actual, con el desarrollo de la teoría del delincuente “nato” o criminal atávico (Vázquez, 2003).

Enrico Ferri y Raffaele Garofalo, discípulos de Lombroso, además de los factores biológicos, reconocieron que existen factores externos de tipo social y ambiental que tenían un impacto directo en la predisposición al crimen (Vázquez, 2003).

Las tipologías sobre la personalidad criminal, vinculaban la forma del cuerpo con la delincuencia, sus principales representantes son Ernst Kretschmer y William Sheldon quienes proponen algunas clasificaciones entre la forma del cuerpo y un temperamento particular que determinaban la personalidad criminal. Sheldon por su parte, compara las características físicas de los delincuentes con las de sus padres, señala que la predisposición criminal es hereditaria (Sheldon, 1949).

Estas teorías tienen su mayor esplendor con el trabajo realizado por Hans Eysenck (en Vázquez, 2003), quien, además de estudiar la predisposición genética, reconoce que también los factores ambientales (como la familia) juegan un papel importante durante la infancia para el desarrollo de conductas antisociales.

Otros estudios de las teorías bio-criminológicas han arrojado resultados poco confiables, investigaciones relacionadas con gemelos, solo han aportado que actualmente no se puede señalar un elemento genético de la delincuencia, pero sí que la genética contribuye a la predisposición a caer en la delincuencia. Los estudios realizados con individuos adoptados de ascendencia delincencial, o que sus padres adoptivos presentaban este tipo de conductas, no arrojan información contundente.

TEORÍAS SOCIOLÓGICAS

Un grupo de estas explicaciones se engloban en las *Teorías de la Socialización Deficiente* las cuales tienen como característica común que la conducta delictiva puede ser por imitación, asociación o integración a grupos con estas actividades o por el contrario, un proceso infantil deficiente en la socialización.

En contraparte a la *Escuela Positiva Italiana*, surgen en Francia dos vertientes: la Escuela Cartográfica y la Escuela Sociológica o Escuela Francesa de Lyon. De la Escuela Cartográfica, André-Michael Guerry¹, quien enfocó sus estudios en vincular la pobreza y la falta de estudios con la criminalidad. En la opinión de Vold, Bernard y Snipes (1998) las conclusiones a las que llegó Guerry son que la pobreza en sí misma, no es causa de los delitos, sino la falta de oportunidades. Por otro lado, los crímenes considerados como violentos eran más frecuentes en lugares con nivel de educación más elevado.

Lambert Adolphe Jacques Quételet desarrollo su hipótesis de la deprivación relativa; argumentaba la regularidad y constancia predecibles de los crímenes y que podían ser pronosticados mediante estudio estadístico que permitiera incidir en factores que inducían al sujeto a delinquir; concluyó que son los jóvenes los más propensos. Formuló lo que se denominan las *Leyes Térmicas* (Silva, 2003), que determinaban la comisión de actos delictivos según las incidencias del clima. Para este autor, el crimen es un fenómeno social normal, en tanto que es inevitable, regular, constante y necesario.

La *Escuela Sociológica* o Escuela Francesa de Lyon, en la voz de Alexandre Lacassagne, reconocía dos clases de factores criminógenos relevantes: los propios del sujeto, relativos a su estructura física y/o genética, y otros de índole social (incluso el clima como un factor), siendo los primeros

1 Abogado y estadista francés, desarrolló en su Ensayo sobre la Estadística Moral de Francia, su teoría geográfica que coincidía con las leyes térmicas de Quetelet, consideraba factores económicos, climatológicos y sociales, creando el primer mapa de criminalidad de Europa, concluyendo, entre otras, que no existe una correlación entre la ignorancia y el comportamiento criminal.

pre-disponentes y los últimos determinantes. Según esta postura, la criminalidad debe disminuir si se modifican o se transforman las causas sociales que la producen (Vázquez, 2003).

Gabriel Tarde, elaboró las Leyes de la imitación señalando dos clases: la de generación en generación, que es la tradición; y la que reproduce conductas de contemporáneos, que es la moda.

Las *Teorías Ecológicas*, o la Escuela de Chicago, con los trabajos de Clifford R. Shaw y Henry D. McKay (1969), quienes en palabras de Vázquez, afirman que:

... los barrios en los que hay un índice mayor de delincuencia, también acogen otra serie de problemas como invasión de industrias, inmigración, edificios deteriorados, mortalidad infantil y enfermedades siendo, a su vez, los residentes en estos barrios los más desfavorecidos económicamente de la ciudad (Vázquez, 2003, p. 12).

En otras palabras, en un contexto donde todo está desorganizado, la actividad criminal es una forma de vida organizada.

Sheldon y Eleanor Glueck (Glueck & Glueck, 1950), encontraron que 60% de las personas que habían cometido algún delito, provienen de los nombrados *broken homes*, que son familias que han sufrido la separación, divorcio o fallecimiento de los padres, lo que hacía pensar en una cierta relación con las conductas delincuenciales. Sin embargo, Gibson (1969), complementariamente, encontró que en aquellos hogares donde el padre había fallecido la relación con las conductas delictivas no era tan frecuente.

Estudios más recientes, como lo hechos por Edward Wells y Joseph H. Rankin (1991), ofrecen algunas conclusiones:

1. La correlación entre hogares rotos y delincuencia es más fuerte en relación con las malas conductas de los jóvenes (*status offenses*) y más débil respecto de conductas criminales más serias.
2. No hay evidencias consistentes de los impactos negativos de los padrastros en la delincuencia juvenil, entre otras.

Dentro de la clasificación que hace Vázquez (2003) de las *Teorías del Aprendizaje* de la conducta criminal, incluye la *Teoría del Aprendizaje Social* de Albert Bandura (1987) en la que define que el comportamiento humano consiste en una interacción recíproca y continua entre lo cognoscitivo, lo pragmático o comportamental y lo ambiental. Señala que las variables sociales pueden tener un efecto importante en la adaptación o modificación de la conducta así como el desarrollo de la personalidad de los individuos constituyentes de dicha sociedad (Bandura & Walters, 1988).

Edwin Sutherland parte de la premisa de que el comportamiento desviado o delincencial, al igual que el comportamiento normal o social, es aprendido. Desarrolla la *Teoría de la Asociación Diferencial* o los contactos diferenciales. La conclusión a la que Sutherland llega, según Lamnek (1987), es que si los juicios negativos frente al comportamiento inadecuado son inferiores a las actitudes positivas referentes a esta conducta, la probabilidad de incurrir en un acto delincencial se elevan.

Albert Cohen (1955), con la *Teoría de las Subculturas*, señala que los problemas de adaptación se solucionan regularmente de manera normal. David (1979) concluye respecto a los trabajos de Cohen, que si las respuestas no cumplen con las expectativas del grupo primario se buscará algún otro grupo que proporcione la respuesta adecuada. Así, cuando no hay respuestas institucionales para un grupo amplio de sujetos con problemas de adaptación, se produce el surgimiento de una subcultura.

Sykes y Matza, mediante la *Theory of neutralization and drift*, explican las discrepancias entre las teorías de las normas de la subcultura y las dominantes de la sociedad, con respecto de la *Teoría de la Asociación Diferencial*. Estos autores desarrollaron previamente las ‘técnicas de neutralización’ (Sykes & Matza, 1957) que son, en conclusión de Vázquez “palabras y frases que excusan o justifican el comportamiento contrario a la ley, razones que se esgrimen después de cometida una acción ilegal para justificarse y ahuyentar cualquier sentimiento de culpa en el sujeto” (2003, p. 21).

Las *Teorías de la Estructura Social Defectuosa*; entre ellas la de Émile Durkheim (1995), quien utiliza el término “anomia” para referirse al delito. Para él, “este concepto expresa las crisis, pertur-

baciones de orden colectivo y desmoronamiento de la normas y valores vigentes en una sociedad, como consecuencia de una transformación o cambio social producido súbitamente” (Vázquez, 2003, p. 22). Sin embargo, no es sino Robert K. Merton, (1980) quien desarrolla la *Teoría de la estructura social y de la anomia*, donde pretende elucidar desde la sociología, “como algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta inconformista y no una conducta conformista” (pp. 209- 210). Anomia es concebida, según Merton, como “la quiebra de la estructura cultural, que tiene lugar en particular cuando hay una disyunción aguda entre las normas y los objetivos culturales y las capacidades socialmente estructuradas de los individuos del grupo para obrar de acuerdo con ellos” (1980, p. 241).

Richard Cloward y Lloyd Ohlin (1960) desarrollan la Teoría de la Desigualdad de Oportunidades, que combina la Teoría de la Asociación y la propuesta de Merton. En sus propias palabras

el concepto de la estructura de la desigualdad de oportunidades nos permite unir la teoría de la anomia, que reconoce el concepto de diferencias en el acceso a medios legítimos, y la “tradicón de Chicago” en la que el concepto de diferencias en el acceso a los medios ilegítimos está implícito (1960, p. 151);

lo que genera en los individuos un alto nivel de frustración.

Robert Agnew añade que la frustración se presenta en varios tipos dependiendo de las aspiraciones y logros; concluye que estas situaciones se ponen de manifiesto cuando no te tratan como a ti te gustaría que te trataran (Cid & Larrauri, 2001).

Travis Hirschi formula la *Teoría del Control o Arraigo Social* (1969), donde plantea que el control se ejerce desde fuera del individuo pero a su vez emerge del mismo, por lo cual, si una persona pierde o carece de vínculo social es más propenso a la comisión de actos delincuenciales. Según esta visión, nuestros vínculos con la sociedad en la que vivimos son las que determinan si emerge la conducta delictiva.

Michael Gottfredson en compañía de Hirschi desarrollan la *Teoría del self-control* (Gottfredson & Hirschi, 1990), aduciendo que este autocontrol que facilita el obtener la capacidad de postergar la satisfacción de algunas gratificaciones, es al mismo tiempo la herramienta principal para resistir tanto al crimen como a otras conductas llamadas desviadas.

Las Teorías de la Criminalización surgen como crítica a la *Criminología Tradicional* poniendo a discusión el concepto mismo de delincuencia. En palabras de Vázquez: “Parte de la premisa de que las normas y su aplicación no constituyen una realidad objetiva y neutral, sino que configuran una forma de control cultural y socialmente determinado” (2003, p. 34).

Por lo que la comprensión del fenómeno pasa de tratar de entender por qué la gente comete estos actos, a intentar descifrar los mecanismos mediante los cuales se define y se sanciona, por parte de quienes se encargan del control social, a la delincuencia.

En esta categoría existe la Teoría del etiquetado o de la reacción social o labeling; cuyo enfoque pretende poner énfasis en los cambios que suceden en la identidad del individuo que ha sido señalado con alguna etiqueta de comportamiento (inadaptado, loco, delincuente). En este sentido el sistema de justicia juvenil, opuestamente a sus objetivos, termina por sostener eso que pretende controlar.

Howard S. Becker (1985) afirma en su trabajo que la conducta desviada o delincencial no lo es en sí misma, sino que son aquellas estructuras legales instauradas las que clasifican ciertos comportamientos como tales. Es decir, es la sociedad en la que está inmerso el sujeto la que determina si un comportamiento se considera como desviado o no.

La *Criminología Crítica o Radical*, surgida en los años sesenta y setenta, afirma que el delito es producto de los ordenamientos sociales establecidos, por tanto, para que el mismo desaparezca habrán de desaparecer esos ordenamientos, lo cual supondría una transformación completa de los paradigmas sociales. En otras palabras, si cambiamos las condiciones sociales imperantes, el comportamiento delincencial, habrá de desaparecer.

Un último grupo de teorías criminológicas denominadas *Integradoras*, recuperan elementos de los dos grupos de teorías mencionadas anteriormente, su objetivo es utilizar lo mejor de diversas posturas para desarrollar un enfoque más amplio, que contemple aspectos personales, sociales, culturales y estructurales que puedan explicar de mejor manera el comportamiento delictivo.

Existen algunos planteamientos que afirman que son los jóvenes de clase baja que abandonaron la escuela quienes son los más propensos a la conducta delincinencial (Farrington, Ohlin, & Wilson, 1986), dichos argumentos conllevan riesgos, primero, que el comportamiento delincinencial es una actividad de los ‘pobres’, especialmente aquellos que dejaron la escuela, cosa que en otras investigaciones se ha probado que este comportamiento no está necesariamente ligado a esa condición económica (Vold, Bernard, & Snipes, 1998); además que reduce el objetivo de este comportamiento a la satisfacción de poder y bienes materiales.

En la exploración de los modelos que explican la conducta criminal que hemos expuesto hasta aquí, se observa que en su totalidad son explicaciones del comportamiento de personas que, desde el punto de vista de la ley, han cometido delitos graves y que son sujetos de una sanción penal. En virtud de lo anterior y de que nuestro interés se sitúa en conductas, aunque no propiamente delictivas, que sí representan una transgresión a la ley, nosotros buscamos una explicación que desde otro ángulo nos permita, si no explicar, si identificar los factores asociados que pueden aportar conocimiento para la comprensión de este fenómeno.

Por ello, en el presente trabajo recuperamos las dimensiones de la nutrición relacional (Linares, 2012) en el seno de la familia, y el cuadro emocional derivado de este contexto relacional en el sentido que lo plantea Medina (2011) quien explica la nutrición relacional de la siguiente manera:

Linares (1996, 2002; Linares y Campos, 2000) propone un diagnóstico relacional a partir de la teoría clásica de la triangulación en torno a la conyugalidad y parentalidad, para integrarle como eje de análisis la nutrición relacional, es decir, el amor, el reconocimiento y la valoración (p. 291).

A partir de esto, nos interesa mostrar que los sujetos que participaron en este estudio, tienen una nutrición relacional deficiente en sus familias de origen; existe en su historia algún evento emocionalmente significativo bien definido, y tienen un patrón de consumo frecuente de drogas.

2. MÉTODO

El trabajo se realizó mediante un diseño no experimental y no probabilístico de tipo correlacional descriptivo, para identificar y describir las variables y las relaciones que se dan de forma natural entre las mismas. En este caso, las variables propuestas para establecer su relación son las socio-demográficas, la incidencia de detenciones con respecto de los eventos significativos, el tipo de familia y las características relacionales de ésta.

HIPÓTESIS

Las hipótesis que guiaron nuestro estudio parten del supuesto de que son los más jóvenes quienes en mayor medida reinciden en la comisión de faltas administrativas, dado que son quienes aún mantienen una relación estrecha y de dependencia con sus familias de origen y son más susceptibles a los estilos relacionales caracterizados por relaciones nutricias deficientes. Asimismo, la presencia de los eventos significativos en familias con deficiente nutrición relacional afecta en mayor medida a sus miembros, dada su baja capacidad para enfrentarlos.

A partir de estos supuestos nuestras hipótesis son:

1. Los jóvenes entre los 18 y los 30 años son más propensos a reincidir en la comisión de faltas administrativas.
2. Los jóvenes entre los 18 y los 30 años reincidentes en la comisión de faltas administrativas, tienen en su historia personal algún evento emocionalmente significativo.

PARTICIPANTES

La selección de los participantes fue mediante una muestra no probabilística y la distribución se realizó mediante un muestreo accidental compuesto por personas mayores de 18 años capturadas por la policía municipal y que resultaron ser reincidentes en faltas administrativas en el municipio de Zapopan, Jalisco, en un periodo de cuatro meses (de abril a julio de 2015, que fue el periodo autorizado por la jefatura de policía de Zapopan). En total se captaron 61 personas que cubrieron los requisitos.

INSTRUMENTOS/MATERIALES

El levantamiento de los datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de autoría propia basado en indicadores derivados de las teorías revisadas y en particular de la teoría relacional de Linares (2012). En la exploración de la literatura sobre el tema constatamos que la comisión de faltas administrativas no ha sido foco de atención de las teorías criminalísticas y no existen instrumentos desarrollados para su estudio. El cuestionario aplicado contiene 41 preguntas de tipo cerrado: de los cuales 16 recaban información respecto de la situación socio-demográfica. Siete se refieren al historial de detenciones. Ocho exploran el historial de adicciones. Siete reactivos se refieren a datos de las relacionales familiares. Un reactivo vinculado con las expectativas futuras. Dos reactivos de calificación. Donde se define el tipo de familia en la que el sujeto se desarrolla y el evento emocionalmente significativo.

PROCEDIMIENTO

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS-v21 y consistió en el análisis de frecuencias, proporciones y correlaciones entre las variables propuestas en las hipótesis.

3. RESULTADOS

El problema de las infracciones administrativas es que, aunque en las estadísticas relevantes de los municipios no figuran como un problema de salud o social, el número de detenidos por cometerlas es muy elevado. A continuación se muestra las tablas estadísticas relativas al número de personas remitidas al Juzgado Municipal de Zapopan, durante los años 2012, 2013 y 2014:

Año	2012	2013	2014
Total	16988	19522	13943

Tabla 1. Número de detenidos por cualquier motivo, años 2012-2014. Elaboración Propia.

La población que interesa para este estudio son los ingresos por faltas administrativas:

Año	2012	2013	2014
Total	11046	13679	9128

Tabla 2. Número de detenidos por faltas administrativas, años 2012-2014. Elaboración propia

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Del análisis de los datos, se obtuvieron las siguientes características socio-demográficas de la muestra:

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	57	93.4
Femenino	4	6.6
Total	61	100

Tabla 3. Distribución por sexo del total de la muestra. Elaboración propia

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
18	8	13.1	13.1
19	4	6.6	19.7
20	2	3.3	23
21	5	8.2	31.1
22	3	4.9	36.1
23	2	3.3	39.3
24	1	1.6	41
25	4	6.6	47.5
26	4	6.6	54.1
27	4	6.6	60.7
29	1	1.6	62.3
30	3	4.9	67.2
32	3	4.9	72.1
34	2	3.3	75.4
35	4	6.6	82
36	2	3.3	85.2
38	2	3.3	88.5
39	2	3.3	91.8
41	2	3.3	95.1
42	1	1.6	96.7
44	1	1.6	98.4
47	1	1.6	100
Total	61	100	

Tabla 4. Edad del total de la muestra. Elaboración propia

El porcentaje de mayor frecuencia se encuentra entre los 18 años, al llegar a los 27 años hemos alcanzado ya el 60% de la muestra, lo que comprueba la primera hipótesis planteada.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	6	9.8
Soltero	40	65.6
Unión libre	15	24.6
Total	61	100

Tabla 5. Estado civil del total de la muestra. Elaboración propia

El porcentaje más elevado se encuentra entre los solteros.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Albañil	10	16.4
Almacenista	1	1.6
Aluminero	1	1.6
Carnicero	1	1.6
Carpintero	1	1.6
Cocinera	1	1.6
Comerciante	8	13.1
Desempleado	6	9.8
Detallador	1	1.6
Electricista	2	3.3
Empleado de auto lavado	1	1.6
Empleado de refaccionaria	1	1.6
Fierrero	2	3.3
Frutero	1	1.6
Herrero	2	3.3
Igualador	1	1.6
Inspector	1	1.6
Laminero	2	3.3
Lavacoche	2	3.3
Limpiavidrios	1	1.6
Mecánico	2	3.3
Mesero	1	1.6
Obrero	1	1.6
Operador maquinaria pesada	1	1.6
Operador tracto-camión	2	3.3
Pintor	3	4.9
Remodelador	1	1.6
Seguridad privada	2	3.3
Taxista	1	1.6
Tornero	1	1.6
Total	61	100

Tabla 6. Ocupación del total de la muestra. Elaboración propia

El 100% de los remitidos, ejercen algún tipo de oficio, no hay profesionistas remitidos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna	3	4.9	4.9
Primaria incompleta	9	14.8	19.7
Primaria completa	10	16.4	36.1

Secundaria incompleta	15	24.6	60.7
Secundaria completa	14	23	83.6
Preparatoria incompleta	8	13.1	96.7
Preparatoria completa	2	3.3	100

Tabla 7. Escolaridad del total de la muestra. Elaboración propia

El 60.7% de los entrevistados, cuentan con la secundaria incompleta, sumando a quienes completaron la secundaria se alcanza el 83.6 %.

Reincidencias	Frecuencia	Porcentaje
Una	13	22.9
De dos a tres	25	41
Más de tres	22	36.1
Total	61	100

Tabla 8. Reincidencias del total de la muestra. Elaboración propia

El 77.1% de la muestra, han tenido más de dos reincidencias.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Procuraduría General de la República	4	23.5
Fiscalía General del Estado de Jalisco	13	76.5
Total	17	100

Tabla 9. Ingreso a otras dependencias. Elaboración propia

Diecisiete de los entrevistados, correspondiente al 27.8%, ha ingresado en otras dependencias, como a la Fiscalía General del Estado de Jalisco (FGE) o la Procuraduría General de la República (PGR) dependiendo si el acto cometido es punible por el Estado o por la Federación de conformidad con la legislación establecida.

Motivo de ingreso a otras dependencias	Frecuencia	Porcentaje
Agresión	4	6.6
Daños	1	1.6
Poseer ilegal sustancia	10	16.4
Robo auto	1	1.6
Tentativa de robo	1	1.6
Total	17	27.8

Tabla 10. Motivo de ingreso a otras dependencias. Elaboración propia

Sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	18	29.5
Tabaco	1	1.6
Otras	42	68.9
Total	61	100

Tabla 11. Uso de Sustancias. Elaboración propia

Los participantes están vinculados al consumo de alguna sustancia, siendo “Otras” sustancias, las cuales se describirán en la tabla subsecuente, la que cuenta con el mayor porcentaje de consumo:

Uso de otras sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Cocaína	3	4.9
Cristal	4	6.6
Inhalante	5	8.2
Mariguana	28	45.9
Pastillas psicotrópicas	1	1.6
Pegamento	1	1.6
Total	42	68.8

Tabla 12. Uso de otras sustancias. Elaboración propia

La mariguana es la sustancia más utilizada.

Tiempo de consumo	Frecuencia	Porcentaje
Un año	7	11.5
Dos a Tres años	4	6.6
Más de tres años	50	82
Total	61	100

Tabla 13. Tiempo en el consumo de sustancias. Elaboración propia

El 82% está en un proceso de adicción de más de 3 años de evolución.

Periodicidad	Frecuencia	Porcentaje
Cada tercer día	4	6.6
Diario	41	67.2
Ocasional	1	1.6
Semanal	15	24.6
Total	61	100

Tabla 14. Periodicidad de consumo de sustancias. Elaboración propia

El 67.2% está vinculado al consumo de sustancias con una frecuencia de uso diario.

Finalmente, el 95.1% de la muestra tiene en su historia familiar algún evento emocionalmente significativo.

Eventos emocionalmente significativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	4.9
Separación de los padres	22	36.1
Violencia familiar	6	9.8
Abandono de uno de los padres	9	14.8
Fallecimiento de uno de los padres	15	24.6
Otro	6	9.8
Total	61	100

Tabla 15. Eventos emocionalmente significativos. Elaboración propia

El 85.3 % de los entrevistados presentaron en su historia familiar un evento emocionalmente significativo vinculado a la situación relacional de los padres.

Eventos emocionalmente significativos	Frecuencia	Porcentaje
Abandona a la familia por homicidio a los 16 años	1	1.6
Relación de pareja conflictiva	1	1.6
Separación de la pareja	2	3.3
Vive en la calle	2	3.3
Total	6	9.8

Tabla 16. Eventos emocionalmente significativos. Elaboración propia.

De la categoría de “Otro”, que representan el 9.8%, se identificó la presencia de eventos variados.

CORRELACION ENTRE LOS EVENTOS EMOCIONALMENTE SIGNIFICATIVOS, EL USO DE SUSTANCIAS Y EL NIVEL EDUCATIVO

A continuación se presentan las correlaciones entre los eventos emocionalmente significativos y el uso de sustancias, así como datos socio-demográficos relativos al nivel de escolaridad:

		Uso de sustancias			Total
		Alcohol	Tabaco	Otras	
Evento emocionalmente significativo	Ninguno	0	0	3	3
	Separación de los padres	8	0	14	22
	Violencia familiar	1	1	4	6
	Abandono de uno de los padres	2	0	7	9
	Fallecimiento de uno de los padres	5	0	10	15
	Otro	2	0	4	6
	Total	18	1	42	61

Tabla 17. Eventos emocionalmente significativos y uso de sustancias (frecuencias).
Elaboración propia.

La separación de los padres agrupa un total de 22 personas, siendo el apartado de “Otras” sustancias el grupo más grande, mismo que se detalla en la tabla siguiente:

		Alcohol y tabaco	Cocaína	Cristal	Inhalante	Mariguana	Pastillas psicotrópicas	Pegamento	Total
Eventos emocionalmente significativos	Ninguno	0	1	0	0	2	0	0	3
	Separación de los padres	8	0	2	1	10	1	0	22
	Violencia familiar	2	1	0	0	2	0	1	6
	Abandono de uno de los padres	2	0	1	2	4	0	0	9
	Fallecimiento de uno de los padres	5	1	1	2	6	0	0	15
	Otro	2	0	0	0	4	0	0	6
Total		19	3	4	5	28	1	1	61

Tabla 18. Eventos emocionalmente significativos y tipo de sustancia utilizada (frecuencias).
Elaboración propia

		Tiempo de evolución			Total
		Un año	Dos a Tres años	Más de tres años	
Evento emocionalmente significativo	Ninguno	0	0	3	3
	Separación de los padres	3	3	16	22
	Violencia familiar	0	0	6	6
	Abandono de uno de los padres	2	0	7	9
	Fallecimiento de uno de los padres	1	0	14	15
	Otro	1	1	4	6
Total		7	4	50	61

Tabla 19. Eventos emocionalmente significativos y Tiempo de evolución en el consumo de algún tipo de sustancia (frecuencias). Elaboración propia.

		Patrón de consumo				Total
		Cada tercer día	Diario	Ocasional	Semanal	
Evento emocionalmente significativo	Ninguno	0	2	0	1	3
	Separación de los padres	3	12	0	7	22
	Violencia familiar	0	6	0	0	6
	Abandono de uno de los padres	0	7	1	1	9
	Fallecimiento de uno de los padres	1	10	0	4	15
	Otro	0	4	0	2	6
Total		4	41	1	15	61

Tabla 20. Eventos emocionalmente significativos y Patrón de consumo de algún tipo de sustancia (frecuencias). Elaboración propia.

		Escolaridad							Total
		a	b	c	d	e	f	g	
Evento emocionalmente significativo	Ninguno	0	1	1	0	0	1	0	3
	Separación de los padres	0	3	3	8	3	3	2	22
	Violencia familiar	0	0	1	1	3	1	0	6
	Abandono de uno de los padres	1	0	0	3	4	1	0	9
	Fallecimiento de uno de los padres	1	3	3	3	4	1	0	15
	Otro	1	2	2	0	0	1	0	6
Total		3	9	10	15	14	8	2	61
a= Ninguna b= primaria incompleta c = primaria completa d= secundaria incompleta		e= secundaria completa f= preparatoria incompleta g= preparatoria completa							

Tabla 21. Eventos emocionalmente significativos y Nivel de Escolaridad (frecuencias). Elaboración propia

4. DISCUSIÓN

Los resultados mostrados evidencian que, aunque el tamaño de la muestra no permite verificar correlaciones significativas a través de pruebas estadísticas, en el historial de vida de las personas que participaron en este estudio aparecen como antecedente eventos emocionalmente significativos, y en su configuración familiar se observan rasgos que la teoría de la nutrición relacional ha identificado, los cuales, para los objetivos de la disciplina psicológica, abren la posibilidad para comenzar a trabajar a mayor escala con esta población.

La población descrita, no encajará en ninguno de los planteamientos teóricos revisados que estudian la etiología de la conducta criminal, pues no han cometido ningún delito, sino que solo han cometido faltas administrativas. Sobre este fenómeno, que es la antesala para el comportamiento delincucional, no existen estudios en la literatura especializada. Algunos modelos explicativos de la criminología, tienen cruzamientos de concepción teórica cercanos al pensamiento sistémico, aunque esto no sea intencionado por aquellos quienes hicieron esos planteamientos, lo que facilita el acercamiento a este fenómeno desde esta perspectiva particular.

Los planteamientos de la escuela Positivista Italiana, que actualmente están en desuso, pretendían determinar el comportamiento delincucional a partir de la estructura orgánica de los individuos, situación que dio pie a la creación de toda una nueva disciplina; sin embargo, el surgimiento de esta nueva discusión sobre la explicación del comportamiento criminal generó el surgimiento de distintas posturas ante este hecho.

Los primeros estudios que trataban de vincular a los padres con los hijos, fueron los trabajos de Sheldon y Eynseck, siendo este último el primero en vincular el ambiente familiar al comportamiento criminal, considerándolo como factor importante en el desarrollo de la personalidad a edad temprana, situación que también se logra apreciar en este estudio, toda vez que los eventos emocionalmente significativos, ocurrieron precisamente en una época temprana del desarrollo.

De las Escuelas Sociológicas son los estudios de los Glueck, los primeros en considerar que familias donde ocurrió la separación, divorcio o fallecimiento de los padres, estaban ligadas al comportamiento antisocial, elementos que también podemos evidenciar en este análisis, sin embargo, la postura desde la cual se analiza este hecho es muy diferente al propósito del presente trabajo. Esta escuela vuelca sus esfuerzos en tratar de encontrar la respuesta en la estructura y los factores que como grupo social sostienen y dan posibilidad al surgimiento de estos comportamientos.

Las Teorías de la Criminalización ofrecen una vuelta sobre la perspectiva, una deconstrucción del concepto mismo de delincuencia, poniendo el foco sobre la construcción social de dichos comportamientos, dando un giro lingüístico, dado que ya no era importante la estructura física, ni social, sino el cómo definimos estas conductas. La Criminología Crítica dedica sus esfuerzos a encontrar en los ordenamientos sociales explicaciones, que siendo de amplio panorama, encontraban en sus respuestas el problema para aliviar el sufrimiento de las personas que estaban pasando por estos escenarios; para este momento, los miembros de una familia y sus efectos en la construcción de las personalidades que violenten las normas establecidas, habían quedado totalmente fuera del horizonte.

Otros estudios tratan de vincular la baja escolaridad y la pobreza al desarrollo de comportamientos delincuenciales, lo que, por deducción convierte a más de la mitad de la población de México en delincuentes potenciales, situación ilógica de no cuestionar; y aunque la mayor parte de las personas que participaron en este estudio presentan una baja escolaridad, también es verdad que existen factores culturales y prejuicios asociados a estas detenciones.

Podemos observar que, después del análisis de la información, como muestra la tabla 6, el 100% de los entrevistados remitidos al Juzgado Municipal de Zapopan, ejercen algún tipo de oficio, es decir, no hay ningún profesionista que haya sido remitido, lo cual quiere mostrar que, además de la situación social-económica-política, existe una criminalización de la pobreza por parte de los elementos policíacos, quienes prestan más atención a individuos con ciertas características en su apariencia que a otras, siendo así que ser hombre, con edades entre los 18 y los 25, albañil o comerciante es el perfil con mayor incidencias.

Del 27.8% que muestra la tabla 9, además de ser reincidentes en faltas administrativas, han evolucionado hacia la comisión de conductas criminales, como las mostradas en la tabla 10. Este grupo demuestra lo prioritario de comenzar con las actividades preventivas a fin de evitar esta evolución. Conjuntamente, las tabla 11 y 12 nos muestran que estas conductas están ligadas a una adicción, comenzando, generalmente, de forma posterior a la ocurrencia de los eventos emocionalmente significativos; las tablas 13 y 14 muestran que dichos comportamientos ocurren de manera diaria

y con un historial de más de tres años, siendo el resultado más contundente la tabla 15, misma que prueba que el 85.3% de la muestra cuenta con un evento emocionalmente significativo en su historia personal, vinculando así los comportamientos antisociales, pero entendiéndolos a través de la deficiencia en la nutrición relacional.

Se puede inferir que la existencia de un evento emocionalmente significativo genera un cuadro emocional consecuente, que interrumpe el flujo del amor complejo en la relación parento-filial; esto aunado a un inadecuado manejo de dicho cuadro emocional en términos de las funciones de protección y normatividad por parte del tutor, predispone a la generación de ciertos patrones conductuales referentes a la violación de los estatutos de convivencia social, y en su caso, al consumo de sustancias (drogas), lo que, generalmente, termina por obstaculizar el cariño y la ternura con sus otros significativos, tan necesarios para la formación de la personalidad y de la vivencia subjetiva de sentirse amado. De ahí que, si el individuo ha caído en algún consumo, el apego a las sustancias sea tan complicado de erradicar, toda vez que la persona ha sustituido el vínculo emocional con sus seres significativos por el vínculo con la droga, por lo que, incluso, podemos comenzar a vincular la adicción o el consumo de drogas con un cierto tipo de configuración relacional, pero eso sería materia de otro estudio.

Teniendo esto en cuenta se obtienen los siguientes resultados:

Que la separación de los padres, así como el fallecimiento de los mismos, engloban la amplia mayoría de los eventos emocionalmente significativos vinculados al consumo de alguna sustancia, siendo la marihuana la que reporta la mayor frecuencia en su consumo por todos los segmentos de la muestra, tal como se muestra en la tabla 17 y 18.

El grupo más amplio cuenta con más de tres años de evolución en el consumo (Tabla 19).

El mayor índice de personas que se encuentran en un patrón de consumo diario se localiza en los grupos de 'separación de los padres' y de 'fallecimiento de uno de los padres' (Tabla 20).

La vinculación entre los eventos emocionalmente significativos y el nivel de escolaridad, el cual es bajo en aquellos que han experimentado en su historia personal alguna eventualidad de las mencionadas, siendo que 51 de los 61 entrevistados completaron la escuela secundaria.

Algunos de los planteamientos que revisamos al principio, describen personas con características muy similares a las que participaron en este trabajo, razón de más para contemplar en esta población la oportunidad de prevenir y evitar delitos mayores.

5. CONCLUSIONES

Mediante el presente estudio, se logra confirmar las dos hipótesis: 1) los jóvenes entre 18 y 30 años son propensos a reincidir en la comisión de faltas administrativas y 2) los jóvenes entre 18 y 30 años reincidentes en la comisión de faltas administrativas, efectivamente tienen en su historia personal algún evento emocionalmente significativo.

Estos sujetos están vinculados a relaciones afectivas con sus padres donde la nutrición relacional al verse afectada con estos eventos emocionalmente significativos, genera un cuadro emocional que facilita la aparición de los actos que devienen en faltas administrativas.

Pudimos observar cómo todos los participantes están vinculados a un proceso de consumo de alguna sustancia desde hace ya años, lo que nos advierte de un problema de salud grave y creciente, por tanto, ejercer políticas adecuadas para la atención de esta población, reducirá de manera contundente un problema que es de gran escala.

La afectación de la nutrición relacional ligada a alguno de los eventos emocionalmente significativos mencionados, tiene además una alta vinculación con la deserción escolar.

Finalmente, debemos comprender que no se trata de criminales o inadaptados, sino de personas que requieren apoyo, tanto por parte de las instituciones como de la sociedad en general, pero principalmente, de las personas significativas para los mismos. Es decir, necesitan una reinserción

satisfactoria en la sociedad, acompañado de reconstruir las relaciones afectivas que mejoren la nutrición relacional, consiguiendo que esto se vuelva el principal motor de cambio, la aceptación desde sus unidades básicas de apoyo, sus familias.

En palabras de Alfredo Canevaro,

lograr poner en práctica las condiciones de un encuentro emocional que pueda recrear las condiciones de una nutrición afectiva y de una confirmación de sí mismos, ayuda a los pacientes a encontrar el impulso espontáneo para la realización de sus proyectos autónomos (2012, pág. 37).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. (trad. Ángel Rivière) Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A., y Walters, R. H. (1988). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beccalossi, C. (2010). Lombroso, Cesare: the criminal man. En F. Cullen y P. Wilcox, (Eds). *Encyclopedia of criminological theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Becker, H. (1985). *Outsiders. Études de Sociologie de la deviance*, (trad. Briand y Chapoulie), París:Éditions A. M. Métailié
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Cid, J., y Larrauri, E. (2001). *Teorías criminológicas*. Barcelona: Bosch.
- Cloward, R., y Ohlin, L. E. (1960). *Delinquency and Opportunity: A theory of delinquent gangs*. New York: Free Press.
- Cohen, A. (1955). *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*. Nueva York: Free Press of Glencoe
- David, P. (1979). *Sociología Criminal Juvenil*, 5ª ed. Buenos Aires: Depalma
- De Quiros, C. B. (s/f). *Biblioteca Jurídica Virtual UNAM*. Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/17/dtr/dtr8.pdf>
- Durkheim, É. (1995). *La división del trabajo*. (trad. C. G. Posada) (3ra ed.) Madrid: Akal.
- Farrington, D., Ohlin, L., y Wilson, J. (1986). *Understanding and controlling crime*. New York: Springer-Verlag.
- Glueck, S., y Glueck, E. (1950). *Unraveling juvenile delinquency*. New York: Commonwealth Fund.
- Gottfredson, M., y Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Lamnek, S. (1987). *Teorías de la criminalidad: una confrontación crítica*. México: Siglo XXI Editores
- Linares, J. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones*. Guadalajara: Centro Universitario de la Ciénega de la Universidad de Guadalajara.
- Merton, R. (1980). *Teoría y estructura sociales*. (trad. Torner, F.; Borques, R.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Shaw, C., y McKay, H. (1969). *Juvenile delinquency and urban areas*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sheldon, W. (1949). *Varieties of delinquent youth*. Nueva York: Harper and Brothers.
- Silva, A. (2003). *Criminología y Conducta Antisocial*. México DF: Ed. Pax
- Sutherland, E. (1947). *Principles of Criminology*. Filadelfia: J.B. Lippincott.
- Sykes, G., & Matza, D. (1957). *Techniques of neutralization*. Indianapolis: Bobbs-Merrill, College Division.

- Vázquez, C. (2003). *Delincuencia Juvenil. Consideraciones penales y criminologías*. Madrid, España: S. A. Colex.
- Vold, G., Bernard, T., y Snipes, J. (1998). *Theoretical criminology*. New York: Oxford University Press.
- Wells, L., y Rankin, J. (1991). Families and Delinquency: A Meta-Analysis of the Impact of Broken Homes. *Social Problems*, 71-93

Resilient and maladaptive characteristics in the process of suicide mourning in families.

Laura Esther Benitez Perez^a

^aDoctoranda en Universitat de Barcelona (lbenitpe9@alumnes.ub.edu)

Historia editorial

Recibido: 26-06-2017

Primera revisión: 04-08-2017

Aceptado: 27-10-2017

Palabras clave

suicidio, duelo, familia, características maladaptativas, características resilientes

Resumen

La persona que comete el suicidio se ha ido, dejando a muchas personas afectadas por la muerte, principalmente sus familiares. Por ello es importante observar las dinámicas familiares que se dan en este proceso de duelo, observar sus características y de qué manera afectan en el proceso, para que así se pueda mejorar la calidad de vida de estas personas que sufren una pérdida importante. Se llevó a cabo un análisis temático, de las sesiones de terapia con personas afectadas por el suicidio de alguno de sus familiares, los participantes del estudio consistieron en tres familias y tres individuos. Las coincidencias que se lograron identificar fueron divididas en dos grupos, a las características que crean mayores dificultades para adaptarse a la nueva situación y fomentan mayores síntomas y patologías posteriores al suceso, se les denominó maladaptativas; mientras que a las características que a pesar de las circunstancias generan mayor adaptación a la nueva situación se les denominó resilientes. Observar estas características, nos ayuda a entender más el proceso de duelo por suicidio en las familias y nos da información sobre el tratamiento psicológico de estas personas.

Abstract

The person who commits suicide is gone, leaving behind many persons that end up affected by the death, mainly their families. For this reason it is important to observe the family dynamics as a result of this bereavement process, so this people can improve their life quality. Several sessions of therapy were analyzed using the thematic analysis technique, the participants were three families and three individuals affected by suicide of one of their family members. The coincidences founded were divided in two groups, the characteristics that difficult the family to adapt to the new situation, and that generates more symptoms and pathologies after the suicide were called maladaptive. And the characteristics which despite the circumstances help families adapt easier to the new situation were called resilient. This research can help as a referent for the health professionals about what characteristics is better to avoid, and witch characteristics are better to incorporate.

Keywords

Suicide, mourning, family, maladaptive characteristics, resilient characteristics

El suicidio es una muerte confusa, y sus causas son complejas, multi determinadas y poco comprendidas” (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008, p. 39).

El suicidio en el 2015 fue la segunda causa de muerte en personas de entre 15 y 29 años de edad en todas la regiones del mundo, ya sea en países desarrollados o no; 800, 000 personas al año se quitan la vida en el mundo y otras, han intentado cometerlo. El suicidio es un fenómeno trágico que se considera actualmente como un grave problema de salud pública. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La persona que comete el suicidio se ha ido, dejando a muchas personas afectadas por la muerte, principalmente sus familiares, por ello es importante observar las dinámicas familiares que se dan en este proceso de duelo, observar sus características y de qué manera afectan positiva o negativamente en el proceso, para que así se pueda mejorar la calidad de vida de estas personas que sufren una pérdida importante.

El duelo por suicidio suele ser más complicado que otras clases de duelos, al menos en el aspecto cualitativo, ya que a parte de los síntomas como ansiedad y depresión que están presentes en la mayoría de los duelos, aparecen otros síntomas como: culpa intensa, sentimientos de responsabilidad por la muerte, sensación de rechazo, vergüenza, ira hacia el suicida, hacia Dios u otros miembros de la familia y una necesidad obsesiva de explicar el porqué de la muerte (Jordan, 2008; Shields, Kavanagh, Russo, 2017). Otros datos encontrados en un estudio realizado por Gaffney & Hannigan (2010) describen el proceso de duelo inicial como una sensación de shock, despersonalización, sentirse robótico, sentirse alejado y ganas de aislarse, algunos participantes del estudio también reportaron una necesidad de investigar acerca del suicidio para tratar de comprender por qué ha ocurrido. El problema viene cuando estos síntomas persisten después de algún tiempo causando distrés no sólo en una persona sino en todos los miembros familiares.

Aunque es verdad que muchas veces el duelo es un proceso individual, se ve afectado por las relaciones con los demás, sobretodo de la familia que es el círculo social primario. Las interacciones con los otros afectan el proceso de duelo tanto intra como interpersonalmente (Stroebe y Schut, 2010), así como de manera positiva o negativa (Bowlby, 1983).

La Organización Mundial de la Salud (2000) indica que la tasa de suicidios más alta se encuentra en pacientes con algún trastorno mental, estas personas probablemente también tuvieron intentos previos de suicidio. Linares (1996) sugiere que la mayoría de las personas con trastornos mentales tienen problemas familiares, cuyos orígenes son generalmente una pobre nutrición relacional, estos datos coinciden con el estudio hecho por García de Alba et al. (2011) en donde adolescentes entre 13 y 18 años señalan los problemas familiares como una de las razones principales por las cuales alguien se suicidaría. Es probable que estas pautas de comportamiento disfuncional en la familia continúen incluso después de un suicidio consumado, haciendo más difícil la transición del duelo. En una investigación realizada por Ratnarajah & Schofield (2007) se encontró que las familias reportaban un alto nivel de perturbación y disfuncionalidad incluso antes del suicidio, por ejemplo los niños afectados por un suicidio en la familia, reportaban mayores problemas comportamentales anteriores al suicidio que continuaban después de que éste se consumaba y eran evidentes incluso dos años después de la muerte de algún familiar por suicidio.

El objetivo principal de la investigación es identificar coincidencias en las formas de afrontamiento de las familias que viven duelo por suicidio de alguno de sus miembros. las preguntas de investigación eran ¿Cómo se vive el proceso de duelo por suicidio a nivel familiar? y ¿Qué características en común tienen las familias afectadas por el suicidio de uno de sus miembros? Se buscó responder a estas preguntas a través de la explicación de las propias familias, ya que ellos son los verdaderos expertos en en su propio proceso de duelo y por ello se decidió analizar su discurso acerca de la propia experiencia en busca de coincidencias en el proceso de duelo que nos ayudaran a explicar las características del duelo por suicidio a nivel familiar. Las coincidencias que se lograron

identificar fueron divididas en dos grupos, a las características que crean mayores dificultades para adaptarse a la nueva situación y fomentan mayores síntomas y patologías posteriores al suceso, se les denominó maladaptativas; mientras que a las características que a pesar de las circunstancias generan mayor adaptación a la nueva situación se les denominó resilientes.

2. MÉTODO

Los participantes del estudio consistieron en tres familias y tres individuos, que perdieron algún familiar por suicidio y que llevaron un proceso de terapia dentro de la Clínica de Duelo por Suicidio de la Universidad de Guadalajara. El muestreo fue por conveniencia, con los pacientes que acudieron a la clínica a solicitar terapia y que realizaron sesiones en la clínica, estas sesiones fueron en las modalidades de terapia familiar o individual, dependiendo de si el resto de miembros de las familias aceptaban o no acudir a la terapia, el número de sesiones que llevaba cada uno era variable, ya que iniciaron sus terapias en diferentes tiempos, se decidió incluir todas las disponibles en ese momento, para obtener el mayor tipo de información diferente sobre los procesos de duelo. Todos los participantes eran de origen mexicano, excepto por uno de ellos quien era de origen italiano.

Los datos fueron recogidos dentro de la Clínica de Duelo por Suicidio en donde las sesiones que llevaron los participantes fueron grabadas y transcritas con consentimiento previo. Los datos fueron analizados utilizando el programa Atlas TI versión 7.0.

Se realizó un análisis temático (Braun y Clarke, 2013) de las sesiones de terapia; el análisis se realizó de manera deductiva, guiada por los conceptos previos sobre duelo que se investigó en la revisión de literatura, y buscando evidencia sobre esto en las sesiones de terapia. Se analizaron un total de 23 sesiones de terapia. Durante el análisis, se buscó información relevante sobre el proceso de duelo y las relaciones de los miembros de la familia, en el caso de las sesiones individuales se buscó información acerca de sus relaciones familiares y como se vivió el proceso de duelo a nivel familiar e individual, esta información se tradujo a códigos que representaran los hallazgos, mismos que después se conectaron unos con otros, encontrando similitudes en la forma que las familias afrontaban el duelo, a las que luego se decidió separar en características resilientes y mal adaptativas, y describir cada una de ellas con sus respectivos subtemas.

3. RESULTADOS

Después de analizar tanto las entrevistas como la investigación previa en el área, se encontraron coincidencias en las dinámicas de las familias, luego de haber ocurrido el suicidio; los códigos encontrados durante el análisis, que reflejan estas dinámicas se muestran en la Figura 1.

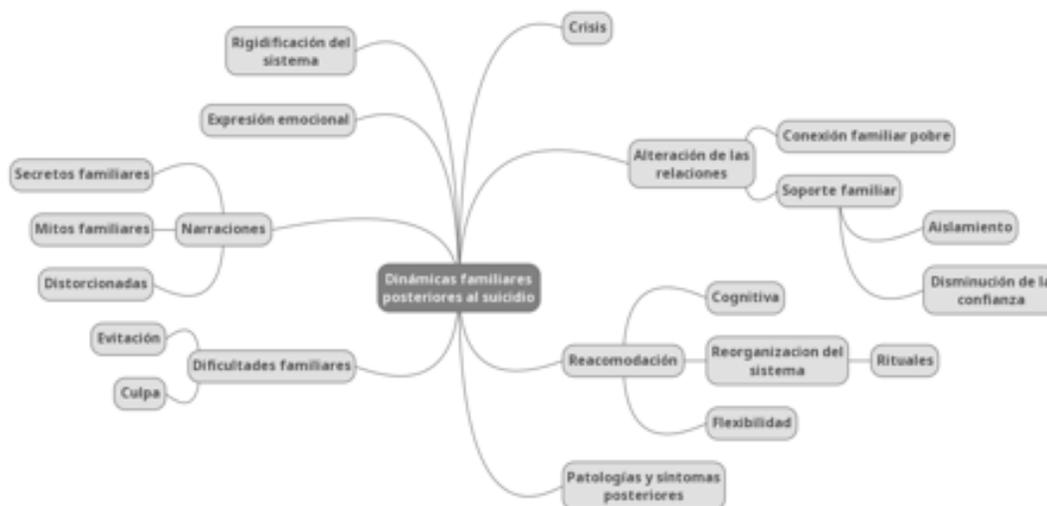


Figura1. Dinámicas familiares que se dieron después del suicidio de algún familiar.

Se decidió dividir las características encontradas en maladaptativas y resilientes. Se le nombró maladaptativas a este conjunto de características porque estas no ayudaban a las familias a superar y afrontar la pérdida, por el contrario, de seguir con estas pautas se encontraban psicopatologías posteriores a la muerte dentro del sistema familiar. Estas características se muestran en la Figura 2.



Figura 2. Características maladaptativas encontradas en el proceso de duelo familiar.

Al otro conjunto de características se le llamó resilientes, debido a que estas ayudaban a las personas en el proceso de duelo a mejorar los síntomas y a salir adelante. Éstas se muestran en la figura 3.



Figura 3. Características resilientes en el proceso de duelo familiar.

4. DISCUSIÓN

CARACTERÍSTICAS MALADAPTATIVAS EN LAS FAMILIAS

En general los estudios describen que en las familias con características maladaptativas existe rigidez en el sistema familiar (Espina, Gago, & Perez 1993; Pfeffer, 1981), que se manifiesta con

pobre identidad como familia y falta de conexión familiar. En este sentido la descripción podría coincidir con la que hace Minuchin (1992) de familias desligadas, en las que los límites son rígidos, la comunicación entre los subsistemas se complica y las funciones protectoras de las familias se ven perjudicadas.

Una de las respuestas defensivas más comunes es la falta de comunicación entre los miembros, dando lugar a la aparición de secretos familiares y a la consecuente disminución de la confianza entre los miembros; Cerelet al. (2008) notan tres tipos de distorsiones en la comunicación que pueden ocurrir en las familias y en las redes sociales después del suicidio:

1) El desarrollo de la culpa por el suicidio: Bowlby (1983) encontró que en estos casos es frecuente que exista un sentimiento de que la muerte no debió haber ocurrido, esto aumenta el enojo y la culpa hacia la persona muerta, uno mismo o los demás. En un intento por darle sentido a la muerte, se podrían crear narraciones disfuncionales cargadas de ira y de culpa en donde se responsabiliza al propio suicida, a otras personas o a fuerzas externas (Anton San Martin, 2010). Por ejemplo, en uno de los casos el hermano de un suicida culpa a una chica con la que su hermano salía:

“Cuando pasó esto nos metimos a su face para ver si por ahí pudiéramos sacar algo y había una muchachilla que como que andaban y no andaban... y mi hermano le contesta: bueno si tú no estás conmigo me voy a suicidar... Yo digo, yo pienso que fue por esa niña, pienso que no pensó bien...”

En este proceso los miembros de la familia pueden desarrollar culpa hacia ellos mismos o pueden culparse entre los propios familiares viviendo una atmósfera de culpa (Ratnarajah & Schofield, 2007; Shields, et al. 2017). En el caso de una familia donde el papá del suicida había tenido una discusión con su hijo días antes, él sentía que la madre lo responsabilizaba por este hecho:

“No recuerdo si ese día no llegó a dormir o algo, y llegó como si nada y abrió el refrigerador y la comida es para ellos y me dio coraje porque llega, llegó como si nada, y ya después le dije: no, no agarres nada y tuvimos un pleito mi esposa y yo por eso, me dijo que no que ahí está la comida y eso, entonces yo lo que yo pienso, y lo que pienso de ella, y lo voy a decir aquí en frente de ella, es que desde ese día siento un coraje, que me trae un coraje a mí no sé por qué.”

La culpa hacia los demás puede afectar severamente la cohesión familiar y debe considerarse un síntoma de distrés (Jordan, 2008). Esta culpa puede expresarse abiertamente o mediante expresiones no verbales (Cerelet al. 2008).

2) Secretos: Hay una necesidad de mantener el suicidio en secreto, sobretodo de los niños y de personas fuera de la familia, en niños es un tema que podría ser causa de problemas como encontró Bowlby (1983) en sus investigaciones.

En ocasiones en estas familias se establecen pautas comunicacionales implícitas o explícitas donde se generan acuerdos sobre con quién se puede hablar sobre el tema, causando divisiones entre los que conocen y no conocen lo ocurrido, dando lugar a los secretos familiares “que se refieren a temas cargados de intensos sentimientos de temor, vergüenza y culpa” (Anton San Martin, 2010, p.113). La muerte por suicidio puede ser vista como un pecado mortal, por lo que las familias sienten vergüenza y prefieren guardarlo en silencio. Al respecto Una de las esposas de los suicidas comenta:

“Todavía es desagradable que, este, me encuentre personas y ¿cómo estás? yo creo que eso es lo que más me pone mal, ¿cómo estás? ¿Qué paso? Yo a nadie le digo, y yo creo que está mal, pero no lo puedo decir que se suicidó no, tengo vergüenza ajena te lo juro, de que digan se casó con un pinche loco que se mató, o yo que sé qué me pasa por la cabeza.”

Esto afecta el proceso de compartir experiencias para dar un sentido a la pérdida (Ratnarajah & Schofield, 2007). Los secretos familiares necesitan de una gran energía para mantenerse, sin embargo, son intentos de evitar la culpa y el dolor por la pérdida (Espina, et al.1993)

3) El aislamiento: La culpa y los secretos antes mencionados provocan distorsiones comunicacionales que derivan en aislamiento, lo que intensifica las emociones y sentimientos que existen en el proceso de duelo (Anton San Martin, 2010). Muchos pueden sentirse incómodos e incapaces de discutir con sus familias o con otras personas acerca del duelo (McMenamy, Jordan, & Mitchell, 2008) alejando la posibilidad del soporte familiar y social tan necesitado. Sin embargo, también este

aislamiento puede representar el esfuerzo por dejar el estigma del suicidio atrás (Cvinar, 2005). Un paciente que sentía imposibilidad de hablar sobre el suicidio con su familia nos comparte:

“Que si se platica... No, no, o sea, nadie sabe cómo fue la vida de cada uno después de esto, se lo imagina uno... Yo me puedo imaginar a mi hermana como lo vivió, ella se imaginará como lo vivo yo, pero... Nadie realmente sabe cómo el otro lo vive.”

Otro factor de gran importancia y que causa mucho distrés es el proceso de dar un significado al suceso se ha encontrado que los padres que no logran este proceso están en mayor riesgo de presentar algún síndrome posterior al suicidio (Shields, et al. 2017). Lichtenthal, Currier, Neimeyer, & Keesee (2010) describen algunos de los síntomas asociados a no encontrar un significado como son: sentirse insatisfecho, vacío o sin sentido, confundido acerca del propósito de la vida y acerca de la propia identidad. Aquí un ejemplo donde uno de los participantes que tiene dificultades para dar significados explica cómo se siente al respecto:

“Absolutamente no hay respuesta a una... a lo que sea, o sea, un accidente o un suicidio, no hay una respuesta que tú te puedas dar.”

Al tratar de dar un significado a lo sucedido, se crean narraciones muchas veces distorsionadas “buscando elementos que normalicen la muerte para alejarla del suicidio e iniciar la creación de un mito familiar” (Anton San Martin, 2010, p.113), por mito familiar se entiende: creencias bien sistematizadas y que son compartidas por todos los miembros de la familia a través de narraciones (Ferreira 1989, Linares 1996), los mitos familiares son pasados de generación en generación posiblemente afectando futuras generaciones. Como explica Anton San Martin (2010, p.115) “todas las familias traen al inicio de la intervención un relato de comprensión parcial, incompleta y disfuncional, pero un relato que da sentido”.

Es interesante como al revisar los genogramas nos podemos dar cuenta de que el suicidio ha sucedido ya en veces anteriores dentro de la familia, quizás en niveles generacionales anteriores, a veces un vistazo a generaciones pasadas también nos puede dar cuenta de mitos y patrones de comportamientos que se han pasado de generación en generación, con mensajes como “una forma de resolver problemas es quitándose la vida” y que pueden estar afectando actualmente (Schuler, Zaidler, & Kissane, 2012; Ratnarajah & Schofield, 2007). Al respecto una de las esposas de los suicidas habla sobre su miedo a repetir la situación:

“Es una angustia por mis hijos, por lo que ellos me dicen, por lo que ellos me preguntan, porque esto va a tener cola para muchos años, yo ahorita no les puedo explicar que se murió, y cuando crezcan ¿qué les voy a decir? No es la primera vez que pasa esto dentro de la familia de mi esposo, él es el segundo que se suicida, entonces, yo tengo mucho miedo de que se vuelva a repetir...yo no quiero que ellos lo vean como una opción porque no lo es.”

La acumulación de sentimientos como vergüenza, culpa, ira, etc. junto con los cambios en narraciones individuales y en la mitología familiar, favorece que aparezcan nuevas psicopatologías en miembros familiares y/o que se intensifiquen las que previamente existían. Algunas veces estos síntomas son atribuidos a una sola persona a la que se nombra el miembro Diana, que podríamos definir como aquel miembro familiar donde está depositado el mayor nivel de sufrimiento y psicopatología. (Anton San Martin, 2010). En un estudio realizado por Cerel & Roberts (2005) en el que se estudiaba la conexión entre el comportamiento suicida y las conductas de alto riesgo en los adolescentes, los resultados mostraron que los adolescentes que experimentaron una muerte por suicidio, se involucran más fácilmente en conductas de riesgo como consumo de drogas o de alcohol, violencia e ideación suicida o intentos suicidas, también estos adolescentes reportaron niveles bajos de conexión familiar o conexión con sus padres. Por ejemplo, en uno de los casos, un paciente narra lo que vivió:

“Bueno la historia es que te levantas un día y descubres que en la familia es un componente menos y ahí empieza toda la... ¿cómo decirlo?... la búsqueda. A parte a la edad que yo tenía. 13 años casi 14. Rebelión total, o sea, el mundo no me quiere. ¿Yo que hago aquí?... Entonces lo vives como...o sea, te enojas y te haces daño, te empiezas a drogar...”

En familias donde suele no discutirse acerca del suicidio ni compartir emociones, o donde las diferencias son vistas como desleales o amenazantes, es más probable la aparición de síntomas o patologías posteriores (Ratnarajah & Schofield, 2007, Walsh, 2007). “En este sentido la sintomatología cumpliría una función homeostática, al neutralizar la pérdida evitando el cambio que debería afrontar el sistema” (Espina, et al.1993, p.80) salvaguardando al resto de los miembros de complicaciones en el proceso de duelo (Anton San Martín, 2010). Los problemas de comportamiento, sobre todo en niños, también podrían ser la forma en que se expresa el distrés tras la pérdida de un familiar por suicidio (Ratnarajah & Schofield, 2007).

CARACTERÍSTICAS RESILIENTES EN LAS FAMILIAS

Schuler, et al. (2012, p.77) hacen una descripción de una familia cuyas características serían resilientes: “Cuando el funcionamiento familiar es óptimo, su apoyo generalmente apunta a un proceso adaptativo de ajuste. La apertura en la comunicación, tanto de pensamientos como de emociones, la conexión familiar y la resolución constructiva de las diferencias son el sello de una familia funcional. Esa fortaleza es protectora del estrés que produce un evento en la vida”.

En este sentido Walsh y Mcgoldrick, (2004) describen cuatro tareas que las familias deberían llevar a cabo durante el duelo y que las familias con características resilientes de alguna manera logran realizar:

1) Compartir el conocimiento de la realidad acerca de la muerte. Este proceso tiene mucho que ver con tener una comunicación clara y abierta con todos, las familias comúnmente necesitan ayuda para clarificar hechos acerca de la muerte, especialmente cuando ha sido una muerte ambigua (Walsh, 2007) como puede ser el caso del suicidio. Sobre todo, es importante ser claros con los niños, en la investigación realizada por Ratnarajah & Schofield (2007) se muestra que los niños frecuentemente buscan mantener una conexión con el padre muerto a través de las representaciones internas, estas representaciones suelen construirse de las memorias compartidas con los miembros de la familia. El escuchar las experiencias de los demás ayuda a contextualizar e identificar los propios sentimientos (Gaffney & Hannigan, 2010). La comunicación abierta ayuda a evitar confusiones y a crear una narración consensuada con todos los miembros de la familia, una narración que dé sentido a lo ocurrido. La madre de uno de los suicidas habla acerca de mantener una comunicación abierta:

“Yo pienso que sí o cupo saber mi familia como se siente, platicar con alguien, sí me gustaría tener la oportunidad de platicar con alguien, ya lo había pensado...”

2) Experiencia compartida de la pérdida y la sobrevivencia. En este punto la expresión emocional ayuda en el proceso de duelo, en una investigación hecha por Gaffney & Hannigan (2010) los participantes describían una parte del proceso de duelo con fluctuaciones entre hablar de la persona, expresar sentimientos, usar medios como escribir o la música para procesar estos sentimientos e incluso en ocasiones el deseo de no hablar sobre el tema. Los miembros de la familia pueden tener distintas maneras de expresar sus emociones en esta etapa, por lo que un ambiente de confianza, empatía y tolerancia es necesario entre la familia (Walsh, 2007). La esposa de un matrimonio que perdió a su hija, comenta acerca de las diferentes maneras de expresarse dentro de la pareja:

“Hay muchas veces que me siento muy mal y a él lo veo que está pues no sé si finge ser fuerte o si ya lo superó o está muy tranquilo o él tiene más fortaleza de ánimo que yo, no lo sé pero a veces siento que aunque fue nuestra hija pues que él siente algo muy diferente a lo que siento yo, yo lo veo que muchas veces el anda como si nada. Y a veces le digo es que tu no entiendes, es que si te entiendo pues era nuestra hija de los dos los dos perdimos a nuestra hija, pero lo veo que el esta tan tranquilo yo me siento que me estoy muriendo.”

Las personas parecen coincidir en que la comprensión y amabilidad de los otros a su alrededor ayuda mucho durante el proceso de duelo (Gaffney & Hannigan, 2010). En general los miembros de la familia son vistos como un gran soporte (McMenamy et al. 2008; Dyregrov, 2011).

Para este proceso la participación de todos en ritos de paso y rituales es de utilidad, por ejemplo, la participación en el funeral, aniversarios o celebraciones diversas, ya que facilitan la sanación

y el crecimiento, proveen de oportunidades de compartir, reafirmar la identidad y resaltan valores como la bondad y la compasión, todo esto puede reanimar el espíritu de la familia y reconectarlos con el ritmo de la vida (Walsh, 2007; Boscolo & Bertrando, 1996). “Los ritos del duelo hacen más llevadera la separación, permiten que la familia dé durante un tiempo al muerto un lugar tan importante en su vida como el que tuvo antes, al tiempo que enfatizan la muerte como un hecho crucial cuyas consecuencias es necesario reconocer. Los ritos señalan límites temporales para guiar y confirmar las etapas de recuperación” (Espina, et al. 1993, p.81) Esto permite de cierta forma continuar con el vínculo con la persona muerta, reubicarlo gradualmente para ajustarse a vivir con su ausencia. (Bowlby, 1983). Una pareja narra cómo vivieron un ritual que se les ocurrió llevar a cabo, para su difunta hija:

“Siempre le he hablado a mi esposa de que pues ya perdoné a nuestra hija, pero me falta demostrarlo, ahora con este acto de llevarle flores unas flores que expresen mi amor y ese perdón que se lo doy, y el sábado anterior fuimos al panteón y pues yo le compre rosas blancas y mi esposa rosas rojas y pues es por el amor tan grande que le tenemos, eso significa.”

3) Reorganización del sistema familiar. El sistema familiar debe reorganizarse reasumiendo roles y funciones y manteniendo estabilidad, la flexibilidad es un componente importante tanto para reacomodar roles como para adaptarse a nuevas situaciones. La estabilidad entendida como reglas y procesos claros es un elemento que ayuda para reorganizar, ya que reducen la sensación de caos, restauran el orden y brindan seguridad (Walsh, 2007). Seguir adelante con una rutina y actividades normales que hacían antes del suceso, parece ser de utilidad para mantener esta sensación de familiaridad (Gaffney & Hannigan, 2010). Esto es verdad sobre todo para los niños, quienes necesitan cierta solidez, en especial si anteriormente no existía un hogar sólido (Ratnarajah & Schofield, 2007). En general los afectados aprecian cuando las redes sociales ayudan gradualmente a tener una vida más normal, en este sentido la familia y los amigos se vuelven una parte importante de la vida diaria. (Dyregrov, 2011). Una de las pacientes quien perdió a su esposo, explica qué tipo de cosas suele hacer para relajarse y pasar el tiempo con sus hijos:

“¡Trato de relajarme!! Y me pongo a ver un poquito de cultura, hacer un poquito de yoga o trato de hablar con alguien por celular... los niños y yo estamos asistiendo a clases de yoga y a clases de pintura.”

4) Establecimiento de nuevas relaciones y metas en la vida. Esta tarea es un paso importante en el proceso de recuperación, llena la vida de las personas de un sentido y de esperanza, “la esperanza es algo esencial brinda fortaleza para reconstruir la vida, reanudar sueños, renovar viejas ataduras y crear legados positivos a nuevas generaciones” (Walsh, 2007, p.213). Comúnmente las personas se embarcan en un proceso por encontrar nuevo significado a la vida y a la propia identidad, en este sentido el duelo es un proceso de reaprendizaje (Neimeyer, 2000; Marrone, 1999) En el estudio realizado por Lichtenhal, et al, (2010) padres que perdieron a sus hijos respondieron que sus vidas se llenaron de significado mediante el contacto con la gente, actividades, creencias y valores, conexión con el hijo muerto y crecimiento personal. Una de las nuevas metas que más frecuentemente encuentran las personas es la de poder ayudar a otros a partir de su propia experiencia.

Una de las características más importantes de las familias resilientes es el proceso de otorgar un significado a lo ocurrido, las investigaciones demuestran que incluso una explicación provisional predice un ajuste positivo en el duelo (Currier, Holland, & Neimeyer, 2006). En el proceso de duelo las personas intentan encontrar un significado acerca de sus vidas y sus circunstancias al tiempo que pasan por una adaptación del sentido de sí mismos (Ratnarajah & Schofield, 2007). Se propone como un elemento crucial porque se puede encajar la experiencia traumática del duelo con la percepción del mundo del o de los afectados (Currier, et al. 2006).

La construcción de significados es un proceso hasta cierto punto individual, sin embargo, también es negociado en un contexto social, porque nuestras relaciones con los más allegados a nosotros, proveen de un depósito de memorias compartidas y un contexto que valida nuestras creencias (Neimeyer, 2000, Ratnarajah, Maple, Minichiello, 2014). Es en el proceso de contar y recontar que

las experiencias, pensamientos y sentimientos se funden en narraciones que se comparten con los interesados (Ratnarajah & Schofield, 2007). Las narraciones ayudan a dar un sentido al suceso, aumentan la sensación de control por parte de los sobrevivientes, esto también aumenta la autoestima, disminuye el estrés y gestiona el dolor emocional en la familia, lo que hace que puedan unirse más al compartir y brindar soporte (Kaslow & Gilman Aronson, 2004).

También esta construcción de significados ayuda a la creación de mitos familiares (Linares 1996) que tengan una percepción más positiva, mismos mitos que suelen repetirse a lo largo de las generaciones. En este sentido la revisión de los genogramas puede ayudar a la búsqueda de significados, esto porque ayuda a que la familia se dé cuenta de los patrones comportamentales que se han modelado de generación en generación, al darse cuenta de esto también puede liberar de la culpa a la familia (Schuler, et al. 2012) así como a desbloquear la aparición de secretos familiares (Ratnarajah & Schofield, 2007) de esta forma se puede crear una historia familiar que da sentido, de preferencia una historia familiar consensuada y cocreada por todos los miembros de la familia. Uno de los pacientes después de revisar la historia familiar, logró desbloquear la culpa que ponía en su padre, en este fragmento habla de que le gustaría arreglar las cosas con él:

“Lo he culpabilizado, lo he perdonado o no perdonado, sino que he entendido, y me gusta la explicación que le di, le encuentro lógica y, y me dio gusto de, ósea me dio paz y creo que se la tengo que transmitir a él también esta paz porque tal vez él también sigue pensando hay broncas entre nosotros y si le digo luego se enoja ¿no? Ósea, quedamos ahí, entonces creo que crece, yo crezco.”

Dos de los componentes más comunes de dar significado a lo ocurrido son: dar sentido y encontrar puntos positivos después de la muerte. Lichtenthal, et al. (2010, p.793) definen estos dos como sigue: Dar sentido se refiere a construir una explicación de la pérdida basada en las creencias o idiosincrasias. Encontrar puntos positivos se refiere a la valorización de un evento más globalmente en la vida, generalmente implica cambios positivos como incrementos en la apreciación de la vida o mejoras en las relaciones con los otros. En estos procesos no es tan importante el contenido del significado otorgado sino solamente si lograron otorgarlo (Neimeyer, 2000). El papa de una de las chicas que se suicidó habla acerca de la hipótesis que él tiene acerca del suceso, que de alguna forma lo hace sentirse más tranquilo:

“La hipótesis que yo me formulé y con la que me quedo es que viven en un mundo de fantasía y no saben la magnitud del daño que se hizo ella y del daño que nos causó a nosotros a lo mejor tal vez está creyendo que, pues era momentáneo ese instante y tal vez ella no quería algo así definitivo, o que podía fallar algo o que la estructura no iba a aguantar.”

Algunas familias en las que previamente sabían que existía una enfermedad mental, logran darle un sentido mucho más rápido a la muerte, puesto que de cierta forma ponen la culpa en la enfermedad y esto facilita las relaciones entre los demás miembros, existe la sensación de que la persona estaba enferma y que intentaron hacer algo, pero esta enfermedad los sobrepasa. Algunas personas podrían sentirse aliviados por la muerte, sobre todo aquellos en las que la relación previa con la persona que murió fue difícil, como en las investigaciones que encontró Bowlby (1983). Un miembro de la familia expresa la relación que tenía con su hermano y con la enfermedad de éste.

“Él tenía problemas, él padecía de límite de la personalidad y ya había intentado hacerlo, dos veces anterior a esa... De alguna manera él estaba enfermo y no quiso echarle ganas... él siempre anduvo enojado por su enfermedad, y ya ahorita como que ya aceptamos, yo pues, no me deja de dar mucha tristeza, pero ya aceptar que de alguna manera a lo mejor fue lo mejor para él...”

La espiritualidad está íntimamente ligada a la búsqueda de sentido, en la muerte muchas veces el sentido encontrado tiene que ver con Dios como muestra la investigación realizada por Lichtenthal, et al. (2010). Hay muchos estudios que muestran que existe un incremento en la espiritualidad después de una crisis como el suicidio y que esto un mecanismo importante en la recuperación de las personas (Batten & Oltjenbruns, 1999; Lichtenthal, et al. 2010; Marrone, 1999; Walsh, 2007; Kalischuk & Hayes, 2003/2004). En el contexto de México la religión juega un papel muy importante, “la religión comúnmente está estructurada para otorgar soporte y aumentar el proceso de hacer

frente a situaciones, da significado a muchas situaciones y puede brindar una sensación de control, crecimiento, esperanza, intimidad, pertenencia, expresión emocional, confort y guía. Un individuo puede comenzar a reformular la situación a partir de sus creencias religiosas (Batten & Oltjenbruns, 1999). Uno de los padres habla acerca de su fé y de que esto lo conforta:

“Nosotros como creyentes sabemos que está en la gloria de Dios y éste está con nosotros entonces no sé, me cuesta decirlo, pero pues me da gusto que esté con Dios, porque sé que está mejor que aquí.”

En cuanto a encontrar puntos positivos después de la muerte (Walsh, 2007, p.208) menciona cinco puntos positivos en los que las personas cambian después de la muerte:

1) Aparición de nuevas oportunidades y posibilidades,

2) Relaciones más profundas y mayor compasión por los demás Este punto coincide con los estudios de Smith, Joseph, & Das Nair (2011) en los que los participantes reportaron sentirse más en contacto con los sentimientos de los demás, y dispuestos a preguntar por ello. También es congruente con los hallazgos de Lichtenthal, et al. (2010) en la que la respuesta más común acerca de algún punto positivo después de la muerte fue: la más reciente habilidad descubierta de ayudar a quienes sufren de una pérdida. En estas líneas uno de los entrevistados habla acerca de las formas que encontraron de ayudar a los demás.

“Mi familia conoció a una comunidad que es una comunidad de familias, todas de gente que vivió muchos años en África, hizo voluntariado y todo eso... y regresando de África formaron esta comunidad donde daban acceso a otras personas que no eran de su familia para vivir esta nueva aventura, fue una bonita muy bonita experiencia.”

3) Sentirse más fuerte para afrontar otras adversidades de la vida.

4) Reordenar prioridades y mayor apreciación de la vida. Kalischuk & Hayes (2003/2004) también encontraron que las personas suelen cambiar prioridades y valores como pasar más tiempo con sus seres queridos, lo cual une más a las familias. Como un paciente que habla acerca de cómo ahora puede estar más cerca de su esposa, tras haber perdido a su hija:

“Cada día es una oportunidad nueva de hacer lo que dejamos de hacer ayer. Sabemos que Alejandra ya no está, pero pues ya esa responsabilidad terminó como papá pues ahora sigo yo con mi persona y para apoyar a mi esposa.”

5) Espiritualidad más profunda.

5. CONCLUSIONES

No se está proponiendo que estas sean las únicas características y tampoco que sean las únicas formas en que se da un proceso de duelo dentro de la familia. Varias de estas características, tanto maladaptativas como resilientes, incluso pueden estar presentes en una misma familia.

En realidad, el cómo se dé un proceso de duelo difiere mucho en todas y cada una de las familias, porque también depende de múltiples factores como la cultura y el contexto del lugar en el que viven entre otras cosas (Ratnarajah, et al. 2014). Es importante reconocer que cada familia tiene su sistema de creencias, las formas en que se dan los duelos varían en cuanto a personas, familias, culturas y religiones (Walsh, 2007), cada familia tiene su propio estilo de afrontamiento para adaptarse a la situación de duelo, incluso cada uno de los miembros de la familia puede tener estilos diferentes de llevar a cabo el proceso de duelo (Stroebe y Schut, 2010).

Las familias tienen potencial en sí mismas de poder cambiar y salir adelante de ciertas situaciones y pueden adquirir herramientas que los ayuden.

Esta investigación puede ayudar en cuanto a orientar a los encargados de la salud de estas familias sobre qué tipo de cosas se pueden fomentar y qué cosas es mejor evitar. El observar conductas que pudieran afectar a las familias como en este caso las características maladaptativas descritas, y por otro lado las que podrían ayudar a que la familia tuviera un mejor proceso de duelo como son las características resilientes.

Un aspecto que llama la atención es la falta de estudios sobre el proceso de duelo por suicidio en familias mexicanas dado que la mayoría de la bibliografía consultada hacía referencia a casos de otros países; es pues una tarea pendiente el seguir generando investigaciones que logren dar cuenta de las características específicas del duelo por suicidio en las familias mexicanas y el impacto del contexto particular del país.

Otra de las limitantes con las que nos encontramos fue que existen pocas familias e individuos dispuestas a llevar a cabo un proceso de terapia por algo tan trágico como lo es el duelo. Y más de permitir que se les grabe o se use su información con otros fines que no sean los de terapia. Aún queda mucho por hacer en la promoción de la salud mental.

En estudios futuros se podría complementar la investigación con otras metodologías, o incluso explorar otras áreas importantes dentro de la temática.

6. AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias a la clínica del duelo de la Universidad de Guadalajara y a todos sus miembros por su apoyo, en especial al doctor Roque Quintanilla, que descanse en paz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anton San Martin, J.M. (2010). El impacto del suicidio en la familia. El proceso específico del duelo familiar. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 24, 109-123.
- Batten, M., & Oltjenbruns, K. (1999). Adolescent sibling bereavement as a catalyst for spiritual development: a model for understanding. *Death Studies*, 23(6), 529-546.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). Los tiempos del tiempo. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1983) *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.
- Cerel, J., Roberts, T. (2005). Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 36, 352.e8–352.e14. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.08.010.
- Cerel, J., Jordan, J., Duberstein, P. (2008). The Impact of Suicide on the Family. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(1), 38–44. DOI 10.1027/0227-5910.29.1.38.
- Currier, J. M., Holland, J. M., Neimeyer, R.A. (2006). Sense-Making, Grief, and the Experience of Violent Loss: Toward a Mediational Model. *Death Studies*, 30(5), 403-428. DOI: 10.1080/07481180600614351.
- Cvinar, J.G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41 (1), 14-21.
- Dyregrov, k. (2011) . What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 310–318. DOI: 10.1027/0227-5910/a000098.
- Espina, A., Gago, J., Perez, M.M. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia Familiar. *Revista de psicoterapia*, 4(13), 77-87.
- Ferreira, A. (1989). *Mitos familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Gaffney, M., Hannigan, B. (2010). Suicide bereavement and coping: a descriptive and interpretative analysis of the coping process. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 526–535. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.137.
- García de Alba, J.E., Quintanilla, R., Sánchez, L.M., Morfin, T., Cruz, J.I. (2011). Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 20(2), 167-179.

- Jordan, J.R. (2008). Bereavement after Suicide. *Psychiatric Annals*, 38(10), 679-685. Recovered from: http://johnjordanphd.com/pdf/pub/Jordan_Bereavment%20.pdf
- Kalischuk, R.G., Hayes, V. (2003/2004). Grieving, mourning, and healing following youth suicide: a focus on health and wellbeing in families. *Omega: Journal of Death & Dying*, 48(1), 45-67.
- Kaslow, N.J., Gilman Aronson, S. (2004). Recommendations for Family Interventions Following a Suicide. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(3), 240-247. DOI:10.1037/0735-7028.35.3.240.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Lichtenthal, W., Currier, J., Neimeyer, R., Keesee, N. (2010). Sense and Significance: A Mixed Methods Examination of Meaning Making after the Loss of One's Child. *Journal of clinical psychology*, 66(7), 791-812.
- Marrone, R. (1999). Dying, mourning, and spirituality: a psychological perspective. *Death Studies*, 23(6), 495-519.
- McMenamy, J.M., Jordan, J.R., Mitchell, A.M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375-89.
- Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24(6), 541-558.
- Organización Mundial de la Salud. (2000) "Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas, trastornos mentales y cerebrales", en OMS, 2013, Estadísticas sanitarias mundiales, Departamento de salud mental y toxicomanías, recovered from <http://www.who.int>.
- Organización mundial de la salud (2007) *Suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Pfeffer, C. R. (1981). The family system of suicidal children. *American Journal of Psychotherapy*, 35 (3), 330-41.
- Ratnarajah, D., Maple, M., & Minichiello, V. (2014). Understanding family member suicide narratives by investigating family history. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 69(1), 41-57.
- Ratnarajah, D., Schofield, M.J. (2007). Parental suicide and its aftermath: a review. *Journal of Family Studies*, 13(1), 78-93. doi: 10.5172/jfs.327.13.1.78.
- Schuler, T.A; Zaider, T.I; Kissane, D.W. (2012). Family grief therapy: a vital model in oncology, palliative care and bereavement. *Family Matters*, 90, 77-86.
- Shields, C., Kavanagh, M., & Russo, K. (2017). A Qualitative Systematic Review of the Bereavement Process Following Suicide. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*, 74(4), 426-454. <http://dx.doi.org/10.1177/0030222815612281>
- Smith, A., Joseph, S., Das Nair, R. (2011). An Interpretative Phenomenological Analysis of Post-traumatic Growth in Adults Bereaved by Suicide. *Journal of Loss & Trauma*, 16(5), 413-430.
- Stroebe, M., Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death & Dying*, 61(4), 273-289.
- Walsh, F., Mcgoldrick, M. (Eds.) (2004). *Living beyond loss: Death in the family*. New York: Norton.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46(2), 207-227.

El artículo fue presentado en las XIII Jornadas Internacionales Relates, que se llevaron a cabo los días 6, 7 y 8 de Julio en Lisboa Portugal.

Elementos discursivos de la participación de la familia en el proceso de decisión al someterse a una cirugía estética

Discursive elements of family involvement in the decision process upon undergoing cosmetic surgery

Marina Salazar Alfaro^a

^aInstituto Tzapopan, Zapopan (marina.sal.alf@gmail.com)

Este artículo se presentó en una Ponencia en el Congreso de RELATES, llevado a cabo en Junio de 2014 en Guadalajara.

Historia editorial

Recibido: 04-07-2017

Primera revisión: 30-07-2017

Aceptado: 03-10-2017

Palabras clave

familia, decisión, cirugía estética, imagen corporal

Resumen

Esta investigación se centra en la participación de la familia para que una persona tome la decisión de someterse a una cirugía estética, con el objetivo de conocer el discurso de seis mujeres que ya se sometieron a una cirugía estética y seis mujeres que no lo han hecho, respecto a la participación de su familia en el proceso de toma de decisión. Se relaciona la investigación con teoría que incluye nutrición relacional, lealtades invisibles, imagen corporal, procesos de decisión, entre otros temas relevantes. El diseño de esta investigación es de tipo descriptivo exploratorio cualitativo, de corte transversal. La muestra es tipo, se utilizó para obtención de datos la entrevista semi-estructurada y como instrumento la versión española íntegra del MBSRQ. El tratamiento de los datos es cualitativo con presentación de tablas cuantitativas. La calificación del MBSRQ es con la prueba estadística *t de student*.

Abstract

This research focuses on the participation of the family in the decision-making process of a person who undergoes cosmetic surgery, with the aim of knowing the discourse of six women who have already undergone cosmetic surgery and six women who have not, regarding the participation of his family in the decision-making process. The research is related to theory that includes relational nutrition, invisible loyalties, body image, decision processes, among other relevant topics. The design of this research is descriptive exploratory qualitative, cross - sectional type. The type sample was used to obtain data the semi-structured interview and as instrument the full english version of the MBSRQ. The treatment of the data is qualitative with the presentation of quantitative tables. The MBSRQ score is obtained through the student's *t-test*.

Keywords

family, decision, cosmetic surgery, body image

En el mundo actual, la cirugía estética es una práctica común para ciertos grupos sociales, como son aquellos que tienen los medios económicos necesarios; un dato que lo confirma es que el 81 por ciento de los americanos con un capital mayor a los diez millones de dólares planea, en los próximos años, someterse a alguna cirugía plástica (Elliott, 2011). La Sociedad Internacional de Cirujanos Plásticos y Estéticos (2010) reporta que los 10 países donde se realiza el mayor número de intervenciones son, en primer lugar, Estados Unidos de Norteamérica, seguido de Brasil, China, India, México, Japón, Corea del Sur, Alemania, Italia y Rusia (*International Society of Aesthetic Plastic Surgery* citado en Ramos-Rocha, 2012).

A esta investigación concierne el proceso de decisión de las personas que se someten a estas intervenciones, en especial la participación de la familia en la toma de esta decisión. Se ha estudiado que la actividad estética y la conciencia del individuo están determinadas por el sistema de las relaciones sociales y por los valores culturales inherentes a la época y a la sociedad. Es justamente en el proceso de las relaciones sociales donde se forman los ideales y el propio gusto estético, los cuales van siendo asimilados a través de la educación y sobre la base de la experiencia y la práctica del sujeto (Sánchez y Alessandrini, 2007). La familia toma un papel muy importante en la formación de la identidad de las personas y de la misma manera otros personajes significativos en la vida de la persona también pueden influir (Linares, 1996).

Por lo tanto, teniendo lo anterior presente, la pregunta central de esta investigación es la siguiente:

¿Cuál es la participación de la familia en el proceso de decidir someterse a una cirugía estética?

Esto es cuestionado porque durante años se ha escuchado que las personas que se someten a cirugías estéticas lo hacen por cuestiones de autoestima y por exceso de vanidad. Sin embargo, se considera que la situación va más allá de eso y que puede existir una fuerte relación con la familia, lo aprendido en ésta, y la influencia que puede tener sobre las decisiones del individuo.

Para obtener la respuesta a esta pregunta, el escenario en el que se trabaja es la Unidad Médica De Milo (U D'Milo), en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México, misma que se dedica principalmente a la Cirugía Plástica, la cual incluye cirugía estética y reconstructiva. Las mayor parte de los participantes fueron operados en esta unidad médica, sin embargo, también hubo participantes que se operaron en otros sitios.

2. ANTECEDENTES

Para llegar al concepto de cirugía estética, se analizan otros conceptos importantes que han sido base para la disciplina mencionada. El primero de estos, que concierne a esta investigación, es la apariencia, la cual se considera un factor esencial en las relaciones humanas desde hace mucho tiempo pues ha estado asociada al éxito profesional y social. El concepto de belleza existe desde la antigüedad y desde entonces se relaciona con la apariencia juvenil por lo que se busca preservar la juventud (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Desde el punto de vista filosófico, la estética es la rama que estudia el significado de la belleza en general, la naturaleza del arte y la validez de los juicios sobre la creación artística, independientemente de la naturaleza de dicha obra de arte, que para objeto de estudio de esta investigación es el ser humano, máxima expresión de la Creación (Sánchez y Alessandrini, 2007).

El término *estética* es utilizado por primera vez por Alexander Baumgarten en 1750, quien tomó la palabra griega *aisthesis*, que significa 'sentido' y así, definió la belleza como la percepción de la sabiduría que se adquiere a través de los sentidos, y consecuentemente definió la estética como la ciencia del conocimiento sensitivo. Pero Baumgarten consideró la estética misma una forma con-

fusa e inferior del pensamiento, y es Kant quien más adelante, en 1790, reclamó el estatus de la estética al nivel de la ética y la lógica. Algo similar vivimos en la actualidad cuando, después de haber considerado la estética del hombre como lo hizo Baungarten, nos unimos a Kant para reclamar sus derechos y defender su valor (Zis, A., 1987 como se citó en Sánchez y Alessandrini 2007).

La definición más aceptada de “imagen corporal” es la de Schilder (1935): la imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente, es decir la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo (Botella, Ribas y Ruiz, 2009). Esto es pertinente a esta investigación pues es esta imagen la que el paciente de cirugía estética desea modificar.

Desde un punto de vista psicoanalítico, en el curso del desarrollo, el cuerpo es objeto de catexis libidinales, dirigiendo su energía hacia uno u otro objeto, orientado por la imagen materna, apuntando que súbitamente se unificarían estas imágenes del otro bajo la forma de representaciones inconscientes (Guimón, 1999).

Para desarrollar el esquema corporal, siguiendo la perspectiva antes planteada, se piensa que el niño va conociendo su cuerpo por imitación, aprendiendo las posturas que ese cuerpo debe adoptar. La imitación de las posturas, principalmente de la madre, tienen a la vez un valor de adquisición de conocimientos posturales y de intercambio afectivo con ella (Guimón, 1999).

La percepción de nuestra propia apariencia física dista de ser objetiva y precisa, factores como el género, la edad, la identidad sexual, el color de piel o la adaptación más o menos adecuada al entorno condicionan en gran manera la vivencia que tenemos de nuestra corporalidad (Guimón, 1999).

Para saber qué hay detrás de una decisión es necesario saber a qué se refiere el tomar una decisión. En general, se trata del acto de elegir o seleccionar algo. Se trata de un proceso mental en el que es posible identificar las acciones que se tomarán para solucionar un problema o una disyuntiva para conseguir un objetivo. Implica pues, el tener la libertad de elegir dentro de una serie de posibilidades (Vidal, 2012). Aplicando esto, al caso expuesto en esta investigación, hablaríamos del proceso mental para elegir entre el someterse o no a una cirugía estética y las implicaciones de la misma como cuál, dónde, cuándo, entre otras.

Para comprender el acto de decidir existen axiomas teóricos de las decisiones, que son considerados las aportaciones de mayor profundidad teórica y sociológica, y que sirven de fundamento de las aportaciones de carácter matemático que se han realizado posteriormente a la teoría de la decisión, siendo los siguientes los que se suelen abordar: la decisión con incertidumbre, la decisión multicriterio y la teoría de los juegos (Vitoriano, 2007, citado en Vidal, 2012).

La primera, expuesta por el politólogo y comunicólogo Lucien Sfez, se basa en una teoría crítica de la racionalidad lineal tradicional y monometodológica y se fundamenta en la visión de globalidad y de lo multirracional fundada en racionalidades múltiples. Considera la decisión como un proceso diluido en la totalidad de la sociedad, y a la vez como un proceso institucional en el que la libertad del sujeto adquiere el papel central (2005, citado por Vidal, 2012).

La segunda, desarrollada por Niklas Luhmann, analiza la decisión en su especificidad y se fundamenta en la teoría de sistemas autorreferenciales. Analiza el concepto de decisión en su especificidad puramente epistemológica, al abstraer la decisión de todos los elementos y variables organizacionales relacionados con ella. Como consecuencia, el sistema constituido por decisiones mutuamente entrelazadas forma los sistemas organizacionales (1978, 1984 y 2000 citado en Vidal, 2012).

La comprensión de la idea de decisión que propuso Sfez en 2005, parte del supuesto de que con la decisión se trata de un proceso de interacciones, mientras que como dijo en 1978, 1984 y 2000 Luhmann, se trata de la premisa de entender las organizaciones como sistema de decisiones (citados en Vidal, 2012).

Lo anterior conduce a preguntarnos entonces ¿cuál es el motivo para realizarse una cirugía estética? La polémica sobre la cirugía estética nace del cuestionamiento de psicólogos, antropólogos, sociólogos, feministas, médicos e inclusive de la población en general, sobre la motivación de quien solicita la intervención: ¿son personas “sanas” o “padecen emocionalmente” al encontrarse incon-

formes con su cuerpo? La preocupación excesiva de quien se somete a una cirugía estética surge al no adecuarse a los patrones sociales y culturales de belleza, de acuerdo con lo que dicta la moda. La molestia, pequeña a los ojos de los demás, induce gran sufrimiento psicológico, que desde “el padecer” en lo más íntimo de la vida del hombre, le genera dolor, vergüenza, rechazo, desequilibrio emocional y mental, que perjudican su felicidad, el nivel de satisfacción personal y productividad. Justamente, por tratarse de una alteración subjetiva es “algo” imposible de ser medido. Ese padecer está anclado en el deseo y la fantasía de “la belleza”. Por lo tanto, el bienestar físico y mental nos da la pauta para que se pueda convertir en un derecho a la felicidad (Ramos-Rocha, 2012).

Guimón menciona que los conflictos psicológicos motivantes para este tipo de intervención de una persona son de dos tipos: narcisistas, por los que el individuo está convencido de que si no tuviera determinado rasgo físico que considera defectuoso todo el mundo le hubiera querido; otro aspecto motivante sería la ansiedad, que hace que el individuo equipare inconscientemente la parte del cuerpo que ve como defectuosa y que desea que sea operada con su órgano sexual (Guimón, 1999).

Otra vertiente pertinente al estudio de las causas por las cuales se somete una persona a una cirugía estética se relaciona con la proliferación reciente de los programas de televisión, basados en la realidad, que resaltan la cirugía cosmética. Esto ha producido la preocupación de que dicha programación promueve expectativas poco realistas sobre la cirugía plástica e incrementa el deseo de los televidentes de experimentar esos procedimientos (Nabi, 2009).

En 2003, Giovanni Sartori, escribe sobre el tema en su libro *Homo videns*, donde menciona que la televisión modifica la comunicación trasladándola del contexto de la palabra al contexto de la imagen, siendo esta última representaciones visuales. Al modificar la comunicación, Sartori menciona que la televisión también genera un nuevo ser humano, es ahí donde él menciona que aparecen los video-niños ya que un niño menor de tres años no entiende lo que está viendo y de igual manera lo absorbe de manera indiscriminada, siendo la televisión la primera escuela del niño. Posteriormente el video-niño, al ser adulto responde casi exclusivamente a estímulos audiovisuales. Por lo tanto, la televisión continúa influenciando a las personas que la ven, a lo largo de sus vidas, por medio de la información.

En resumen, parece que entre más la gente se compara a sí mismo con imágenes idealizadas que manejan los medios de comunicación, más inconformes están con ellos mismos, más se motivan a estar delgadas (en el caso de las mujeres) o musculosos (en el caso de los hombres), y más persiguen comportamientos relacionados (Nabi, 2009).

Existen varias implicaciones familiares que podrían relacionarse con el tema aquí planteado, una de ellas es el concepto de lealtad desde la visión relacional, la cual implica la existencia de expectativas estructuradas de un grupo, en relación con las cuales todos los miembros adquieren un compromiso. Su marco de referencia es la confianza, el mérito, el compromiso y la acción. Por lo tanto, para ser miembro leal de un grupo, uno tiene que interiorizar el espíritu de sus expectativas y asumir una serie de actitudes para cumplir con los mandatos interiorizados. Así el individuo puede someterse tanto al mandato de las expectativas externas como al de las obligaciones interiorizadas (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1994).

La parentalización implica la distorsión subjetiva de una relación, como si en ella la propia pareja, o incluso los hijos, cumplieran el papel de padre. Dicha distorsión puede efectuarse en la fantasía, como expresión de deseos, o, de modo más notorio, mediante una conducta de dependencia (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1994). Siendo la expresión de deseos y la realización de los mismos lo más pertinente para esta investigación.

Si un adulto parentaliza a otro, al cónyugue por ejemplo, la distorsión se da mediante una regresión fantaseada y a menudo inconsciente del sí mismo hacia una condición infantil. Entonces el cónyugue se convierte en proveedor, defensor o cuidador. Si un adulto parentaliza a un niño la persona del niño debe transformarse en la de un adulto imaginario. Esto se relaciona con necesidades básicas de posesión. Una imaginaria dependencia infantil respecto de la persona del otro puede gratificar las propias necesidades de seguridad (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1994).

Existen casos en que la primera visión que obtiene el progenitor de los rasgos faciales de su bebé lo convierte en candidato al eterno rol de chivo emisario, en apariencia debido a su semejanza física con uno de los padres o la hermana de aquel (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1994). Esto podría generar presión inconsciente en el niño por conservar estos rasgos físicos.

Desde esta perspectiva sistémica relacional, también se debe tomar en cuenta la identidad y narrativa de cada persona, la identidad se puede considerar como el núcleo de la mente, pertinente para la toma de decisiones, producto de la decantación de la experiencia donde el ser permanece constante. En torno a él se establece la narrativa, también fruto de la experiencia relacional pero con mayor fluctuación (Linares, 1996).

La experiencia, entendida como interacción con el medio social, atraviesa varias ópticas, una incluye las interpretaciones de la realidad propias de los grupos del sujeto. Son ideologías de género, clase social, profesión, nación, religión, etc., impregnadas de diferentes visiones del mundo. Otra óptica incorpora el subjetivismo del sujeto a través de la fantasía (Linares, 1996).

Por lo tanto, existen múltiples narraciones penetrando los diversos espacios relacionalmente significativos del sujeto. La construcción de la identidad nace de la misma manera y está presente en cada narración (Linares, 1996).

Otro concepto clave sobre la expresión individual de la salud mental es la nutrición emocional, la cual se produce cuando el individuo se siente reconocido, valorado y querido por sus figuras significativas. Siendo la nutrición emocional la responsable de la distribución de identidad y narrativa (Linares, 1996).

Las narraciones familiares se distribuyen según hagan referencia a la familia de origen, a la pareja o a la familia de procreación. Las vivencias que todo ser humano tiene de su condición de hijo, tienen sus raíces en las primeras experiencias infantiles, ramificadas entre las relaciones con sus progenitores y de estos entre sí. También incluyen a los hermanos. Las historias filiales se prolongan durante toda la vida sometándose a constante verificación y rectificación (Linares, 1996).

Todas estas narraciones familiares, constituyen la armazón de la actividad relacional del individuo y de su vida psíquica. Admitiendo combinaciones muy diversas de identidad y narrativa, por lo que sirve de base para los más diversos síntomas (Linares, 1996).

Algunas narraciones se pueden construir en torno a defectos físicos, reales o imaginarios, en algunos casos el contexto escolar funciona como resonancia de la angustia y la familia no alcanza a compensarla reasegurando al sujeto. El físico es uno de los elementos de más peso en la configuración de una narración personal. Adler dice que existen muchos pacientes “acomplejados” por defectos físicos, seleccionados por ellos mismos y por su entorno como rasgos negativos definitorios de su identidad (Linares, 1996).

Es pertinente decir que según la teoría planteada, el proceso de decidir consta de múltiples variantes y, en el caso específico de la cirugía estética, aún no se sabe a ciencia cierta cuáles son estas variantes, sin embargo, se cree que la familia tiene participación dentro de tal decisión.

La familia de origen influye en el comportamiento y situación emocional, incluso cuando éstas llegan a la edad adulta, un ejemplo de esto es lo planteado por Juan Luis Linares y Carmen Campo en su libro *Tras la honorable fachada* (2000), pues se menciona que en la persona con trastorno dístico el cortejo es un momento de esperanza en el cual se pretende obtener la nutrición emocional que la persona tanto desea, pues carece de la misma en su familia de origen; parece un momento de esperanza en el que la persona pretende finalmente destriangularse.

La persona trata de superar el juego previo de su familia de origen buscando un igual a quien amar, aunque su inspiración para esto sea la simétrica pareja de los padres. Como resultado de esto la suegra y el yerno compiten de manera natural por la alianza de la persona (Linares y Campo, 2000).

El objetivo general de este estudio es conocer el discurso de seis mujeres que ya se sometieron a una cirugía estética y seis mujeres que no, respecto a la participación de su familia en el proceso de toma de decisión.

Para alcanzar este objetivo general se plantean como objetivos específicos:

- Aplicar una escala que evalúe psicométricamente la imagen corporal.
- Realizar una entrevista semi-estructurada para conocer el discurso de las mujeres que se sometieron a una cirugía estética.
- A través de una matriz de categorías, destacar las unidades de significado que permitan conocer la participación de la familia en la decisión de la cirugía estética.

Entre las múltiples causas y motivaciones, que en este escrito se mencionan y que es común suponer, vinculadas a la toma de decisión de una persona sobre someterse a una cirugía estética, como narcisismo y ansiedad (Guimón, 1999), entre otras, se analiza la participación de la familiar, por lo tanto, las hipótesis son las siguiente:

1. Las personas que se someten a una cirugía estética han vivido exigencia en cuanto al aspecto físico dentro de su contexto familiar, por lo que buscan cumplir con estas expectativas y agradar.
2. La decisión depende o se ve afectada por el nivel de diferenciación de la persona con la familia, así como el rol que ocupa en la familia.
3. La decisión depende o se ve afectada por la personalidad.
4. Influye el apego de la persona con la familia de origen y/o pareja.
5. La decisión se ve afectada si el tema es significativo para la familia y si se ve reflejado en los mitos familiares.

4. MÉTODO

DISEÑO

Esta investigación es un estudio descriptivo exploratorio cualitativo de corte transversal pues no hay seguimiento planeado en el futuro.

El tratamiento de los datos es cualitativo con presentación de tablas cuantitativas.

La muestra es sujetos participantes muestra: tipo, esto es porque los participantes elegidos son los que el investigador pudo contactar más fácilmente.

PARTICIPANTES

La muestra consta de N=12 participantes muestra tipo, no probabilística, seleccionados por conveniencia, divididos en dos grupos: grupo con cirugía estética y grupo sin cirugía estética.

El grupo con cirugía estética está formado por N=6 participantes que se sometieron a por lo menos una cirugía estética en su vida, de sexo femenino, nacionalidad mexicana, de edad entre 24 y 37 años.

El grupo sin cirugía estética está compuesto por N=6 participantes de sexo femenino, nacionalidad mexicana, de edad entre 26 y 29 años, seleccionados entre conocidos de la investigadora. El criterio de inclusión establecido ha sido la ausencia de cirugía estética.

Todos los sujetos han dado su consentimiento informado a la participación en la investigación.

RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO

Para la obtención de datos de la presente investigación se utilizaron dos instrumentos princi-

palmente. A cada participante se le realizó una entrevista semi-estructurada que evalúa ocho categorías: nutrición relacional, preparación, toma de decisión, consecuencias relacionales, emociones, expectativas y resultados, imagen corporal en la tradición familiar, social media. En el grupo sin cirugía las preguntas de las categorías de preparación, toma de decisión, consecuencias relacionales y expectativas y resultados, fueron formuladas de manera hipotética (ver Anexo 1: eje temático de la entrevista semi-estructurada).

El instrumento utilizado en esta investigación para la obtención de algunos datos es la Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la versión española del *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ). Esta evaluación contiene cuatro factores: (1) importancia subjetiva de la corporalidad (ISC); conductas orientadas a mantener la forma física (COMF); (3) atractivo físico autoevaluado (AFA); y (4) cuidado del aspecto físico (CAF) (Botella, Ribas & Ruiz, 2009).

PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se ha seguido para realizar esta investigación posterior a definir la pregunta de investigación como tal y la metodología, ha sido el siguiente:

1. Se realizó la elección del instrumento (MBSRQ) posterior a aplicar una prueba piloto del mismo a un grupo control de siete mujeres entre los 24 y 40 años de edad (ver Anexo 2: Versión española íntegra del MBSRQ).
2. Se elaboró un cuestionario base para la entrevista semi-estructurada, el cual consta de las ocho categorías antes mencionadas en el apartado de instrumentos (Ver anexo 1: eje temático de la entrevista semi-estructurada).
3. Se elaboró una carta compromiso de confidencialidad para que las participantes firmaran con el fin de que quedara por escrito el acuerdo de anonimidad de las participantes y que se autorizara la grabación de las entrevistas (ver Anexo 3: compromiso de confidencialidad).
4. Se realizó una prueba piloto a una mujer de 63 años de edad, con cirugía estética, a quien se le sometió a la entrevista semi-estructurada y se le aplicó la evaluación psicométrica MBSRQ.
5. Una vez hechos los ajustes posteriores a las pruebas piloto, se realizaron las doce entrevistas a los participantes de la muestra de ambos grupos, a cada una se le pidió que contestara la evaluación psicométrica MBSRQ.
6. Todas las entrevistas fueron transcritas para posteriormente categorizar las unidades de significado que se reflejaron en cada una de las entrevistas de los participantes. Se utilizaron ocho categorías: Nutrición relacional, preparación, toma de decisión, consecuencias relacionales, emociones, expectativas y resultados, imagen corporal en la tradición familiar, social media (ver Anexo 4: transcripciones).
7. Se calificó la evaluación psicométrica MBSRQ según el manual de la misma.
8. Para llevar a cabo el análisis de resultados se confrontaron los hallazgos de las categorías de la entrevista con la teoría, apoyándose en la escala MBSRQ para descartar problemas asociados a la imagen corporal.

5. RESULTADOS

Se ha realizado un análisis comparativo en cuanto a los resultados obtenidos entre los dos grupos: sin cirugía estética y con cirugía estética. Se tomaron en cuenta las unidades de significado de cada participante que durante la entrevista emergieron por cada categoría, así como los resultados obtenidos de la evaluación psicométrica MBSRQ que, de igual manera, se le aplicó a cada participante.

A continuación se presentan los resultados con distintas tablas que representan el análisis mencionado.

Categoría	Sin Cirugía	Con Cirugía
Nutrición Relacional	65	57
Preparación	H97	40
Toma de decisión	H108	167
Consecuencias relacionales	H19	23
Emociones	40	125
Expectativas y Resultados	H27	82
Imagen corporal en la tradición familiar	95	57
Social media	68	66
totales	268	617

Tabla 1. Totales de unidades de significado por categoría

En la tabla 1 los números representan la cantidad de unidades de significado que durante la entrevista semi-estructurada emergieron por cada categoría.

La H a la izquierda de algunos de los número del grupo sin cirugía, señala las unidades de significado que emergieron en el caso hipotético de que el participante decidiera someterse a una cirugía estética.

Las tablas de las ocho categorías analizadas se encuentran en la sección de anexos (ver Anexo 5).

Factores	Sin Cirugía		Con Cirugía		Diferencia	t (128)
	Media	DT	Media	DT		
ISC	106.833	38.271	111.17	39.688	-4.334	0.286
COMF	20.167	16.493	21.5	22.946	-1.333	0.394
AFA	19.667	23.313	21.5	32.875	-1.833	0.073
CAF	17.333	11.926	20	14.037	-2.667	0.149

Tabla 2. Significación estadística de las diferencias entre las puntuaciones del grupo de participantes sin cirugía estética y el de participantes con cirugía estética en la evaluación psicométrica de imagen corporal MBSRQ.

En la tabla 2 se calculó la media de los participantes de cada grupo según los siguientes factores: (1) importancia subjetiva de la corporalidad (ISC); conductas orientadas a mantener la forma física (COMF); (3) atractivo físico autoevaluado (AFA); y (4) cuidado del aspecto físico (CAF).

Se calculó la significación estadística usando pruebas T de Student simples para los datos de ambos grupos y pruebas T de Student correlacionales para obtener los resultados finales.

6. DISCUSIÓN

En este apartado se presentan los resultados de cara a la teoría planteada en la introducción partiendo de los datos mostrados en las distintas tablas.

En la tabla 1 resalta que el grupo con cirugía presenta 349 unidades de significado más que el grupo sin cirugía, como lo podemos apreciar en la siguiente grafica.

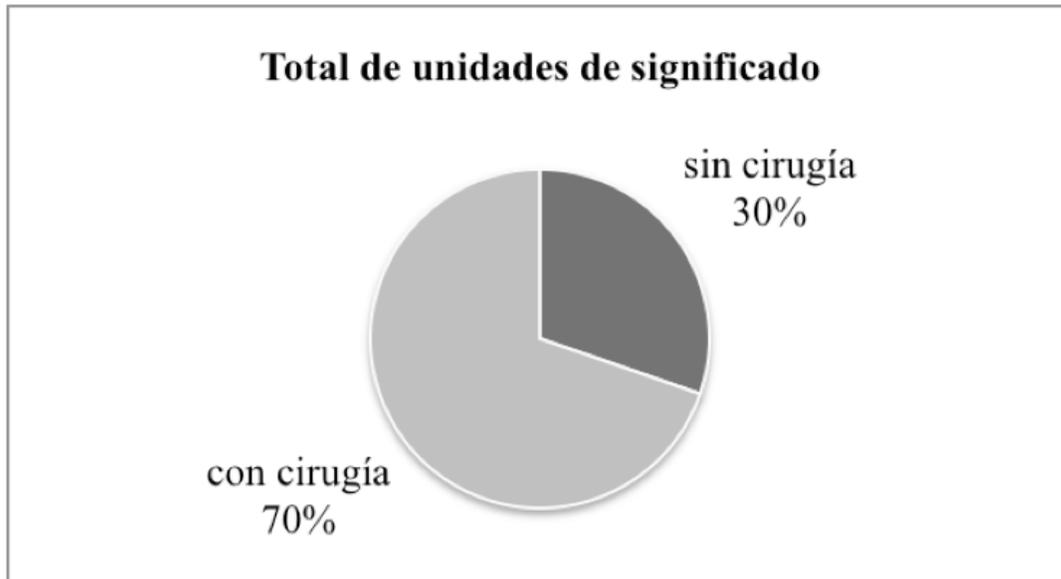


Gráfico 1: Porcentaje total de unidades de significado

El hecho de vivir una experiencia de someterse a cirugía estética produce mayores experiencias reflejadas en unidades de significado que si la persona no se ha sometido a una cirugía estética.

La producción de unidades de significado respecto a las categorías representadas se producen más en aquellos que se han sometido a alguna cirugía estética posiblemente porque a mayores unidades de significado mayor consolidación de la identidad, entendiéndolo como lo plantea Juan Luis Linares, producto de la decantación de la experiencia, siendo la persona la que permanece constante pero enriquecida por cada una de sus experiencias (Linares, 1996).

En la categoría de *emociones* (ver anexo 5.5) se observa una diferencia significativa entre ambos grupos, mostrando que los participantes que se sometieron a una cirugía estética presentan más unidades de significado de la categoría de las emociones que aquellos que no se han sometido a una cirugía, como se puede observar más claramente en el siguiente gráfico.

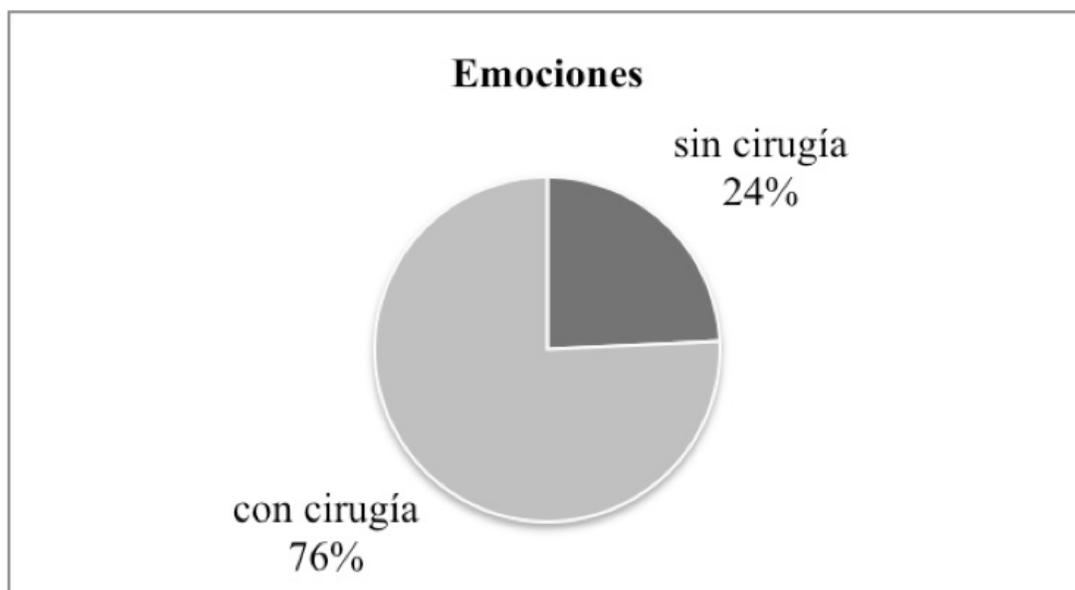


Gráfico 2: Porcentaje de unidades de significado de emociones

En deducción, las personas que se someten a una cirugía estética son sensibles en cuanto a los temas de la construcción de la identidad y la relación con las emociones. Esto concuerda con la

definición de estética de Alexander Baumgarten en 1750, quien tomó la palabra griega *aisthesis*, que significa 'sentido' y definió la belleza como la percepción de la sabiduría que se adquiere a través de los sentidos, y consecuentemente la estética como la ciencia del conocimiento sensitivo (Zis, A., 1987 como se citó en Sánchez y Alessandrini 2007). Por lo tanto, se puede pensar, de acuerdo a esta definición y a los resultados obtenidos que las personas más sensibles son también más afines a lo estético.

La siguiente categoría que muestra una diferencia considerable entre ambos grupos es la de *toma de decisiones* (ver anexo 5.3). En el siguiente gráfico se puede observar que existe un mayor número de factores relevantes para la toma de decisión de someterse a una cirugía estética que los que las personas que no se han sometido a una cirugía estética consideran.

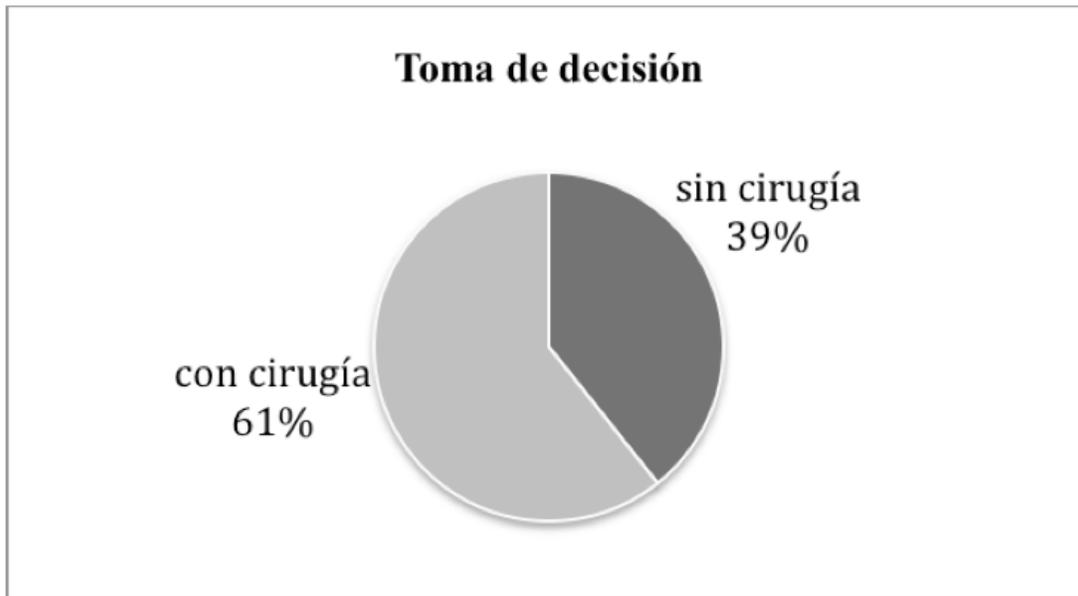


Gráfico 3: Porcentaje de unidades de significado de toma de decisión

Lo anterior es contrastante con los resultados de la categoría de *preparación* (ver anexo 5.2) pues las personas que no se han sometido a ninguna cirugía estética consideran un mayor número de factores de preparación ante la tal evento y por lo tanto, presentan un mayor número de unidades de significado en esta área que aquellos que ya se sometieron a una cirugía estética.



Gráfico 4: Porcentaje de unidades de significado de preparación.

El gráfico 4 nos indica que es posible que el someterse a una cirugía estética resulte más sencillo de lo que aquellos que no se han sometido a una puedan pensar, pero el llegar al momento de la decisión puede que implique más factores de los que aquellos que nunca lo han hecho puedan considerar.

La teoría plantea que decidir se trata del acto de elegir o seleccionar algo. Un proceso mental en el que es posible identificar las acciones que se tomarán para conseguir solucionar un problema o una disyuntiva para conseguir un objetivo. Sin embargo, como también se presenta en la introducción existen distintos tipos de formas de llegar a las decisiones y criterios que varían pero lo que no debemos dejar de lado es la motivación de las personas para llegar a estas decisiones, situación de gran interés para esta investigación (Vidal,2012).

En la categoría de *expectativas y resultados*, las personas que ya se sometieron a una cirugía estética tienen grandes expectativas, mayores a las expectativas hipotéticas que mencionan aquellos que nunca se han sometido a una cirugía estética (ver anexo 5.6). También es posible deducir que las personas que ya se sometieron a una cirugía estética obtuvieron resultados de acuerdo a sus expectativas o que superaban las mismas.



Gráfico 5: Porcentaje de unidades de significado de expectativas y resultados.

En cuanto a la imagen corporal en la *tradición familiar*, pensando en esta como se define en la introducción por Schilder en 1935. Según los resultados, las personas sin cirugía estética presentan mayor cantidad de unidades de significado que aquellos que se han sometido a una cirugía estética (ver anexo 5.7).

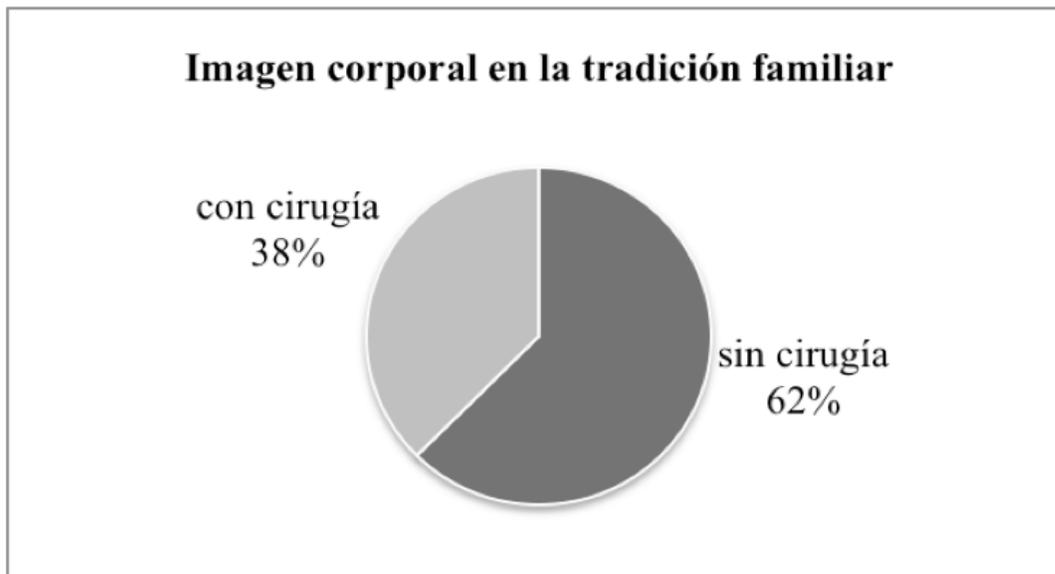


Gráfico 6: Porcentaje de unidades de significado de imagen corporal en la tradición familiar.

Es posible que las personas sin cirugía estética tengan más clara la imagen corporal que presentan y concuerde más con aquella que se trasmite en la tradición familiar. Sin embargo, cuando se aplica la evaluación psicométrica MBSRQ, no obtenemos un dato de diferencia significativa con los resultados obtenidos por las pruebas *t de student* (ver tabla 2).

Algunas teorías, especialmente psicoanalíticas, mencionan que el cuerpo dirige su energía hacia uno u otro objeto, orientado por la imagen materna. Lacan mencionaba que súbitamente se unificarían estas imágenes del otro bajo la forma de representaciones inconscientes (Guimón, 1999). Por lo cual, se puede pensar que las personas que inconscientemente no han logrado complacer a sus madres o a sí mismos en relación a la imagen de su madre, tienden a querer hacerlo.

En relación a lo antes mencionado, se presentaron algunas unidades de significado referentes a la influencia de la madre en este tipo de decisiones como es el someterse a una cirugía estética, va de la mano de la imagen corporal en la tradición familiar porque las unidades de significado que se presentan a continuación incluyen en parte la opinión de la madre en cuanto a la imagen corporal y a la cirugía estética y en parte la exigencia de la madre de una apariencia más estética.

Seis mujeres de la muestra hicieron referencia a la importancia de la influencia de la madre, aunque no se realizó una categoría específica para la relación madre e hija se puede inferir que las relaciones familiares también se reflejan en las diadas.

La participante número uno comentó en la entrevista (ver anexo 4.1) “sí sé que ella (mamá) es de la opinión de que me debería de operar hasta después de casarme para operarme, porque en su caso hubo una cierta pérdida de sensibilidad en los pezones entonces ella piensa que voy a perderme de algo si me opero”. Esta participante es del grupo sin cirugía y reflejó a lo largo de su entrevista tomar en cuenta la opinión de la madre para su toma de decisión.

La participante número cuatro dijo (ver anexo 4.4) “o sea mi mamá se arregla y es guapísima, es muy elegante y es muy acorde a ella, entonces yo quiero pensar que voy a tener la madurez suficiente para decir “soy una señora y tengo mis arruguitas y tengo lo que sea y no importa, o sea como señora me veo muy bien”. Esta afirmación también nos confirma como la participante desea acoplarse a la imagen materna. Esta misma participante es del grupo sin cirugía, y menciona “mi mamá me dice por ejemplo de la nariz me dice “ay eres una payasa, ni siquiera está tan grande, eres una exagerada”, entre otros comentarios que reflejan la importancia que la participante le da a la opinión de la madre. Al ser la madre una persona que piensa que la cirugía estética no es necesaria, ella también lo piensa así.

La participante número dos, también del grupo sin cirugía, mencionó (ver anexo 4.2) “sí me acuerdo de mi mamá mucho diciendo “sume la panza, sume la panza” todo el tiempo”. Esto representando un aspecto exigente de la madre hacia la hija por mejorar la imagen corporal.

La participante número ocho, con cirugía, mencionó “con mi mamá la relación no es, no es la mejor o sea tenemos muchas diferencias pero ha sido como muy influyente en mi vida”. Este es un caso interesante en el que la participante no se siente aceptada por la madre pero aun así considera su opinión para sus decisiones. La participante ocho también menciona (ver anexo 4.8) “ha habido veces que como que si me paso un poco de peso también es como en la foto que me salió así la panza mal que de que “ay mira como se te está saliendo la panza” es como raro porque no se, o sea parte es “estás bien, no te preocupes” pero si me ve la panza o sea si me dice (madre) así como “ya deja de comer”, nunca me ha dicho “deja de comer” pero sí me hace así como “ya te salió la pancita”.

De igual manera la participante ocho menciona “mi mamá me decía “pues cómetelo pero te vas a poner como”, yo tenía una prima que estaba súper gorda, entonces “te vas a poner como tu prima”, entonces ahí era como, y yo a la fecha lo recuerdo entonces es como, estoy segura que mi mamá no cree que me influyó tanto eso pero yo recuerdo la prima gorda”.

La participante tres, sin cirugía, dice (ver anexo 4.3) “mi mamá, mi mamá si es de que tipo si ando un domingo por ejemplo en pantalón y una blusita mi mamá si de que “pues arréglate poquito no?” si es de que si nos dice que nos arreglemos, que nos veamos bien, que le echemos ganas”.

De igual manera la participante tres menciona “mi mamá era muy dada a peinarme muchísimo y me dolía la cabeza horrible porque me hacía unas trenzas y yo decía “mamá es que me duele la cabeza”, “no, las niñas se tienen que ver bonitas y ve como están peinadas las princesas y no se que...” por ese lado pues ciertos mensajes que si están, ya cuando estás grande como que los asimilas”.

La participante doce, con cirugía, menciona (ver anexo 4.12) “mi mamá si es un poquito más así de que nos cuidemos un poquito más que no nos dejemos fodongas, dice “no te engordes y si te engordas que sea moderado” mi mamá si es un poco más específica en eso”.

Estos comentarios de algunas de las participantes hacen pensar que lo que dijo Guimón sobre el intercambio afectivo que existe del niño con la madre y la imitación de posturas que se dan (1999), tiene un impacto mucho más allá de eso, afectando la propia imagen corporal y posiblemente por esta estrecha relación el niño busca agradarle a la madre. Sin embargo, es importante aclarar que no se pretende culpar a la madre, pero sí enfocarse en la relación madre hija, en la cual ambas son personas activas de la relación.

Desde la teoría sistémica se menciona que algunas narraciones se pueden construir en torno a defectos físicos, reales o imaginarios, los cuales, en algunos casos, en el contexto escolar resuena la angustia, misma que la familia no alcanza a compensar reasegurando al sujeto (Linares, 1996). Un ejemplo claro de esto es el de la participante número ocho que mencionó (ver anexo 4.8) “en la escuela este, no se si ubicas de que antes había de que chismógrafos? Entonces pues ponían así preguntas en el cuaderno no? Y a mi una vez me tocó revisar un chismógrafo que venía de que “la más narizona” y yo salía de respuesta varias veces entonces como para mi fue trauma”. Esta información que surge con la participante número ocho produce la inquietud de investigar en futuros estudios una categoría de resonancias escolares.

En las entrevistas también se presentaron unidades de significado referentes a la lealtades familiares, entendiendo la lealtad desde la visión relacional, la cual implica la existencia de expectativas estructuradas de un grupo, en relación con las cuales todos los miembros adquieren un compromiso (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1994).

La participante número siete mencionó (ver anexo 4.7) “era lo único que me parecía a mi mamá y mi mamá tenía una nariz gigante”... “pensaba bueno es lo único con lo que me parezco a mi mamá y lo voy a quitar pero bueno al final de cuentas es algo que no me agrada pues, y no, o sea es algo que no me agrada pues y no por eso la dejo de querer ni deja de ser mi madre, pero si me dio un poquito de nostalgia porque decía bueno a final de cuentas es en lo único que me parezco jaja y pensaba que a lo mejor ella se podía sentir triste”.

Como se menciona en la introducción existen casos en que la primera visión que obtiene el progenitor de los rasgos faciales de su bebé lo convierte en candidato al eterno rol de chivo emisario, en apariencia debido a su semejanza física con uno de los padres o la hermana de aquel (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1994). Esto podría generar presión inconsciente en el niño por conservar estos rasgos físicos. No necesariamente el caso de estas participantes tienen que ser así, sin embargo, reflejan algunos rasgos referentes a las lealtades familiares.

La participante número nueve mencionó (ver anexo 4.9) que en su familia le daban el siguiente mensaje “te enseño pero te doy la libertad de que tú elijas”, a lo cual continuó diciendo “aunque a final de cuentas supongo que como esas, comunicación invisible si hay como un “pero tienes que ser fiel a las tradiciones familiares””.

La misma participante nueve que es parte del grupo con cirugía dice “fue muy curioso porque aunque siempre, por ejemplo, mi papá tiene la nariz muy grande, mi hermano y yo sacamos su nariz, entonces siempre era la carrilla de la nariz grande no? Y mi hermano me hacía carrilla y todo y fue muy curioso porque cuando me operé como que yo esperaba que me dijeran así, o sea sí me dijeron que me veía muy bonita pero fue así como “ay no, te extraño con la otra nariz”, “como que era parte de tu identidad esa otra nariz”.

Resalta de las entrevistas que tenemos seis mujeres que nos refieren la influencia de la madre en la toma de decisión de someterse a una cirugía estética y solo una que habla de la influencia de la pareja, es por esto que llama la atención la respuesta de la participante número once (ver anexo 4.11) cuando la entrevistadora pregunta “¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión?” A lo cual la participante once responde “sí”. La entrevistadora entonces pregunta “¿quiénes son?” y la participante once responde “(nombre de un hombre), evidentemente porque era mi pareja y este, en ese momento, en ese preciso momento de la cirugía no andábamos, en esa temporada no andábamos, este pero sí es una persona que se puede decir que de cierta manera influyó en el sentido no de que él lo haya sugerido sino de que yo quería gustarle más, o sea yo tenía la idea de que así le iba a gustar más”.

Juan Luis Linares y Carmen Campo (2000), en su libro *Tras la honorable fachada*, mencionan que una mujer que viene de un entorno descalificante, normalmente con trastorno distímico, trata de buscar una pareja que la califique, que la acepte y apruebe para sentirse mejor por lo cual la etapa del cortejo es muy favorecedora para la mujer pues trata de superar el juego previo vivido en la familia. Esto hace pensar que puede ser algo similar lo que le sucede a la participante número once, sería de gran interés para futuras investigaciones investigar si las participantes presentan depresión para así poder relacionar con mayor seguridad esta teoría con el tema investigado en este artículo.

Otra observación referente a la figura de la madre es que la mayoría de las participantes en el grupo con cirugía mencionan a la madre como elemento clave de su proceso de recuperación, destacando en muchas ocasiones la importancia del apoyo de esta figura. Algunos ejemplos de esto son:

La participante número siete mencionó (ver anexo 4.7) posterior a la siguiente pregunta “¿cómo fue la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?” , “eh, de mi mamá completamente, me atendió y me chiqueó todo el tiempo, esas dos semanas estuvo ahí para todo lo que necesité, casi no durmió conmigo el primer día, para nada, me llevaba agua, me acostaba, me movía, todos los medicamentos, ella estuvo al 100, mi papá pues apoyando nada más, pero la que estuvo todo el tiempo fue mi mamá”.

La participante número ocho dijo (ver anexo 4.8) “pues eso si fue crucial, o sea porque si fue como una semana que no podía ni pararme ni moverme ni nada y pues literal mi mamá y mi hermano estaban todo el día ahí, o sea mi mamá me daba de comer, me limpiaba, estaba a pendiente pues del aseo, de que estuviera cómoda, de que “no te acuestes así, tienes que ser así” y pues darme la comida pues, o sea no se puede tener una cirugía así si no están así como al pendiente todo el tiempo”.

La participante número nueve respondió (ver anexo 4.9) “obviamente más mi mamá como mujer como que era más fácil que me ayudara pero me tenían súper chiqueada”.

Las categorías en las que no se reflejó diferencia considerable entre ambos grupos fueron tres:

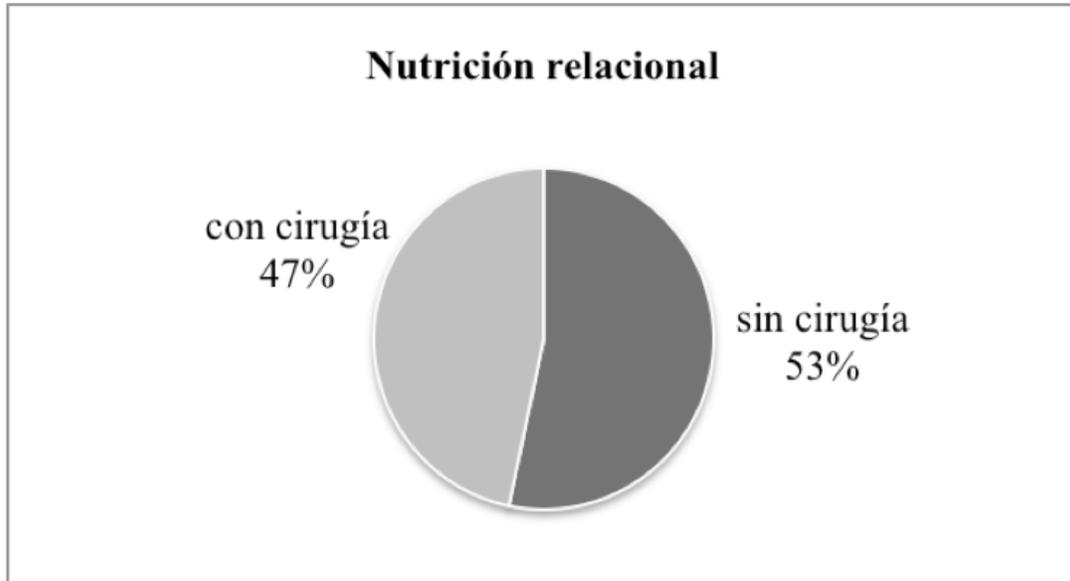


Gráfico 7: Porcentajes de unidades de significado de nutrición relacional

La nutrición emocional posteriormente llamada nutrición relacional, como bien dice Linares en 1996, se produce cuando el individuo se siente reconocido, valorado y querido por sus figuras significativas. Siendo la nutrición emocional la responsable de la distribución de identidad y narrativa. En el caso de la muestra analizada no se observó mayor diferencia entre los grupos en la categoría de nutrición relacional, lo cual nos indica que esta no es necesariamente un factor que afecta la decisión de someterse o no a una cirugía estética.

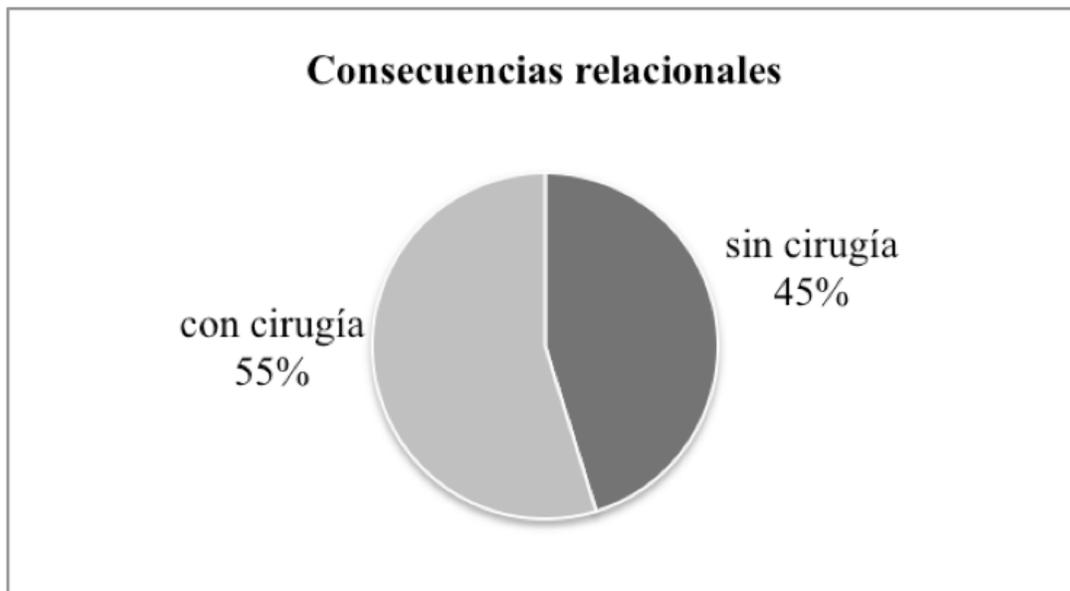


Gráfico 8: Porcentajes de unidades de significado de consecuencias relacionales

Según los resultados obtenidos en la categoría de consecuencias relacionales (ver anexo 5.4) no existe mayor impacto o consecuencias relacionales en las personas que se sometieron a una cirugía estética pues el número de unidades de significado entre ambos grupos es muy similar.

Los resultados también arrojan que los medios de comunicación son relevantes para ambos grupos en cantidades muy similares en cuanto a unidades de significado (ver anexo 5.8).

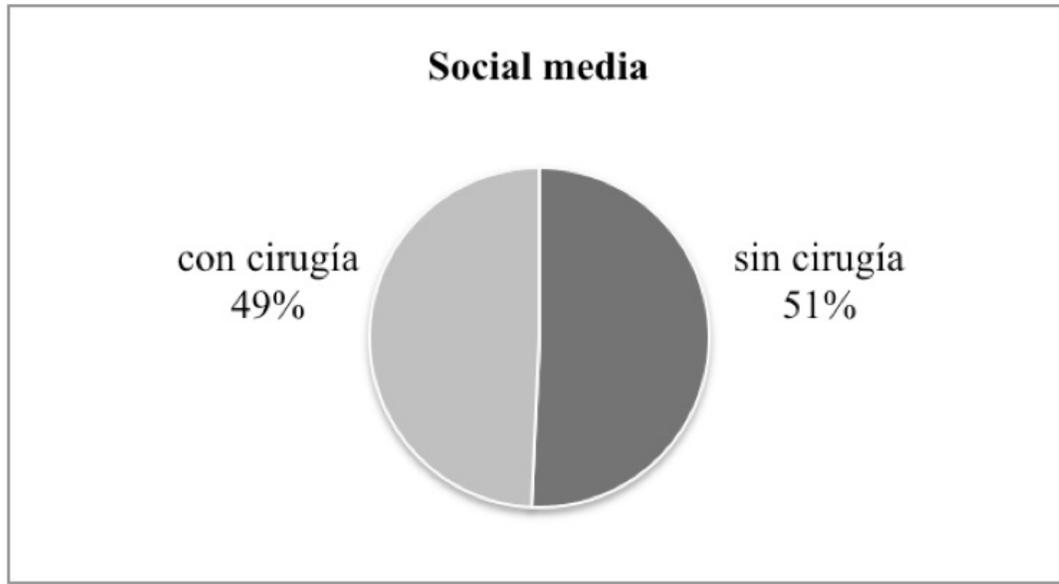


Gráfico 9: Porcentajes de unidades de significado de social media

Se puede pensar que los medios de comunicación causan impacto en las personas pero este impacto no se ve reflejado en que una persona se incline más hacia someterse a una cirugía estética o no. A pesar de que existe una proliferación reciente de los programas de televisión, basados en la realidad, que resaltan la cirugía cosmética (Nabi, 2009). Sin embargo, es posible que estos programas tengan mayor impacto en la población de otros países que en la de México, ya que la mayoría de las participantes reconocían estos programas como parte de la programación de canales estadounidenses y pocas participantes mencionaron verlos con frecuencia.

Llama la atención dentro de la investigación que a pesar de que la categoría social media no influya directamente en la decisión de someterse a una cirugía estética, sí parece influir en la imagen corporal de las participantes de ambos grupos.

Se cree que entre más se compara la gente a sí mismos con imágenes idealizadas que manejan los medios de comunicación, más inconformes están con ellos mismos, más se motivan a estar delgadas (en el caso de las mujeres) o musculosos (en el caso de los hombres), y más persiguen comportamientos relacionados (Nabi, 2009).

Un ejemplo de lo planteado es lo mencionado por la participante número uno, ella dijo (ver anexo 4.1) “se ha puesto de moda el estar delgadita y plana, Y también mucha de la moda se está haciendo para ese tipo de cuerpos entonces eso ayuda bastante al empezar a aceptarte, mi prototipo de mujer al que aspiro...las tipas que salen en Vogue”.

Para futuras investigaciones, el estudio aquí presentado podría mejorar en una replica futura si se agregaran como categorías: el contexto escolar, la relación materna filial y las relaciones de pareja pues los participantes arrojaron datos interesantes respecto a estas categorías que sería interesante evaluar a mayor profundidad.

7. CONCLUSIONES

Este estudio se enfocó a conocer el discurso de seis mujeres que ya se sometieron a una cirugía estética y seis mujeres que no, respecto a la participación de su familia en el proceso de toma de decisión. Por lo tanto, los objetivos de la investigación se cumplieron pues se entrevistó a la mues-

tra deseada a quienes también se les aplicó la escala de imagen corporal MBSRQ, lo cual permitió conocer el discurso de las participantes e identificar las unidades de significado que se reflejaron en el mismo permitiendo conocer la participación de la familia en la toma de decisión de someterse a una cirugía estética.

Las hipótesis planteadas al inicio de la investigación son las siguiente:

1. Las personas que se someten a una cirugía estética han vivido exigencia en cuanto al aspecto físico dentro de su contexto familiar por lo que buscan cumplir con estas expectativas y agradar.

Esta hipótesis no se comprobó como tal pues a pesar de que sí se observó una relación significativa madre hija, esta no fue investigada como parte de las categorías de la investigación. Las categorías relacionadas con esta hipótesis y el análisis que tiene que ver con la misma indica que no existe diferencia significativa entre la exigencia y el deseo de agradar a la familia entre el grupo con cirugía y el grupo sin cirugía.

2. La decisión depende o se ve afectada por el nivel de diferenciación de la persona con la familia, así como el rol que ocupa en la familia.

Si bien la diferenciación y el rol familiar son aspectos importantes en la vida de las participantes y se mencionaron en las entrevistas, no se refleja que la decisión se vea particularmente afectada por los mismos.

3. La decisión depende o se ve afectada por la personalidad.

La personalidad de las participantes sí refleja ser un factor importante para la toma de decisión de someterse a una cirugía estética, especialmente en el aspecto emocional, pues aquellas participantes más emocionales o más sensibles en su forma de ser y expresarse tienen una mayor tendencia a mejorar el aspecto físico estético.

4. Influye el apego de la persona con la familia de origen y/o pareja.

Sí se reflejó cierta influencia del apego con la familia de origen o pareja, sin embargo este no fue significativo.

5. La decisión se ve afectada si el tema es significativo para la familia y si se ve reflejado en los mitos familiares.

Esta hipótesis también se vio reflejada en algunas de las participantes en el tema de lealtades familiares, sin embargo, no fue significativo para la investigación.

Se puede concluir de esta investigación que las personas que se someten a cirugía estética no lo hacen porque tengan una baja apreciación de su imagen corporal, tampoco porque vivan con un bajo nivel de nutrición relacional, ni porque los medios de comunicación causen mayor impacto en su decisión. Sin embargo, sí son personas con mayor grado de sensibilidad emocional.

Respondiendo a la pregunta de investigación, se considera después de haber realizado este estudio que la familia tienen una participación en la vida de la persona y en su decisión de someterse a una cirugía estética de manera indirecta, probablemente la relación madre hija es la primordial en este aspecto y es por esto que se sugiere se investigue más a fondo en futuros estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boszormenyi-Nagy, I., y Spark, G. (1994). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Botella, L., Ribas, E. y Ruiz, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del multidimensional body self relations questionnaire (mbsrq). *Revista Argentina de clínica psicológica*, XVIII. Recuperado de <http://www.clinicapsicologica.org.ar/>
- Elliott, A. (2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas -Universidad de Medellín*, 9(18), 15-47. Recuperado de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4073477c-b5bd-4b29-9ec5-9c9a44a3b241@sessionmgr13&vid=5&hid=2>

- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo: Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, España: Paidós.
- Linares, J. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona, España: Paidós
- Nabi, R. (2009, Junio). Cosmetic surgery makeover programs and intentions to undergo cosmetic enhancements: A consideration of three models of media effects. *Human Communication Research*, 35(1), 1-27. Recuperado de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=afda05aa-d9ab-4ee6-9f6a-dd66f2cb6bcf@sessionmgr13&vid=5&hid=6>
- Ramos-Rocha, M. (2012). La vulnerabilidad humana frente a la cirugía estética. *Revista Medica del IMSS.* , 50(1), 81-86. Recuperado de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4ef921e8-67ac-4a87-8ccf-dd4ab619ae3c@sessionmgr110&vid=5&hid=106>
- Sánchez, K., & Alessandrini, R. (2007). Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Revista Cubana de Cirugía.* , 46(4), 1-12. Recuperado de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4ef921e8-67ac-4a87-8ccf-dd4ab619ae3c@sessionmgr110&vid=7&hid=106>
- Sartrori, G. (2003). *Homo videns: La sociedad teledirigida*. (2da ed.). México DF, México: Taurus.
- Vidal, J. (2012). Teoría de la decisión: proceso de interacciones u organizaciones como sistemas de decisiones. *Cinta moebio*, 44, 136-152. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/44/vidal.html

M.T.F. Marina Salazar Alfaro

Índice

1. Guía temática para la entrevista semi-estructurada	3
2. Versión española íntegra del mbsrq	5
3. Compromiso de confidencialidad	7
4. Transcripciones de las entrevistas semi-estructuradas	8
4.1 Entrevista participante 1 - Sin Cirugía	8
4.2 Entrevista participante 2 – Sin Cirugía	16
4.3 Entrevista participante 3 – sin cirugía	22
4.4 Entrevista participante 4 – sin cirugía	31
4.5 Entrevista participante 5 – sin cirugía	39
4.6 Entrevista participante 6 – sin cirugía	46
4.7 Entrevista participante 7 – con cirugía	51
4.8 Entrevista participante 8 – con cirugía	58
4.9 Entrevista participante 9 – con cirugía	66
4.10 Entrevista participante 10 – con cirugía	73
4.11 Entrevista participante 11 – con cirugía	78
4.12 Entrevista participante 12 – con cirugía	87
5. Tablas de unidades de significado	94
5.1 Tabla 3: Unidades de significado de nutrición relacional.	94
5.2 Tabla 4: Unidades de significado de preparación.	96
5.3 Tabla 5: Unidades de significado de toma de decisión.	98
5.4 Tabla 6: Unidades de significado de consecuencias relacionales	106
5.5 Tabla 7: Unidades de significado de emociones.	107
5.6 Tabla 8: Unidades de significado de expectativas y resultados.	110
5.7 Tabla 9: Unidades de significado de imagen corporal en la tradición familiar.	113
5.8 Tabla 10: Unidades de significado de social media	117

1. Guía temática para la entrevista semi-estructurada**Nutrición relacional de la familia de origen**

1. ¿Cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?
2. ¿que Consideras que tus padres han aportado a tu educación? ¿por qué?
3. ¿Consideras a tus padres un ejemplo a seguir ? ¿por qué?
4. ¿En tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?
5. ¿Cómo se da la aceptación en tu familia?

Nivel de preparación previo a la cirugía (lectura, investigación, información del médico)

1. ¿Te preparaste con algún tipo de investigación antes de la cirugía? ¿con qué?
2. ¿Conocías previamente al médico con el que acudiste? ¿cómo llegaste a él/ella?
3. ¿Consideras que tu médico cambió la idea original que tenías en mente?
4. ¿Te informaste con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones? ¿quiénes?
5. ¿Qué aspectos de este procedimiento te hicieron confiar en el mismo?

6. ¿Consideras que los medios de comunicación, como televisión, radios, periódico, entre otros, fueron parte de tu preparación ante la cirugía?

Proceso de toma de decisión de la cirugía

1. ¿Cuándo surgió en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?
2. Si tuvieras que acomodar en pasos el proceso que llevaste para tomar esta decisión ¿cuáles serían estos pasos?
3. ¿Existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión? ¿quiénes son? ¿cuál es tu relación con el/ella?
4. ¿Qué es lo que deseabas lograr con el cambio de la cirugía?
5. ¿Considerabas que existían otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo? Si sí, ¿por qué te decidiste por la cirugía?
6. ¿Cuáles fueron los efectos o las consecuencias en tu relación con tu familia de origen y nuclear (creada) después de la cirugía?
7. ¿Cuáles fueron las consecuencias en tu relación con tu familia después de la cirugía?
8. ¿Cómo fue la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?
9. ¿Crees que tu cirugía haya sido un evento importante, un parte aguas, en la vida de tu familia? ¿por qué?

Emociones (que sentías, como lo expresabas)

1. ¿Qué sentías antes de tomar la decisión de someterte a la cirugía?
2. ¿Expresabas esto que estabas sintiendo? ¿cómo? ¿a quién?
3. ¿Cómo te sentías antes de la cirugía, ese mismo día?
4. ¿Cómo te sentías contigo misma, en relación a la parte que deseaste cambiar, antes de la cirugía?
5. Posterior a la cirugía ¿tus sentimientos cambiaron?
6. ¿Cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma?
7. ¿Hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir? ¿por qué?

Expectativas y resultados (qué esperabas, qué esperaba tu familia, qué encontraste después)

1. ¿Qué expectativas tenías respecto a la cirugía?
2. ¿Qué expectativas tenía tu familia respecto a la cirugía?
3. ¿Pasó algo que no fuera de acuerdo con lo que esperabas?
4. ¿Te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?
5. ¿Considerarías de nuevo la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas? ¿Por qué?

Imagen corporal y tradición familiar.

1. ¿Consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?
2. ¿Cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?
3. ¿Qué te decían tus papás de niña sobre la imagen corporal?
4. ¿Qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida? ¿por qué?

1. ¿Alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?
2. ¿Haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas? ¿qué opinas al respecto de estos?
3. ¿Qué opina tu familia respecto a los programas de cirugía estética?
4. ¿Consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?
5. ¿Consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de someterte a una cirugía estética?
6. ¿Consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tiene tu familia respecto a la cirugía estética?
7. Si pudieras tener el físico de cualquier persona ¿cuál escogerías? ¿por qué?

2. Versión española íntegra del mbsrq

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a Vd.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo. Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones. Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación. Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Indiferente
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

- 1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto
- 2. Procuero comprar ropa que me haga mejorar mi aspecto
- 3. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física
- 4. Para mi es importante tener mucha fuerza
- 5. Mi cuerpo es sexualmente atractivo
- 6. No hago ejercicio regularmente
- 7. Controlo mi salud
- 8. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física
- 9. He adoptado deliberadamente un estilo de vida saludable
- 10. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a
- 11. Me gusta mi aspecto tal y como es
- 12. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo
- 13. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme
- 14. Tengo una buena capacidad de resistencia física
- 15. Participar en deportes no es importante para mi
- 16. No hago cosas que me mantengan en forma
- 17. Tengo altibajos inesperados de salud
- 18. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mi

- 19. No hago nada que pueda ser dañino para mi salud
- 20. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños
- 21. Casi todo el mundo me considera guapo/a
- 22. Es importante para mi que mi aspecto sea siempre bueno
- 23. Uso pocos productos de belleza
- 24. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas
- 25. Estar en forma no es una prioridad en mi vida
- 26. Hago cosas que aumenten mi fuerza física
- 27. Raramente estoy enfermo
- 28. Doy por supuesto que estoy sano (no me preocupo innecesariamente)
- 29. A menudo leo libros y revistas de salud
- 30. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa
- 31. Soy muy consciente de si no voy bien arreglado/a
- 32. Me pongo lo que tengo a mano sin fijarme en como me sienta
- 33. No soy bueno en deportes o juegos
- 34. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas
- 35. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física
- 36. De un día a otro no sé como se sentirá mi cuerpo
- 37. Si me encuentro mal, no presto mucha atención a los síntomas
- 38. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada
- 39. Me gusta como me sienta la ropa
- 40. No me importa lo que piense la gente de mi apariencia
- 41. Presto especial atención al cuidado de mi pelo
- 42. No me gusta mi físico
- 43. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas
- 44. Trato de estar físicamente activo
- 45. A menudo me siento vulnerable a la enfermedad
- 46. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo
- 47. Si me encuentro mal por un resfriado o gripe, lo ignoro y trato de seguir igual
- 48. No soy físicamente atractivo/a
- 49. Nunca pienso en mi aspecto
- 50. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico
- 51. Me muevo de forma armónica y coordinada
- 52. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente
- 53. Hago deporte regularmente a lo largo del año
- 54. Soy una persona físicamente sana
- 55. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud
- 56. Al primer signo de enfermedad voy al médico
- 57. Estoy a dieta para perder peso

A continuación marque el número con el que esté más de acuerdo

58. He tratado de perder peso con ayuno o con “dietas milagro”

Nunca

Raramente

A veces

A menudo

Muy a menudo

59. Pienso que estoy

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. Normal
4. Con sobrepeso
5. Obeso/a

60. Al mirarme, la mayor parte de la gente piensa que estoy

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. Normal
4. Con sobrepeso
5. Obeso/a

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación

1. Muy insatisfecho/a
2. Bastante insatisfecho/a
3. Punto medio
4. Bastante satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

- 61. Cara
- 62. Pelo
- 63. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)
- 64. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)
- 65. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)
- 66. Tono muscular
- 67. Peso
- 68. Altura
- 69. Aspecto general

3. Compromiso de confidencialidad

Compromiso de Confidencialidad

Por medio de la presente declaro que la Lic. Marina Salazar Alfaro me informó que la entrevista que me realizará será para fines académicos y de investigación.

Dicha entrevista será grabada para los mismos fines y la Lic. Marina Salazar Alfaro se compromete a que las grabaciones, así como cualquier material que surja de la interacción de dicha entrevista, será confidencial, manteniendo mi identidad como sujeto de investigación anónima.

Declaro que estoy enterada de las condiciones, antes mencionadas, bajo las cuales seré entrevistada y autorizo que sea así.

Nombre y Firma

Fecha

4.1 Entrevista participante 1 - Sin Cirugía

Entrevistadora: ¿Cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante1: supongo que quieres una respuesta un poco más elaborada que muy buena.

Entrevistadora: no pues buena, si es para ti muy buena, en qué sentido es muy buena.

Participante1: Ah ok

Entrevistadora: en eso se basa una entrevista semi-estructurada, si no me parece que tus respuestas estén completas igual yo te puedo

Participante1: hacer más preguntas?

Entrevistadora: indagar o... ajá.

Participante1: ah ok. Eh, muy buena, hay mucha comunicación entre todos, creo que con la mayor parte de los miembros de la familia soy la que tengo mejor comunicación, entonces...

Entrevistadora: ósea, estás hablando tanto de tus padres como de tus hermanos?

Participante1: sí

Entrevistadora: ok, entonces con todos dirías que es muy buena.

Participante1: umju

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante1: pues básicamente todos los cimientos de mi educación los pusieron ellos, desde las cuestiones éticas y morales, muchos de mis gustos, mi gusto por la lectura, inculcarme siempre a trabajar, hacer deporte, es como que los dos siempre se enfocaron mucho a una educación integral, entonces básicamente han aportado todos los cimientos principales de mi educación. Obviamente se complementa con la escuela, con los amigos, con vivencias no? Pero si puedo decir que la base, toda es de ellos.

Entrevistadora: ok ¿y por qué crees que es así?

Participante1: Pues los dos fueron padres muy presentes, mi mamá hasta que, ósea, los primeros años, desde que nací hasta los cuatro o cinco años nunca trabajó, los primeros años que trabajó trabajaba en la casa, dando clases de inglés, ósea no tenía que irse, siempre estuvo con nosotros para ayudarnos a hacer tareas, llevarnos a actividades en la tarde, siempre que querías platicar con ella, estaba ahí, y mi papá bueno, obviamente, como proveedor de la familia igual si estaba un poco más ausente por decirlo, pero ni siquiera, incluso cuando empezó a viajar mucho, ósea que cerró la fabrica y empezó a viajar mucho, aun así es un papá que cuando está, está presente y platicas con él. Entonces yo creo que el hecho que hayan estado tan metidos en nuestras vidas, y de una manera positiva no de una manera invasiva, hace que tomes mucho de, porque creo que los tres, igual no puedo hablar mucho por mis hermanos pero creo que es el sentimiento general, que han estado mucho ahí entonces eso pues obviamente hace que influyan.

Entrevistadora: ¿y tu consideras que tus padres son un ejemplo a seguir?

Participante1: mju

Entrevistadora: ¿por?

Participante1: son personas buenas, son personas trabajadoras, son personas con principios morales muy altos, este... se entregan a las personas que quieren de una manera impresionante, ósea no solo con nosotros, sino entre ellos, con sus papás, con sus hermanos, con sus amigos, realmente ves que ayudan a las personas que quieren y de todas las maneras, ósea se preocupan, son buenos padres, buenos hijos, buenos amigos, buenos esposos, entonces verdaderamente sí creo que son un ejemplo a seguir.

Entrevistadora: ok ¿en tu infancia tuviste el amor que hubieras deseado?

Participante1: sí, totalmente.

Entrevistadora: jajaja

Participante1: jajaja

Entrevistadora: bueno, ¿cómo consideras que se da la aceptación en tu familia?

Participante1: pues... somos muy parecidos en muchas cosas, porque obviamente, cuando tienes cinco personas que son muy unidas, claro que vas a agarrando algo de cada uno no? Si agregas el hecho de que somos familia y la carga genética bueno, también influye bastante, sí hay cosas muy parecidas no? Peroooo, también somos muy diferentes en muchas cosas, por ejemplo, mi mamá y yo somos más hiperactivas y mis hermanos y mi papá son mucho más calmados, pero verdaderamente a grados opuestos, y aún así aprendes a vivir con esas personas que igual de repente te pueden desesperar, que igual no entiendes que hagan ciertas cosas o se comporten de cierta manera pero por el cariño que tienes aprendes a aceptarlas, aprendes a entenderlas, y a ver que bueno no es, igual y no es tu forma de ser, igual sí te desespera a veces el hecho que, no se en mi caso no? Que mi hermana sea demasiado pasiva pues sí ósea, hay cosas que verdaderamente me desesperan y sobre todo cuando me afectan a mí no? Pero también entiendes que de esa misma manera yo tengo muchos defectos con los cuales ella tiene que vivir y soportar y me aguanta no? Así, entonces no se, aprendes a aceptar los defectos, lo que tu ves como defectos porque sí son y no son depende de cómo los veas porque una misma característica te puede dar un defecto y te puede dar una virtud y aprendes a convivir con eso y a aceptarla porque bueno todo el mundo tenemos cuestiones peculiares y hay que aceptarlas no? Obviamente a veces cuesta más trabajo unas que otras pero no se, supongo que es como logramos la aceptación no?

Entrevistadora: ok, bueno emm ahora mm sí, ¿te preparaste con algún tipo de investigación antes de la cirugía?

Participante1: pues no tuve cirugía

Entrevistadora: ok, entonces si tuvieras alguna cirugía te prepararías con algún tipo de investigación?

Participante1: claro, sí ósea, el saber los riesgos, efectos secundarios, ósea, realmente, porque sí lo he pensado, he pensado en hacerme cirugía, no he investigado tanto pero pues digo de lo poco que llegué a saber, sí ósea creo que es importante saber los riesgos y efectos secundarios sobre todo.

Entrevistadora: y ¿en el caso de que te fueras a hacer una cirugía, ya conoces al médico con el que acudirías?

Participante1: obviamente

Entrevistadora: ¿cómo es que llegaste a esta persona?

Participante1: es papá de mi mejor amiga.

Entrevistadora: ok, muy bien, considerarías que tu médico o crees que tu médico cambiaría la idea original que tu tienes en mente?

Participante1: no se

Entrevistadora: ok, ¿te haz informado con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones en relación a la cirugía estética?

Participante1: sí,

Entrevistadora: ajá ¿con quienes?

Participante1: con mi mamá, ¿y cuales son sus opiniones al respecto? Pues en realidad no esta como muy de ac, cómo explicarlo?, se que si digo que si me quisiera operar no me diría que no, ósea o como no sería demasiado insistente en que no, sería como un bueno es tu decisión, pero sí se que ella (mamá) es de la opinión de que me debería de operar hasta después de casarme para operarme, porque en su caso hubo una cierta perdida de sensibilidad en los pezones entonces ella piensa que voy a perderme de algo si me opero.

Entrevistadora: ¿qué aspectos de este procedimiento te hacen confiar en el mismo, si decidieras operarte?

Participante1: pues en general, conozco muchas personas que se han hecho implantes de busto y... es implantes de seno no? O como se dice?

Entrevistadora: pues en realidad el termino oficial es mamas pero como tu...

Participante1: jajaja

Entrevistadora: ósea eso es lo que usan los médicos. Implantes mamarios

Participante1: digo, conozco un montón de gente que se ha hecho la cirugía y que le ha ido bien, este, entonces realmente como que no, ósea se que es una operación relativamente sencilla, entonces no tendría por que, digo como que no me mortificaría mucho el hacerla.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación, como la televisión, radio, periódico, entre otros, han sido parte de tu preparación ante una cirugía?

Participante1: mmm no,

Entrevistadora: ¿para nada?

Participante1: pues... no, no realmente

Entrevistadora: ok, bueno ¿cuándo surgió en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante1: ay! Cuando me di cuenta que no me quedaban los trajes de baño y los vestidos de noche.

Entrevistadora: ok ¿y si tuvieras que acomodar en pasos el proceso de tomar esta decisión que tu no haz tomado pero dices que haz pensado en esto, cuáles serían estos pasos? No se si sea desde ese momento que mencionas o?

Participante1: mmm no entendí muy bien la pregunta

Entrevistadora: pues a ver, tu todavía no haz tomado la decisión de someterte a una cirugía estética, no sabemos si la tomes o no pero mencionas que sí ha surgido en ti la inquietud y mencionas que desde que no podías llenar los, los cómo?, los brassieres?

Participante1: no, los brassieres sí, el traje de baño

Entrevistadora: el traje de baño, entonces, si tuvieras que poner en paso el proceso hasta donde tu estés, ¿cuáles serían estos pasos?

Participante1: pues, ahora si, digo no se, dime si entendí bien la pregunta, te voy a decir como lo que yo creo que es la respuesta, dime si entendí bien la pregunta.

Entrevistadora: pero si la respuesta es solo tuya.

Participante1: ah no, yo se pero igual y estoy contestando algo que nomas no era lo que estabas preguntando

Entrevistadora: a ver

Participante1: pues es como mmm que empiezas a crecer, empiezas a ver que a todo el mundo le quedan bien trajes de baño, vestidos de noche, bla, bla, bla y a ti no te quedan no? Y pues como que empieza a surgir esa inquietud de ah! Pues igual me opero no?

Entrevistadora: mju

Participante1: y... pues empiezas a sondear con personas, sobre todo de tu edad que se hayan hecho la cirugía, y empiezas a ver como pues quienes quedaron bien, quienes no y vas como haciendo encuesta de sobre todo, qué copas se pusieron, con quién se operaron y cosas por el estilo no? Y pues en mi caso fue pasó el tiempo, ósea como que nunca fue mucho, fue como que algún día igual lo haga y para mi el proceso terminó ahí porque pues eventualmente me empecé a sentir más cómoda con mi cuerpo y pues ya ahorita descarté la idea de una cirugía.

Entrevistadora: ok, perfecto, muy bien eh ¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que han influido en tu decisión, me mencionaste a tu mamá, aparte de ella?

Participante1: Pues yo creo que mis novios han sido, ósea los últimos novios que he tenido han sido como muy importantes para esa toma de decisiones, ósea porque muchas veces, si bien(...) yo nunca me hubiera operado por alguien, ósea y siento que es una decisión muy mía de si lo hubiera hecho, lo hubiera hecho porque yo quería, porque yo me quería como ver bonita, sentir bonita en un traje de baño, en un vestido, bla, bla, bla, no? Cuando la persona que quieres y bueno, ósea, en este caso han sido varias en los últimos años, más que reforzar ese miedo, miedo, prejuicio o manera de ver, ósea más que reforzar el ah! Sí igual y sí te la deberías de hacer o, ah! Sí igual sí te quedaría bien, el hecho de que hayan reaccionado con un, a la simple idea, hayan reaccionado de una manera tan, “no no no”, este, ósea, totalmente contraria, es como un “me gustas muchísimos como eres” y “te ves hermosa así”, si bien no lo ibas a hacer para ellos, el hecho de que alguien

esté reforzando el “eres bonita como eres” y “me encanta tu cuerpo como está” y “no tienes que hacerle absolutamente nada”, la verdad es que sí si ayuda a reforzar como un, un buen autoestima. Digo, yo se que lo más sano sería que uno tuviera un buen autoestima sin ayuda de nadie ni nada por el estilo pero honestamente no conozco a nadie que logre hacerlo solo. Entonces, pues sí, quieras que no el hecho de, como que esos comentarios e incluso rechazar un poco la idea de la cirugía y el reafirmar el “eres bonita como eres” ósea creo que todos ellos sí han influido muchísimo en mi decisión de “ah! Pues que tanto voy a la playa? Y qué tanto uso un vestido de noche?”.

Entrevistadora: Entonces tu diría que tu mamá y tus novios por estas razones que comentas?

Participante1: mju

Entrevistadora: ¿qué es lo que hubieras deseado lograr con el cambio ocasionado por una cirugía, en el caso de que hubieras decidido que sí?

Participante1: poderme comprar el bikini que quisiera y cualquier vestido de noche, básicamente.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que existen otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Participante1: sí, siempre está el relleno, pero no se ve igual jajaja

Entrevistadora: ok, muy bien, ¿cuáles crees que serían las consecuencias en tu relación con tu familia si sí te sometieras a la cirugía estética?

Participante1: la verdad es que, ósea, creo que las únicas consecuencias que habría con respecto a eso serían las semanas que estuviera en recuperación que todo el mundo se hartaría de que no pudiera hacer nada y de tenerme que estar cuidando pero de ahí en más no creo que afectaría mi relación ni con mis papás ni con mis hermanos.

Entrevistadora: ¿ni para bien, ni para mal, ni para nada?

Participante1: sí, digo, ósea obviamente la gente te puede sorprender no?, a final de cuentas pero no, específicamente una cirugía, digo hay otras cosas que sí, si yo te dijera me voy a tatuar bueno ahí sí, la relación con mi papá se volvería muy mala, pero en el caso de una cirugía estética, ósea fuera de ese lapso de recuperación, no creo que cambiaría nada.

Entrevistadora: ok ¿crees que la cirugía sería un evento importante en la vida de tu familia, una especie de parte aguas en la vida de tu familia?

Participante1: no

Entrevistadora: ¿qué sentías, cómo te sentías, antes de tomar la decisión de no someterte a la cirugía estética?

Participante1: pues, en realidad como que nunca fue una, ósea nunca fue una decisión muy seria, entonces en realidad no se, todo siempre se manejó como en grises, entonces no se...

Entrevistadora: mju, no tenias un sentimiento particular?

Participante1: no, no realmente.

Entrevistadora: en cuanto a esto que sentías sobre que te gustaría haber llenado los bikinis y las copas de los vestidos y así?

Participante1: ah bueno! Es una frustración momentánea pero la verdad es que son situaciones en las que me encuentro tan poco que no se, como que realmente no nunca le, digo sí igual si de repente que iba a alguna tienda de ropa interior y cosas por el estilo la ropa interior bonita siempre está en tallas más grandes, casi no hay nada en copa A, entonces sí de repente sales y dices “ay! Demonios! Estaba súper bonito este brassier pero pues ni modo” peroooo, ósea fuera de eso de decir, “no me puedo comprar brassieres bonitos o igual y el traje de baño tengo que escogerlo un poco mejor para que no se me esté moviendo porque no alcanzo a sostenerlo o cosas por el estilo”, digo no se, en realidad como que nunca influyó mucho.

Entrevistadora: ok, ¿expresabas estos sentimientos a alguien?

Participante1: ah! Claro que sí

Entrevistadora: ¿a quién le expresabas este tipo de sentimientos?

Participante1: ah, con mis amigos, amigas, con mis papás.

Entrevistadora: ósea con...?

Participante1: sí, no, nunca este, vamos no es un secreto el hecho de que estoy plana.

Entrevistadora: ¿y cómo es que los expresas?

Participante1: normalmente con chistes.

Entrevistadora: ok, ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma?

Participante1: pues, me gustaría que mi abdomen estuviera un poco más plano pero ya estoy trabajando en ello y me gustaría no ser tan velluda pero eso es algo no tan difícil de quitar. De ahí en más la realidad si concuerda con mis expectativas.

Entrevistadora: ok ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante1: pues todo depende, si estamos hablando de él cuando me estoy comprando pantalones es una frustración total pero en realidad no se, me agrada mi físico entonces hablar de él no me molesta mucho, no y déjate no me molesta, ósea, no se bueno.

Entrevistadora: ¿pero cómo te sientes cuando lo haces?

Participante1: mmm, es chistoso porque muchas veces ósea como que vivimos en una sociedad donde te han enseñado que todo el mundo se queja de su físico de alguna u otra manera y aprendes que eso es lo normal, creo que es una conducta es bastante aprendida cuando hablas y ósea que todo el mundo se queja de su físico y yo se que mis quejas de mi físico son bastante ridículas en comparación con, ósea de personas que tienes problemas no se, de sobrepeso, o este ósea mi problema de “ah! No lleno los brassieres” no se compara con un “tengo demasiado y tengo problemas de espalda”, entonces de repente sí me siento como un poco mal de hablar de mi físico pero simplemente porque me tocó vivir en una época en donde mi físico está de moda, digo probablemente si hubiera vivido hace cien años nadie me hubiera querido y nadie se hubiera querido casar conmigo porque no iba a ser buena para tener hijos pero en la actualidad, para bien o para mal, mi físico es el que está de moda y por eso la gente, si yo me quejo de algo de mi físico te ven con un poco de recelo, no se es chistoso el estar en esa situación, no se si me expliqué.

Entrevistadora: ok, muy bien, ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia, a tener una mejor imagen corporal?

Participante1: no

Entrevistadora: ¿considerarías la cirugía estética para cumplir con alguna de tus expectativas físicas?

Participante1: no lo se, ósea es posible que igual en algún futuro me vuelva a llegar la inquietud, honestamente lo dudo.

Entrevistadora: aja ¿por qué?

Participante1: porque he llegado a un punto en el que realmente me siento muy a gusto con mi cuerpo, entonces, sí más ahorita que empecé a hacer ejercicio otra vez, ósea como que ya las pequeñas cositas que me empezaban a molestar como el hecho de estar como muy aguada o cosas por el estilo, ya ni siquiera tengo eso no? Entonces, la verdad sí, ahorita estoy bastante a gusto con mi cuerpo, digo obviamente, como todo el mundo, hay cuestiones súper chiquitas que te gustarían cambiar por cuestiones de comodidad no? Ósea como en mi caso el, y ni siquiera, es que ese es el punto, ni siquiera me gustaría cambiarlas porque me gusta como me veo, simplemente son inconvenientes al momento por ejemplo de comprar ropa, en mi caso son pantalones, el decir “me es imposible comprar pantalones” o “me es casi imposible comprar pantalones” porque mi cuerpo no está hecho a la forma de los pantalones que se venden actualmente, bueno no actualmente, nunca, entonces, pero al final de cuentas creo que mi problema es más bien con la ropa, no con mi cuerpo porque si voy a cambiar algo, sería cambiar, ósea no me gustaría tener por ejemplo piernas más delgadas simplemente para caber en unos pantalones, ósea al contrario, primero mando a hacer pantalones que me queden y que se ajusten con mi cuerpo antes de cambiar eso.

Entrevistadora: ok ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante1: no sumamente importante pero sí creo que es importante, sobre todo porque los cinco crecimos siendo muy delgados y fue algo que todo mundo siempre dio por hecho no? Y fuimos creciendo y bueno poco a poco, digo primero mis papás, después mi hermano, yo ya voy

por ahí, estoy previniendo eso por eso empecé a hacer ejercicio, ósea poco a poco empezamos a subir de peso, el problema es que cuando eres muy delgado y empiezas a subir de peso primero te alegra mucho y dices “yei!!” “me veo como gente normal” pero sigues comiendo igual que comías antes, que es un montón, y entonces subes unos kilitos más y te sigues alegrando porque vamos lo aguantas, el problema es que llega un punto en que en realidad no te das cuenta en que momento subiste tanto, porque no estás acostumbrado a hacer dieta, estas acostumbrado a comer lo que quieras, porque estás acostumbrado a comer lo que quieras y en las cantidades que quieras, entonces, cuando llega un punto en que te das cuenta, ósea lo estoy viendo como mucho, sobre todo con mis papas y con mi hermano, llega un punto en que te das cuenta que ya se te pasó la mano de “sí, sí, ya subiste unos kilos pero ya se te pasaron de los kilos en que te ves bien y ya vas en los kilos en que ya no está padre”, entonces, creo que sí, ósea sí tendemos a ser un poco más exigente que otras personas, porque estábamos acostumbrados, ósea bueno estaban acostumbrados a verse mucho más delgados que otras personas, las personas que crecieron eh, como igual no totalmente a dieta pero siempre cuidándose y cosas por el estilo y de repente subían un poquito y bajaban, creo que están más acostumbrados a verse, ósea a decir, a bueno ósea, ok subí y tengo que bajar pero no es tan tan grave no? Y yo lo veo sobre todo con mi mamá que la ves y dices pues sí ósea sí está un poco pasada de peso pero honestamente no, ósea si la comparas con las señoras de su edad en México en realidad no está gorda, pero ella (mamá) se siente, bueno se siente un cunito.

Entrevistadora: ¿un qué?

Participante1: cunito, puerquito jejeje porque ella está acostumbrada a verse, ósea, mucho más delgada, entonces en ese sentido, aunque no sea algo de lo que se habla constantemente, sí creo que sea importante, entonces...

Entrevistadora: está ahí

Participante1: así es

Entrevistadora: bueno, ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante1: mmm pues, fuera de los chistes que pueda decir mi hermano, que esos son normales, esteee, no, en general como que la reacción es “estás loca”, “estás súper bonita”, “tienes muy bonito cuerpo”, excepto cuando se trata de los vellos, ahí sí están de acuerdo conmigo con que hay que eliminarlos.

Entrevistadora: ah! Ok, entonces en general es como negando lo que a ti no te gusta.

Participante1: mju

Entrevistadora: excepto cuando es de los vellos y tu hermano hace bromas.

Participante1: ah sí pero mi hermano hace bromas de todo

Entrevistadora: ok, eh... ¿qué te decían tus papás de niña sobre la imagen corporal?

Participante1: pues, mis dos, digo tanto mi mamá como mi papá, no es que sean muy fijados en la imagen corporal, sobre todo no en el físico, sino más bien, pero son del tipo de personas que creen que hay importancia en el cómo te arreglas y no tanto en arreglarte muchísimo sino arreglarte de acuerdo a la situación no?, siempre me enseñaron que hay que vestirse bien para las ocasiones, esteee, por ejemplo, a mi papá, hasta hace recientemente, nunca lo vi en un bautizo sin traje y corbata, porque así era como se utilizaba no? Y eso es lo que dicta la etiqueta y mi mamá es como por el estilo no?, no son personas que se fijen mucho en el físico de otros ni tampoco que tarden los años en su arreglo personal pero siempre se arreglan bien y de acuerdo a la situación, ósea eso es como más bien en lo que enfocan su este, ósea como el enfoque que le dan a la imagen.

Entrevistadora: ok, ¿qué es lo que, qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante1: a ver cómo? ¿Cómo estuvo eso?

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante1: eh! Digo igual esto tiene que ver mucho por la profesión que tengo pero yo sí soy de la idea de cómo te ven te tratan, la imagen que tu tienes, desde cómo te arreglas, qué tipo de

ropa usas, qué tanta atención le pones a tu cuidado personal, hasta también qué tipo de cirugías te haz hecho, todo eso le dice muchísimo a la gente, ósea incluso las personas que dicen, “no es que yo me pongo la primera camiseta que encuentro en mi closet y el primer pantalón que encuentro”, incluso eso yo creo que habla mucho de ti, ósea el cómo te arreglas y cómo, esa imagen que proyectas a la gente, habla muchísimo de ti y una buena imagen te abre muchísimas puertas y una mala imagen, malamente, la verdad te las cierra, ósea vivimos en una sociedad muy cerrada, muy conservadora y la verdad es que muchas veces por ejemplo, alguien con un tatuaje va a ser “no sabes qué, quién sabe en qué rollos raros ande esta persona no?” o una chava que decide vestirse de manera muy provocativa probablemente tampoco sea tomada muy en serio en el ámbito laboral, emmm, no se ósea como que para bien y para mal, todo lo que, no puedo hablar como de una imagen positiva y negativa, a final de cuentas simplemente es una imagen pero tu imagen sí afecta mucho como la gente te ve.

Entrevistadora: ok, ¿alguna vez ha estado entre tus expectativas parecerte a alguna imagen de algún medio de comunicación?

Participante1: sí, Audrey Hepburn jejeje

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante1: Porque esa mujer desborda clase

Entrevistadora: ok, ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante1: bguaaa! Verdaderamente eh, la parte de la cirugía me da asco y normalmente las personas que van a esos programas, ósea no estoy diciendo que las personas que se someten a cirugía sean así, pero las personas que se someten a cirugía y aceptan ser grabadas y estar en un reality iuuu! Normalmente no son las personas con más clase del mundo y normalmente pasan como los casos más extremos porque esos son los que traen más rating, entonces sí me parece desagradables los reality shows de cirugías estéticas.

Entrevistadora: ok, ¿qué opina tu familia respecto a los programas de cirugía estética?

Participante1: yo creo que nadie nunca los ve

Entrevistadora: ni?, ósea ¿no sabes su opinión al respecto?

Participante1: no, pero probablemente, ósea así como ciencia cierta no, pero probablemente pensarían que son desagradables por como piensan con respecto a otros reality shows me imagino que sería como la misma opinión no?

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación, han afectado de alguna manera tu opinión respecto a la propia imagen corporal, tu imagen corporal?

Participante1: yo creo que sí, todo afecta no?, ósea, es más digo, yo creo que, hasta ahorita como que no me había dado cuenta mucho pero muchas de tus preguntas como que, son esas cosas que no pienso mucho y por ende igual no le había dado como tanta importancia pero ahorita que estás haciendo como todas estas preguntas, el estereotipo de la mujer desde que yo era chica hasta ahorita ha cambiado muchísimo, cuando yo era más chica, eh, busto grande y ósea chichis, nalgas, era así como lo que se veía y era la moda no? Y si bien ahorita en cierta medida también está un poco de moda eso, también se ha puesto de moda, sobre todo en las modelos, también se ha puesto de moda el estar delgadita y plana, lo cual a mi me cae de perlas porque así soy yo, entonces no se, igual cuando empiezas a ver que las personas delga, ósea que no necesitas tener como tantas curvas para verte bien, yo creo que sí es un poco más fácil empezarte a aceptar, ósea y decir “ah! Mira” también se ve padre no? Y también mucha de la moda se está haciendo para ese tipo de cuerpos entonces eso ayuda bastante al empezar a aceptarte.

Entrevistadora: lo que estás diciendo, es que en tu caso como actualmente sientes que la moda, los medios de comunicación, reflejan como cuerpo o como imagen corporal ideal, un cuerpo semejante al tuyo, eso te ha hecho que tu te aceptes con mayor facilidad?

Participante1: pues nunca lo había como racionalizado pero es posible que sí

Entrevistadora: ok, ósea ¿crees que tal vez sí hubo algún tipo de influencia?

Participante1: yo creo que sí, ósea, ósea no estoy segura porque again, no lo había como racional-

zado, pero es posible no? Ósea es como mucho más fácil cuando mis, ósea digamos, mi prototipo de mujer al que aspiro no es la vieja que sale en tv novelas, ósea se me hacen gatisimas esas tipas, sino más bien las tipas que salen en vogue y cuando te vas a esas revistas pues los cuerpos son muy diferentes no? Entonces...

Entrevistadora: ok ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión ante la cirugía estética?

Participante1: nop

Entrevistadora: ah, ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tu familia tiene respecto a la cirugía estética?

Participante1: no lo se, honestamente no se si fueron los medios o no se, o más bien como vivencias personales.

Entrevistadora: ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona, cuál escogerías?

Participante1: Audrey Hepburn

4.2 Entrevista participante 2 – Sin Cirugía

Entrevistadora: Primero vamos a, voy a hacerte unas preguntas que quiero que me respondas pensando en relación a tu familia de origen, bueno a tu familia ya que tu no tienes familia creada, emm, ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 2: yo creo que es muy cercana, más, bueno obviamente hay unos con los que te llevas más que otros pero en general siento que es muy cercana y que disfrutamos mucho el trato juntos, incluso como que se refleja en otros lados porque muchos se acercan y nos invitan a lugares como familia, incluso amigos de mi edad y nos invitan a la familia porque les encanta que vayamos todos, como nuestra dinámica familiar porque es divertida, no se...

Entrevistadora: cercana y divertida

Participante 2: si

Entrevistadora: ok, ¿tanto con tus padres como tus hermanos?

Participante 2: si

Entrevistadora: ¿qué consideras tu que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 2: hójole, bueno todas las bases por lo menos, mmm, los valores, las bases, como un poco las metas, no tanto como la meta en si, sino la base de esa meta, a lo mejor que no son metas superficiales o no son metas sin sentido o algo así, como que tienen un sentido de desarrollo, un sentido de crecimiento personal, de aporte a la sociedad, de que no sea nada más egoísta, honesto, cosas así.

Entrevistadora: ok, ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 2: si, definitivamente sí.

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 2: por como veo yo, por lo que veo yo que aportan al mundo, como que a mi me interesa mucho que cada vez más personas aprendamos a aportar al mundo cosas y a mi me gusta mucho el modo en el que ellos tratan de aportar al mundo, en ecología, en sociedad, en trabajos dignos, en respeto, en todo ese tipo de cosas.

Entrevistadora: ok, ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 2: sí y más

Entrevistadora: ¿y cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 2: ¿cómo se da?

Entrevistadora: ¿cómo se da?

Participante 2: mmm, pues yo creo que como en to, bueno no se si en todos lados pero en mi familia obviamente hay como algunos estereotipos que los papás quisieran de las personas, de los hijos y muchas veces puede ser que les cueste trabajo aceptar una u otra cosa, por ejemplo, yo me hice una perforación en la oreja y a ellos les costó mucho trabajo, nunca les había costado trabajo,

tanto, una decisión que personalmente hubiera tomado, nunca me habían dejado de hablar y me dejaron de hablar y cosa así y eso que, ósea yo llegué como queriéndoles hacer partícipes de que yo iba a hacer eso, antes de hacerlo, ya estaba grande, ya tenía 25 años y les costó trabajo aceptarlos pero como que después saben meterse al rollo de “pues esto es algo que tu quieres y aunque al principio no lo apoyamos pero ahora ya lo apoyamos”, porque hasta estoy no se, vendiendo joyería y llega mi papá y “aquí se ve muy padre, mira ella se pone...”, ósea como “¿qué rollo contigo si no me hablaste una semana porque me iba a perforar?”, cosas así.

Entrevistadora: ósea al final se terminó dando pues

Participante 2: sí

Entrevistadora: bueno, emmm, ¿te preparaste con algún tipo de investigación ante la cirugía?

Participante 2: no, yo no me he hecho ninguna cirugía estética.

Entrevistadora: ok, ehmmm ¿y si te realizaras alguna cirugía te prepararías con algún tipo de investigación?

Participante 2: sí, yo creo que sí porque, bueno una cirugía plástica, depende de que tipo sea si, si por ejemplo, si tuve un accidente y necesito hacer algo para mejorar mi calidad de vida o así, pues a lo mejor no sería tan importante, sí es importante la investigación pero no sería tan trascendental porque la operación está resolviendo un problema, una situación pero si es por gusto como que siento que al ser una cirugía que requiere un hospital, una intervención, a lo mejor que te duerman o cosas así, pues yo creo que hay que investigar pros y contras, por donde va la cirugía, que te conviene más, a lo mejor ver que se adecuaba mejor a ti, cosas así.

Entrevistadora: Si llegaras a hacerte una cirugía estética, ¿conoces al médico con el que acudirías?

Participante 2: pues sí, pues tu papá

Entrevistadora: ¿cómo llegaste a él?

Participante 2: por medio de una amiga

Entrevistadora: ¿considerarías o creerías que tu médico cambiaría la idea original que tu tendrías en mente?

Participante 2: tal vez sí porque obviamente el conoce más que yo, entonces si por ejemplo yo llego y “ponme la nariz de este modo” y el te dice “pero sabes que, no te va a dejar respirar bien mejor algo que te guste, de este tipo pero no tan...”, no se, como que siento que él (médico) influye totalmente porque él es el experto en el tema, yo nomás llego con ganas de algo.

Entrevistadora: ¿te haz informado con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones respecto a la cirugía estética?

Participante 2: no mucho, mmm como que siento que no me ha tocado convivir mucho con personas que se hagan cirugías, ósea como así...

Entrevistadora: pero no necesariamente que tengas cirugías ya, sino que...

Participante 2: que quieran o que...

Entrevistadora: no, no, ósea...

Participante 2: respecto al tema?

Entrevistadora: sí, simplemente personas con las que tu haz platicado o te haz informado que tengan una opinión al respecto de la cirugía estética.

Participante 2: mmm no recuerdo bien, muchos me acuerdo que dicen que ahorita no se la harían, otros que a lo mejor más tarde o algo así pero como que no se ha ahondado mucho.

Entrevistadora: ¿alguien en particular?

Participante 2: no

Entrevistadora: ¿qué aspectos de este procedimiento te harían confiar en el mismo si es que confiarías en este procedimiento?

Participante 2: pues a lo mejor casos que ya han, otros casos anteriores al mío que tengan la misma situación, ósea ver cómo les ha ido, cómo han evolucionado, cómo se han sentido, no se, ósea ese tipo de casos que han pasado por lo mismo que yo.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, el radio, los

periódicos, fueron parte o han sido parte de tu preparación o tu conocimiento ante la cirugía estética?

Participante 2: pues un poco sí, pero no, no se hasta que punto darles credibilidad porque muchos son chismes, así de que “se le tronaron las pompas a Alejandra Guzmán”, ósea ps, mensadas así que dices “esto no tiene ninguna validez científica”, aquí no viene nada sustancial, entonces pues diría que sí nada más en cuanto a que te acerquen al tema pero también diría que no porque no se me hace que sea información valida por así decirlo.

Entrevistadora: ok, ¿alguna vez ha surgido en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante 2: no

Entrevistadora: ok ¿existe alguna persona crucial en tu vida que creas que haya influido en tu decisión de no someterte a una cirugía estética?

Participante 2: tal vez mi familia, mmm como que siento que me han formado con la creencia de que, bueno, también mi circunstancia porque a lo mejor no tuve alguna, por ejemplo labio leporino, o alguna problemática que me haya orillado a eso, pero fuera de que tenga una apariencia física promedio o normal o no se como decir, como que me han formado con la creencia de que importa más mi formación interna que externa, no se algo así.

Entrevistadora: ok, ¿desearías en algún momento lograr algún cambio a base de cirugía estética?

Participante 2: creo que, no se si cuando esté vieja y arrugada o algo así y me traume algo y lo quiera cambiar pero si ahorita me preguntas de aquí a 20 años, no.

Entrevistadora: ¿consideras que existen otras opciones o posibilidades para lograr tus objetivos físicos estéticos?

Participante 2: pues sí, el ejercicio, comer sanamente, ósea como que siento que la estética, en esta etapa de mi vida, está totalmente ligada con la salud, como que siento que mientras más sana me siento mejor me veo independientemente de tallas o tamaños o formas o algo así, como que he sentido ese resultado.

Entrevistadora: muy bien, mmm ¿si te llegaras a someter a alguna cirugía estética cuales crees que serían las consecuencias en tu relación con tu familia después de la cirugía?

Participante 2: yo creo que me apoyarían porque siempre ellos apoyan las decisiones aunque les cueste trabajo, se que les costaría trabajo en un principio, lo mismo que mi perforación ósea en un principio a lo mejor les costaría trabajo porque ellos, ósea siento que si les preguntan que si ellos se la harían dirían que no entonces tal vez no me visualizan a mi haciendo eso, entonces les costaría trabajo pero seguramente una vez tomada la decisión me apoyarían.

Entrevistadora: ¿crees que tu cirugía sería un evento importante, una especie de parte aguas, en la vida de tu familia?

Participante 2: no, yo creo que no.

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 2: porque siento que no estamos muy apegados así tal cual a lo estético físico, seguiría siendo yo, ósea seguiría siendo la misma persona y la misma relación con la familia.

Entrevistadora: ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma?

Participante 2: siento que estoy en una etapa, bueno siempre he sido muy estricta conmigo en muchos aspectos, y en determinadas etapas de mi vida lo físico también ha sido parte de lo estricto, pero siento como que en esta etapa de mi vida estoy más relajada con ese sentido porque a lo mejor por sentirme más llena en otros aspectos y eso me hace relajarme en cuanto a lo físico y tal vez el mismo desarrollo de mi persona, ósea como la etapa de la vida en la que estoy, estoy entendiendo que no es necesario ser tan estricto con lo físico porque en la adolescencia tal vez sí lo fui, me faltaba aceptarme más y muchas cosas así.

Entrevistadora: eh, ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 2: bien,

Entrevistadora: ¿por qué crees tu?

Participante 2: por lo mismo, como me siento relajada no siento presión de si me ven los brazos y

hablan de ellos qué van a decir haz de cuenta, pues así, estos son mis brazos y así son y a lo mejor antes no hubiera hecho eso, en la adolescencia si hablaban de mis brazos yo me moría porque no me gustaban porque están gordos y así, pero ahorita como que ya se que así son.

Entrevistadora: mmm ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 2: no, tuve una época que estaba muy gorda y aun así no sentía, no me sentía presionada por ellos, si yo tomaba una decisión por ejemplo, de someterme a una dieta o algo, yo sentía su apoyo (familia) porque ellos sabían que era bueno para mi salud pero no estaban presionándome de “ay! Estás muy gorda” o “muy fea” no, ósea no sentía rechazo de algún modo pues.

Entrevistadora: ¿ni exigencia?

Participante 2: no

Entrevistadora: ¿considerarías la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas, en algún futuro?

Participante 2: pues yo creo que no, te digo no podría decirte así de miles de años pero supongo que no

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 2: no siento como que, como no ha sido mi prioridad a lo largo de mi vida (la cirugía estética) veo difícil que se vuelva mi prioridad después.

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 2: dentro de algunos, por ejemplo, mi hermano sí, mi hermano es muy vanidoso, entonces como que siento que por parte de él sí, pero por ejemplo, por parte de mis papás no, no es importante, lo ven más, lo mismo, por salud que por apariencia física. Mi hermano sí, mi hermano sí es vanidoso, sí está así en su topo 5 sí.

Entrevistadora: ok, ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 2: mmm, no me acuerdo, jajaja, pues tratan de buscar que no sea un agobio para mi, que no sea ese mi, como mi objetivo, mmm que no le de tanta importancia

Entrevistadora: ¿cómo es que hacen eso?

Participante 2: pues hablando conmigo, viendo por qué le estoy dando tanta importancia, explicarme a lo mejor porque no tendría sentido que le diera tanta importancia.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 2: creo que tiene que ver con las relaciones sociales con las personas en muchísimos aspectos, ósea yo se que es muy importante mm en cuanto a la primera impresión con una, con otra persona, por ejemplo, yo que me dedico a vender joyería, es súper importante, en ese lado es muy importante porque es lo que vende, me guste o no o esté en mi escala de valores o no es súper importante entonces pues creo que va por ese lado, siguen saliendo un montón de estudios y montón de cosas en donde la imagen corporal anticipa ciertas reacciones en otros y no necesariamente con las cualidades biológicas que tienes sino con tu arreglo personal, con tu aseo con ese tipo de cosas, no tanto tu taya o si tiene una nariz grande o chica sino que no te descuides, mmm tu apariencia física, que no estés despeinado o lagañoso o no se, chancludo.

Entrevistadora: un sentido amplio de la imagen corporal

Participante 2: mju

Entrevistadora: ¿qué te decían tus papás de niña sobre la imagen corporal o qué mensaje crees que te enviaban al respecto?

Participante 2: creo que yo me acuerdo que iba más por el lado de posturas y cosas así que por el lado físico tal cual, ósea sí me acuerdo de mi mamá mucho diciendo “sume la panza, sume la panza” todo el tiempo y ósea como que le agradezco porque a lo mejor que hice más acinturada por ella no? Pero... si me acuerdo que nos traía mucho con eso y mi papá “no te estés jorobando, no te estés jorobando” eso sí me acuerdo, desde niña más por el lado de postura.

Entrevistadora: ok, muy bien, ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen

presentada en algún medio de comunicación?

Participante 2: yo quería ser Jazmín, la de Aladín, y la Sirenita, esas dos me encantaban y Bella jajajaja

Entrevistadora: jaja y ya?

Participante 2: sí, como que no eran tanto personas reales, eran así de Disney.

Entrevistadora: ¿y por qué crees?

Participante 2: porque me gustaba, a lo mejor me gustaba su actitud o su papel en cierta película o lo que hacían o algo, por ejemplo de Jazmín quería muchísimo tener su pelazo así larguísimo y de la Sirenita estar en el mar todo el día, no se...

Entrevistadora: ¿y Bella?

Participante 2: Bella, yo creo que también por su roll en la película

Entrevistadora: ¿querías una Bestia?

Participante 2: jajaja, no se, como que me gustaba que fuera tan fuerte, de niña a lo mejor no captaba qué era fortaleza pero... como que me gustaba que fuera ella, a pesar de todo ella. Y leer, a mí me encantaba leer entonces me identificaba mucho con ella porque le encantaba leer, los animales, las plantas, así, toda esas cosas.

Entrevistadora: muy bien, ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante 2: no

Entrevistadora: ¿no haz visto ninguno?

Participante 2: sobre cirugías estéticas no

Entrevistadora: o en los que ya ves que hacen como fashion emergency pero le incluyen en el cambio a las personas...

Participante 2: ah! Sí, en home & helth

Entrevistadora: ¿qué opinas al respecto de estos?

Participante 2: que difícil, digo por morbo los veo porque es interesante ver cambios así tan fuertes en las personas y opino como cosas a veces opuestas, como que se me hace bien porque le dan a la persona la oportunidad de verse a sí misma con una imagen que la persona tal vez podría pensar que va a ser más aceptada o va a tener un lugar diferente al que tiene y a la vez, como que siento, un poco negativo, siento que es negativo porque siento que no se le da la oportunidad como de abrazar ese cambio como su nueva identidad, como que siento que les cambian muchas cosas por fuera que no eran necesarias para que ellos pudieran tener el lugar que quieren tener y que no se si eso a la larga les puede provocar que vuelva su autoestima a bajara porque mmm no se, “ósea esto no es mío, esto me lo hicieron y...” como reforzar que antes no valían porque tenían tal imagen y ahora sí valen porque tienen otra, ese es el lado negativo que le veo y el lado positivo pues que realmente sí, como sociedad, feliz o tristemente, sí los ponemos en otro lugar ahora, después del cambio.

Entrevistadora: ¿qué opina tu familia respecto a estos programas de cirugía estética?

Participante 2: mm, por ejemplo, mi hermana que es con la que lo veo, bueno nunca hemos platicado así como seriamente de qué piensa de eso perooo pues supongo que lo mis, ósea parecido, parecido de que pues te vas no?, te vas con el rio de que ahora sí van a tener un lugar o de que “ay! Que ayudadota les dieron porque estaban muy fregados” pues sí, y sí sí estaban muy fregados pero ¿qué? ¿por qué eso es menos? O algo así.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 2: mmm, pues a lo mejor mmm, en ciertos momentos de la vida sí, a lo mejor algún, algún objetivo yo lo hice basándome en algo que vi y quería hacer, quería tener o algo así, pero no así como tan, tan marcado, pero yo se que sí, no, no podría decir que no.

Entrevistadora: ok y ¿consideras que los medios de comunicación han sido parte importante de tu decisión de no someterte a una cirugía estética?

Participante 2: tal vez sí por todo lo negativo que hay, aunque tampoco creo que sea la base pues,

no ha sido esa la influencia mayor pero sí es una parte, ósea sí ha tenido que ver.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tu familia tiene respecto a la cirugía estética?

Participante 2: no tanto porque no somos muy apegados a los medios de comunicación, estamos inmersos en esta sociedad y todo tiene que ver pero no somos muy muy apegados.

Entrevistadora: ok, ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cual escogerías?

Participante 2: yo creo que no,

Entrevistadora: ¿tu crees que no? ¿el tuyo?

Participante 2: sí me gusta, bueno... sin celulitis nada más jajajaja, pero es lo único, jajaja.

4.3 Entrevista participante 3 – sin cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 3: pues cercana, digo siempre llego a platicarles las cosas, saben lo que me pasa, que ando haciendo, a donde voy, a qué hora llego, a qué hora voy y con mis hermanos es como un poquito más de complicidad pues porque como yo soy la hija mayor y soy la hermana mayor más bien yo les sonsaco por ejemplo que quieren salir o que quieren hacer algo y siempre acuden a mi de que “ay ayúdanos a esto y no se que” “y ayúdame y ayúdame” “y me llevas y me traes” es como un poquito más de complicidad, tipo sí se todo lo que ellos hacen este sí me cuentan, mi hermano no tanto, mi hermano es un poco más frío pero al ser así como más retiradito pues si le estamos preguntando “y qué onda? Y cómo te fue?” y con mi hermana pues obviamente más porque como compartimos cuarto pues si me llega a contar todos los dramas todos los días y si me pelee y mi novio y así pero sí es muy cercana pues. Hubo un tiempo que si fue así como retirado con mis papás pero como que no entendían el proceso en que como que estaba creciendo y que quería hacer como cosas y fue después de cuando corté con mi ex novio y así porque no entendían ósea porque quería salir porque quería ir a cierto lugar y llegar tarde y así entonces como que les costó un poquito de trabajo pero pues a la mala aprendieron jaja porque ya no pedía permiso, pero ahorita está muy bien.

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 3: pues todo, ósea desde darme una escuela en donde yo creo, yo siento que tuve una muy buena educación intelectualmente hablando pero también de valores, enfocados a la familia, al respeto por el otro, al quererlo, al ver siempre el lado positivo de las cosas, de que si te va mal en esto es porque vienen otras cosas, mm respetar mucho las relaciones tanto de pareja como de familia y amistad, irlas sobrellevando y también saber ósea que son necesarias todas pues, entonces si acercarte, aunque haya problemas en la familia pues si acercarte, tratar de hablar, que aunque a veces a ellos se les bota la canica y son súper explosivos pues si de que después de que “ah pues pasó esto y el otro” entonces si creo que eso en parte sí.

Entrevistadora: ¿los consideras un ejemplo a seguir?

Participante 3: sí, porque han luchado desde ósea desde que se vinieron aquí, porque bueno ellos son de un pueblo, entonces ellos se vinieron para acá, a mi mamá se le murió su mamá desde que bueno iba a cumplir 15 años ella, entonces bueno desde que tiene 15 años no ha tenido mamá, ella era la más chiquita de la familia y siempre fue como la mamá de todos, les lavaba la ropa, les hacía de comer, mi mamá así de que llegaba el viernes en la tarde y nos íbamos todos al pueblo para que atendiera a mi abuelito y nos veníamos súper temprano el lunes para llegar a clases y pues han picado piedra desde que llegaron aquí, han trabajado, lo que tenemos es por lo que han trabajado entonces sí si son un ejemplo.

Entrevistadora: ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 3: sí

Entrevistadora: ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 3: mm, hay ciertas cosas que a lo mejor no, por ejemplo, este, muchas cosas las acep-

tan muy normal, por ejemplo que mi hermano es como un poquito más alejadito, que es como muy introvertido, que se la pasa muy en su mundo, esa parte como que la entienden y “bueno está bien” pero por ejemplo, ya hablando de temas como más de la homosexualidad y esas cosas, como que les cuesta trabajo, no tanto como lo rechazan completamente pero sí como que no son temas que sean como que muy dados a que lo platicuen o que sean como poquito flexibles no, este, ese tema, qué mas?, pues los temas más de la sexualidad tampoco son como muy abiertos pero en general pues sí.

Entrevistadora: em, ahora más en relación a la cirugía plástica, a la cirugía estética en específico ¿tu no haz tenido ninguna cirugía estética verdad?

Participante 3: no

Entrevistadora: ¿si la hubieras tenido te prepararías con algún tipo de investigación o si la tuvieras, te prepararías con algún tipo de investigación ante la cirugía?

Participante 3: yo creo que sí, la verdad es que sí porque por ejemplo, mi hermano está estudiando medicina entonces ahora si como que nos fijamos mucho, y no solamente de cirugía estética ósea en cualquier enfermedad y así ya como que buscamos más información y claro que para la cirugía así de que estética mi prima se acaba de hacer una, no era tan estética, era más bien funcional pero dijo “ah no de una vez la estética”, entonces si anduvimos buscando información este de que, porque lo que le decía, es que un doctor le decía una cosas y luego otro le decía otra, entonces sí estuvimos buscando información hasta que ya dimos con la que más nos hizo sentido y todas las versiones como fueron...

Entrevistadora: ¿y con qué te informaste?

Participante 3: pues mira, este como mi primo y mi hermano estudian medicina entonces ellos con sus libros nos decían “no que mira” y a mi prima “de que si mira si tienes esto”, por ejemplo de que lees en internet a veces, que la verdad internet yo se que no es lo más fiable del mundo pero bueno también así de que la gente lo que dice si se siente bien después del tratamiento, si no, cómo se sienten, por ejemplo a mi en una cirugía estética si me gustaría saber cómo se sienten después de la cirugía, si fue como muy choqueteante ver si cambiaste mucho o no, este, por ese lado, pero ósea tampoco es una búsqueda exhaustiva, así leve, de “bueno busco y a ver que me dicen”, con gente que ha pasado por el asunto o que se ha hecho alguna cirugía.

Entrevistadora: ¿si tu te sometieras a una cirugía estética conoces previamente al médico con el que acudirías?

Participante 3: probablemente no pero sí buscaría referencias de sus pacientes de verla como quedó si está contenta, si la atendió bien el doctor, si está contenta o así, pero de conocerlo antes no.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que tu médico cambiaría la idea original que tu tienes en mente?

Participante 3: yo creo que sí, ósea porque por ejemplo de que “ah, pues si, me quiero poner una copa triple d” y así de que el médico te dice “a ver, a ver amiga, no, tu cuerpo no lo aguanta y mira es mejor, yo creo que te vas a ver súper bien con esta talla y no se que”, claro por supuesto le haría caso, sí cambiaría completamente.

Entrevistadora: ¿te haz informado con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones sobre la cirugía estética?

Participante 3: sí, este de hecho bueno en mi familia ya ha habido gentes que se ha hecho y no, la verdad es que todo mundo lo, no es algo como que digan “no!” y tampoco lo vean tan padre porque pues te cambias obviamente pero lo aceptan pues, entonces esa parte yo si la se porque en cierto momento yo me, digo, si tengo que hacer ciertas cosas si me operaba pues, entonces sí preguntas, a lo mejor no preguntas pero si más o menos en comentarios y cuando dices las cosas de que “ay, y si me opero no se que y cómo me vería si me hago esto, y cómo?”, entonces claro que sí.

Entrevistadora: ¿y quiénes son estas personas con las que te haz informado sobre sus opiniones?

Participante 3: mm, mi mamá, mi papá y mis hermanos obviamente, ósea la familia nuclear pero eh, mi abuelita, a mi abuelita sí como mucho porque no se me da como cosita y a mi tía, dos tías con las que me llevo mucho, yo creo que ellas serían las que más bien me importaría pues, más

Entrevistadora: ¿qué aspectos de este procedimiento te harían confiar en el mismo?

Participante 3: pues por ejemplo que te dijeran cuanto va a durar la operación, más o menos como vas a quedar, el doctor tiene mucho que ver, el doctor te da tranquilidad que sepa lo que está haciendo, a lo mejor te puede explicar con términos médicos pero después que te explique con términos coloquiales lo que puedas entender, que se vea tranquilo que no dude, mmm ¿qué más podría ser?, mm yo creo más bien como que para la cirugía estética es más que estés súper convencida que lo quieres hacer y que te vas a ver súper bien, eso yo creo que te ayudaría como más.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, radio, periódico, entre otros, han sido parte de tu preparación ante la cirugía?

Participante 3: sí, yo creo que sí, ósea a lo mejor si no vieras tantas cosas no pensarías o no lo verías con tanta posibilidad ¿sabes?, ósea como que ahora “ay mira, mira, mira, que bien está” jajaja yo creo que tiene mucho que ver la aceptación que ahora tiene la cirugía plástica por todos esos medios pues, ya como que lo ves como más normal, no es que sea normal pues pero como que ya es como muy cotidiano el asunto, entonces como que “ay si padrísimo, si súper fácil, aja”.

Entrevistadora: ¿alguna vez ha surgido en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante 3: sí

Entrevistadora: ¿cuándo surgió en ti esta inquietud?

Participante 3: mm, son, dos, una eh, cuando empiezas a crecer y empiezas a verte como media deforme y así, y luego te echan como carrilla, bueno carrilla, ahora el bullying súper famoso, entonces en esa parte la nariz por ejemplo yo siento que la tengo muy grande entonces podría operármela, sí me pasó, un tiempo dije “segurito me la opero, segurito” y ya después como que vas aceptando tu cuerpo y dices “bueno a lo mejor no tanto” y la otra es, varias personas de mi familia han tenido cáncer de mama, entonces no, escuchamos y luego ya investigue y hay una posibilidad de vaciar las mamas y ponerte unos implantes, entonces esa parte si digo “chin, si lo haría”, ósea a lo mejor si teniendo bebés y quedan poquitas caídas bueno pues que las levanten y las acomoden y padrísimo, y así matas dos pájaros de un tiro, esas dos sí son como, son como opciones latentes para mí, que a lo mejor si se diera la oportunidad y hay algo y “ay si te ani...” vas, ósea no diría que no.

Entrevistadora: ¿si tuvieras que acomodar en pasos el proceso que llevaste para tomar esta decisión, que tal vez en ti todavía no es una decisión, cuáles serían estos pasos, desde el momento en que surgió la inquietud, o tal vez desde antes de por qué surgió?

Participante 3: creo que surge desde, ósea por ejemplo la parte de lo estético de la nariz surge desde que te vez y ya no, ósea ya no te gusta tanto, dices “ay si está grande” y luego empiezas a haber como factores externos que ayudan a esa idea, entonces la van haciendo como más grande, luego ya empieza tipo de que preguntas en la casa “¿y cómo me vería si me hago aquí? ¿y si me opero la nariz tu que opinas?”, entonces ya empiezas a buscar como que un poquito ya, si, y a lo mejor puede ser que te empiecen a decir “ay no, te vas a cambiar tu cara, ay no, tu nariz es súper bonita, ay no” y ya como que apagan más o menos la inquietud pero si empieza todo el mundo “sí, sí, sí!” es ahí cuando bum! No? Y pues yo creo que hasta ahí te quedas hasta que ya tienes algo que lo detone o alguna oportunidad que se te de, entonces dice “va”, no? Como que ya vas muy avanzado y pues lo otro pues ver tipo de que la enfermedad, pues se las quitan y es una manera como de evitarlo, ósea evitar que pase y aparte pues ya te quedan bonitas y esa todavía más porque muchas niñas se lo han hecho, conozco muchas personas que están a mi alrededor, conocidos, de la universidad, de la prepa, que se lo han hecho y como que quedan súper bien y después las ves súper alegres y dices “ay, mira no está tan mal la idea” pero yo creo que así ósea más bien conforme el tiempo lo va como fortaleciendo no?, la decisión.

Entrevistadora: ok ¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que crees que influyen en tu decisión de, en este caso de no someterte a una cirugía estética?

Participante 3: sí, yo creo que sí

Entrevistadora: ¿quiénes son estas personas?

Participante 3: solamente yo creo que una persona podría hacerme cambiar de opinión y es mi pareja, en este momento no hay pues pero estoy segura que si yo me quiero operar de algo y mi pareja me dice “no”, no lo voy a hacer. Es la única, y creo que es la única porque todavía si mis papás me dijeran que “no” lo haría pero mi pareja, a él si le diría que “lo que tu quieras está bien”.

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 3: porque entonces entendería que él así está bien pues y entonces yo también estaría bien en ese aspecto pero creo que él es el único que pudiera hacerme cambiar de opinión, nadie más, en dado caso que me cambiara porque a lo mejor si estoy muy muy convencida puede que no, jajaja.

Entrevistadora: ok ¿qué es lo que desearías lograr con el cambio de una cirugía?

Participante 3: en dado caso, tranquilidad en uno y en el otro pues el autoestima, subirte tu autoestimas básicamente, ósea quererte a ti misma y verte en un espejo y ver que lo que estás viendo te gusta, digo no a fuerzas tiene que ser con una cirugía pero creo que puede ayudar.

Entrevistadora: ¿consideras que existen otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Participante 3: sí, por ejemplo, yendo a terapias, aprendiéndote a querer, poniéndote ropa bonita por ejemplo a lo mejor en la que te sientas cómoda, que te veas y te sientas bonita que te sientas cómoda, puede ser que eso lo, por ejemplo, yo ósea de que la nariz y así, ya ves que yo utilizaba siempre lentes y todo mundo “es que quítate los lentes” pero yo me sentía como protegida con los lentes, era como tapa un poquito la nariz, tapo mi ojeras y pues nada, rompí mis lentes y dije “no voy a volver a comprar lentes” y compré pupilentes y ya y ahorita si me siento tipo medio desnuda pero me gusta lo que veo pues, digo “si mira si se ven un poquito más mis ojos, no está tan mal” entonces como que empiezas “ay si, si me veo bonita” entonces como que va ayudando pues, te empiezas a ver como de manera diferente.

Entrevistadora: ¿cuáles crees que serían las consecuencias en tu relación con tu familia si te sometieras a una cirugía estética?

Participante 3: mm, a la mejor si es una cirugía estética leve, ósea que no te cambia como mucho no cambiaría nada pero a la mejor si ya optas por algo como cambios más radicales, creo que ahí si mis papás empezarán a ósea como preguntarse por qué lo estás haciendo, como acercarse un poquito más y creo que si pondrían como freno de que “ey qué te pasa?” no?, ósea “¿qué es lo que estás buscando, qué es lo que quieres que no puedas tenerlo de otras maneras?” creo que ahí sí, si fuera algo radical creo que mis papás si empezarán como a saltar y creo que la familia en general empezarán a decir “bueno pues qué es lo que te está moviendo para hacer todo esto?”, creo que si empezarán como a indagar un poquito pero si son así como cirugías normales, tipo porque te digo que mi familia sí se han hecho, “ah, normal, no pasa nada”, van al hospitalito y te acompañan jajaja.

Entrevistadora: ¿cuál sería la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?

Participante 3: todo el tiempo yo creo, hasta que me recuperé, por lo menos mis papás y mis hermanos todo el tiempo y mi abuelita, este o a la mejor los demás así de que te van y te visitan y te digo que una prima se acaba de hacer y literal en el hospital la estábamos esperando todos, todos, todos cuando saliera, ósea estaba el cuarto lleno, la salita llena, estábamos todos, todos, y mi abuelita si se quedó, sus papás y así y ya después yo nada más iba a la visita y nada más pero creo que si estarían full time, hasta que ya estuviera bien.

Entrevistadora: ¿crees que una cirugía en ti sería un evento importante, una especie de parte aguas en la vida de tu familia?

Participante 3: no

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 3: no, porque no, bueno se me hace como un poquito, no quiero decirlo superfluo pero creo que hay cosas más de fondo que pueda ser un parte aguas que una cirugía estética, la verdad

es que es fácil superar una cirugía estética, creo.

Entrevistadora: ¿qué sentías antes de tomar la decisión de no someterte a una cirugía estética, si es que ya es una decisión?

Participante 3: pues sientes como esa cosquillita que si estás haciendo lo correcto, si estás decidiendo bien pero ya.

Entrevistadora: ¿y qué sentías respecto a la parte que tu deseabas cambiar, esas dos inquietudes que mencionabas?

Participante 3: que si era algo que querías cambiar que lo hicieras pues, es como “si lo quieres cambiar pues hazlo, ámate” no?

Entrevistadora: ¿eso sentías tu?

Participante 3: sí de que “bueno si no te gusta la nariz pues ósea ve como le vas a hacer pero cámbiala si no te gusta”, tipo las posibilidades de qué puedes hacer, pues “busca” no?

Entrevistadora: ¿expresabas esto que estabas sintiendo?

Participante 3: ¿de operarme la nariz? Sí, todo el tiempo, todo el tiempo les estaba diciendo a mis papás, desde que yo me acuerdo así de que “¿y si me opero la nariz?” y nomas se reían pues al principio y después lo tomaron como más serio “pues si tu lo quieres, si eso es lo que quieres pues hazlo”, digo no lo he hecho porque tampoco ha sido como mucho pues pero sí todo el tiempo “y es que está muy grande mi nariz” les decía, “es que la tengo bien fea y es que el huesito” y así de que me ponía en el espejo con mi mamá de que “y si me la respingo poquito así? Y si me la levanto?” y mi mamá “ay Janette” y yo “ay, bueno pues” pero sí todo el tiempo le estoy diciendo.

Entrevistadora: ¿tus sentimientos han cambiado al respecto de tu nariz?

Participante 3: sentimientos sí porque la quiero pues así de que “ay” pues mi naricita pues pero aun sigo pensando que es grande y que el huesito está salido, entonces eso me gustaría quitarlo pues pero ahora ya la quiero, antes como que la odiaba, bueno se puede decir que era odio, así de que “no me gusta y ay que horror y no se que” pero ya ahora pues es parte de mi y también digo bueno pues si así nació es porque algo, así tenían que ser mis facciones pues.

Entrevistadora: ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma en general ya no solo en cuanto a tu nariz?

Participante 3: mm, antes como que sí me preocupaba poquito más como de no ser tan bonita por así decirlo, por ejemplo cuando estás creciendo si decía “ay, ojalá me arregle, ojalá me vea más bonita” pero pues ahora pues no, como que ya te aceptas a ti misma y ya te ves bonita y con ciertas, si me pongo aquí la liniecita o este tipo de sombrita, por ejemplo, yo soy muy pálida pero si me pongo chapitas ya me veo muy bien, así.

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 3: cómoda pero también a la vez como soy muy flaquita todo el mundo “es que estás bien flaca, es que estás enferma, es que no comes” entonces esa parte me cuesta trabajo porque ósea yo se que estoy delgada pero estoy delgada porque me viene de familia ósea y ya lo he comprobado, entonces al principio que me empezaron a decir y hablar de mi cuerpo era como muy molesto, sentían que estaban como no atosigando pero que me estaban molestando, ahorita este creo que intervino mucho como a donde yo trabajo ahorita que es como de moda, entonces ya como que no lo ven tanto y “ay” y empiezo a saber como disimular un poquito la delgadez y no me cuesta trabajo hablar de mi físico, lo acepto bien pero si por ejemplo, sí estoy en una dieta hiper calórica para ver si puedo subir de peso porque todo mundo dice “ay que padre estar súper delgada” y tu dices “pues no está tan padre porque igual te cuesta el mismo trabajo encontrar ropa, igual le sufres, igual no te gustan ciertas cosas” pero pues dice eh, con el tiempo lo vas sobrellevando y empiezas a ver los pros y los contras y ya así como una gente que tiene poquito más peso o que no y así.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tendrías respecto a la cirugía?

Participante 3: m yo creo que bien altas jajaja súper altas jaja yo creo que si tendría expectativas altas de que después de la cirugía ósea me tengo que ver súper bien como yo espero no? De que

me quede súper bien lo que me voy a hacer, sea lo que sea, que me quede súper bien y que me vea en el espejo y diga “wow, ósea que cambio” y que me confirme una y mil veces que hice lo que debía que hacer jaja.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tendría tu familia respecto a la cirugía?

Participante 3: yo creo que lo único que pedirían es que realmente cumplieran mis expectativas porque si no cumplen mis expectativas me sentiría yo mal entonces ellos me verían como que “híjole, no le gustó y tiene que vivir con eso toda la vida” que no le haya gustado, entonces yo creo que ellos esperan que me guste y ya, que esté contenta con el resultado.

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 3: mi mamá, mi mamá si es de que tipo si ando un domingo por ejemplo en pantalón y una blusita mi mamá si es de que “pues arréglate poquito no?” si es de que si nos dice que nos arreglemos, que nos veamos bien, que le echemos ganas porque yo le digo “mamá es que tu te cuelgas hasta la mano del molcajete” jajaja a lo mejor uno es como poquito más sencillo se podría decir pero sí por ejemplo de que ella, al principio no tanto pero después de un tiempo, si es de que se cuida lo que come, hace ejercicio. Mi papá siempre se ha cuidado, no le gusta por ejemplo, de que le empiece a salir pancita y aunque por los años es normal que le salga pero sí se empiezan a cuidar así, a lo mejor no sería como mucho la presión de mi familia pero si se que cuando, ósea de que hay ciertas cosas que si exigen pues, ósea que le echas más ganas para que te arregles a algo que trates de vestirte lo mejor posible, que te cuides, no en exageración, no es como una presión mucha pero si alcanzo a distinguirla, ósea sí, te tienes que cuidar.

Entrevistadora: Entonces ¿tu considerarías la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 3: sí

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 3: porque pues es una súper posibilidad súper viable de hacerlo y si estás dispuesta a lo que viene después de, obviamente la recuperación porque probablemente sea dolorosa, si estás dispuesta tu a pasar todo ese proceso y también estar consciente de que puedes no quedar bien y eso, si tienes ese ciclo cerrado creo que es una súper posibilidad, ósea la verdad es que yo no lo veo mal ni nada, creo que súper bien.

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 3: sí, digo no es algo por ejemplo muy marcado como en otras familias de que “puff”, ósea de que les exigen un montón y así pero sí todo el mundo se trata de cuidar, trata de verse bien, de estar saludable, de estar en forma, no es como muy marcado pero creo que todo el mundo se preocupa por esa parte.

Entrevistadora: ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 3: como que al principio, ósea como que te quieren como empujar a que lo aceptes, por ejemplo la nariz de que “¿pero por qué no te gusta?, no está mal, se ve bien con tus facciones”, no se que..., entonces yo creo que al principio como que tratan más bien de que te aceptes como tal como eres y ya aceptando entonces ya te operas y todo, pero al principio como que se enfocan más en lo que sientes y lo que piensas y ya después “bueno pues entonces es físico pues, hazlo”.

Entrevistadora: ¿qué te decían tus papás de niña sobre la imagen corporal o qué mensaje crees tu que te enviaban?

Participante 3: fíjate que es bien curioso porque a lo mejor no me decían mucho pero yo solo recuerdo por ejemplo, que me cambiaban y ósea tenía que estar igual como me cambiaban, literalmente, cuando se terminara el día, ósea no me podía ensuciar porque me regañaban, no me podía este, que tipo te cortas de cuando te rasguñabas y así “ay ven nomas, te vas a ver bien fea con el rasguño ahí, cuídate más y” ¿sabes? No me decían “ay tienes que estar bien siempre” pero ciertas acciones te hacían entender que pues tenías que estar como bien, se podría decir no?, que no te despeñaras el chongo, que, por ejemplo, mi mamá era muy dada a peinarme muchísimo y me do-

lía la cabeza horrible porque me hacía unas trenzas y yo decía “mamá es que me duele la cabeza”, “no, las niñas se tienen que ver bonitas y ve como están peinadas las princesas y no se que...” por ese lado pues ciertos mensajes que si están, ya cuando estás grande como que los asimilas y dices “ah, pues si es cierto verdad?” de que te ensucias y “ay, no manches ya me ensució y no se que” y te da coraje irte a cambiar la ropa y así pero también de que por ejemplo, si empiezas a estar como más gordita, por ejemplo mi mam, a mi no me dice nada porque estoy como muy delgada pero a mi hermana que es un poquito más caderoncita y así por ejemplo de que usa los pantalones a la cadera y mi mamá siempre le dice “sí, sigues usando estos pantalones te va a salir la lonjita y no la vas a querer y no se que” y efectivamente, ya le empezó como que se le marca y mi hermana “no, voy a tirar todos mis pantalones y me los voy a comprar todos a la cintura para que ya no se me marque” y hace ejercicio y no se que, entonces como que no es como tan abierto se podría decir, como tan expresivo ese asunto pero si si si se dice, ósea, entre líneas sí se dice.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 3: de que “ay si que no se que”, entonces empieza a fluir porque cuando te sientes pues te sientes como mucho más segura y tienes como mucho más confianza en ti cuanto tienes esa parte, entonces todo empieza a fluir también de esa manera, como ya te sientes bien, te sientes bonita, te sientes a gusto con tu cuerpo, con tu cara, este, y entonces también empiezas como a atraer cosas positivas, empiezas a pensar cosas positivas mal contigo misma, cuando no te gusta algo, por ejemplo si no, si “ay tengo unas piernas bien flacas jamás me voy a poner una falda” entonces como ciertas cosas, y así te vas llenando también de miedos porque por ejemplo yo te lo digo, yo jamás traía faldas, es muy raro, ósea, no, o si era vestido era vestido largo y entonces “bueno y pues si te pones una faldita” y luego ya te dijeron “ay te ves bonita de faldita, aunque tengas las piernas delgadas te ves bonita, entonces ya empiezas como a quererte a ti y ya es “ay mira pues sí” y empieza como que a fluir todo como mucho más positivo el asunto, yo si creo eso, que atraes cosas y que cuando no te cosas de esas es porque algo no está bien y entonces no estás viendo las cosas como debes de verlas.

Entrevistadora: ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 3: no

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante 3: mm, el reality show es ósea tipo de todos los programitas que hacen de cirugías? Ah, un montón y todos los cambios que les hacen brutales, sí claro, nada más me da un poco de tiqui pues cuando pasan la cirugía pero ahí después cuando las ves supe acá dices “ah, mira” jajaja sí, un chorro.

Entrevistadora: ¿y qué opinas al respecto?

Participante 3: pues está bien como para que la gente vea lo que realmente es porque también pasan los dolores, lo fea que te ves al principio, los moretes, las heridas, está bien, ósea que vean como el proceso completo y si le ayuda a alguien a decidir o no pues está padre pues porque no creo que, digo a lo mejor si los pintan como más para que la gente los acepte un poquito más pero está bien que que se vea digo, también es otra fuente de información al final del día.

Entrevistadora: ¿qué opina tu familia respecto a los programas de cirugía estética?

Participante 3: también los ven junto conmigo, a veces le cambiamos que discovery home and helth y el doctor ese famoso, no en E!, famosísimo y luego en discovery algunas que son porque son necesarias y así, por ejemplo las personas con obesidad, ese rollo, la verdad es que bien, lo vemos y no hay ningún problema eh, no creas que les causa como mucho ruido no

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 3: mm, a la mejor sí de cierta manera porque ya ves que las modelos son como muy delgadas, entonces digo “bueno pues ellas también son súper delgadas” y digo yo no me dedico a

eso ni jamás en la vida pues pero digo “está bien porque hay distintos cuerpos y todos están perfectos, ósea imperfectamente perfectos, están bonitos todos” a parte como que al principio no lo ves pero ya cuando estás un poquito más grande dices “bueno pues sí, sí hay ese tipo”, siempre hay un roto para un descocido, habrá gente que le guste la gente muy delgadita, otra gente que no y entonces es ahí donde los medios de comunicación como que te ayudan a sobrellevar a aceptar y pues saber que pues hay de todo pues.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de no someterte a una cirugía estética?

Participante 3: no yo creo que eso más bien es tuyo, ósea tu decisión, y no creo que, más bien los medios de comunicación ayudan a que sí la aceptes no a que no la aceptes, creo yo.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tiene tu familia respecto a la cirugía estética?

Participante 3: yo creo que sí, ósea entre más se abra esa fuente de información se puede decir porque sí es una fuente de información, entre más pasen cosas y la gente lo empieza como a adoptar un poquito más como de forma cotidiana, como de forma normal, entonces, por ejemplo, a lo mejor a nosotros somos como mucho más abiertos pero una persona como mi abuelita que pues ya está grande y que esas cosas antes hasta le decían que eran del diablo, creo que todos los medios de comunicación ayudan a que lo vean como, como más normal y entonces entienda un poquito el trasfondo de lo que es no? De que “bueno si mi nieta se va a sentir mejor y se va a ver más bonita pues que lo haga, no deja de ser una cirugía que es peligrosa y todo pero pues le va a ayudar”.

Entrevistadora: ¿si pudieras tener el físico de cualquier personas cual escogerías?

Participante 3: ah que difícil, fijate que a la mejor no escogería una persona en específico pero te podría decir que me gustaría tener más pierna ósea ahorita mi issue, mi pierna, ósea no tengo como un estereotipo de persona pero quisiera tener mis piernas más gorditas, por así decirlo quisiera ser como más mexicana, con más curvas y muchas niñas dicen “no pero como” ósea porque yo lo he dicho “como que yo quiero más cadera y más chamorro y más pantorrilla” y las que tienen “no pero es que no, padrísimo” y yo “ósea no pues”, es ahí cuando te das cuenta, ósea no estamos contentos.

4.4 Entrevista participante 4 – sin cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 4: con mis padres es buena, eh, sí yo diría que buena, eh, abierta, en general siempre he podido platicar de cosas, no como de galanes y así, no es como “ay si mi mamá es mi mejor amiga y le platico” pero yo creo que en general he sido como abierta como en mis etapas de la vida, en lo que siento, como que nunca me sentí, ni siquiera en la pubertad me sentí como “ay, ellos no me entienden o no saben nada de mi vida”, ósea como que siempre, al menos en las cosas importantes, sí pude platicar y este, o al menos ellos saben pues eh, que tipo de, en que etapa de mi vida estoy y que estoy buscando en ese momento y así, entonces yo diría que buena, y con mi hermana también es buena tal vez ahorita es más impersonal, pasa mucho que, ella es 7 años y medio más grande que yo, entonces cuando yo estaba chiquita ella era como la hermana perfecta, me cuidaba todo el tiempo, jugaba conmigo, ósea no tengo queja pero tal vez si pasó que cuando yo crecí nos distanciamos un poco, sobre todo porque estamos viviendo etapas muy diferentes, ella ya está casada, tiene un hijo, entonces lo único que si, que es un poquito impersonal ahorita, ella está como en otro plano completamente diferente y yo también, entonces es difícil conectar pero sigue siendo buena pues nunca hemos tenido ningún problema con eso, simplemente pues cambió mucho la relación.

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 4: mm, todo, yo creo que ósea en cuestión de valores muchísimo, ejemplo, mis papás siempre, si yo creo que más que nada ejemplo, mi mamá siempre pues de valores, de cómo sa-

bes, de ser buena niña ya así como, sí ósea valores fundamentales de pues sí de ser buena niña y de hacer las cosas bien, mi papá de trabajo y de echarle ganas pues y sí, yo creo que son un pilar importante, mi papá la típica de “ay, es que tu madre cuando la conocí era tan pura y tan...” sabes? Es como que te da este ejemplo, de ah no bueno, para casarte y tener una familia bien hay que ser una niña buena y como muchos valores de esos, pero sin llegar a ser mojigatos, porque por ejemplo mi mamá aportó mucho la parte de ser analítica por ejemplo con lo de la religión, yo no tengo religión porque mi mamá es como, creció en una familia cristiana, pero ella como que decidió que la religión no es necesaria no? Es como “ah, es muy bueno ser espiritual, leer la biblia y como tener tu relación con Dios pero...” mi papá es súper católico, bueno era súper católico pero cuando se conocieron fue como “sabes que pues no, no podemos llegar a un acuerdo, que las niñas decidan”, entonces cuando yo crecí sí fue como “ay, pero qué onda con la religión?” porque aparte yo estaba en colegios católicos y mi mamá, ósea me aportó mucho como de “bueno tranquila ósea lee la biblia y piensa tu que quieres creer y ya tu decidirás, ósea no es algo que nosotros te podamos imponer” entonces como que siempre fueron valores de “hay que ser buena niña y así” pero ósea no por mojigato sino por como debes, como por hacer las cosas bien pero también por ese lado me aportaron mucho de analizar que quiero yo y que pienso yo de mi relación con Dios.

Entrevistadora: ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 4: sí

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 4: porque por ejemplo, tal vez no su relación, ósea tengo como issues con eso ahorita, no problemas pues pero digo ya su relación es como algo bien diferente no? Y no se si como matrimonio sería un ejemplo a seguir para mí pero como persona cada uno, reconozco cualidades muy importantes a seguir ósea mi mamá como el carácter y el ser tan analítica y decir “pues es que esto no me parece bien y yo quiero esto...” y mi papá como lo trabajador que es y como lo inteligente en el sentido de reconocer oportunidades de negocio y todo eso, muy estratégico en sus negocios, trabaja independiente desde que yo tengo como conciencia ha trabajado por su lado y desde que yo tengo conciencia ha sido de “ay reconozco que esta casa se va a vender muy bien y...” no se como ese rollo de trabajar por tu lado y sí pero como sus cualidades serían un ejemplo a seguir.

Entrevistadora: ok ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 4: sí, completamente.

Entrevistadora: ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 4: la aceptación? ¿en qué sentido?

Entrevistadora: pues cómo notas tu cuando se da la aceptación, cuando eres aceptado por tu familia o cuando no?

Participante 4: pues yo creo que, ósea cómo me lo hacen saber mis papás que me aceptan, pues yo creo que pues diciéndome que están orgullosos de mi, de que cuando sacaba buenas calificaciones y me daban un regalo y en general, por ejemplo, mi mamá hacia, mi papá siempre fue como muy pues chiqueón conmigo pues porque yo era la chiquita y yo era súper cariñosa y así entonces como que siempre la relación fue súper fácil con él porque el es súper niño entonces siempre fue de que “ay mi princesita” la típica, y con mi mamá fue un poquillo más difícil porque siempre fue la mano dura, la educadora y así y de repente en mi pubertad o mi niñez fue difícil la parte de “ay mi mamá quiere más y más de mi no, yo tiendo mi cama todos los días pero la hija de no se quien a parte cocina y lava su ropa” pero la típica de ósea y al principio si era como de “ay mamá es que nada te satisface” pero nunca, nunca lo sentí tan grave como de “ay mi mamá simplemente no me acepta” ósea simplemente quería como más y más de mi y yo creo que en general siempre me lo han hecho saber como diciéndome que, ósea pues entendiendo lo que hago, sí ha habido problemillas como lo de la maestría y cosillas que yo hago que tal vez mi hermana nunca intentó y tal vez como que mi mamá no reconoce gran necesidad de, lo de la maestría fue “que padre que quieres hacer una maestría pero para qué te quieres ir tan lejos” o “¿para qué dos años” o ¿sabes? “si te está yendo bien en tu trabajo” pero siempre hubo diálogo, lo que sea de cada quien, siempre fue

como bueno ósea pues para que si, y también la manera de hacerlo, ósea si me reconoció que “pero al final no me estás pidiendo un peso porque te conseguiste la beca y todo eso, no te puedo decir que no” y me reconoció la parte de buscar mis propios recursos entonces independientemente de si ella estaba súper de acuerdo o no, lo aceptó.

Entrevistadora: ¿alguna vez te haz hecho una cirugía estética?

Participante 4: no

Entrevistadora: ¿si en algún momento te sometieras a una cirugía estética te prepararías con algún tipo de investigación antes de someterte a la cirugía?

Participante 4: sí

Entrevistadora: ¿con qué?

Participante 4: como de riesgos, qué tan riesgosa es, no se estadísticas de cuántas personas han muerto en esa cirugía, sí algo así como qué tengo que hacer después, qué tengo que hacer antes.

Entrevistadora: ¿conoces al médico con el que acudirías?

Participante 4: mm, hay un doctor que tenemos de cabecera que es mi tío pero él es intensivista, entonces supongo que iría con él y le diría “oye pues quiero esto” y ya él me dirigiría como con el mejor que el quisiera, pensara que fuera el mejor.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que tu médico cambiaría la idea original que tu tendrías en mente?

Participante 4: mm, yo esperaría que no porque se supone que si me decido a hacer eso pues es como porque yo lo quiero así no pero tal vez si consideraría lo que el dice, no a nivel estético pero a nivel de que “es más seguro hacerlo así o es mejor hacerlo así y así” ósea si lo escucharía lo que tenga que decir.

Entrevistadora: ¿te haz informado con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones sobre la cirugía estética?

Participante 4: mju, tengo amigas que se han hecho, lo he platicado con mi mamá, yo creo que si, ya es algo que, ya no es algo tan inusual no?, yo me sorprendo muchísimo que tengo ya muchas amigas que se pusieron bubis, que se operaron la nariz, que se hicieron la estiradita y es muy chistoso porque a mi me hacen burla porque es como “no cómo haces eso” y una vez así de payasada “es que eso es como darle culto al cuerpo” y ya todas mis amigas es de “uy culto al cuerpo” entonces ya es como carrilla que me agarraron pero si, si se habla de eso últimamente.

Entrevistadora: ok ¿tu confiarías en un procedimiento de cirugía estética?

Participante 4: mm, pues sí, ósea digo podría, ósea sí, ósea no es que confiaría o no pero no todos los procedimientos de cirugía estética son inseguros pues, ósea si me dices, ¿la pregunta es confiaría si yo me lo haría?

Entrevistadora: sí

Participante 4: ahorita no, no creo, ahorita no me pasa por la cabeza pero de que, ósea si confiaría o no, digo tampoco es como que los estigmatice de “con todos te vas a morir” creo que bueno digo lo puedes hacer si lo haces bien.

Entrevistadora: ok ¿y qué aspectos del procedimiento serían los que te harían confiar en el mismo?

Participante 4: yo creo que la seriedad del doctor, eh, las instalaciones ¿sabes? Que no sea como en la clinicucha de botox y así, y sí, la seriedad del doctor.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, radio, periódico, entre otros, han sido parte de tu preparación ante las cirugías o de tu preparación en cuanto a conocimiento, información?

Participante 4: mmm, medios de comunicación no mucho, no creo que se oiga mucho en el radio o en la tele de cirugías, tal vez, ósea si te refieres a mi percepción de las cirugías, tal vez el hecho de que en la tele ya veas como si nada colágeno o así, tal vez eso como que a mi me hace pensar que si se comercializa tanto a ese nivel, no me voy a comprar un colágeno pero tal vez un colágeno en una clínica con un doctor de confianza ya no es tan difícil, ya no es tan poco investigado pues, porque yo creo que eso también, yo creo que medicina, lo que más me hace confiar es como que tanta investigación haya habido no? Como experiencia, ósea no es lo mismo que te operen no se el

114 pie a que te operen el corazón que tiene mucho menos tiempo de ser investigado y de ser operado no?, entonces, tal vez el hecho de que en la tele salga como si nada, que colágeno y así, pues sí, te hace pensar que eso ya va más avanzadito pero igual no, ósea no encontraría otra cosa que me hiciera, que me influyera en la percepción de, buen tal vez de que la Sabrina y así ¿sabes? Eso me da como, pero eso es la percepción de que horror!, ósea que horror que en la tele se vea como tan mal, ósea que sea tan burdo y que sea tan, ósea por eso, tal vez por eso juzgamos súper mal o juzgamos súper duro a las personas que se ponen bubis no?, como que ponerte bubis Sabrina y ay! Es una vieja horrenda, naquísima, pero bueno tal vez esa persona, porque por ejemplo yo he platicado con mis amigas y “es que tu no sabes, tu no sabes lo que es tener un complejo de lo que es no tener bubis y tu juzgas como muy fácil y dices es que cómo lo haces cuando tu no tienes ni idea” y sí, ósea de repente sí he llegado a pensar que mis juicios son muy duros no, pero ya ahorita que me preguntas de los medios de comunicación, tal vez es que lo que se ve en la tele es que las personas que lo hacen es para, ósea para trabajar en ese tipo de cosas y así, y entonces ya te genera un juicio de que las personas que lo hacen lo hacen por una cuestión de complejo o.

Entrevistadora: ¿alguna vez ha surgido en ti la inquietud de someterte a alguna cirugía estética?

Participante 4: mm, no, me ha pasado por la cabeza de que la nariz pero ósea como inquietud, inquietud de ósea voy a investigar o a ver cuanto cuesta no

Entrevistadora: ¿qué es lo que desearías lograr si sí te sometieras a una cirugía estética?

Participante 4: mm, yo creo que ahorita en este momento de mi vida no lo haría pero tal vez más adelante me gustaría verme más joven, te digo lo de la nariz me pasó por la cabeza pero ahorita como que ya lo superé, lo que de repente me pasa por la cabeza es que sabes que ya te empiezan a salir las patas de gallo ya así, y está súper mal ósea yo, la imagen de mi mamá siempre ha sido “soy una señora” y ósea mi mamá se arregla y es guapísima, es muy elegante y es muy acorde a ella, entonces yo quiero pensar que voy a tener la madurez suficiente para decir “soy una señora y tengo mis arrugitas y tengo lo que sea y no importa, ósea como señora me veo muy bien” pero honestamente a veces si me pega ¿sabes? Si ya te esta saliendo, si te pega, de “ay la papada” jaja pero entonces ¿cuál es la pregunta? ¿qué quisiera lograr? Tal vez si me, ya ahorita nada pero tal vez más adelante verme más joven, tal vez es el issue con el que pelearía más adelante.

Entrevistadora: ¿consideras que existen otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Participante 4: si, ¿cómo cuales? Jajaja, si ósea de verme más joven pues ejercicio, si es como ay! Pues si me sale celulitis pues hacer ejercicio, que si la papada bueno hay ejercicios especiales y bueno hay cosas que de plano no puedes generar con el ejercicio pero si puedes retardar los signos de la vejez si eres una persona, y saludable como comer bien y así.

Entrevistadora: Sin embargo optarías por la cirugía...

Participante 4: mmm no, ósea no yo quisiera pensar que no pero honestamente tampoco metería las manos al fuego por eso porque es una tentación que constantemente esta ahí no, entonces solo quisiera ser como justa con la participante 4 futura jaja y dejarle como la duda pues porque te digo yo quisiera, tal vez eso me faltó decir en lo que quisiera seguir el ejemplo de mi madre, porque sí, ósea también a nivel eso de estético y así ha sido ejemplo de ser una mujer que ha pasado por sus diferentes etapas de la vida como muy contenta por ellas y ósea yo la veo que aunque tiene sus arrugas y su pellejitos y lo que sea, ósea cuando se arregla es guapísima pues porque tiene porte, porque tiene elegancia ¿me entiendes? Y eso yo lo veo mucho también que mi papá lo valora mucho de ella ósea que siempre es “ay, que guapa” y así, entonces yo quisiera pensar que no.

Entrevistadora: ¿en el caso de que si te sometieras a una cirugía estética cuáles crees que serían las consecuencias en tu relación con tu familia después de la cirugía?

Participante 4: yo creo que depende, no creo que sea tan grave, digo depende como lo haga, ósea yo creo que si lo hago bien, en un hospital y así dirían “bueno, mínimo estás haciendo tu chamba de investigar y ver todas las opciones que tienes” no les encantaría, yo se que mi papá me diría “ay pero si tu eres hermosa ¿qué necesitas?”, porque mi papá te digo siempre, esa parte fue siempre como “ay, mi princesita la más bonita” entonces para él no necesito nada, mi mamá sería como “ay

Participante 4, pues bueno” si, no le encantaría.

Entrevistadora: ¿cómo crees que sería la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?

Participante 4: ahí estarían, ósea ya viéndome acá convaleciente, yo creo que sí, ahí estaría, igual y si mi mamá renegando “pero querías” porque mi mamá es muy así, ósea no estaría de que “lo que necesites, lo que necesites”, si me cuidaría pero si fuera como de “bueno, hija, tu quisiste, ósea esto es algo que tu decidiste hacer, échale ganas” digo tampoco se desviviría pero sí me cuidaría.

Entrevistadora: ¿crees que una cirugía estética sería un evento importante, una especie de parte aguas, en la vida de tu familia?

Participante 4: no, como en la relación familiar?

Entrevistadora: pues sí en la relación o en el ciclo de vida en el que estén...

Participante 4: mmm, una cirugía meramente estética, no yo creo que ósea ese tipo de cosas en mi familia no son como, digo no es algo que se vería como necesario pues, es algo que si yo quisiera hacer sería como “pues bueno pero búscatelo tú”, ahí si eso me queda claro, y siempre me quedó claro hasta cuando me pasó por la cabeza lo de la nariz y eso, ósea me quedó claro que no me iban a dar dinero para eso pues porque no es, ellos no creen que es algo necesario.

Entrevistadora: ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma?

Participante 4: ¿expectativas de apariencia, físicas de? ... yo creo que bien, mmm, digo si hay cositas que no se, de que “ay que la lonjilla” y así, pero en general ya estoy en un punto en el que acepté mi cuerpo como es.

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 4: mmm, chistoso, me, como que sí, como comentarlo y así, digo no me hace sentir insegura pero no es algo que haga normalmente pues, ósea.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tendrías respecto a una cirugía estética?

Participante 4: expectativas, que quede como lo esperaba, porque me da pavor cuando te ves, cuando se ven y dicen “ay no, no era lo que quería” y que dure no?, que, porque hay mucha gente así de que no se, se pusieron bubis y luego luego se le cayeron y se pusieron botos y luego luego así, ósea que dure y que sea segura, sobre todo que sea segura, porque es una tontera, digo lo que más pienso es una tontera tomar un riesgo clínico por querer nada más pues.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tendría tu familia respecto a la cirugía?

Participante 4: yo creo que la de la seguridad más que nada, independientemente de cómo quede, lo que más les preocuparía fuera que fuera segura.

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal? Imagen corporal ya en general, no pensando solo en la cirugía.

Participante 4: mju, mmm, ósea que ahorita sienta que una imagen corporal mejor que la de ahorita, que ahorita sienta que me sigan...

Entrevistadora: no, no, no, ósea que si tu consideras que en tu familia o algún miembro particular de tu familia te exige para que tengas una mejor imagen corporal o una buena imagen corporal, pero no necesariamente pues ahorita sino puede será a lo largo de tu vida.

Participante 4: mm, tal vez mi mamá en el sentido de estar arregladita y de peinarme, así, de repente fue la, pues la típica debate de que “no me quiero poner vestidos y no me quiero peinar” y ahora es de que “ay participante 4, es que no usas ni un arete, ni un anillo”, entonces, este, por el lado de arreglarme un poquito, por el lado de por ejemplo, comer bien pero mi mamá siempre me lo puso como por salud de comer bien, para no estar gordita pero no por, ósea nunca me lo dijo “ay porque estás gorda”, siempre fue como “para que seas una personas saludable y me enseñó a comer y así, como que eso fue muy importante para mí desde chiquita en ese sentido porque ósea, a mi siempre me limitó muchísimo que las cochinas y las papitas y los chocolates, y ella cocina con súper poquito aceite y súper poquita sal, entonces para mi fue como más un rollo de alimentación que de imagen pero si se que ella tuvo mucho que ver, ósea su preocupación por que yo comiera bien tuvo mucho que ver con que yo me sintiera bien pues y aunque no lo hizo por mi imagen, por exigirme

116 que no estuviera gordita pues, como que se complementaba.

Entrevistadora: ¿considerarías la cirugía estética en algún momento para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 4: pues sí, te digo lo único que yo creo que consideraría sería para cuando ya me quiera ver más joven pues.

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 4: mm, un tema importante como que se hable de eso y así o?

Entrevistadora: pues no necesariamente se tiene que hablar pero como cuando sientes que está ahí, que es de importancia para las personas de la familia aunque no se hable al respecto.

Participante 4: mju, mm, pues ósea yo creo que sí se le da importancia en el sentido de, buen no se, no ósea en general como que, digo en el sentido que por ejemplo, que hay que hacer ejercicio y así no, incluso yo cuando quería ir al gimnasio, hasta que yo me lo pude pagar porque mi mamá era de “no, no, no, qué fregaderas son esas, ahí nomás te vas a andar lastimando los pies y no lo necesitas no” y yo así de “mamá pero yo quiero” “no, no, no pues hasta que tu puedas porque yo no voy a...” de comer así de hacer dieta pues tampoco, ósea es de que “no y come bien y come más” y así, ósea te digo cocina sin aceite y todo pero también es como mientras más comas mejor no? Mmm, digo sí se habla de que, a veces somos bien criticones no, de que “ay fulanita se puso bien fea y ay fulanita” no, pero pues no se, yo lo veo como pues malamente uno cae en el chisme jajaja pero de ahí en más ósea no, así como una imagen de, que a mi me digan “ay participante 4, deberías de, no se enflacar o así” no.

Entrevistadora: ok, ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 4: pues yo creo que diciendo ay bueno mi papá me diría “ay pero si eres la más hermosa del mundo” jaja y mi mamá me diría “¿ay y qué?” ósea mi mamá me diría como, o mi mamá me dice por ejemplo de la nariz me dice “ay eres una payasa, ni siquiera está tan grande, eres una exagerada” y yo “mamá pero haz visto la nariz del abuela, lo que pasa es que siguen creciendo” jajaja es que mi abuela ya cuando era grande tenía una nariz enorme jaja entonces a mi me da susto que sigue creciendo jaja pero mi mamá “ay eres una payasa” para mi mamá es como “esas son cosas banales” y ósea “payasa”.

Entrevistadora: ¿qué te decía tu familia de niña sobre la imagen corporal y si no te decían nada qué mensaje crees que te enviaban al respecto del tema?

Participante 4: mmm, pues sobre la imagen corporal en general?? Mmm, pues yo creo que de niña nunca fue un gran tema de conversación, ósea no yo creo que de niña con mi mamá era de que “haz la tarea” y así, se hablaban de otras cosas y por ejemplo, yo creo que algo que marcó mucho con el rollo de la cirugía estética es que mi hermana la operaron de la espalda cuando ella tenía 12 años, yo tenía como 5, y haz de cuenta que ella tiene una cicatriz de aquí hasta acá, de atrás del ósea del cuello, hasta las pompis pues en la espalda y para ella fue como súper difícil aceptar que iba a tener esa cicatriz toda la vida y yo a ella la admiro muchísimo porque pues tenía 12 años, ósea estaba chiquitita y fue una, aparte que fue una operación súper dura para ella, tuvo que estar en reposo como ocho meses, ósea fue súper, súper, súper duro para ella pero bueno se tenía que hacer no, tenía escoliosis y fue como bueno nos vamos al DF toda la familia y pues a apoyarla no, porque se tiene que hacer, entonces eso me marcó mucho en la parte de la seguridad de ti misma porque mi hermana incluso antes de eso era como ya sabes la típica puberta insegura de que “ay yo y no se que” pero después de eso como que tuvo que trabajar en “bueno, tengo esta cicatriz, tengo que ser segura de mi misma con todo y esto” y salió de eso súper bien, ósea crecí viendo que se iba a la playa en traje de baño y la gente le preguntaba y ella súper tranquila les decía, este se tomó una foto súper padre donde ella salía de espalda y así, entonces yo creo que de niña tal vez lo de la imagen corporal al revés, ósea se manejó como que lo de menos es la imagen corporal si tu eres una persona segura de ti misma y si tu estudias y si tu ¿sabes? Como que se proyecta un poco más ósea como que siempre me lo manejaron así, y nunca tuve tampoco problemas con “ay es que” ósea la verdad sí pues, se que en, porque digo cuando platico con amigas que se han hecho

es así de que “pero es que tu nunca haz tenido ningún complejo” y no se si porque, si por eso o por suerte pero yo creo que si en general se manejó así pues y mi papá que siempre nos decía “ay pero ustedes son las más bonitas de verdad, no hay niña más bonita en este salón” y así, y dices ay bueno ya ahorita no te lo crees pero en ese momento como que si crecer con tanta atención yo creo que si te la crees al menos de niña pues.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 4: yo creo que seguridad ósea lo que sí es que cuando tu te sientes bonita eres mucho más segura y eso te permite como hacer más relaciones, tener contactos y en cuestión de chamba por ejemplo, ósea mientras más abierta puedas ser pues más chamba tienes, yo creo que si la seguridad.

Entrevistadora: ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 4: yo creo que sí, digo la típica de Britney Spears, todo el mundo quiere parecerse a Britney Spears pero nada así, nada acá fanático de “ah! Yo quiero verme como esta mujer” pero “ay como la Jeans” y ya me ponía estas madrecitas que se ponían en el cabello pero nada así grave.

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante 4: mmm no

Entrevistadora: los que, como los que son de tipo fashion emergency pero que no solamente les cambian el outfit sino que también las operan

Participante 4: no, específicamente esos no, pero me los imagino

Entrevistadora: ¿y qué opinas al respecto?

Participante 4: ay no pues que está súper mal, es que pienso que está mal porque la tele es como muy, ósea el problema es la gente que ve ese tipo de programas sin ningún tipo de guía y que literal crece con ese tipo de programas, ósea yo no tengo problemas con las novelas y con los reality shows porque yo crecí viendo novelas, ósea yo me aventaba María la del Barrio, Marimar y María Mercedes con mi papá religiosamente y hasta la fecha la de Que pobres tan ricos, es córranle que ya empezó la novela pero siempre, siempre, ósea podía ver ese tipo de tele pero siempre venía acompañado de educación y de valores pues pero el problema es que ahorita se los niños son como arrojados a ver la tele y es de que “ahí quédate” y si, nada más ver eso en donde se le da demasiada importancia al cuerpo, donde se le da demasiada importancia al verse bien, creo que sí genera más este, ósea genera gente insegura porque también lo que pasa o lo que alguna vez me pasó por la cabeza a mi, es que yo decía bueno ponle tu que me opero la nariz hay muchas cosas, hay muchas otras cositas chiquitas que no me encantan y si yo empiezo a arreglármelas voy a querer bueno ahora esta y ahora esta y ahora esta, entonces es como una competencia que nunca termina porque en ese caso siempre vas a querer más y más y más, entonces a mi me da, ósea lo que me da como miedo de esas personas que hacen eso es que van a querer otra cosa y otra cosa y es como la parte también de envejecer no, ósea claro que nadie quiere envejecer, ósea yo no quiero envejecer, de verdad ahorita me veo en el espejo y digo me gusto mucho pero chale ósea tengo 27 años no, se que a los 40 mi cuerpo va a cambiar y digo hijole ósea no es que me de miedo pero pues si es parte pues de todo el rollo de crecer pero quiero pensar, ósea yo quisiera trabajar en aceptarlo, ósea en decir “no hay manera de no envejecer, no hay manera de” ósea si te haces la estiradita luego vas a querer acá y luego acá, y así no, hasta que casi casi te hagas una cola de caballo de pellejo, entonces es como la parte de si sale en la tele el problema es que la gente cree que está bien y la gente cree que es lo normal cuando lo que debería de salir en la tele es vámonos aceptándonos porque uno, no te vas a terminar de no gustar, ósea siempre vas a querer más y dos, pasa, ósea es parte de la vida y es mejor aceptarse ósea como que a mi me atrae más una persona como mi mamá que yo la vea y diga wow se ve guapísima en su etapa de señora de 63 años que una doña este, sabes, de que con las bubis acá y toda restirada y con las capas así de maquillaje, entonces como que es el rollo de que si me molesta pues que en la tele se hable tanto, porque aparte no hay como una

contraparte, ósea tampoco hay programas de aceptación personal o de el reality show de cómo, este, podríamos hacer un reality show de mi mamá no, de cómo la Sra. mamá del participante 4, se acepta como es jaja, pero no hay eso pues, es lo malo.

Entrevistadora: ¿qué opina tu familia respecto a estos mismos programas?

Participante 4: que son muy malos yo creo, digo no, no los han, digo no se si los han visto, no, no que sean muy malos, tal vez no los estigmatizarían así como “ah!” te digo de repente veo Laura en América con mi mamá jaja pero sí, yo creo que mi mamá diría “ay son babosadas”

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 4: respecto a mi propia imagen, yo creo que sí, por ejemplo de estar súper flaquita no, ósea que ve a las modelos y dices están raquílicas y dices en qué momento, ósea es imposible, solo no comiendo, em, pues si la, la, aunque bueno eso de la belleza típica afortunadamente ya es menos, siento que los medios de comunicación, por ejemplo la Martha Igareda no, que tal vez no es como la típica güerita este de ojo verde o de ojo azul pero al contrario es como guapísima en otro estilo pues, entonces ya ahorita afortunadamente como que hay más estilos de guapas, no se gente hasta de color o así, eso está padre, eso se me hace muy padre, pero sí, digo malamente es normal que lo que ves en la tele que es bonito pues crees que es bonito en general.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación serían parte importante de tu decisión de someterte a una cirugía estética?

Participante 4: mm, no, yo creo que sería un rollo más personal, digo en este punto te digo lo único que se me ocurriría hacerme es algo para retardar el envejecimiento pero esos sería más porque yo no me acepté porque yo no acepté el curso de la vida pero no, los medios de comunicación no.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tu familia tiene respecto a la cirugía estética?

Participante 4: mmm, no yo creo que tampoco.

Entrevistadora: ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cuál escogerías?

Participante 4: persona famosa?

Entrevistadora: cualquier persona, cualquiera.

Participante 4: mmm, no se, mmm, no lo había pensado, como todo el físico así que diga yo que me parezca?... no se Julia Roberts tal vez

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 4: pero no, no me termina de encantar, bueno tal vez Julia Roberts porque es como muy, pero también es parte de la personalidad ¿sabes? Como que siempre viene con personalidad porque es como muy guapa y como muy simpática y risueña y así, entonces como esa parte pero bueno tal vez no es, bueno ahí está el debate en que bueno, es guapísima y risueña y así pero por ejemplo la carita de Nataly Protman porque es toda bonita y ósea sin maquillaje y recién despertada es un ángel ¿sabes? Pero no se, yo creo que de nadie porque es como bien riesgoso no?, ósea completamente decir “tener el físico de esa persona” es como muy riesgoso porque siempre hay algo que no te va a parecer, ósea y esa es la cosa con la cirugía estética pues, ósea no creo que llegue el punto en el que uno pueda estar completamente a gusto con su cuerpo, es como hasta naturaleza humana que siempre vamos a querer mejor ya así, entonces no se, siento que es como muy peligrosa esa, esa respuesta ja.

4.5 Entrevista participante 5 – sin cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 5: es buena, creo que, digo ahorita la relación que tenemos en casa cambió mucho hace dos años por el tema del niño, mi hermana tuvo a su bebé pero eso nos ha unido un poco más como familia ya que mis papás están viviendo esa etapa de abuelos padres porque el niño si se enfoca mucho a, sigue mucho a mis papás, tanto a mi papá mamá, le dice mamá y papá porque ob-

viamente nos escucha a nosotros y pues mi hermana se siente muy apoyada por ser madre soltera. Mi relación con X la doctora la verdad es buena, no es tan excelente, nuestros caracteres chocamos mucho pero en familia, ósea si podemos convivir, convivimos mucho más entre semana que los fines de semana porque mi hermana la grande viaja todos los fines de semana a ciudad Guzmán entonces no la vemos, entonces pues los que más convivimos somos mis papás, mi hermana, su hijo y yo, entonces realmente tenemos buena comunicación, ósea si algo me parece mal les digo, me dicen, es buena la comunicación y la relación que tenemos entre familia.

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 5: bueno han aportado la responsabilidad, tanto responsabilidad en mi persona, responsabilidad laboral, responsabilidad con mis amistades, han aportado obviamente la persona que soy, ósea como me formaron, la educación que me brindaron pero sobre todo los valores que es tener comunicación, querer a la gente no por lo que tienen sino por lo que son, mi papá mucho es el trabajo en equipo, siempre hemos tratado de tener un equilibrio en casa, entonces mi educación estoy orgullosa de la educación que me han brindado hasta la fecha porque yo a veces llego y cuento lo que me pasó, de que en el trabajo y me dan ese consuelo de que a lo mejor uno dice “ya no quiero estar más aquí” y me dicen “mira la manera en la que lo puedes cambiar...”, entonces creo que eso para mi es muy importante yo tener la comunicación con ellos y ante todo que sienta su apoyo conmigo.

Entrevistadora: ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 5: sí, a los dos, la verdad los dos me han enseñado como tener una familia, me han enseñado como amar, me han enseñado como cuidar, me han enseñado como trabajar porque la verdad los dos son súper trabajadores tanto mi mamá en lo que es la casa, mi papá nunca nos ha faltado nada, entonces si son un ejemplo a seguir, son mi ejemplo a seguir los dos, ósea cada uno como diferentes papá, mamá pero la verdad estoy orgullosa de tener esos padres que son ellos conmigo.

Entrevistadora: ok muy bien, ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 5: sí, a pesar de que soy la más chica, digo las hermanas mayores siempre a los más pequeños te hacen regenerar muchísimo y siempre me decían que era adoptada pero nomás por hacerme la vida imposible pero mis papás siempre he tenido el cariño, desde niña siempre he sido yo muy cariñosa con ellos y también ellos conmigo, mi papá es muy seco pero su cariño lo representa de otras maneras, ósea no es muy apapachador ni que llega ni te abraza, ni te da un beso, no, la forma de mi papá es como platicar, ir a caminar contigo, ir a correr contigo pero así de tanto muy empalagoso no, pero sí he recibido el cariño necesario.

Entrevistadora: ok, ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 5: en general

Entrevistadora: ¿cómo notas tu cuando eres aceptada o cuando no?

Participante 5: pues la verdad me, ósea me siento aceptada porque pues me aceptan como soy a pesar de si un día estoy malhumorada, estoy alegre, estoy ocupada, estoy estresada, ósea ahora si que lidiar conmigo en el estado de animo que ande, la verdad no tampoco me dicen “ay no salte de aquí” no para nada, siempre es así de “que tienes?, ¿cómo estás? ¿te duele algo?” ósea, siempre se preocupan, ósea aparte ya saben si traigo una cara ya saben si algo me pasó, me siento mal o, ósea de todos los aspectos me aceptan.

Entrevistadora: mm, ¿algunas vez te haz hecho o te haz sometido a una cirugía estética?

Participante 5: no jamás

Entrevistadora: si en algún momento de tu vida te sometieras a una cirugía estética te prepararías con algún tipo de investigación antes de la cirugía?

Participante 5: lo más seguro es que sí, digo la verdad si me gustaría hacerme una, nunca lo he descartado pero no ha sido como algo que yo lo hiciera ahorita, sí me gustaría ponerme bubis pero no es una prioridad que yo tenga ahorita, sí investigaría por ejemplo, no a todas las personas le

quedan los silicones por ejemplo, pero todo eso yo ya lo se porque tengo una hermana doctora y ella trabaja mucho con plásticos, entonces cuando ella llega y platica lo que son las cirugías no, después digo “no, no quiero hacerme ninguna cirugía”, ósea, primero sí investigué con ella y sus amigos porque tiene amigos cirujanos pero ya cuando te empiezan a decir como te abren, como esto, no gracias, ósea si es como, a veces digo no prefiero quedarme así como estoy.

Entrevistadora: ¿conoces previamente al medico con el que acudirías, si llegara a someterte a alguna cirugía?

Participante 5: sí, la verdad que sí, en primera porque para hacerte algún tipo de cirugía si tienes que estar consiente y conocer a la persona con la que te vas a someter porque no es cualquier cosa, no sabes, ósea tienes que ver, eh, si te lo recomendaron, porque generalmente son recomendaciones pero si tienes que ir con el cirujano y ósea que te evalúe, que te diga, no nomás ponerte por ponerte, entonces, yo sí iría, yo si lo conocería, a lo mejor no iría a la primera cita y luego luego, yo como que trataría de conocerlo más, ver que tipo de médico es, tratar de pedir recomendaciones porque la verdad ante las recomendaciones, la gente ósea, pues te da más confianza, si a alguien dejó mal pues no, me cambio de doctor pero si preguntaría y si analizaría su profesión.

Entrevistadora: pero en este momento tu ya conoces al médico con el que acudirías?

Participante 5: sí

Entrevistadora: ¿y cómo llegaste a esta persona?

Participante 5: por medio de mi hermana, porque mi hermana es doctora, entonces eh, porque van mucho a la casa porque hacen reuniones o a veces concuerdan que están en la casa, un cumpleaños, entonces yo ya lo conozco, ya es como previamente yo ya se cómo es esa persona porque mi hermana trabaja con él, porque mi hermana es anestesióloga entonces trabaja con él y sabe como trabaja entonces por eso sí lo conozco.

Entrevistadora: ¿consideras que tu médico cambiaría la idea original que tu tendrías en mente?

Participante 5: quizás sí, quizás pero que le haga caso es otra cosa porque a lo mejor el te puede decir, digo yo ahorita nomás estoy hablando de puro busto, la que si no me haría sería la de los glúteos en mi vida, dicen que es muy dolorosa y no es como tan fácil pero si yo me quiero poner un tipo de volumen y el médico me dice que más, ósea yo me quiero poner no tanto y el doctor me dice más, la verdad pues le diría que tiene que hacer lo que yo quiero, ósea lo que yo me voy a sentir cómoda entonces la verdad no creo que le haría mucho caso en su punto de opinión en ese aspecto.

Entrevistadora: ¿te haz informado con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones sobre la cirugía estética?

Participante 5: si

Entrevistadora: ¿quiénes?

Participante 5: mis amigos, por ejemplo, gente del trabajo o mis amigas, por ejemplo, yo trabajo en un ambiente laboral con puros caballeros, generalmente somos 80% hombres, 20 mujeres, entonces pues obviamente conoces todo lo que se dice y una vez platicando que qué opinaban de los implantes dicen que si que se ven bonitos pero que realmente no hay como las cosas naturales, que la mujer no se tiene que estar metiendo este, no se tiene que estar sometiendo a cirugías, que no vale la pena digo que se ven muy bonitas físicamente pero que la verdad lo natural pues por eso así se hicieron, esa es una, pero si yo me voy al lado de mis amigas es así como “Ah! Me quiero poner para verme más bonita” pero te soy sincera a lo mejor yo no me las haría, yo a lo mejor lo haría ya cuando esté casada, tenga hijos, ahora si como por terminar de del proceso pero no porque ahorita yo tenga la necesidad, no, entonces ahora si que que tengo dos tipos de opiniones, los hombres dicen que no porque dicen que todas sus esposas son normales, no tienen ninguna cirugía y hay uno que si tiene una cirugía, su esposa si se puso, dice que no, que sí se ven muy bonitas pero que no es lo mismo que no hay como las cosas naturales, entonces ya si eso ya es como más conflictivo.

Entrevistadora: ¿qué aspectos de este procedimiento te harían confiar en el mismo si es que confiarías en el procedimiento?

Participante 5: a ver otra vez

Entrevistadora: si en algún momento tu confiarías en este procedimiento ¿qué aspectos del procedimiento te harían confiar en él?

Participante 5: primera, pues obviamente mi autoestima no está tan baja para yo decir “la necesito”, entonces a lo mejor no me lo har, ósea no se.

Entrevistadora: tu en algún momento tal vez te someterías a una cirugía estética ¿no?

Participante 5: sí

Entrevistadora: ok, ¿qué cosas del procedimiento de cirugía al que te someterías te haría confiar en eso?

Participante 5: primero el doctor, primero tengo que saber con quién me voy a operar, ósea quien es la persona que me va a poner, ósea si me llevo a hacer una cirugía, tengo que conocer su equipo de trabajo, obviamente su anestesiólogo, ósea porque la parte del anestesiólogo es importante, tengo que conocer que tipo o qué implantes me va a meter, si los voy a aceptar o no los voy a aceptar, ósea primero tengo que conocer todo el ámbito. Una, hospital en donde me la voy a realizar, una, si soy candidata o no y la otra pues su equipo de trabajo del cirujano.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, el radio, el periódico, entre otros, han sido parte de tu preparación ante la cirugía estética?

Participante 5: eh, no tanto así, vemos muchos espectáculos o muchos anuncios en donde obviamente la gente tiene las cirugías estéticas y muchas personas piensan eso pero si yo la llevo, me la llevo a realizar no sería un aspecto de que por medio de eso la estoy contemplando no, ósea por mi no influiría por esa cosa ni por ese tipo de medios de comunicación.

Entrevistadora: ok dices que en algún momento surgió en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética, ¿cuándo surgió en ti la inquietud?

Participante 5: mm, hace como tres años

Entrevistadora: ¿recuerdas algún momento en particular?

Participante 5: mmm, no tanto, no lo recuerdo con exactitud pero si fue una plástica con mis hermanas y si estábamos diciendo de “ay sí, nos deberíamos de poner, que la fregada, que para vernos más bonitas” y yo dije pues ¿me pongo o no me pongo? Y yo de pura curiosidad le pregunté a mi hermana ¿y cuánto cuesta una operación? Y me dijo que dependiendo, una, hospitales, dependiendo el cirujano, todo, aproximadamente son como 30000 pesos y que cada diez años te tienes que hacer la cirugía y me empezó a explicar todo el proceso y así yo dije “mejor me la hago el siguiente año” y ya después dije “no, no es necesario hacerme ninguna cirugía, no necesito ahorita ni gastar ese dinero ni hacerla, no tengo la necesidad de”, entonces fue como una plástica que estábamos conversando y salió eso porque mi hermana le ofrecieron ponerse, y llegó “mamá qué crees, los cirujanos me ofrecieron que se me operaban pero yo no quise pero si me gustaría” y yo le dije “pero oye pues cuánto sale que yo quiero ponerme” y ya me empezó a explicar y ya después con el tiempo digo la verdad estoy ahorita a gusto y no me metería, en estos momentos de mi vida no me metería a una cirugía estética, digo en un pasado si lo pensé pero ahorita ya no.

Entrevistadora: ¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión de no someterte a una cirugía estética?

Participante 5: no, ninguno, ósea ahora si que en mi casa te puedo decir que si se ha vivido la cirugía estética pero no me llama la atención ahorita meterme en una cirugía plástica, estética, mis papás me apoyarían porque es una decisión propia pero no influyen si les gusta o no les gusta pues, no, no han influido en que no me la haga.

Entrevistadora: si sí te sometieras a una cirugía estética ¿qué es lo que lograrías lograr con el cambio de la cirugía?

Participante 5: mmm, si si me hiciera la cirugía, yo pienso que lograr ponerme un bikini jajajajaja sería como mi mayor logro y así como gusto, de podérmelo poner con gusto para poder enseñar pues lo que me puse, ese sería como el mayor, o usar blusas más pegadas y que se notara que tengo más busto en este caso jaja.

Entrevistadora: ¿consideras que existen otras opciones o posibilidades para lograr ese objetivo?

Participante 5: ejercicio, realmente no dejar de hacer ejercicio ósea, a lo mejor no vas a estar muy frondosa, voluminosa pero se puede sí se puede, ósea con el ejercicio se logran muchas cosas.

Entrevistadora: ¿cuáles crees que serían las consecuencias en tu relación con tu familia después de una cirugía estética?

Participante 5: que me lleguen a criticar como me veo, ósea que te estén, a lo mejor si me dejan hacérmela pero después “no te ves bien, se te ve mal la ropa” eh, ese tipo de situaciones si me incomodaría que me lo estuvieran diciendo.

Entrevistadora: ¿cómo crees que sería la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?

Participante 5: por parte de mi mamá buena, porque ahora si que ella es la que estaría ahí conmigo porque mi papá no dejaría de trabajar por cuidarme como tal pero la que si estaría mas al pendiente sería mi mamá, ósea mi mamá si tuviera su apoyo si yo le digo “me la voy a hacer, te vas conmigo?” y mi mamá sin ningún pero me diría que si, tendría el apoyo más de mi mamá y a lo mejor de mi hermana L.

Entrevistadora: ¿crees que tu cirugía sería un evento importante o una especie de parte aguas en la vida de tu familia?

Participante 5: no

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 5: porque ahora si como ya estamos en edad de, estamos en una edad adulta ya mis papás no cuestionan que si o que no queremos hacer, ósea ellos respetan lo que nosotros queramos hacer entonces no pues no.

Entrevistadora: ¿qué sentías antes de tomar la decisión de no someterte a una cirugía estética?

Participante 5: qué sentía? Pues nomás es para cumplir un capricho o un gusto pero no me sentía ni mal porque realmente soy feliz con lo que soy pero a lo mejor ya es un capricho que yo quiero cumplir pero nada más.

Entrevistadora: ¿expresabas esto que dices?

Participante 5: eh, más o menos, no tanto así, ósea si se comenta de “hay que bonita blusa, me gustaría ponérmelo más” pero no tanto que me esté lamentando o algo no.

Entrevistadora: ¿y a quién le expresabas esto?

Participante 5: a mi mamá y a mi hermana

Entrevistadora: ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas en general que tienes sobre ti misma?

Participante 5: ahorita me siento bien, me gustaría adelgazar un poco más pero realmente me siento contenta, ósea no es algo que yo esté, si trato de hacer ejercicio no dejarlo tanto, si trato de cuidar mi alimentación, ósea si cuido mucho esa parte de mi porque conozco mi cuerpo y se que si dejo de hacer ejercicio me es muy rápido subir de peso y me es muy difícil bajarlo, entonces tengo que estar en un equilibrio constante, me siento bien, a gusto, sí me gustaría adelgazar un poco más pero en estos momentos me siento bien.

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 5: no es algo que yo hable muy seguido de eso pero me siento bien porque me gusta por ejemplo, mis piernas, mis brazos, mis manos, me gusta mi nariz jajaja, este me gusta como estoy.

Entrevistadora: ok, muy bien, ¿si en algún momento te sometieras a una cirugía qué expectativas tendrías al respecto de la cirugía?

Participante 5: que fuera realmente lo, que realmente tuviera los resultados que yo quisiera, ósea que realmente si yo me propuse hacérmela que fueran los resultados que yo quiero tener en un largo, ósea en un corto plazo, si me quiero hacer una lipo, verme más curvada, si me hiciera una implantación de bubis pues que se me vieran, no se me vea como caído, ósea que realmente se luzca la cirugía, luzca la cirugía la que te acabas de hacer.

Entrevistadora: ¿y qué expectativas tendría tu familia?

Participante 5: yo pienso que buenas porque pues mi familia no me ha impedido, la verdad no me ha impedido hacer nada de lo que yo he querido hacer actualmente así que a lo mejor me dirían “que bien te ves, que bueno que te la hiciste” o si quedó mal “ay por qué hiciste esa tontería?”, ósea pero yo pienso que sus expectativas serían buenas.

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal

Participante 5: no, ahora si que pues no no es algo como que en la casa esté así de “estas obesa, estás gorda” no, al contrario ósea así como, mi casa generalmente son delgados, son este, no es algo así el problema del físico y eso no.

Entrevistadora: ¿considerarías en algún momento de tu vida someterte a alguna cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 5: si a lo mejor sí, ya que tenga a mis hijos sí me gustaría meterme a cirugía y quitar como la grasa del estomago, sí me gustaría, ya que sea mamá y no vaya a tener hijos, sí me gustaría.

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 5: porque realmente yo siento que cuando tenga mis hijos yo si soy, no soy de tan fácil adelgazar, entonces si me gustaría como decir tengo a mis hijos y hasta aquí y me gustaría como tener, quedar, ósea no súper acuerpada pero quedar de buen cuerpo, ósea realmente que yo diga “me siento bien conmigo misma” entonces por eso lo haría porque me es muy difícil bajar la grasa del estómago y de la parte baja y es la parte donde más te queda dañada la piel, por eso me la haría.

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 5: mmm, no tanto así, ósea no es tan tan relevante, ósea ahora si que sí tratamos de cuidarnos porque pues la verdad, la verdad tenemos, no podemos vivir obesos pero si tratamos de, o si ya subimos de peso a lo mejor de “te estás poniendo más cachetona, deja de comer” a lo mejor si es como no porque te quieran ver delgada sino por tu salud y por como me conocen saben que me voy a estar quejando, entonces si me dicen “no te estés quejando si no dejas de comer eso” y digo ay pues tienen razón, mejor ya no tomo eso y hago esto o hago más ejercicio, ósea trato de equilibrar pero tampoco son tan exigentes de “tengo que estar delgada” no.

Entrevistadora: ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 5: cómo reacciona?, que que méndiga enfadada soy jajajaja no, dice que pues si no me gusta que me ponga a hacer algo, ósea que haga algo, ósea ya sea que deje de comer eh como azucars o que haga más ejercicio pero pues que realmente haga algo si no me gusta verme a lo mejor con una llantita o algo pues que me mueva.

Entrevistadora: ¿qué te decían tus papás cuando eras niña sobre la imagen corporal o qué mensaje crees que te enviaban?

Participante 5: ah, nunca me había puesto a pensar en eso, pues nunca nos dijeron, ósea si nos cuidaban la alimentación por cuestiones de, ósea por cuestiones de salud pero no porque fuéramos las súper delgadas si no, ósea mis papás nunca han sido de, ósea al contrario mis papás les gusta que nos alimentemos sanamente pero jamás nos dijeron “ay tienes que estar como la Barbie” este “tienes que estar muy flaca, no puedes subir no comas, no esto, no el otro” no, ósea, hasta la fecha nos han dejado ser nosotras mismas y no nos ponen límites de que si comer y que no comer, ahora si que es la decisión de cada quien y cuando estábamos chiquitas pues mi mamá nos daba la comida balanceada pero no así de “tienes que estar delgada”, no, nunca ha sido así como que tenemos que ser las barbies, no.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 5: mmm, pues es que realmente, ósea realmente te tienes que gustar a ti misma para tu ser feliz, entonces si no te eres feliz tienes que buscar una solución para tu ayudarte pero en mi

124 caso la verdad no es como algo que me preocupe, ósea no se.

Entrevistadora: ¿qué crees tu que una imagen corporal en general positiva para que crees tu que te sirva tener una imagen corporal positiva?

Participante 5: para sentirme bien

Entrevistadora: ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 5: no, nunca he sido a parte de, una, no soy mucho de ver televisión ni de revistas ni nada, ósea creo que no ha sido como algo de “me quiero parecer a esa persona” no, jamás.

Entrevistadora: ¿haz visto los reality show en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante 5: si, si los he visto jajajaja

Entrevistadora: ¿y qué opinas al respecto?

Participante 5: eh, pues me gusta mucho verlos, no me gusta mucho verlos, ósea si los veo pero se me hace interesante como hacen el proceso, ósea qué abren, qué no abre, qué cierran, cómo le hace, ósea si me gusta ver nomás por verlos no porque esté preocupada de “ay y si me la realizo así me van a hacer” ósea no, entre más los veas más te apaniqueas, entonces los veo porque me gusta ver como hacen las cirugías porque muy al principio de mi vida a mi me gustaba, pensaba de niña iba a ser doctora, no lo fui, no aguanté, entonces por eso me gusta verlo pero nomás por gusto.

Entrevistadora: ¿qué opina tu familia respecto a estos programas?

Participante 5: mmm, nunca se los he preguntado pero ósea si están los ven pero es como aprender a conocer el cuerpo, ósea qué hay más adentro del cuerpo pero no es como porque se lo quieran hacer o algo así no, no es algo que digan “ay no lo veas porque te vas...” no, no nos dicen nada.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 5: no

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de no someterte a una cirugía estética?

Participante 5: realmente los medios de comunicación no tienen, no no deciden mi opinión, ósea si yo quiero es porque tengo ganas, porque me quiero ver diferente pero no no influyen los medios en mi persona no influyen.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tu familia tiene respecto a la cirugía estética?

Participante 5: no, la verdad, digo no es cosa que se los pregunte y no es cosa que lo hemos vivido en casa pero no creo que influya ese tipo de cosas en ese tipo de decisiones.

Entrevistadora: ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cuál escogerías?

Participante 5: mm, del medio artístico o en general o?

Entrevistadora: cualquier persona

Participante 5: pues es que ahora si que realmente no no tengo así como que quiero ser esa persona no, no tengo una ideología de alguien no, sinceramente no tengo.

Entrevistadora: ósea escogerías el tuyo

Participante 5: sí

4.6 Entrevista participante 6 – sin cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 6: buena jaja

Entrevistadora: ¿por qué dirías tu que es buena?

Participante 6: porque existe comunicación, mis papás nos toman en cuenta en muchas decisiones, hay plática con mi hermana pese a que ya no vive en mi casa, convivimos frecuentemente.

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 6: pues todo, independientemente de que nos manden a la escuela la primera educación son los papás y los años de escuela son un complemento de todo eso.

Entrevistadora: ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 6: sí

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 6: porque son bien padres jajaja, este porque son personas integras, honestas, su modo de desenvolverse, tienen muchas cosas buenas.

Entrevistadora: ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 6: sí

Entrevistadora: ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 6: ¿cómo?

Entrevistadora: cómo sientes tu o cómo puedes detectar tu cuando eres aceptada o cuando no eres aceptada

Participante 6: pues creo que está un poco rara la pregunta pero, ah, pues soy aceptada a pesar de defectos o cosas malas que puede tener todo el mundo, pese a eso no hicieron mis papás distinción entre mi hermana y entre mi, han aceptado las decisiones que yo tomé de que quería hacer con mi vida, qué quería estudiar, no se me juzgó, independientemente de cualidades físicas, emocionales, de más, que pudiera tener y ellos no les agradaran.

Entrevistadora: ¿alguna vez te haz sometido a alguna cirugía estética?

Participante 6: no

Entrevistadora: ¿si en algún momento de tu vida te sometieras a una cirugía estética te prepararías con algún tipo de investigación?

Participante 6: no

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 6: primero porque en realidad no está en este momento en mi panorama someterme a algún tipo de cirugía como tal, la cirugía es un riesgo que pone en cierto estrés el cuerpo y no hay nada en mi físico que me desagrade lo suficiente como para querer someterme a ese riesgo entonces en serio no lo veo como posibilidad.

Entrevistadora: ok ¿si en algún momento decidieras si someterte a una cirugía estética, conoces al médico con el que acudiría?

Participante 6: ¿cómo, quería conocerlo? Sí

Entrevistadora: no, ¿ya lo conoces?

Participante 6: pues no

Entrevistadora: ok, y dices querría conocerlo sí, ¿a qué te refieres?

Participante 6: pues está raro, si en un futuro hago algo que no estoy planeando hacer en este momento, conozco ya un cirujano con el que querría hacer algo que no estoy planeando hacerlo en este momento jaja me confunde bastante pero en general cualquier procedimiento médico que necesitara hacerme, cirugía, no sólo estética, es importante conocer bien a tu médico que te va a operar, no verlo cinco minutos antes de que te pongan la anestesia y demás.

Entrevistadora: ok ¿considerarías que tu médico cambiaría la idea original que tu tendrías en mente?

Participante 6: que extraño suponer algo que ya dije que no quiero hacer jajaja este, sí, supongo que la opinión del médico da un panorama más amplio de las circunstancias, desde por qué es recomendable para mi en específico hacerlo o no hacer tal procedimiento, claro la opinión del médico puede cambiarlo.

Entrevistadora: ¿te haz informado con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones sobre la cirugía estética?

Participante 6: no la verdad no

Entrevistadora: tu dices que no te someterías a una cirugía estética ¿no confiarías en este procedimiento o tu crees que si fuera necesario confiarías en este procedimiento?

Participante 6: mm, yo creo que de ser necesario confiaría, creo que ahorita de tanta insistencia sobre la cirugía estética, creo que en algún momento lo que si me inclinaría en eso sería algo reconstructivo o por ejemplo si me llega a dar cáncer de mama y me tienen que extirpar, creo que ayuda bastante a la terapia psicológica de recuperación una cirugía plástica, entoces... jajaja

Entrevistadora: ok ¿y qué aspectos del procedimiento serían los que sí te harían confiar en el mismo?

Participante 6: ¿cómo?

Entrevistadora: bueno es que dices que en ciertos casos sí confiarías en el procedimiento ¿qué aspectos del procedimiento serían los que te harían confiar?

Participante 6: pues es que no es que no confie en el procedimiento simplemente que en mi vida no lo requiero en este momento

Entrevistadora: está bien, ósea, a ver

Participante 6: Participante 6 deja de jugar jajajaja ¿qué aspectos del procedimiento, ósea el cirujano, la técnica?

Entrevistadora: de todo el procedimiento, ósea que sería lo que a ti te haría confiar en ese procedimiento, ósea si a ti te hace confiar el cirujano, entonces el cirujano pero si a ti lo que te hace confiar es pues no se, exacto la técnica, lo que tu quieras pues.

Participante 6: Pues de requerirlo probablemente si sería el doctor, ósea el doctor con el que acuda que yo sienta que sabe lo que está haciendo y que es el doctor adecuado para eso.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, el radio, el periódico, entre otros, han sido parte de tu preparación o conocimiento ante la cirugía estética?

Participante 6: sí, parte, no todo, parte porque ahí es donde antes de saber muchas otras cosas, la primera imagen que te dan no que gente que lo ha hecho que no ha tenido complicaciones o por el contrario información que anuncian de gente que se ha complicado o ha empeorado su situación después de eso.

Entrevistadora: ok, dices que nunca ha surgido en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante 6: si, no nunca

Entrevistadora: ¿existe, consideras que existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión de no someterte a una cirugía estética?

Participante 6: sí, si creo

Entrevistadora: ¿quiénes serían?

Participante 6: pues probablemente mi mamá o mi hermana que siempre me enseñaron y me dijeron que yo era muy bonita, jajaj, no pero que si ayudaron a aceptarme como soy físicamente que no verlo como una imperfección o como algún defecto.

Entrevistadora: si en algún momento desearas someterte a una cirugía estética ¿qué es lo que tu desearías lograr con el cambio de la cirugía?

Participante 6: mmm, pues probablemente mejorar alguna parte física que por alguna circunstancia en ese momento no me agrada o esté disconforme con ella.

Entrevistadora: ¿consideras que existen otras opciones o posibilidades para lograr ese objetivo que dices?

Participante 6: pues depende de la circunstancia por la cual este decidiendo hacer eso pero pues siempre es mejor buscar alternativas antes de hacer algo tan definitivo y con mayor riesgo como la cirugía.

Entrevistadora: ok ¿cuáles crees que serían las consecuencias en tu relación con tu familia si si te sometieras a una cirugía?

Participante 6: ninguna, no creo que hubiera cambio.

Entrevistadora: ¿cómo crees que sería la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de una cirugía?

Participante 6: pues crucial porque porque es un procedimiento que requiere tiempo en el hospital

y uno nunca está solo en el hospital, tiempo de recuperación y todo eso, necesitas como mucho apoyo de tu familia para pasar esas cosas.

Entrevistadora: ¿crees que si tu te sometieras a una cirugía estética sería un evento importante o una especie de parte aguas en la vida de tu familia?

Participante 6: evento importante sí, parte aguas no tanto, pues como cualquier evento donde alguien de tu familia sabes que está en una situación de riesgo, es un riesgo controlado pero pues no deja de ser preocupante que un familiar tuyo esté adentro de un quirófano.

Entrevistadora: ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma?

Participante 6: pues eh, ah esa es difícil porque creo que los medios de comunicación no ayudan porque nos hacen crearnos incluso a nosotros mismos cierta imagen y ciertas características que debemos de cumplir y creo que todo mundo tenemos una imagen de cómo nos gustaría ser y creo que nadie llena al cierto porcentaje esa que tenemos, si si es difícil.

Entrevistadora: ok entonces esta influencia que estás mencionando cómo es que te hace sentir en relación a tus expectativas físicas?

Participante 6: cómo?

Entrevistadora: ósea si mencionas que los medios de comunicación te hacen tener ciertas expectativas o le hacen tener ciertas expectativas a la gente no?

Participante 6: si socialmente hay como cierto estereotipo de cómo deberían de ser las personas, tener ciertas características, altos, delgados, este, como sea, ósea son muy muy concretas esas características y creo que la mayoría de la gente no llena eso utópico que nos imaginamos, cada quien sabe que tanto que tanto creerle a eso no no?

Entrevistadora: ¿y cómo te sientes tu en relación a tus expectativas físicas?

Participante 6: creo que no lleno al 100% mis expectativas físicas

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 6: cómo?

Entrevistadora: pues si cuando tu hablas sobre tu físico cómo te hace sentir, cómo te sientes?

Participante 6: mmm normal, ósea mmm no se, bien! Jajaja pues no me pone nerviosa hablar de mi físico, no me incomoda hablar de mi físico, este, no me enoja, ¿qué otra cosa puede ser?

Entrevistadora: ósea

Participante 6: no tengo problema con mi físico

Entrevistadora: ¿ni con hablar al respecto?

Participante 6: ni con hablar al respecto

Entrevistadora: ¿si te sometieras a una cirugía estética qué expectativas tendrías respecto a la cirugía?

Participante 6: pues que si por algo lo decidí es porque en ese momento había algo que físicamente no me gustaba entonces por lo tanto me gustaría que la cirugía mejorara esa sensación y me sintiera yo mejor conmigo misma después de someterme a eso.

Entrevistadora: ¿y qué expectativas crees que tendría tu familia respecto a la cirugía?

Participante 6: que yo estuviera contenta después de eso

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 6: no

Entrevistadora: ¿considerarías en algún momento de tu vida la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 6: no

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 6: pues porque las pequeñas cosas que no me agradan de mi imagen no todas son corregidas con la cirugía, por ejemplo, no me encanta medir 1.50 me gustaría medir un poco más y por el momento la cirugía no me hace ser más alta, entonces no, no hay, de las pequeñas cosas que no me gustan de mi físicamente, no hay nada que pudiera hacer con la cirugía, por el contrario,

igual me gustaría ser más delgada pero creo que es más saludable tanto psicológica como emocionalmente que logre esa pérdida de peso sola, sin cirugía, porque ni siquiera eso en este momento son permanentes no?

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 6: pues no

Entrevistadora: hablando de imagen corporal pues en general verdad, desde el arreglo, vestimenta, no se, ósea no solamente en cuanto a cirugía estética sino imagen corporal en todo...

Participante 6: ¿qué si es importante? Pues sí, en mi casa nos enseñaron que debía de haber una manera correcta de vestirme para cada situación, cierta presentación ante el mundo que es importante en la vida diaria, si.

Entrevistadora: ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 6: pues tratan, en mi casa siempre se ha tratado de ver los pros y contras de cualquier cosa que en algún punto no me agrada y ver si es significativa o no lo es y si se puede hacer algo al respecto por ella o no, como de manera muy ecuánime, tratando siempre la aceptación y darle la importancia adecuada.

Entrevistadora: ¿qué te decían tus papás cuando eras niña sobre la imagen corporal o si no te decían nada tal cual qué mensaje te enviaban al respecto del tema?

Participante 6: mm, imagen corporal, pues siempre fue que nos aceptáramos como éramos, apreciar las cosas buenas que físicamente podíamos tener mi hermana o yo, lo importante que era la manera de cómo uno se presenta a los demás, este je, no no se, la verdad es que no recuerdo exactamente que, no era como que me presionaran que tenía que ser de cierta manera o nada de eso que yo recuerde.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 6: pues un poco de aceptación contigo mismo, un complemento de dar más seguridad en la vida diaria.

Entrevistadora: ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 6: no

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante 6: sí

Entrevistadora: ¿qué opinas al respecto de estos?

Participante 6: pues crean una falsa idea de que muchos de los problemas o o pues malas ideas que puede tener la persona que se somete a cirugía se va a arreglar todo con una cirugía porque creo que que, sobre todo porque son cirugías que cambian prácticamente la cara de uno, no solamente es como un detalle, creo que muchas de esas cosas de tantos focos rojos en la imagen corporal de uno es un poco de baja autoestima y no se trata el problema de raíz, simplemente se presenta una solución sencilla que no siempre es la más adecuada.

Entrevistadora: ¿qué opina tu familia respecto a estos mismos programas?

Participante 6: lo mismo jajaja

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 6: sí porque en los medios de comunicación, en los programas de televisión se plasma lo que parece ser la idea colectiva de cómo debería de ser la gente, esa imagen de a lo que la gente común debemos de aspirar a ser, lo que en el mundo real no luce así o pues no no es así.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de no someterte a una cirugía estética?

Participante 6: no

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tu familia tiene respecto a las cirugías estéticas?

Participante 6: pues en parte sí, una parte sí debe de haber influenciado

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 6: pues porque se presentan muchas historias al extremo de los cambios que suceden con una cirugía jajaja ya me estoy confundiendo con todas las preguntas

Entrevistadora: ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cuál escogerías?

Participante 6: el mio jajajaja

Entrevistadora: ¿sí?

Participante 6: pues no es como algo que haya pensado mucho que físico querría tener, iii el mio a los 16 años, sí ese quiero

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 6: pues porque estaba muy a gusto en ese momento con el físico que tenía.

4.7 Entrevista participante 7 – con cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres?

Participante 7: mmm, pues yo la calificaría como muy buena, tengo mucha comunicación con los dos, mucha confianza absoluta casi podría decir, con los dos, este, honestidad siempre, mmm amistad, muy buena pues, yo sí puedo decir que con los dos, a pesar de que entre ellos no tanta yo sí con los dos, tengo muchísima, absolutamente buena relación.

Entrevistadora: ok, ¿y no tienes hermanos verdad?

Participante 7: no

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 7: yo, no se, creo que toda, pues toda mi, los principios, la ética, mis valores, mi formación en sí como persona, casi pues dependió de ellos, aunque la sociedad también ayudó y mi escuela pero mis papás me formaron y estuvieron conmigo todo el tiempo desde niña, adolescente, siempre orientándome, entonces sí, casi toda pues.

Entrevistadora: muy bien, ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 7: sí, en algunos aspectos sí.

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 7: este, pues hay aspectos de ellos que me gustan y que quisiera yo seguir y ser igual e imitar y hay otros que no, ósea más bien no vamos por el mismo camino pues, que yo siento que soy diferente y que quiero irme por otros lados pero en muchos de ellos sí.

Entrevistadora: ok, ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 7: sí, completamente.

Entrevistadora: ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 7: mmmm, sin juzgarme, respetando mis decisiones, la que sea, desde niña, mmm ¿qué mas? Orientándome a que siempre tome mis decisiones en base a lo que me gusta, en base a mi persona, no tanto a lo que otras personas quieran o digan o lo que la sociedad o la escuela mandan pues, lo que, ósea tomar mis decisiones por mí misma, y eso me hace sentir aceptada.

Entrevistadora: ok, muy bien, ahora en cuanto al nivel de preparación previo a tu cirugía estética te voy a hacer unas preguntas ¿te preparaste con algún tipo de investigación antes de la cirugía?

Participante 7: mm sí, investigué en internet un poco pero más me basé en la confianza que tenía por el doctor, que, digo no, nunca dudé absolutamente, ni por un momento, sí tenía dudas de qué iba a pasar después, cómo me iba a sentir, si no me iba a gustar, de eso sí dudaba, ósea como que, pero era más grande el deseo que tenía de cambiar lo que no me gustaba que que la duda pues, estaba casi 90% segura de que iba a estar feliz.

Entrevistadora: ¿Entonces en cuanto a investigación, nada más investigaste un poco en internet y ya?

Participante 7: sí, cómo eran las cirugías, este, nada más.

Entrevistadora: bueno, ¿conocías previamente al médico con el que acudiste?

Entrevistadora: ¿cómo llegaste a él?

Participante 7: este por mi amiga, sí el papá de mi amiga me lo, sabía que era bueno (el médico) pues y ya, no quise buscar otra alternativa, desde el principio supe que era él.

Entrevistadora: ¿consideras que tu médico cambió la idea original que tenías en mente?

Participante 7: eh, en algunos aspectos la mejoró, yo tenía pensado por ejemplo, nada más operar la nariz y él con lo que me dijo y como me orientó me convenció de que me hiciera también la barbilla, era algo que no tenía para nada en mente, estaba yo bloqueada de eso y de hecho cuando me dijo yo estaba “no”, no no quería y no quería pero me convenció con argumentos, hasta me dijo que si no me gustaba me la quitaba al día siguiente casi casi pero yo estaba rejega, “no, no, no, no”, tenía miedo, estaba yo segura de que al día siguiente le iba a decir que me la quitara pero no se, por alguna razón él me convenció, (el médico) me dio confianza pues y dije “ok” y lo hice y la verdad estoy súper contenta con el resultado.

Entrevistadora: ok ¿te informaste con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones?

Participante 7: no.

Entrevistadora: ¿con nadie?

Participante 7: ah! No, tomé la decisión y no quise, porque sabía que much, a lo mejor amigos cercanos sí, la mayor, muchos me decían que no era necesario que lo hiciera que para qué, que de todas formas yo me veía bonita, por eso no quise preguntarle mucho a la gente porque era algo que yo siempre había querido hacer desde que tenía memoria y ya dije “no, ya” ósea, incluso cuando llegué con el doctor que le dije que era algo que yo siempre había querido hacer me dijo “¿por qué no lo habías hecho antes?” y ya dije “pues sí”, es cierto, ya era una decisión que tomé yo y no consulté con mucha gente solo con amigos cercanos y ya.

Entrevistadora: ok, ¿qué aspectos de este procedimiento te hicieron confiar en el mismo?

Participante 7: que era algo sencillo realmente, digo que dentro de la complejidad de una operación ¿verdad?, pero que no iba a ser tan grave, de hecho la, sí iba a ser anestesia general y todo pero en un día iba a estar bien, ya iba a poder irme a mi casa, iba a tener que llevar el tratamiento normal de una operación pero incluso en 15 días yo iba a poder volver a mi trabajo, no me iba a perder completamente por eso, y eso, dije “bueno, dentro de todo está perfecto para mí”, me hubiera aguantado hasta más tiempo.

Entrevistadora: ok, muy bien, ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, el radio, el periódico, entre otros, fueron parte de tu preparación ante la cirugía?

Participante 7: sí, puedo haber influido, de que yo supiera que existían las cirugías y de que cambiaba a la gente el antes y el después, quizás no no tanto porque cuando yo me, yo supe que existían las cirugías ya casi casi ya quería, sin saber tanto de cómo era pero sí, seguramente yo me enteré por los medios de comunicación de las cirugías plásticas y de los resultados, no tanto que me dijeran otras compañeras ni amigos.

Entrevistadora: ok, ¿cuándo surgió en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante 7: desde la pubertad yo creo, desde los 13 años, yo creo, 15.

Entrevistadora: ¿recuerdas como algún momento en particular o algo?

Participante 7: eh, pues siempre, siempre me habían dicho que tenía la nariz grande pues, aunque no la tenía tan grande pero yo la sentía que la tenía y que era lo único que me parecía a mi mamá y mi mamá tenía una nariz gigante.

Entrevistadora: ¿pero quién te lo decía?

Participante 7: familiares, amigos, no tanto, no me decían así “tienes la nariz grande” pero me decían “no te pareces en nada a tu mamá más que en la nariz”, y la nariz de ella pues está kilométrica jajaja yo la veo kilométrica pues, siempre la he visto así y yo decía “sí se parece mi nariz a esa, es muy grande”, y a lo mejor no era tan grande, me decían, mis amigos decían “nooo” pero yo la veía muuuuy grande, y desde los 13 que supe decía “ay yo sí quisiera operarme aunque sea poquito” decía “no que me cambien pero sí no quiero tener la nariz tan grande como mi mamá”.

Entrevistadora: ok, ¿si tuvieras que acomodar en pasos el proceso que llevaste para tomar esta decisión, cuáles serían estos pasos?

Participante 7: el primero yo creo que asimilar que no estoy feliz con mi nariz, que no me gusta, el segundo, creer que existe una posibilidad de arreglar eso, más que una terapia o... una posibilidad más sencilla que para mi era más sencillo que ir a una terapia que me decían jaja y el tercero yo creo que tomar la decisión de hacer, sí? Nada más, que yo creo que entre esos tres pasos pues pasaron años que cumplí mis, yo creo que la operación la hice yo creo que 20, 21 años, ya grande.

Entrevistadora: ¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión?

Participante 7: mi mamá, sin duda ella me apoyó, siempre me decía (mamá) “hija, si tu nariz se parece, si no te gusta te la operamos” jajaja, apoyó, mi papá también, me decía “que bonita eres, mi hija es preciosa, nada más su naricita” y lo decía de broma pero esos comentarios de una u otra manera... y él lo decía de broma, a lo mejor en serio, pero no porque no me aceptara pero aun así a mi me causaba como molestia y quizás una que otra amiga que me llegó a hacer el comentario que la nariz y en la primaria uno que otro compañero que reforzaron que no me gustaba mi nariz.

Entrevistadora: ¿qué es lo que deseabas lograr con el cambio de la cirugía?

Participante 7: eh, no visualizar la forma con la que siempre veía esa nariz, ósea la forma de esa nariz tal cual, quería ver algo diferente, quizás fue el cambio tan sutil que mucha gente ni siquiera lo notó pero yo lo noto todos los días que me veo al espejo y en las fotografías y la gente me dice “estás igualita” pero yo noto el cambio pues, no es la nariz que yo veía antes, por la cual nomas me veía y solo veía, veía las fotografías y veía esa nariz, veía el espejo y veía esa nariz, y ya ahora aunque yo pedí que no fuera, que no quería cambiar, quería que tuviera el mismo tamaño, quería verme la misma, yo la veo diferente, ya es otra nariz pues.

Entrevistadora: ok ¿considerabas que existían otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Participante 7: quizás pensaba que con terapia pero la verdad se me hacía difícil, tendría que ser una terapia que en conclusión iba a ser aceptarme como soy con la nariz que no me gusta e iba a terminar por aceptarlo pues pero eso no iba a hacer que me gustara la nariz yo pensaba pues, entonces sí cabía la posibilidad en mi mente pero yo estaba más inclinada por hacer la cirugía.

Entrevistadora: ¿y por qué es que te decidiste por la cirugía?

Participante 7: porque se me hacía un paso mucho más sencillo y rápido, no se me hacía algo complicado ni fuera, ni marciano pues, se me hacía algo sencillo y no creí, no creo que sea algo que afecte en mi persona ni nada haberlo hecho ni vaya a cambiar mi forma de ser ni nada por el estilo, simplemente fue estar más contenta y ya.

Entrevistadora: ok, muy bien ¿cuáles fueron las consecuencias en relación con tu familia después de la cirugía?

Participante 7: pues consecuencias no como tal, sino pues todos me dijeron que, mi mamá sobre todo que se notaba mucho el cambio que estaba muy padre, que que bueno, los demás familiares y amigos ni lo notaron, me veían igual pero no, mi papá también me dijo “no, muy bien”, los dos me apoyaron mucho, mis tíos pues me dijeron “no, no importa, si tu quieres pues adelante, nosotros te vemos igual” pero mis papas sí notaron la diferencia porque ellos veían lo mismo que yo veía ¿verdad? Y ya pues después de la cirugía yo creo que la misma relación con ellos nomás que pues ellos están feliz por mi y punto.

Entrevistadora: ok, ¿cómo fue la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?

Participante 7: eh, de mi mamá completamente, me atendió y me chiqueó todo el tiempo, esas dos semanas estuvo ahí para todo lo que necesité, casi no durmió conmigo el primer día, para nada, me llevaba agua, me acostaba, me movía, todos los medicamentos, ella estuvo al 100, mi papá pues apoyando nada más, pero la que estuvo todo el tiempo fue mi mamá de todas maneras para lo que se necesitaba ahí estaba mi papá, que iba, ve por medicina y no se que, todo el tiempo estuvieron,

que fueron básicamente las dos semanas que necesitaba para regresar al trabajo, ya regresando al trabajo ya yo sola ya pude.

Entrevistadora: ok, ¿crees que tu cirugía haya sido un evento importante, una especie de parte aguas, en la vida de tu familia?

Participante 7: mm, no en la de mi familia, en la mía quizás, sí subió mi autoestima, de repente fue un shock verme porque no sabía, me veía toda vendada y me asusté dije “ay, cómo me voy a ver?” pero ya después no, ya me sentía fascinada, fascinada, aunque me decían que no había, pero yo me veía y me sentía que había muchísimo cambio.

Entrevistadora: ¿qué sentías antes de tomar la decisión de someterte a la cirugía?

Participante 7: mm, emoción y un poquito de incertidumbre porque no estaba 100% segura, no estaba 100% segura de cómo me iba a ver pues, yo pensaba, y le dije a mi mamá “se que va a estar mejor de cómo está, eso no tengo duda, pero no se el resultado final como va a ser” entonces sentí incertidumbre pero sí emoción y ansiedad de ganas de ya “quiero ver como quedó” y que todo salió bien, etc.

Entrevistadora: ok, ¿expresabas eso que estabas sintiendo?

Participante 7: eh...

Entrevistadora: dijiste que le dijiste a tu mamá

Participante 7: sí

Entrevistadora: pero no se, a parte de tu mamá o ¿qué tanto lo expresabas?

Participante 7: eh, ¿con referente a cómo me sentía de la operación? Sí, todo el tiempo a mi mamá le decía “y ay que nervios y ya falta un día, ya faltan dos, ya faltan tres y faltan cuatro” y ella estaba igual y mi papá, los dos.

Entrevistadora: con tu mamá y con tu papá?

Participante 7: sí sí, los dos estaban igual de emocionados y con la misma incertidumbre.

Entrevistadora: ok, ¿cómo te sentías antes de la cirugía ese mismo día?

Participante 7: eh, ya con mucha ansiedad de que ya llegar el día, ya ya quería, ya quería que pasara el momento, ya con ansias pues, más que nada eran ansias, ya quería que ya, ya había pasado mi momento de todo lo demás, ya quería que fuera pues.

Entrevistadora: ¿cómo te sentías contigo misma en relación a la parte que deseaste cambiar antes de la cirugía?

Participante 7: me daba un poco de, un poquito de nostalgia, sí porque pensaba bueno es lo único con lo que me parezco a mi mamá y lo voy a quitar pero bueno al final de cuentas es algo que no me agrada pues, y no, ósea es algo que no me agrada pues y no por eso la dejo de querer ni deja de ser mi madre, pero si me dio un poquito de nostalgia porque decía bueno a final de cuentas es en lo único que me parezco jaja y pensaba que a lo mejor ella se podía sentir triste o, de que quisiera quitar algo que se parecía a ella pero no ella me apoyó siempre y me dijo que si ella hubiera podido hacerlo a lo mejor también lo hubiera hecho ya a estas alturas pues no lo quiere hacer pero pero me apoyó y dije bueno si ella no se siente mal pues yo tampoco.

Entrevistadora: ok, ¿posterior a la cirugía tus sentimientos cambiaron?

Participante 7: eh, no, no referente a eso ya lo superé después de la cirugía.

Entrevistadora: ósea sí cambiaron?

Participante 7: sí, es que ese sentimiento de nostalgia lo superé incluso antes de la operación, lo sentía un poquito pero lo superé completamente, dije “opérenme”, entonces ya después para nada que sentía nostalgia ni nada.

Entrevistadora: ¿y los sentimientos que mencionabas que tenías antes de la cirugía de ansiedad y esto?

Participante 7: se quitó completamente, completamente.

Entrevistadora: ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma en general?

Participante 7: ya muy contenta con todo, satisfecha

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 7: mmm, mmm, me hace sentir raro porque no es algo de lo que hablo todo el tiempo pero tampoco es algo de lo que no pueda hablar, digo muchas partes de mi me gustan físicas, nomás como no es un tema que se aborde todo el tiempo no, me siento raro pero pero ya me siento con muchísima más confianza que antes.

Entrevistadora: muy bien, ¿qué expectativas tenías respecto a tu cirugía?

Participante 7: mm, hígole no no pensaba realmente tanto en el resultado sino en lo que quería quitar, pensaba que iba a ser mejor, no sabía cómo iba a quedar pero creía que iba a ser algo mejor que lo que había y sí efectivamente ya el resultado ya cuando se terminó de, fue exactamente lo que, ya quedé perfecto, dije “no quiero más”, no quería que me cambiara de la nariz ni que me cambiara de forma de mi cara, quería seguir siendo la misma nada más, justo la, un pequeño detalle da nada que tenía que la hacía cambiar lo cambió ósea cumplió realmente mi expectativa que yo sin saber qué era mi expectativa ¿verdad? Ni cuál era.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tenía tu familia respecto a la cirugía?

Participante 7: eh, yo pienso que estaban igual que yo porque no sabían, me preguntaban mucho, “¿y cómo va a estar? ¿respingada o filada? Pero es que tu cara es así...” y yo les decía “no, va a ser un cambio muy leve, va a ser lo mismo, nomás que me quiten este cositas y otra que no me gusta y así y así y ya ósea muy leve, entonces yo creo que tenían las mismas expectativas que yo, yo creo que iba a ser un cambio ligero con lo que yo iba a estar mucho más contenta.

Entrevistadora: ¿pasó algo que no fuera de acuerdo con lo que esperabas?

Participante 7: mm, a lo mejor al principio que me costaba trabajo como respirar, como que sentía que podía haber consecuencias de funcionamiento y me preocupé pero después ya se regularizó y todo bien.

Entrevistadora: ¿eso no te lo esperabas?

Participante 7: no, y me asusté dije “ay no vaya a ser que algo salió mal y no vaya a respirar bien”.

Entrevistadora: ok ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 7: no, solo por mi jajaja

Entrevistadora: ok, ¿considerarías de nuevo la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 7: mmm, pues no, me ha pasado por la mente, este, pero no es algo que ya ahorita necesite pues.

Entrevistadora: ¿pero la considerarías?

Participante 7: sí, sí, sí, pues más bien ya como un capricho pues, si quisiera cumplir con algo pero no porque no esté contenta, la verdad ahorita no sería una prioridad ni nada pero si en algún momento este lo necesitara pues sí lo consideraría como una opción.

Entrevistadora: ¿por qué, por qué sí?

Participante 7: porque siento que no es este, algo muy complicado, este digo si se hace de la manera adecuada no se me hace un proceso complicado pues, se me hace sencillo y con algo que puedes estar contenta tu misma y ya.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 7: mmm, no quizás yo he sido la que ha sido un poco más exigente pero no mis papás no, no se por qué yo por alguna razón pero quizás yo soy la más exigente.

Entrevistadora: ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 7: mmm, son realistas, cuando es por alguna razón si me dicen “no, sí tienes razón eso por esto y por esto” y si no me dicen “estas loca” sí, pero sí son muy realistas pues, tampoco me dan por mi, cuando sí tengo razón me dan la razón jajaja

Entrevistadora: ok ¿qué te decían tus papás de niña sobre la imagen corporal? O qué mensaje te enviaban al respecto del tema?

Participante 7: pues siempre me decían que yo estaba muy bonita y que “mi niña, mi princesa la

más hermosa de todo el mundo”, siempre ellos porque así me veían pues, no lo hacían como que con mala intención pero uno sí, ya después de que empiezas a conocer más gente y ver que los físicos son diferentes ya empiezas como tu a tener un, una rel, algo con qué comparar pues y eso es lo que llega en algún momento a afectar y dices “ay ¿por qué esa nariz es más grande o es más chica?” porque lo comparas con otras personas obviamente.

Entrevistadora: ok ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 7: seguridad y confianza

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 7: eh si una buena ima, si tu estás contenta con tu imagen corporal pienso en lo personal tu forma de ser también se siente muchísimo más seguro, confiado, para hablar con la gente para hacer amistades, socializar, porque estás feliz con tu cuerpo, si hay algo que no, eh empieza a haber, yo siento que hay complicaciones pues, en lo personal también me pasaba, a veces por, me sentí insegura nomás por la nariz y ya a veces no quería dar la cara o, me daba pena pero no, y la persona a lo mejor me veía igual pero yo si sentía la diferencia.

Entrevistadora: ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación.

Participante 7: mm no, no, no.

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante 7: no

Entrevistadora: no, ninguno? Bueno, eh, son como estos como fashion emergency pero aparte no solo modifican a la persona con ropa, cortes de cabella, sino que también con cirugías, los dientes...

Participante 7: sí ya, sí he llegado a ver, no tanto que le hagan cirugía plástica pero los dientes y que los maquillan y los peinan, eso sí.

Entrevistadora: ¿qué opinas al respecto de estos programas?

Participante 7: pues me gusta, se ve que el resultado es positivo pues que la persona termina muy contenta y la verdad se ve un cambio, sí se ven cambios fuertes pues, tanto en su persona como en su físico, está padre nomás nunca he visto realmente que le hagan un cambio grande de cirugía, que le cambien el rostro o que le hagan liposucción o algo no.

Entrevistadora: bueno, ¿qué opina tu familia respecto a los programas de cirugía estética?

Participante 7: yo creo que también han de pensar, han de tener la misma visión que yo, nunca lo he platicado pero yo pienso que sí, a menos de que sea un cambio drástico o peligroso para la persona o algo por el estilo pero no, sino pues yo pienso que también les agrada.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 7: si, si porque el estándar de los medios de comunicación es muy claro pues, la delgadez, la forma del cuerpo e incluso el tono de la piel, el peinado, todo tienen como un estándar muy muy marcado entonces sí influye por supuesto porque ya la mayoría de la gente lo visualiza, nosotros también nosotros mismos, visualizamos eso como belleza, entonces tiende uno a compararse.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de someterte a una cirugía estética?

Participante 7: no, de la mía en particular no, si creo que influyó porque yo pienso que ese fue el medio del que me enteré no se no recuerdo pero no fue lo que a mi me motivó a operarme, a mi me motivaron otras causas, que no me gustaba específicamente eso.

Entrevistadora: ok ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tu familia tiene respecto a la cirugía estética?

Participante 7: sí yo pienso que también, influye porque antes no, ellos no estaban muy acostumbrados a las cirugías estéticas, no se hacían tanto y ya con los medios de comunicación se fueron

enterando más y informando que no era tan peligroso como pensaban y ellos tenían otra idea, ya viendo e informándose con los medios de comunicación pues ya lo fueron aceptando mucho más.

Entrevistadora: ok ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cuál escogerías?

Participante 7: ay no, yo pienso que me quedaría con mi físico

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 7: no me concibo como con otro cuerpo, sería lo, no, que raro jajaja

4.8 Entrevista participante 8 – con cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 8: ósea en general o? Pues con mi mamá la relación no es, no es la mejor ósea tenemos muchas diferencias pero ha sido como muy influyente en mi vida, ósea como que siempre ha estado ahí y con mi papá es algo, bueno ahorita no tanto pero antes era algo de distancia, no era muy cercano y con mi hermano la relación es bastante buena, relativamente cercana ahora que no vivo con él.

Entrevistadora: ok, ¿él si vive en casa de tus papás?

Participante 8: mju

Entrevistadora: ¿y solo tienes un hermano? ¿cuántos años tiene?

Participante 8: 21, bueno tengo más hermanos pero son medios hermanos y viven con mi papá, es que mis papás son divorciados.

Entrevistadora: ok, ¿y con los otros hermanos tienes relación?

Participante 8: no

Entrevistadora: bueno, ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 8: mm, pues como en qué términos?

Entrevistadora: como en general, ósea lo que tu consideres que ellos hayan aportado a tu educación en general.

Participante 8: pues yo creo que, ósea mucha educación en cuanto a valores y principios de, como pues ser en la vida en general respetuosa, ósea principios de cómo manejarme y pues ellos han aportado mi educación académica, ellos la han pagado y pues se han preocupado porque vaya a buenas escuelas y han estado, bueno siempre estuvieron muy al pendiente de si ya hice mis tareas o eso, hasta cierta edad, y pues ya.

Entrevistadora: ok, ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 8: mmm, no mucho

Entrevistadora: no, ¿por qué?

Participante 8: porque para empezar porque están divorciados y yo como, es lo que no quisiera para mí y ya por separado ósea como ellos han manejado las cosas en muchas situaciones familiares para mí no es como lo más ideal porque yo se que como ellos manejaron las cosas me ha afectado a mí, entonces no me gustaría hacer lo que ellos han hecho y pues en específico mi mamá tiene como muchas actitudes o maneras de ser que no me gustaría seguir su ejemplo.

Entrevistadora: ok, ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 8: sí

Entrevistadora: ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 8: mmm, pues es raro, creo que mucha parte eran calificaciones, ósea cuando era niña era mucho de que pues, ósea no era tanto que me exigían que tuviera buenas calificaciones pero era bueno que las tuvieras, ósea era como sentirme aceptada y pues ya viendo como separados papá y mamá, con mi mamá es como más difícil la aceptación porque muchas veces yo con ella no digo ciertas cosas que tal vez yo diría si ella no estuviera presente porque ella como que le busca muchos peros a muchas cosas o causas, entonces a veces no quiero decir algo porque se que ella no lo va a aceptar, ósea, más bien no se cual es su aceptación porque creo que nunca la he tenido completamente.

Y con mi papá, la aceptación es muy fácil, ósea, no, como que no hay nada que tenga que hacer para que me acepte, solo por ser y ya.

Entrevistadora: ok, ¿y con tu hermano?

Participante 8: muy parecido a mi papá, es una aceptación de nada más porque existes.

Entrevistadora: em, ahora más en relación a tu preparación previa a tu cirugía estética son las siguientes preguntas, ¿te preparaste con algún tipo de investigación antes de la cirugía?

Participante 8: mmm, ¿investigación como de cómo iba a ser el procedimiento y eso?

Entrevistadora: por ejemplo

Participante 8: no, ósea había escuchado como muchas de que, cosas de cómo era, pero no, como fue todo muy rápido ni siquiera quise meterme a ver ni buscar nada porque dije “me voy a poner más nerviosa”, entonces realmente no investigué mucho del procedimiento pero sí investigué como resultados de la cirugía y eso, como ver que quería y que no, eso sí.

Entrevistadora: ¿eso sí lo investigaste?

Participante 8: mju

Entrevistadora: ¿y eso cómo lo investigaste?

Participante 8: pues en parte cuando fuimos a consultar con el doctor nos enseñó como fotos, y más pues no se, de caras que yo había visto que sabía, así pues fotos realmente.

Entrevistadora: ¿conocías previamente al médico con el que acudiste?

Participante 8: no

Entrevistadora: ¿no? ¿y cómo es que llegaste a él? ¿era el?

Participante 8: aja era el, era porque, porque mi, pues fue en Victoria entonces pues mi mamá sabía que había operado a otras personas y que habían tenido buenos resultados, entonces me lo recomendaron y fuimos.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que tu médico cambió la idea original que tenías en mente?

Participante 8: mmm no, lo intentó pero como que no, no pudo.

Entrevistadora: ¿cómo?

Participante 8: ósea porque yo llegué y yo ya tenía una idea de lo que quería y todo y él tenía un poco de otro estilo entonces pues me intentaba como decir “esto se vería bien” o “mira te quedaría bien...” pero como que yo no cedí mucho, incluso cuando, ósea el mismo día que me iba a operar como que todavía no nos poníamos de acuerdo entre lo que él quería y lo que yo quería, que me dijo “no te voy a operar si estamos así, ve a tu casa, decídelo, háblame a tal hora, si a tal hora no me hablas, ósea si no tienes como bien decidido que, pues no te opero porque no te va a gustar”.

Entrevistadora: ok ¿y eso hiciste?

Participante 8: sí

Entrevistadora: mm ¿te informaste con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones?

Participante 8: yo creo, ¿ósea opiniones de la cirugía?

Entrevistadora: sí

Participante 8: solo, ósea solo con mi familia

Entrevistadora: ¿con quienes?

Participante 8: con mi mamá, mi papá y mi hermano

Entrevistadora: te informaste de sus opiniones, ok, ¿qué aspectos de este procedimiento te hicieron confiar en le mismo?

Participante 8: ¿en el procedimiento o en el doctor?

Entrevistadora: en el procedimiento

Participante 8: ah, pues en parte que era algo como ósea algo común, como que mucha gente lo ha hecho y pues no se, en parte eso y en parte como que no estaba 100% en confianza cuando lo hice, ósea tenía como la duda pero me arriesgué.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, el radio, el periódico, entre otros, fueron parte de tu preparación ante la cirugía?

Participante 8: mmm, yo creo que indirectamente sí, ósea o, pues no se, es como, bueno no estoy

segura ¿ósea preparación como mental, de que voy a ir a hacerme esa cirugía?

Entrevistadora: como tu lo entiendas

Participante 8: mm, bueno creo que no, no se, es que no se como de que tipo de preparación, es que sí es algo que sí se ve en los medios entonces, ósea me preparó a que sí lo quería a hacer, ósea como, no se, no se que estoy diciendo en esta respuesta.

Entrevistadora: porque dijiste que indirectamente sí fue parte de tu preparación ¿a qué te refieres con eso?

Participante 8: es que no se si preparación también sea como algo que influyó en mi decisión

Entrevistadora: te refieres entonces más bien a ese lado, a que sientes que influyó pero no en cuestión de que te pusiste a investigar sino que influyó.

Participante 8: sí

Entrevistadora: ok, bueno ¿cuándo surgió en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante 8: yo creo que desde que tenía 15, 14 años, pero pues a esa edad no, ósea yo le decía a mi mamá pero no me dejaba, sobre todo porque mi mamá decía que a esa edad todavía me iba a cambiar el cuerpo, ósea la cara, entonces que me esperara que ver como ya iba a ser ya de adulto y luego ya tomar la decisión que yo quisiera.

Entrevistadora: ¿y lo relacionas a esa edad con algún momento en específico o con alguna situación en específico?

Participante 8: pues sí, porque en la escuela este, no se si ubicas de que antes había de que chismografos? Entonces pues ponían así preguntas en el cuaderno no? Y a mi una vez me tocó revisar un chismografo que venía de que “la más narizona” y yo salía de respuesta varias veces entonces como para mi fue trauma así no? Y como de ahí, como que yo siempre sentía “ay, yo soy la más narizona” entonces yo no quería eso, yo creo que de ahí fue como que yo decía “no, no quiero ser así”.

Entrevistadora: ah, ok ¿si tuvieras que acomodar en pasos el proceso que llevaste para tomar esta decisión, cuáles serían estos pasos?

Participante 8: pues, primero como estar convencida de que lo que tenía no me gustaba y que quería otra cosa, después pues consultar a, pues primero lo hablé con mi mamá, ósea después lo hablé con mi mamá y fue como “bueno, vamos a consultar a un doctor”, y ya consultamos al doctor y nos dijo como las opciones y las posibilidades y de ahí fue como pensarlo yo sola, ver que quería, ver como iba a querer mi nueva nariz por decir y luego ya decidir y acudir a la operación.

Entrevistadora: ok, y ¿todo esto que tiempo tomó? Ósea dices que empezaste con las inquietudes a los 14, 15 años y luego te operaste a qué edad?

Participante 8: a los veintiiii, faltaba como un mes para cumplir 22.

Entrevistadora: ok, ¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión?

Participante 8: sí, mi mamá

Entrevistadora: ¿tu mamá y ya?

Participante 8: sí

Entrevistadora: ok ¿qué es lo que deseabas lograr con el cambio de la cirugía?

Participante 8: pues verme mejor y sentirme mejor, básicamente.

Entrevistadora: ok, ¿considerabas que existían otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Participante 8: no

Entrevistadora: ok, ¿cuáles fueron las consecuencias en tu relación con tu familia, después de la cirugía?

Participante 8: pues así como consecuencias que impactaran mucho creo que ninguna pero pues sí comentarios de que “ah, te quedó bien”, “está bien”, “hiciste una buena decisión”, y eso... sí, pero así como que la relación haya cambiado no.

Entrevistadora: ok, ¿cómo fue la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?

Participante 8: pues eso si fue crucial, ósea porque si fue como una semana que no podía ni pararme ni moverme ni nada y pues literal mi mamá y mi hermano estaban todo el día ahí, ósea mi mamá me daba de comer, me limpiaba, estaba pendiente pues del aseo, de que estuviera cómoda, de que “no te acuestes así, tienes que ser asa” y pues darme la comida pues, ósea no se puede tener una cirugía así si no están así como al pendiente todo el tiempo.

Entrevistadora: ¿y tu hermano?

Participante 8: pues mi hermano le ayudaba a mi mamá de que, porque pues en mi casa también estaba mi abuelita que es también dependiente al 100%, entonces así entre los dos, casi casi yo también era como mi abuelita en un momento, entonces era como atender a las dos y todo, entonces pues mi hermano le ayudaba, ósea si mi mamá estaba con mi abuelita entonces mi hermano venía conmigo y me daba de comer o lo que sea.

Entrevistadora: ¿y tu papá?

Participante 8: pues mi papá como no vive en mi casa la verdad no tuvo, ósea no se involucró en eso.

Entrevistadora: ok, ¿crees que tu cirugía haya sido un evento importante o una especie de parte aguas en la vida de tu familia?

Participante 8: mm, de mi familia no creo.

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 8: bueno no creo que haya cambiado, bueno, ósea no creo que haya impactado o cambiado nada en general pero puede que si haya sido “como participante 8 lo hizo”, y por ejemplo, mi hermano que a lo mejor ahora piensa que el también le gustaría hacerlo, ósea no creo que sea tanto así como un parte aguas pero sí es algo que sucedió y que todos saben que sucedió.

Entrevistadora: y tu estás diciendo que entonces como tu lo hiciste ahora sería más fácil para tu hermano realizarlo porque tal vez el también quiera hacer eso?

Participante 8: aja

Entrevistadora: ok, ¿qué sentías antes de tomar la decisión de someterte a la cirugía?

Participante 8: miedo, estaba nerviosa, o ósea no dices antes “ya, ya va a ser” ósea dices como antes de que pasara todo, ah pues yo me sentía narizona, no me gustaba, ósea sentía como una inseguridad que no era tal vez tanto de “ah estoy narizona, estoy narizona”, pero yo sentía que había una inseguridad en mi persona y pues en parte sí era eso, tal vez me veía al espejo y no me sentía a gusto, y tal vez cuando hablaba con alguien más si me acababa de ir a ver al espejo y estaba como muy consiente de mi cara pues no me sentía muy a gusto o muy segura.

Entrevistadora: ¿expresabas esto que estabas sintiendo?

Participante 8: no

Entrevistadora: ¿no? ¿a nadie?

Participante 8: no

Entrevistadora: ¿nunca?

Participante 8: no

Entrevistadora: ¿cómo te sentías, ahora sí, antes de la cirugía ese mismo día?

Participante 8: súper nervioso, así muchísimo miedo, de hecho estaba así templado porque por una parte sí quería porque era un cambio que yo deseaba pero por otra, ósea es el miedo que yo decía “ósea si quedo peor o si algo sale mal y tampoco me gusta”, entonces sí era como muy muy nerviosa y en ratos insegura de “¿para qué estoy haciendo esto, para que me vaya peor?”

Entrevistadora: ¿cómo te sentías contigo misma en relación a la parte que deseaste cambiar, antes de la cirugía?

Participante 8: a pues es lo que, más o menos lo que te dije ahorita, ósea me sentía insegura, me sentía no a gusto, no bonita, ósea no me agradaba.

Entrevistadora: ¿y posterior a la cirugía tus sentimientos cambiaron?

Participante 8: sí, pues sí cambiaron porque para empezar fue como un cambio muy radical porque ósea está en tu cara entonces como, lo ves siempre y al principio como que no sabía bien qué onda porque no queda como ya va a ser, entonces estás inflamada entonces es como “no estoy segura” pero a pesar de que no estaba segura ya me sentía bien porque, ósea aunque tal vez no estaba como iba a ser, yo la veía mejor que como estaba antes entonces, este, ósea sí cambié en como me sentía yo con los demás o cómo era capaz de interactuar con los demás.

Entrevistadora: eh, ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma, ya en general?

Participante 8: eh, pues en general me siento bien, eh, solo, a veces como, ósea sí hay cosas de mí que me gustaría cambiar, entonces no me siento en algunos puntos 100% satisfecha pero creo que en general está bien, ósea me siento bien.

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 8: no se, creo que no es algo que hable así como tanto pero creo que a lo mejor si lo hablo sí me hace sentir incómoda, ósea por ejemplo, ahorita que estoy en una dieta y que yo se que me fui y subí tres kilos para mí es como incómodo decir “subí tres kilos y por eso esto ya dieta”, sí, sí me incomoda.

Entrevistadora: ¿y por qué crees que te haga sentir incómoda?

Participante 8: como que siento que, creo que me hace sentir incómoda porque creo que el de al lado me está juzgando o que cuando yo le estoy diciendo el otro ya se dio cuenta y ya me está juzgando o no se, algo así, raro.

Entrevistadora: ok, ¿qué expectativas tenías respecto a la cirugía?

Participante 8: eh, pues en general de cómo iba a quedar?

Entrevistadora: de todo ¿tus expectativas cuáles eran?

Participante 8: yo, mi expectativa era, después de la cirugía yo me voy a sentir bonita y ya me va a gustar mi nariz y ya voy a tener una nariz que no sea tan grande o tan ancha o lo que sea.

Entrevistadora: ¿y qué expectativas tenía tu familia respecto a la cirugía?

Participante 8: pues, no creo que, por ejemplo no creo que mi papá y mi hermano tuvieran así como expectativas, tal vez mi mamá si tenía como la expectativa que, de que me quedara más recta este, pero no se si ella pensaba como en lo emocional porque nunca me lo hizo saber, ósea no se si para ella, no creo que ella supiera como yo me sentía en realidad sino ella sabía que tal vez mi nariz no era la más bonita y pues que yo me la quería cambiar pero no se si sabía como la tanta carga emocional que era y pues no se si tenía expectativas en ese aspecto.

Entrevistadora: ok, ¿pasó algo que no fuera de acuerdo con lo que tu esperabas?

Participante 8: no

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 8: no

Entrevistadora: ¿considerarías de nuevo la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 8: ¿pero no tiene que ser de lo mismo verdad, puede ser de otra cosa?

Entrevistadora: de cualquier, ósea, cualquier expectativa física

Participante 8: sí, en algún punto sí

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 8: ósea por ejemplo, ahorita siento que no sería como algo que piense o que considere porque en realidad me siento cómoda ahorita en general pero si a los 50, 60 pues me estoy cayendo en arrugas pues si diría “ay pues una restiradita o un botox o lo que sea”, pero por qué, pues nada más para verme mejor y sentirme mejor.

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 8: no

Entrevistadora: ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 8: pues no es como un tema que a lo mejor se toque mucho ni nada pero por ejemplo, si yo, ahorita por ejemplo estoy a dieta, mi mamá no sabe que estoy a dieta porque yo se que su reacción sería de que “¿qué te pasa? No lo necesitas, estás bien así como estas”, entonces yo creo que para mi familia no es tan importante como la imagen corporal ¿qué me preguntaste?

Entrevistadora: que ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 8: sí, en general nunca digo que no me gusta algo de mi cuerpo pero si lo digo así como “estoy a dieta” pues dicen así “ay no, estás bien no?, no te preocupes”, o lo que sea.

Entrevistadora: ¿qué te decían tus papás de niña... a ver?

Participante 8: pero... a la vez es raro porque por ejemplo, mi mamá ahorita yo se que me diría “ay no, eres una exagerada, no necesitas” pero ha habido veces que como que si me paso un poco de peso también es como en la foto que me salió así la panza mal que de que “ay mira como se te está saliendo la panza” es como raro porque no se, ósea parte es “estás bien, no te preocupes” pero si me ve la panza ósea si me dice así como “ya deja de comer”, nunca me ha dicho deja de comer pero si me hace así como “ya te salió la pancita.

Entrevistadora: ok, ¿qué te decían tus papás de niña sobre la imagen corporal?

Participante 8: nada, bueno...

Entrevistadora: ¿o qué mensaje crees tu que te enviaban al respecto del tema?

Participante 8: “no estés gorda”, ósea bueno yo cuando era niña y quería comer no se copitas o dulces o lo que sea, este, yo no era mucho de dulces la verdad, y yo le pregunto a mi mamá “¿cómo le hiciste?” y me dice “no, es que tu no eras de dulces”, ósea yo no tenía que hacer nada pero cuando quería así atascarme de algo, que de repente todo el mundo quiere entonces mi mamá me decía “pues cómetelo pero te vas a poner como”, yo tenía una prima que estaba súper gorda, entonces “te vas a poner como tu prima”, entonces ahí era como, y yo a la fecha lo recuerdo entonces es como, estoy segura que mi mamá no cree que me influyó tanto eso pero yo recuerdo la prima gorda, ósea y en general mi papá tiene unos hermanos que están en sobre peso y mi mamá hacia como mucha mención a que ellos eran así, entonces creo que el mensaje fue “en la familia de tu papá hay tenencia a tener sobre peso entonces tu tienes que cuidarte para no estar así”.

Entrevistadora: ok, ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 8: pues yo sentirme bien conmigo, ósea como para mi es importante eso (imagen corporal) yo al tener eso me siento bien, me siento más segura.

Entrevistadora: ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 8: mmm, es que no se ahí qué tanto es expectativa porque a lo mejor yo no se veía a alguien y decía “ay yo me quisiera parecer a eso” pero no espero que me va a pasar ósea no se que tanto es como mi expectativa.

Entrevistadora: entonces fue para ti más bien como deseos puede ser?

Participante 8: aja

Entrevistadora: y deseos de parecerte a una imagen presentada en los medios de comunicación sí los haz tenido?

Participante 8: mju

Entrevistadora: ok, eh y qué imágenes son estas, o qué se te viene a la mente?

Participante 8: pues, no se, ósea en general no es así como ninguna artista o alguien que sea así mi ídolo peor en general en los medios pues hay muchas mujeres que son muy bonitas de la cara o tienen muy buen cuerpo y como que eso me llama la atención, ósea en general me llama la atención ver a alguien ósea como bien parecido en la tele o en la computadora o donde sea y pues como que sí, es que no es tan consiente de “ay, yo quiero ser como ella” pero es como un como que te agrada y te identificas y te gustaría y ya.

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugía estética?

Participante 8: no

Entrevistadora: ninguno

Participante 8: a lo mejor una vez hace tiempo uno que había en discovery home and health pero estaba como en prepa o secundaria

Entrevistadora: ¿y qué opinas al respecto de estos reality shows?

Participante 8: pues hace tanto que no veo uno que no se, bueno por una parte ahorita que lo recuerdo, porque tengo mucho que no veo uno, se me hace bien como que pasen esos procedimientos en la tele porque pues el que lo está viendo ya tiene como más noción de cómo es el procedimiento desde el principio hasta la recuperación y de cómo puede suceder pero por otro lado puede ser que tal vez el que se lo va a hacer se le haga más fácil como hacerlo y no considere todo lo que en realidad es porque supongo que en la tele no han de pasar todo lo que implica.

Entrevistadora: ok, ¿qué opina tu familia respecto a los programas de cirugía estética?

Participante 8: no se

Entrevistadora: o qué crees?

Participante 8: pues yo creo que, yo creo que mi papá y mi hermano ni han de saber que existen ni los han de ver pero mi mamá se le ha de hacer así como interesante ver los procedimientos y yo creo que ella ahí lo ve como una fuente de información como de “ah, ahí dijeron que es así y shalalala...”.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 8: sí, pues no se por ejemplo, bueno algo que yo me fijo es como por ejemplo, el cuerpo y como muchas de las personas que están en los medio o así tienen como muy estilizado este, no se, yo me fijo mucho como en la parte del torso, como yo estoy muy chiquita, realmente no tengo muy largo esto, entonces como que toda la gente que es más alta pues lo tiene más largo, entonces para mi siempre ha sido como eso como que me fijo mucho, ¿qué me preguntaste?

Entrevistadora: que si consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 8: ah sí, entonces yo veo eso y yo pienso que mi cuerpo está mal porque yo debería tener más altura o, ósea como debería estar más alta, tal vez si no hubiera visto eso, porque sí me acuerdo un tiempo, a lo mejor un tiempo de mi vida yo ni siquiera pensaba en esas cosas, ósea no me preocupaba de si estaba mi tronco más alto, ósea no, como que cuando lo empecé a notar en los medios me percaté de mi misma de cómo era yo, yo pienso que sí ha influido.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de someterte a una cirugía estética?

Participante 8: no, bueno sí y no, no porque no tanto como en “sometete a una cirugía estética” pero tal vez si del lado de ¿qué es lo estético? Y cómo me quiero ver yo.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tiene tu familia respecto de la cirugía estética?

Participante 8: en el criterio de si la aprueban o?

Entrevistadora: mju, o en su criterio en general respecto a la cirugía estética, su opinión

Participante 8: mm yo creo que sí, al menos en mi mamá creo que sí porque yo creo que sí eso como que lo ve y “ay esto se ve más bonito o esto no”, sin embargo creo que mi mamá tampoco es tan pro de la cirugía estética, aunque sí apoyó la mía, eh si yo de repente le cuento casos de que una amiga se operó y no se qué, ella dice “ay, no ya para que tanto?”, ósea, sí influyen en que ella dice “no eso ya es mucho” entonces eso también se ve en los medios, yo creo que es eso pero no estoy segura de qué opine.

Entrevistadora: ok ¿si pudieras tener el fisico de cualquier persona cuál escogerías?

Participante 8: mmm, el de Nataly Portman

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 8: porque está chiquita como yo pero está más angostita, ósea a mi lo que no me gusta

142 de mi es que estoy como anchita de complexión entonces como está más angostita pues me gustaría.

4.9 Entrevista participante 9 – con cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 9: pues bueno, en general creo que la relación es buena, vivimos juntos los cuatro, tengo un hermano más grande, mis papás y yo, y en general es buena, somos eh, pues mira mi hermano es seis años más grande que yo, tiene 30, entonces la relación es buena, no somos así como que súper cariñosos y encimosos pero sí platicamos mucho, normalmente no hay conflictos entre el y yo pero es como una relación, no se como explicarla, entre cordial y de comunicación pero nunca nos metemos más allá, ósea no es como que el me cuente toda la historia de sus galanas o algo, o que yo le cuente mi vida, pero sí contamos ciertas cosas, y eso es en cuanto a hermanos, con mis papás en general me llevo muy bien, con mi mamá yo creo que es más estrecha la relación, con ellos yo creo que dependiendo un poco más de la dependencia, como que ellos nos han acostumbrado mucho a que ellos hacen todo, nos ponen todas las facilidades, entonces como que mi hermano y yo nos acostumbramos a que ellos nos tienen todo listo entonces nos hemos hecho un tanto dependientes a ellos, ahorita estamos como en esa etapa de vida en que ya nos estamos alejando y a veces hay como ciertos roses por eso pero hasta eso, dentro de todo, no considero que sea una familia conflictiva.

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 9: hígole pues muchísimo, en cuanto a educación escolar pues ahora si que todos los estudios lo han pagado, nunca me han limitado en eso y pues educación en casa, los valores, la como la moral y también la, ciertos criterios. Pues creo que como toda esta parte de pues las tradiciones, todo esto de la familia también ha ido formando mi educación, creo que se han ido manejando como un “te enseño pero te doy la libertad de que tu elijas”, aunque a final de cuentas supongo que como esas, comunicación invisible si hay como un “pero tienes que ser fiel a las tradiciones familiares” entonces si ha sido como esa parte de educación que tiene que ser fiel a ellos y, mi familia, la familia de mi mamá somos súper unidos entonces es como la herencia de educación que nos han ido llevando y que todos tenemos que ir por esta línea pero sí considero que en cuanto a mi educación escolar y mi educación personal pues han sido unas figuras como muy relevantes y muy determinantes.

Entrevistadora: ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 9: sí, porque en realidad considero que son personas, pues supongo que por esa misma educación que me han ido dando pero admiro mucho sus valores, su forma de pensar, de ver la vida y también de la familia que han ido creando no?, entonces es algo que a mi me gustaría tener más adelante, creo que la parte, mi mamá no trabaja, se dedica al hogar, la parte del trabajo se la admiro mucho a mi papá y es algo que yo intento ser, seguir y la parte de la familia como la dedicación a la familia también se la admiro mucho, entonces, una de mis metas es encontrar ese equilibrio entre ambas que en gran parte está como basado en lo que he visto en ellos.

Entrevistadora: ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 9: sí

Entrevistadora: ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 9: la aceptación... hígole creo que es algo súper complejo porque, en realidad nunca nos han como como limitado o dicho así como “si te vas para allá ya no te queremos” pero sí está como esta parte que te digo como esta lealtad que, no se como explicarlo, más que el otro me acepte para yo sentirme parte de este grupo sigo esta línea de acciones o ideologías pero sí ha habido ocasiones en las que unos se van, a lo mejor de que en la adolescencia o algo, de que mi hermano y yo a lo mejor vamos por otro camino y creo que nunca me he sentido juzgada o rechazada pero si de que “te respeto pero acuérdate que está esta otra parte y vente para acá” entonces supongo

que si es un poco de los dos caminos pero hasta eso que no ha habido un punto en que se pelee uno con el otro, como que ha sido flexible pero si la familia y “vente para acá”.

Entrevistadora: bueno ya más en relación a la cirugía como tal ¿te preparaste con algún tipo de investigación antes de la cirugía?

Participante 9: sí, supongo que más desde internet, tampoco es como que la investigación muy a fondo pero sí

Entrevistadora: ¿de internet, algo más?

Participante 9: de internet y de personas que conozco que se la han hecho, sí investigar como les fue, que si se arrepienten o no...

Entrevistadora: ok, ¿conocías previamente al médico con el que acudiste?

Participante 9: sí

Entrevistadora: ¿cómo llegaste a él?

Participante 9: pues es amigo de mi familia entonces ya desde hace muchos años.

Entrevistadora: ¿consideras que tu médico cambió la idea origina que tenías en mente?

Participante 9: no, al contrario, hubo un punto en el que él me propuso algo distinto y yo me negué y le dije que era exactamente lo que yo quería y trabajó exactamente como se lo pedí y eso fue lo que más me gustó.

Entrevistadora: ¿te informaste con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones?

Participante 9: sí

Entrevistadora: ¿con quienes?

Participante 9: con mi familia, mis papás, tías, primas, mis amigas y mi novio.

Entrevistadora: ¿qué aspectos de este procedimiento te hicieron confiar en el mismo?

Participante 9: pues para empezar el médico porque es alguien de completa confianza y yo desde un principio dije que si no era con él no lo iba a hacer porque yo soy como súper miedo y súper obsesiva entonces yo tenía mis traumas de “¿y si quedo mal? Y esto y el otro” pero para mi la confianza en el médico fue lo más importante y después saber que era algo que yo quería, bueno yo creo que eso era primero no?, y también como la parte de que tengo el apoyo de la gente que está cerca de mi.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, el radio, el periódico, entre otros, fueron parte de tu preparación ante la cirugía?

Participante 9: sí, pues desde los estereotipos sociales, como que “la imagen tiene que ser así” entonces como que, bueno yo fui creciendo pensando en eso entonces como que quería llegar a ese punto.

Entrevistadora: ¿cuándo surgió en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante 9: mm, bueno en realidad yo me hice dos, entonces la primera fue a los 18 años y ya tenía varios años de, como a los 15 que me quería operar del busto pero siempre era como que ya que sea grande, ya que sea grande, y a los 18 pues ya lo hice y la segunda fue hace menos de un año, toda la vida tuve como la inquietud de operarme la nariz pero mi miedo era tan grande que nunca fue opción y fue casi casi un mes antes que dije “¿bueno y si me la opero? ¿y si me la opero ya?” entonces tomé la decisión como rápido pero en realidad era algo que había estado trabajando desde muchos años atrás.

Entrevistadora: Entonces, la primera inquietud que tuviste fue alrededor de los 15 años de la primera cirugía?

Participante 9: sí y de hecho en la primera cirugía yo me quería hacer las dos al mismo tiempo, me quería hacer la del busto y la de la nariz pero era tanto mi miedo de la nariz que dije “no, mejor ahorita esto y ya después si me animo la nariz” entonces ya lo traía como la idea pues.

Entrevistadora: ¿y recuerdas algún momento en particular en que te surgió esta inquietud?

Participante 9: mm, pues así en particular no

Entrevistadora: ¿si tuvieras que acomodar en pasos el proceso que llevaste para tomar esta decisión cuáles serían estos pasos?

Participante 9: pues primero es como el darme cuenta de que algo en mi cuerpo me incomodaba, después bueno para tomar una decisión le doy muchísimas vueltas a las cosas no?, entonces fue un proceso de analizar qué tanto era que de verdad quería hacer como un cambio en mi cuerpo y qué consecuencias tendría o que tanto era como el impulso no? Y que a lo mejor después no me podría arrepentir, entonces fue como un proceso de análisis, después si lo estuve platicando mis inquietudes con la gente más cercana a mi, fue como para mi ver los pros y los contras, luchar con mis miedos a ver que podía más, informarme con el médico, ver la manera de si conseguía el apoyo económico y tomar la decisión para ponerle fecha a la cirugía.

Entrevistadora: ¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión?

Participante 9: sí, yo creo que una muy importante para mí fue mi mamá, eh, mis, pues te digo que como somos muy unidos a la familia de mi mamá, mis tías y mis primas, entonces como que son temas que platicamos mucho, y ya, hasta eso que a los novios que he tenido en cada momento fue avisarles más que preguntarles entonces no...

Entrevistadora: ¿qué es lo que deseabas lograr con el cambio de la cirugía?

Participante 9: mm, pues más seguridad en mi misma, era, las dos cirugías han sido cosas que como que antes me limitaban, a lo mejor al ponerme algo de ropa, no se en la calle ver que mi nariz era más grande que las demás personas, entonces siempre fue como, a lo mejor algo distorsionado pero creer que si me sentía, que me gustaba más esa parte de mi cuerpo me iba a sentir más segura platicando con alguien o en la calle o lo que fuera, entonces, mi idea siempre fue como la parte de la autoestima y creo que sí, sí influyó.

Entrevistadora: ¿considerabas que existían otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Participante 9: mmm, sí, seguramente, ósea creo que la autoestima no se trabaja solo desde el cambio físico pero fue como la mentalidad de, “¿pues si se puede hacer y no hay ningún riesgo como por qué no habría de hacerlo, no?”, como una ayudadita por así decirlo pero no tampoco era como que si no lo hacía iba a estar deprimida toda mi vida, no tampoco.

Entrevistadora: ok, ¿cuáles fueron las consecuencias en tu relación con tu familia después de la cirugía o de las cirugías, en este caso?

Participante 9: mmm, pues en la primera cirugía cuando me operé el busto si era así como “no pues te ves mucho más bonita, que bueno que te operaste fue súper buen trabajo”, todo esto no?, en la segunda fue muy curioso porque aunque siempre, por ejemplo, mi papá tiene la nariz muy grande, mi hermano y yo sacamos su nariz, entonces siempre era la carrilla de la nariz grande no? Y mi hermano me hacía carrilla y todo y fue muy curioso porque cuando me operé como que yo esperaba que me dijeran así, ósea sí me dijeron que me veía muy bonita pero fue así como “ay no, te extraño con la otra nariz”, “como era parte de tu identidad esa otra nariz” pero creo que ya se acostumbraron y sí les gustó mucho el trabajo y todo pero sí eso me llamó la atención.

Entrevistadora: ¿cómo fue la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía o de las cirugías?

Participante 9: pues en la dos fue prácticamente igual, su apoyo fue pues muchísimo, en la dos, sobre todo en la primera tuve muchísimo dolor y siempre me estuvieron apoyando, obviamente más mi mamá como mujer como que era más fácil que me ayudara pero me tenían súper chiqueada, este pues nunca me faltó nada, estuvieron muy al pendiente en las dos.

Entrevistadora: ¿te refieres a tus papás y a tu hermano?

Participante 9: a mis papás y a mi hermano sí, más mi mamá pero los tres.

Entrevistadora: ¿crees que tu cirugía haya sido un evento importante o alguna especie de parte aguas en la vida de tu familia?

Participante 9: no, así de trascendental no

Entrevistadora: o evento importante

Participante 9: supongo que fue significativo porque saben que para mi lo fue pero no cambió nada en la dinámica ni nada

Entrevistadora: ok, ¿qué sentías antes de tomar la decisión de someterte a la cirugía o a las cirugías?

Participante 9: ¿antes de considerarlo?

Entrevistadora: no no necesariamente, o antes de considerarlo o antes de tomar la decisión como tal

Participante 9: a ver repíteme la pregunta

Entrevistadora: la pregunta es ¿qué sentías antes de tomar la decisión de someterte a la cirugía?

Participante 9: pues fue como si como esta parte de que quería hacerlo pero no me animaba, como mucho miedo, pero sí, siempre desde la adolescencia yo creo fue como una idea de que rondaba por mi mente de que me hacía sentir incómoda, entonces, supongo que sí era como pues incomodidad y al empezar a rondar como la opción o ver que existía esa opción, como deseo pero miedo a la vez.

Entrevistadora: ¿y qué sentías antes de la cirugía en ese mismo día?

Participante 9: ay muchísimo miedo, muchísimo miedo y ansiedad, era así como que mi miedo, sobre todo, en la primera no tanto la primera fue como más equis, la segunda porque era de la cara como que mi miedo era “¿y si no queda bien? Se me va a notar muchísimo”, como que el busto dije “es más fácil disimularlo”, muchísimo miedo y ansiedad.

Entrevistadora: Expresabas, tanto los sentimientos de la respuesta anterior como estos ¿expresabas estos sentimientos?

Participante 9: sí

Entrevistadora: ¿cómo los expresabas y a quién?

Participante 9: pues supongo que para empezar los expresaba físicamente, la ansiedad, cuando yo estoy muy ansiosa como mucho o me agarro mucho las manos y yo soy mucho de hablarlo, entonces a todo mundo le contaba que, nunca fui de esconder que me habían operado, a todo el mundo le contaba, les contaba que sentía miedo, que estaba preocupada, que estaba ansiosa, desde mi familia, novio y amigos. La segunda vez ya estaba en un proceso terapéutico y también lo trabajé en terapia.

Entrevistadora: ¿cómo te sentías contigo misma en relación a la parte o a las partes que deseaste cambiar antes de la cirugía?

Participante 9: pues no, no me gustaban, en cuanto al busto supongo que, como fue más en la adolescencia, como que veía que todas mis amigas ya se estaban desarrollando y yo no fue mas de que “ah, parezco niño” y como que no me gustaba, no me gustaba ponerme un traje de baño o una blusa escotada o así, entonces era como algo muy enfocado en mí y la parte de la nariz pues también no era algo que me gustaba porque como sentía que era algo que resaltaba de mi rostro y que como que la atención de la gente se enfocaba ahí entonces era algo que me ponía como nerviosa o me intimidaba entonces tendía como a bajar el rostro o así.

Entrevistadora: ok ¿posterior a la cirugía tus sentimientos cambiaron?

Participante 9: sí, la verdad sí me ayudaron muchísimo, me dieron como más seguridad y más porque, ósea el objetivo que yo tenía en ambas era “si me voy a hacer un cambio no quiero que sea un cambio muy drástico”, ósea no me operé así como el busto que se me viera enorme o la nariz así como súper respingada, siempre busqué que fuera como yo pero que me sintiera a gusto conmigo misma entonces me dio muchísima seguridad y me quedé mucho más a gusto con mi imagen.

Entrevistadora: ok, ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas, ya en general, que tienes sobre ti misma?

Participante 9: pues mira yo siempre he sido muy demandante conmigo misma en cuanto a mi físico, entonces siempre he sido como que, que si un problema de peso dieta súper seguido y entonces sí me demando mucho en ese sentido pero sinceramente desde las cirugías como que bajé un poquito la guardia porque sí me siento más a gusto entonces ya no me peleo tanto conmigo misma.

Entrevistadora: ok, ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 9: bien, ósea y sinceramente mejor desde la cirugía fue como que sí me dio más segu-

146 ridad y ya no me causa tanto conflicto ni que me vean ni hablar de eso.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tenías respecto a la cirugía?

Participante 9: pues sí era como tener formas que me gustaran más, que estuvieran más proporcionadas, te digo nunca nada fuera de mi tamaño, mi estatura, mi complexión, mi primera expectativa era gustarme, me entraban muchos miedos de que “y si no salgo bien y si quedo chueca o no se...” pero siempre ganó la parte como de la esperanza de gustarme más.

Entrevistadora: ok, ¿qué expectativas tenía tu familia respecto a la cirugía?

Participante 9: mm, pues mi papá siempre me lo dejó muy claro así como “si es algo que tu quieres, si es con este doctor que no está en riesgo tu vida pues adelante, es tu decisión yo te apoyo” como que la expectativa de mi papá era más como que era una decisión mía y que yo me sintiera bien. Supongo que mi mamá si era más como el que yo estuviera más a gusto conmigo misma y también como la parte física no? Porque ella si me decía así como, pues yo le preguntaba “mamá tengo la nariz grande?” y me decía “pues sí si la tienes” no? Entonces, supongo que también ella tenía esta expectativa de más equilibrio y a mi hermano yo creo que le daba igual, supongo que también era así como de que “si tu estás a gusto pues va”.

Entrevistadora: aja, ¿pasó algo que no fuera de acuerdo con lo que esperabas?

Participante 9: ¿en cuanto a qué?

Entrevistadora: En cuanto a todo, procedimiento, recuperación, expectativas...

Participante 9: en cuanto a la segunda cirugía, bueno en las dos, como que quedaron, se podría decir secuelas a lo mejor que no consideraba, no se, una cicatriz o ahorita estoy teniendo como algunos problemas para respirar entonces eso sí es como, lo entiendo como consecuencia de las cirugías pero aun así como que digo “pero valió la pena”.

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 9: pues para empezar por mi misma que soy la más exigente y con mi mamá seguramente, de chiquita yo era, pues nunca fui obesa pero era llenita, gordita y en mi familia, de la familia de mi mamá en general siempre ha sido como el físico de las mujeres algo importante, que seas delgadas, que te arregles bien, entonces me acuerdo que desde chiquita era como “bueno vamos a bajar de peso y ándale y no se que...”, entonces supongo que parte de eso si lo sigo percibiendo no como esta, pues puede ser una expectativa de que físicamente me vea estética.

Entrevistadora: ¿considerarías de nuevo la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 9: ósea como de algún...

Entrevistadora: ¿en algún momento volverías a considerar la cirugía estética para...?

Participante 9: sí, supongo que ya más a largo plazo, ahorita no hay algo en específico que lo quisiera hacer pero sí sería una opción para mi.

Entrevistadora: ¿y por qué sí?

Participante 9: ¿mande?

Entrevistadora: ¿por qué sí es una opción?

Participante 9: porque pues cumplió completamente con mis expectativas, porque veo que es algo seguro que no, pues esto que te digo es como una ayudadita en algo, no lo veo yo algo así como malo o en contra de mi cuerpo no, creo que si es un recurso que se tiene y se tiene la posibilidad económica pues por qué no.

Imagen corporal

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 9: sí, te digo, sobre todo es más como de las mujeres que siempre, ósea yo creo que tenemos años de que todas estamos a dieta o algo que quisiéramos mejorar siempre ha estado presente pero más en las mujeres, los hombres como que da igual.

Entrevistadora: ok, ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 9: mmm, mi papá y mi hermano son más así como “pues es parte de ti, no pasa nada,

estás bien” ósea como más a la ligera, mi mamá es como que no sea algo que te traume ósea no es para tanto pero si es algo que te incomoda y tiene solución pues te apoyamos, lo ve así como “pues si quieres cambiarlo pues vamos platicándolo con el doctor”.

Entrevistadora: ok, muy bien ¿qué te decían tus papás de niña sobre la imagen corporal? O tal vez si no te decían algo en particular ¿qué mensajes crees que te enviaban en referencia al tema de la imagen corporal?

Participante 9: pues regreso a lo mismo, yo creo que nomas de las mujeres que sí importa la imagen corporal, sobre todo el peso, el peso siempre fue como muy presente en las mujeres.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 9: supongo que no es todo pero aporta cierta seguridad como más confianza en uno mismo en el autoconcepto, aporta algo pero no lo es todo.

Entrevistadora: ¿y por qué crees que es así?

Participante 9: porque pues es uno mismo no? Es como la imagen que te representa hacia los demás y también pues como uno se está viendo, es como la mascara que traemos puesta entonces tiene que ser una mascara que te guste, que te agrade.

Entrevistadora: ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 9: pues así en específico no recuerdo pero seguramente sí, creo que sí me han influido los, nunca ha sido mucho así como fanática de los artistas y eso pero siempre si veo como “ay que bonito cuerpo o que bonita cara”, entonces algo así de eso si me ha influido y más en los modelos socialmente aceptados una mujer tiene busto, una mujer tiene una nariz más proporcionada a su rostro entonces supongo que desde ahí también me viene la influencia.

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas o que incluyen cirugías estéticas?

Participante 9: no, siempre ver algo de sangre o ver como, me da muchas ansias entonces prefiero no verlo.

Entrevistadora: pero sabes de ellos y de que existen?

Participante 9: pues he visto, ósea se que existen programas en donde vas y graban toda la cirugía y de home and health y no se que pero la verdad ni se si existe así como tan reality show o algo no se.

Entrevistadora: ok ¿bueno de lo poco que sabes que opinas al respecto de estos shows?

Participante 9: mm, si son ese tipo de programas o hay reality shows como tal?

Entrevistadora: son ese tipo y si no también como los de fahshion emergency que cambian a la persona nada más que no solamente le cambian la forma de vestir y el peinado y el maquillaje sino que también a veces incluyen algunas cirugías estéticas y a veces incluyen cambios en la boca, dentales y así... lo que la persona necesite, es como un combo.

Participante 9: hújole creo que es como muy delicado porque están abierto a todo publico entonces no, las personas que están haciendo esos programas no saben en realidad el efecto que están causando en la gente que lo ve, entonces ahora si que educativamente y formativamente está bien porque uno sabe esas opciones pero puede provocar que se vea como algo superficial o como que eso le dio la felicidad en su vida, eso cambió su vida y entonces es lo que están promoviendo cuando creo que en realidad se podría a lo mejor enseñar pero no enfocando como el todo sino también mostrar otra parte de la historia otra parte de que a lo mejor eso no es la pura felicidad no? Porque pues hay gente que a lo mejor no tiene como la información al respecto y se lo puede comprar como tal y creer que si hace eso ya va a cambiar su vida.

Entrevistadora: ok ¿qué opina o qué crees tu que opina tu familia respecto a los programas de cirugía estética?

Participante 9: yo creo que ni saben que existen para empezar, no creo que sean programas que verían normalmente, no es algo que llame la atención en mi familia ese tipo de programas no

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 9: sí en cuanto a esto que te decía de los modelos, los estereotipos sociales de la imagen, supongo que van influyendo desde pequeña de lo que debería de ser.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de someterte a una cirugía estética?

Participante 9: no yo creo que no, supongo que si hubiera sido así como más determinante, bueno he escuchado de personas de “quiero la nariz de tal artista o así” pero en realidad ni siquiera me gustan como los cuerpos tan extravagantes de los modelos sociales entonces creo que es más como la parte familiar y personal que me llevó a la decisión.

Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tiene tu familia respecto a la cirugía estética?

Participante 9: en cuanto a la cirugía estética como tal no creo, digo a lo mejor en cuanto a lo ideal de un cuerpo probablemente sí pero en cuanto a la cirugía estética como tal creo que es más como la relación con el médico lo que se sabe y en mi familia ya muchas personas se han operado supongo que es más como desde ahí no? La cultura de la cirugía estética de las mujeres.

Entrevistadora: ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cual escogerías?

Participante 9: mm, así que te diga un nombre o cómo?

Entrevistadora: pues no se, depende si se te viene un nombre a la cabeza o otra, lo que se te venga a la cabeza pues

Participante 9: pues no se me viene como en específico ninguna persona en especial pero supongo que si algo veo en una mujer y digo “me gustaría ser así” sería a lo mejor un cuerpo más delgado.

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 9: porque siempre he batallado con el peso a lo largo de mi vida y creo que se les ve más bonita la ropa, a parte yo soy adicta a la comida, me encanta comer, disfruto mucho la comida pero por lo mismo de que le batallo con el peso como que digo “ay a lo mejor si estuviera así flaquita podría comer lo que quisiera y no tendría problema”.

4.10 Entrevista participante 10 – con cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 10: muy bien, es una relación unida, muy unida, bastante comunicación, pues en general bien, ósea no estamos ni distanciados ni mucho menos.

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 10: pues todo, ósea desde su tiempo, desde, me han ayudado pues tanto económicamente y siempre me han apoyado en todo lo que yo quiera estudiar.

Entrevistadora: ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 10: sí

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 10: mi papá porque es una persona que sufrió alcoholismo y ya está así como rehabilitado y ósea la fuerza que tiene para no recaer y mi mamá pues estar apoyándolo.

Entrevistadora: ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 10: sí, completamente

Entrevistadora: ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 10: pues bien, digo no, pues sí bien.

Entrevistadora: pero ¿cómo es cuando...?

Participante 10: ósea nos apoyan en todo lo que decidamos y ósea decidimos nosotros y ellos nos apoyan completamente.

Entrevistadora: ok, ahora, en relación a la cirugía que tuviste ¿te preparaste con algún tipo de investigación antes de la cirugía?

Participante 10: no, solo con lo que me dijo el doctor.

Entrevistadora: ¿y conocías previamente al médico con el que acudiste?

Participante 10: sí

Entrevistadora: ¿cómo llegaste a él o ella?

Participante 10: por medio de amigas de mi hermana que se habían operado con él

Entrevistadora: ¿consideras que tu médico cambió la idea original que tenías en mente?

Participante 10: no

Entrevistadora: ¿te informaste con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones?

Participante 10: pues eh, pues con mi mamá fue con la que acudí y todo

Entrevistadora: ¿nada más con tu mamá?... ah, ok. ¿qué aspectos de este procedimiento te hicieron confiar en el mismo?

Participante 10: ¿en el doctor?

Entrevistadora: en el procedimiento

Participante 10: ay, pues el hecho de que me quería operar, así como lo que me dijo el doctor y fue de que “ay ya pues sí, opérame”

Entrevistadora: ok,

Participante 10: ni investigué antes ni nada, solo con lo que me dijo.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación, como televisión, radio, periódico, entre otros, fueron parte de tu preparación ante la cirugía?

Participante 10: no

Entrevistadora: ¿para nada?... ¿cuándo surgió en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante 10: exactamente no me acuerdo pero fue como en el 2010, no te creas, 2008, desde el 2008 me quería operar y me operé en el 2010.

Entrevistadora: ¿recuerdas algún momento o algo que tuviera relación con que surgiera en ti esta inquietud?

Participante 10: sí porque estaba buscando vestidos para mi graduación y no me quedaban, desde mi graduación de la prepa y la universidad y dije “me quiero operar”.

Entrevistadora: ósea que, ¿esto fue después de la universidad?

Participante 10: no, antes

Entrevistadora: ah, antes pero cuando estabas buscando los vestidos

Participante 10: ósea también desde en la prepa, casi.

Entrevistadora: ah ok, ¿si tuvieras que acomodar en pasos el proceso que llevaste para tomar esta decisión cuáles serían estos pasos?

Participante 10: primero pues el tener apoyo de mis papás porque si no pues hubiera valido verdad?, dos, tener los medios, el tercero tener en quien poder, ósea en quien hacérmelo, ósea el doctor y pues haberme hecho estudios antes para ver si era candidata para la operación o no.

Entrevistadora: ¿y ya?

Participante 10: ok, existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión?

Entrevistadora: mi mamá, mi mamá y mi hermana

Participante 10: ok, ¿qué es lo que deseabas lograr con el cambio de la cirugía?

Entrevistadora: pues principalmente era que me quedara ya la ropa porque no me quedaba nunca, ósea no era tanto así como de autoestima, para subirme el autoestima y cosas así no, ósea era porque me desesperaba que no me quedaba la ropa.

Participante 10: ¿y ya, ósea ese era tu principal objetivo?

Entrevistadora: aja

Participante 10: ¿consideras que existían otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Entrevistadora: no

Participante 10: ¿o a qué te refieres, bien, bien, bien?

Entrevistadora: pues el objetivo de que no te quedaba la ropa ¿consideras que existen otras opcio-

nes o que hubieran existido otras opciones para lograr ese objetivo?

Participante 10: pues sí lo intenté, con brassieres, pero pues no, la solución era operarme

Entrevistadora: ¿y por qué te decidiste por la cirugía?

Participante 10: por lo mismo porque quería que me quedara la ropa pues.

Entrevistadora: ¿cuáles fueron las consecuencias en tu relación con tu familia después de la cirugía?

Participante 10: pues es que consecuencias en sí, no, pero sino que mi papá me hacía bullying

Entrevistadora: ¿por qué dices eso?

Participante 10: porque me, se reía de mí, me decía nombres de actrices que están súper operadas y cosas así, pero pues...

Entrevistadora: ¿y eso fue desde entonces hasta ahora o ya dejó de pasar?

Participante 10: no ya dejó, era en los primeros meses.

Entrevistadora: ¿y solamente viste consecuencias en relación con tu papá?

Participante 10: y con mi hermano

Entrevistadora: ¿con tu hermanooo?

Participante 10: igual, lo mismo que me hacía mi papá me hacía él.

Entrevistadora: ah ok, ¿cómo fue la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?

Participante 10: pues me apoyaban completamente, ósea como no podía manejarlos ellos me llevaban a todos lados y si me, ósea también mis sobrinos era que me apoyaban hasta mis sobrinos, de que no dejaban que los cargara y diario me traían todo, ósea si tuve mucho apoyo de toda mi familia pues.

Entrevistadora: ¿crees que tu cirugía haya sido un evento importante, una especie de parte aguas, en la vida de tu familia?

Participante 10: no

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 10: pues es que seguimos siendo, ósea no cambió nada la perspectiva, ósea la comunicación o que haya pasado algo fuera de lo común en mi familia no.

Entrevistadora: ¿y tampoco lo consideras un evento importante?

Participante 10: no

Entrevistadora: ¿qué sentías antes de tomar la decisión de someterte a la cirugía?

Participante 10: pues muchísimos nervios porque yo conocía a una persona que le fue mal en una operación, con otro doctor más bien pero que rechazó el implante entonces si me daba miedo como que desde rechazarlo, que no te quedaran bien o que me fuera mal dentro de la operación.

Entrevistadora: ¿y expresabas esto que estabas sintiendo?

Participante 10: sí, con mi mamá

Entrevistadora: ¿con tu mamá nada más?

Participante 10: bueno, con todos pero pues ya me decían “no va a pasar nada”.

Entrevistadora: ¿cómo te sentías antes de la cirugía ese mismo día?

Participante 10: pues igual de nerviosa yo creo, digo porque no deja de ser una operación

Entrevistadora: ¿cómo te sentías contigo misma en relación a la parte que deseaste cambiar antes de la cirugía?

Participante 10: pues sí me desesperaba ósea como el que no tuviera nada, ósea sí era algo que quería cambiar pero no tanto por autoestima, era por lo mismo, me desesperaba que no se me viera bien la ropa o cosas así.

Entrevistadora: ok ¿y posterior a la cirugía tus sentimientos cambiaron?

Participante 10: no, digo siento que sigo siendo la misma

Entrevistadora: pero tus sentimientos estos que mencionas que sentías de que te desesperabas y así?

Participante 10: sí, sí cambiaron, ósea ya no me desespero

Entrevistadora: ok ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma en general ya no solamente de lo de la cirugía?

Participante 10: pues bien, digo no me siento con baja autoestima ni mucho menos, así como estoy estoy bien

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 10: bien, jaja

Entrevistadora: ¿por qué crees que sea así?

Participante 10: porque no, ósea digo siempre me he aceptado como soy, digo fuera de la, de que me desesperaba de la ropa pues pero pues no nunca he sentido que no me acepte ni nada ósea me quiero, sí me quiero.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tenías respecto a la cirugía?

Participante 10: pues que saliera como yo quería y como el doctor me había dicho, ósea no quería salir ni, completamente distorsionada pues, ósea que saliera como él me había dicho.

Entrevistadora: ¿y cómo era lo que tu querías y como era esto que te habían dicho?

Participante 10: ósea por ejemplo, la taya que me dijera el doctor que fuera ósea que no me quisiera poner de más o que me quedaran chuecas jajaja entonces si eran esas mis expectativas.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tenía tu familia respecto a la cirugía?

Participante 10: pues igual ósea que no rechazara cualquiera de los implantes, que saliera bien de la operación porque fue anestesia general entonces, y luego pues, ósea también que no saliera, ósea demasiado, muy llamativa pues y este y que no rechazara el implante.

Entrevistadora: ¿pasó algo que no fuera de acuerdo con lo que tu esperabas?

Participante 10: no, todo fue como esperé

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 10: no

Entrevistadora: ¿considerarías de nuevo la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 10: si

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 10: porque me quiero operar para ya no usar lentes porque nunca me han gustado los lentes, es algo que quisiera cambiar, entonces sí recurriría a una cirugía.

Entrevistadora: ¿y a una cirugía estética?

Participante 10: no

Entrevistadora: ¿esta ya no la considerarías nunca más? ... ¿por qué?

Participante 10: porque no creo que ya me haga falta y por lo mismo de que no creo que la necesite.

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 10: no porque no es algo como que, ósea si nos apoyamos para que estemos bien ósea, digo si necesitamos cremas o cosas así. Pues importante, importante, así como, no, pero sí tratamos de vernos bien y todo, no estar así como sin tomar en cuenta esa parte, ósea como toda mujer y si tratamos de cuidarnos pero pues si apoyamos todos.

Entrevistadora: ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 10: pues me, digo si es algo que no me gusta pues me tratan de convencer y ven las cosas buenas que tengo, entonces si me apoyan en eso y me ayudan, no me dejan ahí pues, sí me convencen de que tengo otras cosas pero como casi nunca, no es, de eso temas no es tanto hablamos en mi casa pero cuando surge si tengo apoyo y comunicación de ellos.

Entrevistadora: ¿qué te decían tus papás cuando eras niña sobre la imagen corporal o qué mensaje crees que te enviaban al respecto?

Participante 10: pues siempre me han inculcado de querernos tal como somos, ósea tanto a mis hermanos como a mi y de que pues así somos, ósea y no tenemos que cambiar para ser diferentes,

que lo más importante es lo de adentro.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 10: explícamela

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva, ósea que el dar una imagen de todo tu físico, de manera positiva, a las otras personas, le puede aportar a tu vida? ¿para qué sirve una imagen corporal positiva?

Participante 10: pues para, pues es que cuando una persona no se quiere a si misma como es, es cuando quieres cambiar completamente, entonces primero yo creo es querernos tal como somos y no importa el físico.

Entrevistadora: ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 10: no, nunca

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows sobre cirugías estéticas?

Participante 10: sí

Entrevistadora: ¿qué opinas al respecto de estos?

Participante 10: no me gustan porque son muy exagerados, entonces si es así como, ósea todos los reality shows si es así como que te quieren cambiar completamente, si se me hacen muy exagerados y muy fuera de lugar pues.

Entrevistadora: ¿qué opina tu familia de estos mismos programas?

Participante 10: nunca los han visto

Entrevistadora: ¿y qué crees tu que opinarían?

Participante 10: mi papá se reiría o no, si diría que es demasiado exagerado y mi mamá igual lo vería pero nomás por ver que le están haciendo y como queda la persona pero no como si quisiera hacérselo pues.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 10: no porque como no me llaman mucho la atención y se me hacen muy exagerados.

Entrevistadora: pero no me refiero a los reality shows sino que los medios de comunicación en general, revistas, radio, televisión, que si han afectado de alguna manera tu propia opinión respecto a tu propia imagen?

Participante 10: no

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de someterte a una cirugía estética?

Participante 10: no, la decisión fue mía y no fue ni de televisión ni cosas así.

Entrevistadora: ok, no consideras que haya ninguna influencia de estas?

Participante 10: no, ni de revistas ni nada, de ningún medio.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tu familia tiene respecto a la cirugía estética?

Participante 10: mm, sí porque lo hacen ver como que te quieren cambiar completamente, ósea no es así como, lo ven ya como muchas veces para buscar como dinero de los doctores ósea como para sacar dinero y gente que no se quiere a si misma pues entonces si lo ven como muy exagerado.

Entrevistadora: ¿tu familia? ... ok

Participante 10: ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cuál escogerías?

Entrevistadora: ay, no pues no, ósea no digo yo creo como estoy.

4.11 Entrevista participante 11 – con cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 11: bien, buena, con mi papá es buena pero distante, ósea es buena pero no es como que nos hablemos todos los días, esté al pendiente de todo no, y con mi mamá y con mi hermano pues es buena y convivo mucho.

Entrevistadora: ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 11: pues todo, este, a mi educación, pues todo, a la formal de formación de escuela pues sí, ósea me dieron una educación formal y a la de aprendizaje también porque pues siempre he estado dentro de casa pues, yo creo que todo.

Entrevistadora: ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 11: en algunas cosas sí, si en algunas cosas sí, mi papá es muy tenaz, muy persistente y muy autodidacta y yo soy muy así también, esteee, y mi mamá es muy muy, muy, tiene una gran personalidad, muy simpática, muy extrovertida y eso es algo que yo a veces a mi se me complica un poco o de niña se me complicaba un poco pero ahorita que estoy creciendo estoy viendo que estoy este asemejándome mucho a los modos de mi mamá de ser más extrovertida, más simpática, pues no se más fácil de, no se como más, más, pues sí, más alegre, ay como se dice? Es que es muy social ella, a mi yo como que le batallo en la parte de socializar tanto y para mi si es un ejemplo a seguir pues porque ha tenido una vida muy difícil la verdad y no te imaginas que como se llama, que tenga una personalidad así tan hecha para adelante pues.

Entrevistadora: ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 11: sí, de mi mamá sí y de mi papá también, con mi papá fue el distanciamiento más hacia la adolescencia, entrando en la adolescencia, como por ahí de los no se 15 años en adelante fue cuando ya empezó el distanciamiento pero todo lo que fue infancia la verdad si estuvo muy, si lo recibí totalmente.

Entrevistadora: ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 11: la aceptación cómo se da, hígole, pues no, creo que, la aceptación, pues no creo que siempre ha estado como implícita, ósea no creo que, creo que cuando no queda de otra se aceptan las cosas pues, ósea ha quedado implícita en ese sentido nunca ha habido de que, este, a la mejor si, el lado de mi papá es que es más tenaz y más si muy muy persistente, a lo mejor costaría un poquito más de trabajo con él pero creo que a nivel familiar las cosas que nos ha tocado vivir pues cuando no hubo de otra pues simplemente se se aceptaban las cosas me imagino.

Entrevistadora: ahora ya más en cuanto a la cirugía ¿te preparaste con algún tipo de investigación antes de la cirugía?

Participante 11: nunca, jamás, nunca.

Entrevistadora: ¿conocías previamente al médico con el que acudiste?

Participante 11: sí pero, bueno de oídas, no personalmente, si acaso lo había visto una vez pero más que nada porque es pariente de mi mamá, la primera persona que me operó fue el Dr. X en Colima y es como pariente de mi mamá pero nunca lo había, es muy famoso en Colima y fue “ay, con fulanito”, no yo no lo conocía pues así de trato.

Entrevistadora: ¿consideras que tu médico cambió la idea original que tenías en mente?

Participante 11: sí, si, totalmente, yo la primera cirugía que yo me quise hacer estética fue lipo y yo tenía la idea de pura lipo y cuando me revisó me dijo “es que de nada te va a servir hacerte la lipo si no te arreglas ese busto” y yo lo que menos me interesaba era arreglarme el busto, ósea y entonces yo le dije “bueno, este entonces pero cómo si es muy necesario?”, “sí no se te va a notar nada si no te arreglas ese busto”, yo sí había percibido que mi busto pues estaba, se me había caído y este, pues era algo que no me importaba mucho, lo que más me importaba era los gorditos, la pancita y eso y este y entonces me dice “si se levanta pues hay que hacer una plexia” que es la cicatriz que queda como en ancla, este y entonces dije va a ser una cicatriz muy fea pero yo había tenido mucho busto de niña, desde chavita había tenido mucho busto, simplemente que con la adelgazada se me había bajado, me había quedado como mucha piel pues y entonces me dice “no, ponte una prótesis chiquita y con eso se levanta” pero entonces iba a quedar súper bustona y a mi era el busto nunca ha sido algo pues que me guste mucho, ósea me gusta como lo normal pero

siempre yo como me desarrollé muy chiquita como que siempre quería estar plana, ósea prefería plana que bustona, entonces como que ese día salí y de hecho salí como convencida a fuerzas de que me iba a poner una prótesis chiquita y ya con eso se me iba a levantar pero en el quirófano me arrepentí y dije no, ósea es que es mi trauma, si es mucho busto me siento como más gordita entonces como que no me gusta, y en el quirófano le dije que no, que mejor me las redujera y aunque me quedara la cicatriz de ancla que mejor me quitara el exceso de piel, me dijo “de todas forma se tiene que poner una prótesis”, y yo “bueno pero que me quede igual” y si quedé exactamente en la misma talla de brassier pero con la cicatriz pero si, ósea ese día que salí de la consulta salí con que iba a ponerme una prótesis y no iba a ser levantamiento y yo, y había ido por una liposucción que era lo que más me importaba.

Entrevistadora: ¿te informaste con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones?

Participante 11: mmm, con la única persona que platicué al respecto fue con (novio) ya la noche antes le platicué lo que me había sugerido el doctor y a él fue que le dije que no me sentía tan convencida porque sentía que me iba a quedar mucho busto y entonces el si me dijo “pues a ver” él como que me quitó el miedo de la cicatriz tan grande, me dijo a ver “si es una cicatriz pero conociéndote si tu me estás diciendo ahorita que te vas a sentir más a gusto con menos pues si no, si vas a quedar con mucho busto”, entonces como que ahí reafirme que la cicatriz va a estar fea, va a estar grande pero a lo mejor se me deshace con el tiempo, se me va a bajar con el tiempo.

Entrevistadora: ¿qué aspectos de este procedimiento te hicieron confiar en el mismo?

Participante 11: qué aspectos, eh, creo que lo único que me hizo, nunca le he tenido miedo a las cirugías, pero creo que lo único que me hizo como confiar fue lo común que es la cirugía, lo mucho que escucho que hacen esos procedimientos entonces dije “ay pues voy a quedar bien, estoy yendo con un buen doctor y es un procedimiento muy común” creo que, nunca lo pensé pero creo que eso sería.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación como televisión, radio, periódico, entre otros, fueron parte de tu preparación ante la cirugía?

Participante 11: como de ver programas de discovery channel y esos de cirugías o cómo?

Entrevistadora: mm, eso en parte pero no se, este, cualquier cosa

Participante 11: qué si influyeron en mi decisión? Yo creo que sí porque parte de lo que lo ves, si ves la tele y parte de lo que lo ves en las calles y todo pues es muy común la cirugía plástica entonces desde ese punto de vista sí pero no porque, no yo creo que sí porque inconscientemente pues a lo mejor no es tanto que sigas a un, a un determinado personaje o algo pero creo que si influyen, influyen a la hora que ves el arreglo, las modas, ósea se arreglan, yo creo que sí, si influye, si influyó en mí, seguramente sí, no lo ubico así como un personaje así que “ay sí, es que yo quería operarme para parecerme a fulanita, no” pero yo creo que si influye de cierta manera.

Entrevistadora: ¿cuándo surgió en ti la decisión, no, la inquietud de someterte a una cirugía estética?

Participante 11: uy en la prepa, si en la prepa, por, después de tercero de secundaria, prepa, me sentía muy incomoda de que tenía mucho busto, siempre me quería, ahí me quería reducir el busto, ahí sí, la primera vez que dije “me quiero operar” no fue nariz, fue busto “quiero reducirme” pero yo no sabía, no tenía ni idea de la cicatriz, no tenía idea de nada y me acuerdo que mi mamá me dijo “ponte a dieta mejor y baja de peso y ya cuando hayas bajado de peso yo te opero las bubis” y yo “ah, bueno” porque me decía “es que es mucha, es por también el peso que haz ganado pues” pero pues mi mamá realmente no creas que era muy partidaria de las cirugías, entonces nada más como que me lo dijo pero pensando que nunca me iba a poner a dieta y de hecho yo creo que me puse a dieta como hasta cinco años después pues, ósea no fue algo como muy, inmediatamente que me motivara no.

Entrevistadora: ¿y recuerdas algún momento en particular en el que surgiera esta inquietud?

Participante 11: sí, cuando cuando bajó bueno ya después se me quitó lo de las bubis y ya digamos que la obsesión o el trauma era la panza más bien, como que las bubis si me bajaron con la dieta,

con haber bajado de peso y recuerdo que básicamente no me gustaba, pasé mucho tiempo a dieta, pasé como un año a dieta y hacía ejercicio pero después ya no bajaba, hiciera lo que hiciera de ejercicio yo me seguía viendo unas cosas que me molestaban, ósea tenía unas bolitas acá que me me me pues me caían gordas y cuando tomé ya la decisión de operarme fue en un momento en el que sentía como que tenía que cambiar algo, no se, si fue un momento a lo mejor de no se, de, me empezaba a molestar mucho verme, verme siempre lo mismo, creo que, ubico la temporada, no me acuerdo, soy muy mala, me pierdo mucho en el tiempo, la primera vez que me operé fue, creo que fue por ahí de cercano a mi cumpleaños, creo que fue por esos meses, no me acuerdo si fue antes o después de mi cumple, faltaba poco para mi cumple pero era para mi cumpleaños que yo ya quería como un cambio y no me acuerdo que cumpleaños era, ha de haber sido como un 30, 31, algo así yo creo.

Entrevistadora: ok, ¿si tuvieras que acomodar en pasos el proceso que llevaste para tomar esta decisión cuáles serían estos pasos?

Participante 11: ya me acoré fue por ahí de diciembre, porque traía revoloteando la idea en mi cabeza, no lo tenía bien decidido, lo primero fue así como la verdad fue más acercamiento, una primera consulta y lo platico y ya de ahí lo pienso un tiempo y después tomo la decisión pero no, resulta que el primer día que fui ese día tomé la decisión y a los tres días me operé, fue muy rápido, ósea no fue tan pensado, tan estructurado no, fue una coincidencia que me encontrara, mi mamá se encontró al doctor en la calle y ahí fue que nos saludamos y ahí fue cuando dije, si ya traía revoloteando la idea en la cabeza, “pues ahorita es cuando”, “ah! Si oye que te quiere ir a ver mi hija porque trae, se quiere hacer algo” “ah, órale, mañana las espero ahí” “órale, ahí”, así fue, este entonces el paso sería, traía revoloteando la idea, luego una coincidencia que me lo tope, después iba por la investigación y ahí mismo se tomó la decisión, no estaba tan contenta con la decisión, cambié el plan de la cirugía en el quirófano y me operé y ya después la recuperación.

Entrevistadora: ok, ¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión?

Participante 11: sí,

Entrevistadora: ¿quiénes son?

Participante 11: novio del participante 11, evidentemente porque era mi pareja y este en ese momento, en ese preciso momento de la cirugía no andábamos, en esa temporada no andábamos, este pero sí es una persona que se puede decir que de cierta manera influyó en el sentido no de que él lo haya sugerido sino de que yo quería gustarle más, ósea yo tenía la idea de que así le iba a gustar más. Otra persona bueno, hay una cosa un poco vergonzosa, cuando cuando se sintió bien incomodo pero así fue, cuando me está revisando el doctor este, no se que pasó que no se porque mi mamá se tuvo que salir del consultorio, que llegó fu, no se, y entonces mi hermano también iba y entonces este cuando me empieza a decir el doctor que yo tenía muy mal el busto me dice “sí, a ver, háblale a tu mamá para que vea como está tu busto y no se que” y “no pues no está” “¿quién está?” “tu hermano” “ah! Pues que te vea tu hermano” y yo “no! ¿cómo me va a ver mi hermano?” así como que... y llega no, “ay ya a ver que” y entonces nomás yo le enseñé una así como de lado y ya me dice “ay no” mi hermano ósea si, inmediatamente, siempre he tenido muy buena relación con mi hermano y fue así de “ay no manches participante 11 arréglate ese busto” ósea pero si me lo dijo muy muy muy sincero “ay no manches arréglate ese busto” entonces creo que ahí fue cuando dije “uta pues se me hace que si lo tengo mal” digo de otras personas o de mi novio o de alguien más nunca había recibido ningún comentario de ese tipo pero en ese momento como que mi hermano fue muy franco y me dijo “arréglate eso no está bien” digo yo la verdad no considero que lo haya tenido tan mal pero me imagino que como se esperaría en esos años que tenía pues no estaba bien entonces creo que podría ser el comentario de mi hermano y mis ganas de yo a lo mejor sentir que así le iba a agrandar más a pues a quien en ese momento pues aunque no estaba conmigo pero era mi novio.

Entrevistadora: ¿Qué es lo que deseabas lograr con el cambio de la cirugía?

Participante 11: verme diferente, verme mejor

Entrevistadora: ¿considerabas que existían otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Participante 11: no, hay cosas que no porque yo ya había estado a dieta ya me había, no se nunca recurrí a muchos masajes y eso pero no se, creo que hay cosas que solamente la cirugía arregla.

Entrevistadora: ¿cuáles fueron las consecuencias en tu relación con tu familia después de la cirugía?

Participante 11: inmediatamente después?

Entrevistadora: mmm, no necesariamente

Participante 11: es que hubo algo bien chistoso, inmediatamente después algo que me que me sacó mucho de onda es que salí bien enojada de la cirugía, me sentía bien enojada y no me acuerdo que comentario nango dijo mi hermano que me hizo enojar tanto en ese momento, ósea pero saliendo de la de la cirugía porque no estuve como se dice, dormida totalmente, ósea yo estuve consiente todo el tiempo, ósea creo que nada más estaba bloqueada, un poco sedadita pero escuché todo lo que decían los doctores, ósea todo el tiempo estuve pues de hecho me la pasé rezando toda la cirugía, no me acuerdo si me pasaron al cuarto no me acuerdo que si a mi hermano se le olvidó algo o se cayó algo, porque estaban mi papá, mi mamá y mi hermano, estaban ahí conmigo en el hospital pero en ese momento no me acuerdo que tarugada hizo pero salí enojada, ósea al grado de que le dije a mi mamá “mamá, saca a mi hermano del cuarto porque le quiero pegar” y no me podía mover, ósea de que me había hecho enojar mucho y este mi mamá hasta dijo “ay que te pasa?”, ósea como que si le sorprendió mucho que yo estuviera tan enojada en ese momento y no, no se te decir, porque ni siquiera me acuerdo de la tarugada por la que me enojé, ósea yo nomás me acuerdo que yo si me sentía muy molesta, eso fue ya así como lo inmediatito saliendo de la cirugía y ya después no, pues ninguna, ósea totalmente, ósea pues bromas si acaso, mi hermano siempre ha sido muy bromista y pues bromas, y pues nada me cuidaron, estuve ahí en colima, este pues me llevaban al ultrasonido y eso pero no pues nada más.

Entrevistadora: ¿cómo fue la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?

Participante 11: pues ellos me hacían todos bueno yo me bañaba, estaba ahí una señora que siempre nos ha ayudado de toda la vida, ella también me ayudaba y pues nada, ósea, pues atendiéndome, atendiéndome ahí en la casa.

Entrevistadora: ¿todos por igual?

Participante 11: no, no todos por igual, obviamente mi mamá más, este mi hermano con la choferiada un poco pero no todo el tiempo porque el estaba también acá en Guadalajara en ese momento y este, y mi papá pues nada más así muy, pues de hecho mi papá fue así como que “ay mijita que te andas haciendo pues” este pero no porque mi papá ya en ese entonces ya no vivía en la casa pues entonces ya era nada más así como por teléfono y cosas por el estilo, si fue al hospital pero después ya no, ósea no estaba en la casa pues.

Entrevistadora: ok ¿crees que tu cirugía haya sido un evento importante o una especie de parte aguas en la vida de tu familia?

Participante 11: no para nada

Entrevistadora: ¿qué sentías antes de tomar la decisión de someterte a la cirugía?

Participante 11: mmm, nada, si acaso incertidumbre, poquito miedo pero

Entrevistadora: antes de tomar la decisión

Participante 11: ah, antes de tomar la decisión, pues nada, tal vez estaba inconforme con mi cuerpo pero no, como algo más no.

Entrevistadora: ¿expresabas esto que estabas sintiendo?

Participante 11: a veces, a veces cuando me veía las bolas atrás de que “ay me bajo, por más que hago” no más pero nada más era lo único.

Entrevistadora: ¿y a quién le expresabas eso?

Participante 11: a mis amigas, con una amiga cercana que tuviera intimidad que me viera, ósea no

a cualquiera le estoy enseñando mis lonjas verdad, no a cualquier amiga, una muy cercana pues.

Entrevistadora: ¿qué sentías antes de la cirugía ese mismo día?

Participante 11: ansiosa con miedito, un poquito, ese día porque fue muy temprano fue como a las seis de la mañana, entonces estaba como emocionada pero con poquito nerviecito.

Entrevistadora: ¿cómo te sentías contigo misma en relación a la parte que deseaste cambiar antes de la cirugía?

Participante 11: como me sentía conmigo misma, pues mal yo creo que no me gustaba por eso la quería cambiar

Entrevistadora: ok, ¿posterior a la cirugía tus sentimientos cambiaron?

Participante 11: sí, para empezar me dio mucho gusto sin querer haber arreglado las bubis, ósea sí fue una sorpresa porque ni me imaginaba y cuando me vi dije ósea me gustó, está bien, se ve bien, ósea sí con una cicatriz importante pero se me hizo muy padre el hecho de que quedé del mismo tamaño pero que ya estuvieran en su lugar entonces eso fue muy agradable esa fue como una parte que yo ni, nunca ni, si fue unos días antes, no de hecho es más sabes que, es que tengo todas las ideas revueltas, el día que yo vi al doctor al día siguiente me operé, ósea yo le había mandado un correo diciéndole que me quería hacer una lipo entonces me mandó a hacer los estudios, me envió la orden por correo y me los hice en Guadalajara, entonces ya tenía los estudios de que me podían operar pero no tenía, no había decidido exactamente que, entonces fue inmediato, el día que vi al doctor al día siguiente fue la cirugía, por eso yo te decía fue a los días pero no ya me acordé fue al día siguiente, yo estaba aquí, es que con tantas idas y venidas me hago bolas pero sí yo estaba aquí, los análisis fueron aquí en Guadalajara y allá fue, namás que ósea en esa semana de Navidad fue que nos encontramos, yo estaba en Colima, me regreso a Guadalajara, le mando el correo y así fue todo después, sí perdón es que me pierdo.

Entrevistadora: ok, ¿cómo te sientes en cuanto a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma ya en general?

Participante 11: hígole ahora me estoy topando con que me siento bien me gusta mi cuerpo pero ahora me estoy topando recientemente con otros aspectos que no me no me siento tan a gusto, con, ya hice consiente que mi cuerpo empieza a envejecer de cierta manera, la piel ya no la siento tan tan firme o tan elástica como antes, esa parte como que recién la estoy haciendo consiente y no me gusta entonces ósea porque estoy conforme con la silueta de mi cuerpo pero con verme la piel o con aspectos de de de firmeza o de cómo se llama de, pues no me encanta pero evidentemente ahí se que ya es como cuestión pues de ejercicio de hábitos, de otras cosas, recién estoy siendo más consiente de que para estar bien pues te tienes que cuidar mucho, entonces estoy contenta con la silueta pero si ya empiezo a preocuparme por otras cuestiones como piel y cosas por el estilo.

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico cómo te hace sentir?

Participante 11: ósea bien,

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 11: porque me gus, creo que está bien pues, no está perfecto pero está aceptable y porque a lo mejor de cierta manera si me hace sentir orgullosa de que lo, si siento que logré transformarlo de cómo estaba antes porque yo tenía un sobrepeso de 20 kilos de cuando, de mis épocas de juventud o de cuando empezó toda esa inquietud si eran 20 kilos más, entonces fue primero un proceso de dieta fue, después trajo otros problemas y otras consecuencias pero de todas maneras si porque si, aunque no he sido una súper así de que ay como se dice, súper cuidadosa con mi cuerpo de que “ay no manches no voy a..” porque fumaba o todo el tiempo no era súper cuidadosa pero sí creo que logré transformarlo de cómo estaba anteriormente hace pues más de diez años, como hace quince años pues no se me hacía un cuerpo bonito, entonces ahorita pues sí prefiero como está ahora.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tenías respecto a la cirugía?

Participante 11: pues quedar bien, quedar bien, quedar este, lo que yo esperaba ver era lo de la liposucción que en la primera cirugía fue lo que menos vi, porque después tu papá me hizo las co-

recciones porque como le cambié el plan de cirugía en el quirófano, no es lo mismo abrir y meter un implante a abrir, hacer una plexia pues que es abrir todo eso, quitar piel, volver a coser, meter el implante, es más tardado, entonces la liposucción no quedé satisfecha, lo único que fue sorprendente y me dio gusto fue el busto pero la parte de la liposucción pues no, no vi los resultados que esperaba ver y entonces después a los seis meses me sometí a otra cirugía pero ya con tu papá de corrección que fue de volver a hacer la liposucción y los brazos también.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tenía tu familia respecto a la cirugía?

Participante 11: creo que ninguna

Entrevistadora: ¿pasó algo que no fuera de acuerdo con lo que esperabas? Eso que dijiste

Participante 11: eso, que le dedicó muy poco tiempo a la liposucción

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 11: no

Entrevistadora: ¿considerarías de nuevo la cirugía estética para cumplir con tus expectativas?

Participante 11: ay sí claro, si, si, si, no soy tan adicta pero sí claro

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 11: porque yo por ejemplo ahorita por ejemplo fue lipo pero pues en realidad a mi me gustaría tener el estomago plano pero esa cirugía no me la puedo hacer o no es aconsejable hacerla hasta después de que tengas hijos entonces pues me gustaría arreglarme después de tener hijos, si ahorita de cuando aumenté de pesos tengo muchas estrías como si hubiera tenido un hijo, entonces eso siempre me han dicho los doctores que no es recomendable hacerme esa cirugía porque si después te embarazas la piel se vuelve a estirar y se vuelve a romper entonces yo si tengo la idea de que me voy a volver a operar después de que termine de tener hijos.

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 11: no, bueno, dentro de mi familia no, los que nos gusta cuidarnos es porque nos gusta cuidarnos que sería mi hermano y yo, mi mamá no, no es tema mi papá tampoco

Entrevistadora: ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 11: “ay estás loca” mi mamá “yo tan preciosas que te hice y tu tanto defecto que te quieres hallar, ósea siempre reacciona así como que “ay ya bajale”, ósea más en ese sentido

Entrevistadora: ¿qué te decían tus papás de niña sobre la imagen corporal, o que mensaje crees tu que te enviaban sobre la imagen corporal?

Participante 11: pues no no no ubico, que me dijeran directamente pues no ninguno, directamente sobre la imagen corporal, si acaso mi mamá era más que nada con cuando los modales que coma bonito no se que pero creo que era más iniciativa propia, ósea era yo más como la que se estaba fijando como en ir bonita a la escuela o ir arreglada, ósea mi mamá como que era más relajada en ese sentido aunque ella siempre se arreglaba muy bien entonces a lo mejor por ejemplo, yo veía que si te ibas a ir a una boda tenías que ir al salón de belleza antes pues o buscar un vestido, pero así que me lo dijera directamente pues no.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 11: mm, yo creo que lo más importante es que tu te sientes bien, ósea lo más importante es que primero te ves en el espejo y te gusta lo que ves y sales a la calle más contenta porque vas contenta con lo que estás viendo desde salir de tu casa y después yo creo que lo más importante es eso pues que tu te sientas bien y después obviamente que influye como una imagen comúnmente aceptada influye en el trato con los demás, creo que si influye en el trato con los demás, que mandas muchos mensajes pues también.

Entrevistadora: ok, ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 11: creo que no, nunca he tenido una figura así como que yo hay seguido pero ciertamente si puedo decir algo que haya influido un poquito más en general los cuerpos atléticos de las

mujeres yo sentía que así me gustaría verme, pero igual tampoco no era tan atlética ni hacía tanto pero me gusta como más estilizado atlético, no me gusta el estilo así como voluptuoso era más el otro pero alguno en particular no pero si al observar si tenía a lo mejor como más pero no tengo así como una figura que ubique de repente no.

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante 11: vi uno

Entrevistadora: ¿y qué opinas al respecto?

Participante 11: vi uno pero era muy, estaba muy bizarro, era de E entertainment, pero no me acuerdo por qué lo empecé a ver, ¿por qué lo empecé a ver? Creo que fue en esas épocas en las que yo me estaba operando y un día me lo topé en el canal y lo seguí porque se me hizo muy chistoso, quería yo ver la transformación final pero el programa se llamaba bridal plastic no se, se suponía que eran unas morras en una casa que iban a hacer varias competencias y al final les iban a operar de lo que ellas quisieran y les iban a hacer la boda, ósea porque la idea era operarlas para estar bonitas el día de su boda, entonces era bridal plastic, entonces en particular yo me piqué a lo mejor porque había una que era como la más gordita, como la más tenía que ser operada de, o quería ser operada de muchas cosas e iba como ganando entonces yo quería ver el desenlace para saber cómo había quedado al final pues, entonces fue un programa que estuve siguiendo y este pues estaba un poco bizarro porque eran unas competencias y unas, pues como son los realitys que no tienen nada como muy, no se me hace que aporten algo bueno, se me hace que se meten en mucho rollo como de cómo peleas un poco vulgares por así decirlo, pero al final ganó esta chica y si le hicieron toda la reestructuración y fue muy padre ver el antes y después de la chava esta.

Entrevistadora: ¿qué opina tu familia respecto a estos programas?

Participante 11: pues nunca les platique y creo que mi hermano se reiría, ósea a como es mi hermano a lo mejor se reiría, mi papá no le encontraría nada de atractivo mi mamá tampoco, este, creo que yo lo lo me atrapé más como el rollo de los make overs así del antes y el después, un poquito más.

Entrevistadora: ok ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 11: sí totalmente pues sí porque creo que en los medios se explota mucho la figura de verte más delgada, creo que no ha salido una heroína o una protagonista que sea, a excepto de una que otra novela, pero siempre terminan cambiándola y haciéndola delgada, ósea.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de someterte a una cirugía estética?

Participante 11: pues no tanto porque en esa época no era tan apegada a la televisión pero, y porque ya tenía mucho tiempo con esa inquietud, la primera vez fue por ahí de la, no se de cuando tenía mucho busto y realmente ahí no era tanto, no estaba tan en voga el tema de la cirugía plástica en la televisión, entonces pues creo que influyó pero después no se.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tiene tu familia respecto a la cirugía estética?

Participante 11: no tanto porque los medios de comunicación están como más a favor creo yo y mi familia pues la única que se ha hecho, ah no mi hermano también se hizo una, pero este no creo que ha sido más de nosotros, ósea no es tanto de mi familia, ósea creo que es algo más mío, por lo menos de mis papás no porque mis papás si nunca en su vida nada, pero mi hermano sí mi hermano fue el primero que se hizo, bueno se fracturó la nariz y de ahí se la arreglaron de una vez pero ha sido lo único.

Entrevistadora: ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cuál escogerías?

Participante 11: ay es que me gusta el mío pero me gustaría con más firmeza en la piel y más estilizado, no se sería algo, hójole quién sería, me gustaría el mío pero más estilizado y con más firmeza y si te tuviera que decir un nombre pues no ubico a todas las modelos pero creo que como una más natural sería o como más del estilo de su época así como que es el estilo que te gusta pero

digo no es ninguna modelo joven, es esta, como más el estilo de Cindy Crawford o de Elle McPirson que eran delgadas pero más atléticas no tanto, no tan como ganchos como las de ahorita pues, ósea como delgadas, atléticas, sin ser voluptuosas, pero más me gustaría con más firmeza pues, si hiciera ejercicio jajaja.

4.12 Entrevista participante 12 – con cirugía

Entrevistadora: ¿cómo es tu relación con tus padres y tus hermanos?

Participante 12: buena,

Entrevistadora: ¿por qué dirías que es buena?

Participante 12: porque soy la más grande, la que siempre anda uniéndoles, haciéndoles, se enferma uno, ahí va participante 12, en enferma el otro ahí va participante 12, cualquier problema primero es participante 12, siempre siempre ha sido participante 12, yo soy la única que no se pelea con los demás, ósea mi hermano el chiquito con la tercera se dicen, se mientan la madre, dos, tres veces y yo “no muchachos entiendan” y hasta ahorita creme que hasta mi hija me dicen “¿por qué para todo eres tu, por qué para todo se arriman contigo?” “pues yo creo que porque no soy tan sangrona hija” pero yo pienso que es buena.

Entrevistadora: ¿y con tus padres también?

Participante 12: también

Entrevistadora: ¿ambos?

Participante 12: ambos sí

Entrevistadora: ok, ¿qué consideras que tus padres han aportado a tu educación?

Participante 12: ay pues todo un poco, a estudiar, trabajar, a ser responsable de lo que hago bien y lo que hago mal, a ser responsable cuando hago algo mal de mis actos y hacer las cosas, pensarlas antes de hacerlas y cuando estoy enojada que las hago pues atenerme a las consecuencias y sacarlas delante de una y otra forma y siempre adelante y adelante y adelante, eso es.

Entrevistadora: ¿consideras a tus padres un ejemplo a seguir?

Participante 12: sí, bueno, si, se pudiera decir que si, hasta eso los dos, tiene mi mamá un genio de la fregada eso si no jajaja pero hasta ahorita los dos han sido muy responsables siempre, si no podía mi papá mi mamá nos sacaba adelante y si mi mamá no podía, mi papá, pero siempre entre los dos estaban al pendiente de todos nosotros, así es que si, si son modelos a seguir.

Entrevistadora: ok ¿en tu infancia recibiste el amor que hubieras deseado?

Participante 12: soy la chiqueada de mis papas se puede decir jejejeje yo pienso que si, si me tienen muy consentida, sobre todo mi papá.

Entrevistadora: ok ¿cómo se da la aceptación en tu familia?

Participante 12: mmm, ¿cómo la aceptación?

Entrevistadora: ¿cómo sientes tu o cómo detectas tu cuando eres aceptada o si eres aceptada o no eres aceptada dentro de tu familia, con tus padres, con tus hermanos y también con tu familia creada?

Participante 12: mmm, pues mira, hasta ahorita así con la única, hay una con la que no, una de ellas, es muy difícil mi hermana y me he aventado unos pleitos como no te imaginas porque, precisamente porque como mi mamá y todo “participante 12 y participante 12 y participante 12” y a ella no le parece, es la única que si es como que batallo para estar con ella, ósea me la llevo bien pero hay días como que “quítate mi mamá es primero y yo estoy a un lado de mi mamá y estoy a un lado de mi mamá” pero de ahí en más no tengo problemas con nadie, hasta ahorita yo pienso que todos me aceptan muy bien y te digo porque no, nunca hago diferencias entre una y otra, agarrero yo parejo a todos.

Entrevistadora: ¿cuáles son las señales que tu detectas cuando te aceptan, cuando sientes que te aceptan?

Participante 12: mmm, soy, haz de cuenta que para todo me hablan a mi, “participante 12, vamos

a ir a tal lado vas o no vas?, vamos a hacer esto ¿vienes?” ósea para todo me toman en cuenta, si van a comprar, si van a hacer, si van a hacer, para todo, participante 12 vienes, participante 12 vas, es cuando yo digo ósea si me agrada pues para todo me están a mi como que ven y ven y ven, es cuando yo pienso que ahí me aceptan ahí más.

Entrevistadora: ok, ahora si en cuanto a la preparación previa a tu cirugía estética ¿te preparaste con algún tipo de investigación antes de la cirugía?

Participante 12: pues se pudiera decir que todo lo que vi jijiji todo lo que vi me animó

Entrevistadora: ¿qué todo lo que qué?

Participante 12: todas las cirugías que vi, como quedaban los resultados fue lo que animó porque era muy miedosa pero ya que veía que quedaban bien, y más que nada la confianza en el doctor y en el anestesiólogo más que nada por eso.

Entrevistadora: ok muy bien, ¿conocías previamente al médico con el que acudiste?

Participante 12: si, mm lo conocí en el hospital de la Luz hace qué, seis años, incluso en una ocasión le pregunté, estaba más delgada, que cuanto me salía un a lipo y dijo “a usted le voy a poner a usted no le voy a quitar” jajaja así me dijo “pues a usted qué le pongo, le voy a quitar” pero todos hablaban, en realidad yo lo conocía muy poco, pero todos hablaban maravillas del doctor “y el doctor es muy bueno, el doctor el muy bueno, las deja muy bien” y ya sin querer ya este lo conocí pues en la cirugía que estuve yo circulando.

Entrevistadora: ¿consideras que tu médico cambió la idea original que tenías en mente?

Participante 12: no,

Entrevistadora: ¿te informaste con personas cercanas a ti respecto a sus opiniones?

Participante 12: pues en realidad no, la decisión la tomé yo solita, jaja yo solita dije “pues aquí me opero y me opero”

Entrevistadora: ¿y no consideraste la opinión de nadie?

Participante 12: no

Entrevistadora: ¿qué aspectos de este procedimiento te hicieron confiar en el mismo?

Participante 12: mmm, la seguridad que tiene el doctor para realizar sus procedimiento, lo bien que, los buenos resultados que tiene y la atención que tiene él con toda la gente, con todos sus pacientes no nomás conmigo, con todos sus pacientes.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación como televisión, radio, periódico, entre otros, fueron parte de tu preparación ante la cirugía?

Participante 12: yo pienso que más bien fue el ver la actitud del doctor, el ver su trabajo bien hecho, no tanto la publicidad sino que las técnicas, no técnicas, cómo se dice, las cosas que hacía y que las hacía bien, las hace bien hechas, más bien, no tanto la publicidad.

Entrevistadora: ¿cuándo surgió en ti la inquietud de someterte a una cirugía estética por primera vez?

Participante 12: cuando empecé a ver los resultados de las pacientes que si había un gran cambio que si había mucho, estaban bien de cuerpo pero pues que mejor que mejorarlo, cuando veía los resultados si como que ay sí, como que si se antoja jaja

Entrevistadora: ¿recuerdas algún momento en particular que identifiques?

Participante 12: ah sí, como quedó mi hermana, quedó muy bien, si ella estaba pues más deforme que yo y quedó muy muy bien y yo volteaba y decía “hija de tu madre tu bien buena y yo no” ay si jajaja pero si cuando vi a mi hermana.

Entrevistadora: si tuvieras que acomodar en pasos el proceso que llevaste para tomar esta decisión cuáles serían estos pasos?

Participante 12: mm, pasos para tomar esta decisión con respecto a qué sería?

Entrevistadora: a tomar la, todos los pasos previos antes de tomar la decisión para ya someterte a una cirugía estética, de decir si me opero.

Participante 12: pues me la pensaba mucho más que nada porque, ósea las ganas de operarme si tenía pero no me, me detenía porque cuando nació la niña chiquita me pusieron anestesia a eso de

las 8 de la mañana y no se que complicación tuvo y yo desperté a eso de las 9 de la noche y por eso fue que si me estuve pensando este lo de la anestesia más que nada, la cirugía yo estaba bien, estaba segura pero la anestesia si me la pensé como tres o cuatro años me la estuve pensando por la anestesia más que nada.

Entrevistadora: Entonces, digamos, si lo tuviéramos que acomodar en pasos, primero surge la inquietud con este, especialmente en el momento que operan a tu hermana y luego de ahí eh, por el trabajo estuviste viendo varios casos y resultados pero tu te la ibas pensando porque este antecedente de la anestesia y luego qué sucede para que digas no esto no va a pasar o no se, para que digas sí me opero?

Participante 12: mmm, pues lo que pasa que la verdad tan solo cuando mi hermana que las, bueno ya ves que a todas las atiende bien pero al ver como trabajaba el doctor anesthesiologo pues no, sí me convenció jaja yo estaba segura que iba a salir bien, si había complicaciones siempre las hay pero con el doctor anesthesiologo ya me quedé muy a gusto ya cuando, mi hermana “y le vamos a poner esto y esto y aquello” para que esté mejor” y yo si, por eso fue que yo me decidí ya y dije no, voy a estar bien con el doctor anesthesiologo.

Entrevistadora: ok, ¿existe alguna o algunas personas cruciales en tu vida que creas que hayan influido en tu decisión?

Participante 12: sí

Entrevistadora: ¿quiénes serían estas personas?

Participante 12: mis hijas, “estás bien gordita, estás bien gordita, ma, este gordito está feo, toda estás bonita tu pero tu gordito está feo” por eso jajaja

Entrevistadora: ok ¿qué es lo que deseabas lograr con el cambio de la cirugía?

Participante 12: mm, pues la verdad te voy a ser sincera yo me sentía soñada con el cuerpo que tenía eh, yo me sentía uy gran cosa pero ahorita con la cirugía me siento mucho mejor, ósea si yo volteaba y decía “estoy bien buena” pero ya ahorita no, la verdad me siento mucho mejor, sabe, más, estaba segura pero ahorita me siento más todavía más.

Entrevistadora: Entonces tu dirías que lo que deseabas lograr era sentirte mejor de cómo estabas o qué era lo que deseabas lograr?

Participante 12: pues sentirme, no pensé, ósea yo lo que quería era verme mejor más no pensé que me fuera a sentir mejor, ósea yo me quería ver bien pero la verdad me siento mejor, te digo porque yo me sentía soñada yo volteaba y me decía “ay estoy bien buena, estoy bien bueno” y yo decía bueno si me opero me voy a ver bonita pero no, yo me siento bonita aunque no esté me siento bonita y me siento no se, como que llamo más la atención o como que, cómo te diré, si me cambió todo, me siento mucho mejor ahorita eh.

Entrevistadora: ¿considerabas que existían otras opciones o posibilidades para lograr tu objetivo?

Participante 12: pues el hacer ejercicio pero no, la verdad no era mi opción principal

Entrevistadora: ¿qué fue lo que te hizo decidirte por la cirugía entonces?

Participante 12: en primera el tiempo, los resultados no son los mismos que con ejercicio porque el problema que tenía yo no era con ejercicio, solamente era cirugía y más rápido y más práctico, la verdad.

Entrevistadora: ok, ¿cuáles fueron las consecuencias en tu relación con tu familia, tu familia en general tanto de origen como creada, después de la cirugía?

Participante 12: mmm, pues en realidad nada más mis papás se molestaron un poco precisamente por el antecedente de la anestesia que ellos no querían, incluso nadie le avisé yo, yo vine y me operé y nadie se enteró hasta que salí de aquí y mi mamá “es que tu sabes que la anestesia es muy peligrosa para ti” este pero le dije si pero yo estoy con el doctor y estoy tranquila por eso me operé, es la única consecuencia que me trajo con mi familia, mis papás.

Entrevistadora: se molestaron?

Participante 12: se molestaron

Entrevistadora: ¿y actualmente esa molestia persiste?

Participante 12: ah, no, se molestaron una semana, más que nada porque no les avisé fue su molestia pero no, no ahorita ya no, están contentos también igual que yo.

Entrevistadora: ok ¿cómo fue la participación de tu familia en el tiempo de recuperación de la cirugía?

Participante 12: pues me ayudaron bastante sobre todo, mis hijas, ellas son las que me ayudaban a bañarme, a cambiarme, ellas se encargaban de todo en la casa, ellas fueron las que me hicieron, mis enfermeras, mis nanas, todo mis niñas, más que nada, más que mis pues te digo mis papás pues no ellos trabajaban y mis hermanas una de ellas si me llevaba de comer de vez en cuando pero más que nada mi marido y mis niñas son las únicas.

Entrevistadora: ¿crees que tu cirugía haya sido un evento importante o una especie de parte aguas en la vida de tu familia?

Participante 12: mmm, pues no, no no creo,

Entrevistadora: ¿por qué no crees?

Participante 12: porque la única, ósea ellas, cómo te diré, no creas que, si por ellas me hubiera quedado como yo estaba ellas no hubieran dicho nada ósea ellas, en pocas palabras si me operé o no me operé ellos no se estresan, no les importa, dice mi papá “que bueno que estás bien, que quedaste bien pero pues a mi me hubieras, te hubieras quedado como estabas” te digo para ellos no creo que les haya.

Entrevistadora: ¿y para tu familia creada?

Participante 12: para mis hijas sí, ellas sí están contentísimas con que yo me haya operado eh, porque no es por nada pero cada que vamos a la secundaria, “mamá va a haber junta, ¿vas a ir tu verdad?” “¿por qué?” “es que quiero que te vean mis amigos” “pero qué tiene, y si estuviera gorda y fea?” “mmmmm no pero queremos que vayas tu” y diario es lo mismo, “es que amá va a estar el director” “¿y?” “tu estás bien bonita yo quiero que te vea el director” “ándale pues” jajaja así que la de la prepa hace como un mes me llevó a conocer al director de la prepa también, ellas están contentas que yo me haya operado.

Entrevistadora: ¿qué sentías antes de tomar la decisión de someterte a la cirugía?

Participante 12: qué sentía en relación a como estaba el cuerpo o emocional o?

Entrevistadora: emocionalmente tu cómo te sentías puede ser en relación a como estaba tu cuerpo pero también cualquier otra cosa que se te venga a la mente.

Participante 12: pues yo me sentía bien, si te digo, yo estaba tranquila, yo me sentía que estaba bien, que me veía bien, no estaba tan acomplejada hasta eso, y si te digo, aunque se operó mi hermana no estaba acomplejada pero si decía “ay quedó bien buena” ay si jajaja “yo también quiero estar igual” si te digo no pero no acomplejada que tu digas me sentía menos, no, hasta eso no.

Entrevistadora: ¿expresabas esto que sentías, pues de que te sentías bien, de que querías estar igual que tu hermana, etc.?

Participante 12: sí, yo, ya cuando veía a mi hermana decía “y, maldita, yo quiero estar igual, yo quiero estar igual”, me decía “pues opérate” y yo “pues me opero o no me opero” “no, pues sí” pero si ya le dije a mis hermanas “no yo quiero estar igual, yo quiero verme mejor”, eso si se enteraron todos.

Entrevistadora: ok ¿cómo te sentías antes de la cirugía ese mismo día?

Participante 12: mm, me sentía parte nerviosa, no nerviosa, preocupada yo creo por el trabajo, no tanto porque fuera a salir mal y emocionada, emocionada porque dije ay me voy a ver mejor jaja mejor que mi hermana, es más.

Entrevistadora: ¿cómo te sentías contigo misma en relación a la parte que deseaste cambiar antes de la cirugía?

Participante 12: mmm, cómo me sentía con eso, pues a veces me molestaba, a veces sí me molestaba porque yo era la única que tenía esos gordos feos, en mi casa todas son delgaditas, todas están delgadas, nada más yo era la única que estaba un poquitito más deforme de ese pedazo y si me, cuando me ponía los pantalones, hay unos pantalones, no todos, y si yo decía “que feo está ese

164 gordo” y me estresaba ese pedacito, te digo no me sentía mal pero si a veces que estaba de malas si me estresaba ese gordo, porque si me ponía de malas.

Entrevistadora: ¿posterior a la cirugía tus sentimientos cambiaron?

Participante 12: bastante jaja si, si no ya me sentía mucho mejor, estaba contenta, no estaba, estoy contenta y me siento como que, cómo te digo, no, me siento bien, fijate me sentía, ahorita me siento mucho mejor, cualquier ropa siento que me queda bien y si se me ve mal yo me siento bien de todos modos jajaja

Entrevistadora: ¿cómo te sientes en relación a las expectativas físicas que tienes sobre ti misma en general?

Participante 12: yo me siento bien, en si lo demás no tengo ningún problema, de vez en cuando yo digo de mi nariz pero de ahí en más todo yo pienso que está todo en su lugar hasta ahorita.

Entrevistadora: ¿hablar respecto de tu físico como te hace sentir?

Participante 12: bien

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 12: mmm, cómo te diré, me siento contenta, me siento, me gusta decir lo que me hice, me gusta decir quien me lo hizo, los resultados que tuve y cómo me siento con los resultados, incluso las pacientes, hace rato la que se operó le enseñe mis fotos de antes y después, me dice el doctor “es que no digas” le digo no, yo estoy contenta que me operé y por mi si la gente se entera no hay ningún problema, al contrario que sepan que estaba peorcito y que me veo bien, que quedé mucho mejor que como estaba y créeme que no a mi no me da vergüenza decir que me operé, al contrario.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tenías respecto a la cirugía?

Participante 12: mmm, pues lograr el cambio, no esperaba, la verdad no esperaba el cambio tal y como está, yo esperaba mejorar un poco pero si mejoré mucho, si no pues digo, estoy contenta, hasta ahorita estoy muy contenta con lo que obtuve con mi cirugía.

Entrevistadora: ¿qué expectativas tenía tu familia respecto a la cirugía, los que sabían?

Participante 12: nada más pues mis hermanas, mi hermana nada más una y mi marido y mis hijas, ellas estaban contentas también, ellas querían verme bonita, querían que yo estuviera contenta porque a veces renegaban de mis gorditos, estaban contentas porque ya no iba a renegar por mis gorditos, me decían “ya no vas a tener tus gorditos mami, ya no te vas a enojar” y yo “no, ya no me voy a enojar”.

Entrevistadora: ah ok ¿y tu marido?

Participante 12: también, el decía que si era lo que a mi me ayudaba y que me gustaba que adelante, él estaba de acuerdo en todo.

Entrevistadora: ¿y tu hermana?

Participante 12: no ella estaba contentísima, pues sí, fue la única que me acompañó y ella estaba contenta, ella sabía porque yo a veces con ella me quejaba “es que tengo esto bien feo” y me decía “pues luego te lo quitas” pero ella estuvo contenta de cómo quedó también.

Entrevistadora: ¿pasó algo que no fuera de acuerdo con lo que esperabas?

Participante 12: no, hasta ahorita no, todo quedó bien

Entrevistadora: ¿te consideras exigida por tu familia o por algún miembro de tu familia a tener una mejor imagen corporal?

Participante 12: no, no es por puro gusto propio

Entrevistadora: ¿considerarías de nuevo la cirugía estética para cumplir con tus expectativas físicas?

Participante 12: sí

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 12: pues si le hace falta un arreglito a algo, si te ayuda a verte mejor, pues adelante.

Entrevistadora: ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 12: no, es, no ellos no creo que tenga mucho que ver este, bueno mis hijas están con-

tentas pero igual si hubiera estado.

Entrevistadora: no pero fuera ya de la cirugía que tu te realizaste sino más bien si la imagen corporal en general, no solamente de cirugías sino de pues la imagen completa no, el cómo se ve uno, es un tema importante dentro de tu familia?

Participante 12: ah, no, no hasta eso no creas que se fijan mucho en como está uno, si estás gorda, estás flaca, ellos no les toman mucha importancia.

Entrevistadora: ¿cómo reacciona tu familia cuando no te gusta algo de tu cuerpo?

Participante 12: cuando les comento yo que no me gusta, ah luego luego “opérate” jajaja si, ya ahorita si ya, que no me gusta mi nariz “pues opérate, sufres por que quieres”, es lo que dicen “opérate”, mi hermana no, una de ellas me dice “se te ve bonita, no, estás loca déjate” y la otra me dice “pues opérate, no estés renegando, así de fácil, al cabo en un día dos y ya se te vuelve a componer” pero si son opiniones diferentes.

Entrevistadora: ¿y tu esposo y tus hijas?

Participante 12: mis hijas es lo que me dicen “tu si tu crees que te ayuda amá, tu opérate lo que tu quieras” ellas me apoyan en la decisión que yo tome y mi marido también hasta eso, no me dice “no” dice “si tu quieres, adelante”.

Entrevistadora: ¿qué te decían tus papás cuando eras niña sobre la imagen corporal o qué mensaje te enviaban al respecto?

Participante 12: mmm, bueno, mi mamá si es un poquito más así de que nos cuidemos un poquito más que no nos dejemos fodongas, dice “no te engordes y si te engordas que sea moderado” mi mamá si es un poco más específica en eso, mi papá no, de que “déjalas si quieren comer que coman si engordan que engorden” y mi mamá no, “no es que si eres delgada tienes que seguir siendo delgada, no como una señora fodonga que al rato te ves fea, te ves mal”, mi mamá sí, ahorita ya no tanto pero antes si era muy delicada y que “tienes que cuidar tu peso y tienes que cuidar tu figura y tienes que cuidarte bien” es la única que si es, era un poquito más exigente.

Entrevistadora: ¿qué consideras que es lo más importante que una imagen corporal positiva le puede aportar a tu vida?

Participante 12: mmm, la imagen, pues yo pienso que seguridad y si estás segura vives a gusto, vives tranquila.

Entrevistadora: ok ¿alguna vez estuvo entre tus expectativas parecerte a alguna imagen presentada en algún medio de comunicación?

Participante 12: no

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows en la tele sobre cirugías estéticas?

Participante 12: tampoco

Entrevistadora: ¿haz visto los reality shows que cambian la imagen de las personas?

Participante 12: no veo tele

Entrevistadora: no?

Participante 12: no veo televisión

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación han afectado de alguna manera tu opinión respecto a tu propia imagen corporal?

Participante 12: no te digo, no veo televisión pero yo pienso que no

Entrevistadora: pero los medios de comunicación en general, revistas, espectaculares, internet, todo, periódicos, radio

Participante 12: no, fíjate que no, nunca les tomo mucha importancia yo a eso.

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación fueron parte importante de tu decisión de someterte a una cirugía estética

Participante 12: no

Entrevistadora: ¿consideras que los medios de comunicación influyen en el criterio que tiene tu familia respecto a la cirugía estética?

Participante 12: ahí sí, si porque ellos te dicen “es que yo leí tal cosa, venía que la cirugía se hace

de este modo” y ya “no es que ahí les dicen una cosa pero las cirugías se hacen de otro modo” “¿es que cómo te vas a hacer esto?” por ejemplo la nariz “si se ve que les levantan, les cortan, les levantan” y les digo “no es que no es como ustedes dicen, a ustedes las ven en megacable, unos programas, ustedes las ven de un modo pero son de otro” y ellas si son mucho de lo que ven en la televisión, ellas si hacen mucho caso a eso.

Entrevistadora: ok ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona en el mundo cuál escogerías?

Participante 12: uy no pues no, me quedo con el que tengo, me quedo con el mío

Entrevistadora: ¿por qué?

Participante 12: porque hasta ahorita estoy contenta como estoy.

5. Tablas de unidades de significado

5.1 Tabla 3: Unidades de significado de nutrición relacional.

Participantes sin cirugía	Unidades de significado de nutrición relacional	Cantidad
1	muy buena, hay mucha comunicación entre todos, soy la que tengo mejor comunicación, padres muy presentes, siempre que querías platicar con ella estaba ahí, un papá que cuando está, está presente y platicas con él, son buenos padres, buenos esposos, creo que son un ejemplo a seguir, el cariño que tienes, aprendes a aceptarlas, aprendes a entenderlas, aprendes a aceptar los defectos, aprendes a convivir	14
2	muy cercana(2), disfrutamos mucho el trato juntos, es divertida, a mi me gusta mucho el modo en el que ellos tratan de aportar al mundo, pues esto es algo que tu quieres y aunque al principio no lo apoyamos pero ahora ya lo apoyamos.	6
3	cercana, siempre llego a platicarles las cosas, saben lo que me pasa, con mis hermanos es como un poquito más de complicidad, siempre acuden a mi, es como un poquito más de complicidad, tipo sí se todo lo que ellos hacen este sí me cuentan, sí es muy cercana, sí si son un ejemplo.	9
4	con mis padres es buena, yo diría que buena, abierta, siempre he podido platicar de cosas, platicar, yo diría que buena, es buena, buena, diciéndome que están orgullosos de mi, mi papá siempre fue como muy pues chiqueón conmigo, súper cariñosa, siempre la relación fue súper fácil, siempre fue de que “ay mi princesita”, me reconoció la parte de buscar mis propios recursos.	14
5	es buena, mi hermana tuvo a su bebé pero eso nos ha unido un poco más como familia, es buena, podemos convivir, convivimos mucho más entre semana, tenemos buena comunicación, es buena la comunicación y la relación que tenemos entre familia. son un ejemplo a seguir, son mi ejemplo a seguir los dos, estoy orgullosa de tener esos padres, mis papás siempre he tenido el cariño, desde niña siempre he sido yo muy cariñosa con ellos y también ellos conmigo, la forma de mi papá es como platicar, he recibido el cariño necesario, me siento aceptada porque pues me aceptan como soy, de todos los aspectos me aceptan.	16

6	Buena, existe comunicación, mis papás nos toman en cuenta en muchas decisiones, hay plática con mi hermana, convivimos frecuentemente. soy aceptada a pesar de defectos.	6
Total		65
Participantes con cirugía	Unidades de significado de nutrición relacional	Cantidad
7	muy buena, tengo mucha comunicación con los dos, mucha confianza, honestidad siempre, amistad, muy buena, absolutamente buena relación, pero mis papás me formaron y estuvieron conmigo todo el tiempo, siempre orientándome, sin juzgarme, respetando mis decisiones, Orientándome a que siempre tome mis decisiones en base a lo que me gusta, eso me hace sentir aceptada, mi mamá, sin duda ella me apoyó.	14
8	siempre ha estado ahí (mamá), con mi hermano la relación es bastante buena, relativamente cercana, mucha educación en cuanto a valores y principios, era como sentirme aceptada, con mi papá, la aceptación es muy fácil, no hay nada que tenga que hacer para que me acepte, solo por ser y ya, es una aceptación de nada más porque existes.	9
9	es buena(3), platicamos mucho, no hay conflictos entre el y yo, cordial y de comunicación, con mis papás en general me llevo muy bien, con mi mamá yo creo que es más estrecha la relación, la familia de mi mamá somos súper unidos, admiro mucho a mi papá, la dedicación a la familia también se las admiro mucho, nunca me he sentido juzgada o rechazada, somos muy unidos a la familia de mi mamá, mis tías y mis primas, platicamos mucho.	14
10	muy bien, es una relación unida, muy unida, bastante comunicación, pues en general bien, ósea no estamos ni distanciados ni mucho menos, siempre me han apoyado, nos apoyan en todo lo que decidamos.	8
11	buena, con mi papá es buena, con mi mamá y con mi hermano pues es buena y convivo mucho.	3
12	buena, yo pienso que es buena. siempre entre los dos estaban al pendiente de todos nosotros, así es que si, si son modelos a seguir. soy la chiqueada de mis papas se puede decir, si me tienen muy consentida, no tengo problemas con nadie, todos me aceptan muy bien, para todo me toman en cuenta.	9
Total		57

Participantes sin cirugía	Unidades de significado de preparación	Cantidad
1	saber los riesgos, efectos secundarios, es importante saber los riesgos y efectos secundarios sobre todo, conozco muchas personas que se han hecho implantes de busto, conozco un montón de gente que se ha hecho la cirugía y que le ha ido bien, se que es una operación relativamente sencilla, que no me mortificaría mucho el hacerla, empiezas a sondear con personas, sobre todo de tu edad que se hayan hecho la cirugía, vas como haciendo encuesta de sobre todo, qué copas se pusieron, con quién se operaron y cosas por el estilo.	9
2	sí es importante la investigación, hay que investigar pros y contras, por donde va la cirugía, que te conviene más, a lo mejor ver que se adecúa mejor a ti, siento que él (médico) influye totalmente porque él es el experto en el tema, casos anteriores al mío que tengan la misma situación, ósea ver cómo les ha ido, cómo han evolucionado, cómo se han sentido,	10
3	buscando información(2), como mi primo y mi hermano estudian medicina entonces ellos con sus libros, en internet, la gente lo que dice si se siente bien después del tratamiento, si no, cómo se sienten, si me gustaría saber cómo se sienten después de la cirugía, si fue como muy choqueante ver si cambiaste mucho o no, así leve, de “bueno busco y a ver que me dicen”, con gente que ha pasado por el asunto o que se ha hecho alguna cirugía, sí buscaría referencias de sus pacientes de verla como quedó si está contenta, si la atendió bien el doctor, si está contenta o así, sí preguntas, en comentarios, que te dijeran cuanto va a durar la operación, más o menos como vas a quedar, el doctor tiene mucho que ver, el doctor te da tranquilidad que sepa lo que está haciendo, que se vea tranquilo que no dude, conozco muchas personas que están a mi alrededor, conocidos, de la universidad, de la prepa, que se lo han hecho y como que quedan súper bien y después las ves súper alegres.	28
4	riesgos, qué tan riesgosa es, no se estadísticas de cuántas personas han muerto en esa cirugía, sí algo así como qué tengo que hacer después, qué tengo que hacer antes, tengo amigas que se han hecho, lo he platicado con mi mamá, tengo ya muchas amigas que se pusieron bubis, que se operaron la nariz, que se hicieron la estiradita, no pero no todos los procedimientos de cirugía estética son inseguros, ahorita no me pasa por la cabeza, creo que bueno digo lo puedes hacer si lo haces bien.	13

5	sí investigaría, todo eso yo ya lo se porque tengo una hermana doctora y ella trabaja mucho con plásticos, entonces cuando ella llega y platica lo que son las cirugías, primero sí investigué con ella y sus amigos porque tiene amigos cirujanos, para hacerte algún tipo de cirugía si tienes que estar consiente y conocer a la persona con la que te vas a someter porque no es cualquier cosa, tienes que ir con el cirujano y ósea que te evalúe, que te diga, no nomás ponerte por ponerte, entonces, yo sí iría, yo si lo conocería, a lo mejor no iría a la primera cita y luego luego, yo como que trataría de conocerlo más, ver que tipo de médico es, tratar de pedir recomendaciones porque la verdad ante las recomendaciones, la gente ósea, pues te da más confianza, si a alguien dejó mal pues no, me cambio de doctor pero si preguntaría y si analizaría su profesión, yo ya se cómo es esa persona porque mi hermana trabaja con él, primero el doctor, primero tengo que saber con quién me voy a operar, ósea quien es la persona que me va a poner, ósea si me llevo a hacer una cirugía, tengo que conocer su equipo de trabajo, obviamente su anestesiólogo, ósea porque la parte del anestesiólogo es importante, tengo que conocer que tipo o qué implantes me va a meter, si los voy a aceptar o no los voy a aceptar, ósea primero tengo que conocer todo el ámbito. Una, hospital en donde me la voy a realizar, una, si soy candidata o no y la otra pues su equipo de trabajo del cirujano.	36
6	es importante conocer bien a tu médico que te va a operar	1
Total		97
Participantes con cirugía	Unidades de significado de preparación	Cantidad
7	investigué en internet, me basé en la confianza que tenía por el doctor, cómo eran las cirugías, sabía que era bueno (el médico) pues y ya, no quise buscar otra alternativa, yo tenía pensado por ejemplo, nada más operar la nariz y él con lo que me dijo y como me orientó me convenció de que me hiciera también la barbilla, era algo que no tenía para nada en mente.	7
8	había escuchado como muchas de que, cosas de cómo era, sí investigué como resultados de la cirugía, ver que quería y que no, cuando fuimos a consultar con el doctor nos enseñó como fotos, caras que yo había visto que sabía, así pues fotos realmente, pues mi mamá sabía que había operado a otras personas y que habían tenido buenos resultados, consultamos al doctor y nos dijo como las opciones y las posibilidades y de ahí fue como pensarlo yo sola.	9
9	sí, supongo que más desde internet, de internet y de personas que conozco que se la han hecho, sí investigar como les fue, que si se arrepienten o no..., fue un proceso de analizar qué tanto era que de verdad quería hacer como un cambio en mi cuerpo y qué consecuencias tendría o que tanto era como el impulso, fue como un proceso de análisis, si lo estuve platicando mis inquietudes con la gente más cercana, ver los pros y los contras, luchar con mis miedos, informarme con el médico, ver la manera de si conseguía el apoyo económico.	11

10	solo con lo que me dijo el doctor, con mi mamá fue con la que acudí y todo, lo que me dijo el doctor, solo con lo que me dijo, el tener apoyo de mis papás, tener los medios, tener en quien poder, ósea en quien hacerme, ósea el doctor y pues haberme hecho estudios antes pera ver si era candidata para la operación o no.	8
11	es pariente de mi mamá (el médico)	1
12	todo lo que vi jijiji todo lo que vi me animó, todas las cirugías que vi, como quedaban los resultados, ya que veía que quedaban bien.	4
Total		40

5.3 Tabla 5: Unidades de significado de toma de decisión.

Participantes sin cirugía	Unidades de significado de toma de decisión	Cantidad
1	me di cuenta que no me quedaban los trajes de baño y los vestidos de noche, empiezas a crecer, empiezas a ver que a todo el mundo le quedan bien trajes de baño, vestidos de noche, bla, bla, bla y a ti no te quedan no? Y pues como que empieza a surgir esa inquietud de ah! Pues igual me opero no?, algún día igual lo haga, ya ahorita descarté la idea de una cirugía, los últimos novios que he tenido han sido como muy importantes para esa toma de decisiones(...) yo nunca me hubiera operado por alguien, lo hubiera hecho porque yo quería, nunca fue una decisión muy seria, es posible que igual en algún futuro me vuelva a llegar la inquietud.	8
2	me han formado con la creencia de que importa más mi formación interna que externa, no se si cuando esté vieja y arrugada o algo así y me traume algo y lo quiera cambiar pero si ahorita me preguntas de aquí a 20 años, no, la estética, en esta etapa de mi vida, está totalmente ligada con la salud, mientras más sana me siento mejor me veo, como no ha sido mi prioridad a lo largo de mi vida (la cirugía estética) veo difícil que se vuelva mi prioridad después.	5

3

en mi familia ya ha habido gentes que se ha hecho, si tengo que hacer ciertas cosas si me operaba, cuando empiezas a crecer y empiezas a verte como media deforme y así, y luego te echan como carrilla, entonces en esa parte la nariz por ejemplo yo siento que la tengo muy grande entonces podría operármela, sí me pasó, un tiempo dije “segurito me la opero, segurito” y ya después como que vas aceptando tu cuerpo y dices “bueno a lo mejor no tanto” y la otra es, varias personas de mi familia han tenido cáncer de mama, entonces no, escuchamos y luego ya investigue y hay una posibilidad de vaciar las mamas y ponerte unos implantes, entonces esa parte si digo “chin, si lo haría”, ósea a lo mejor si teniendo bebés y quedan poquitas caídas bueno pues que las levanten y las acomoden y padrísimo, que a lo mejor si se diera la oportunidad y hay algo y “ay si te ani...” vas, ósea no diría que no, ósea por ejemplo la parte de lo estético de la nariz surge desde que te vez y ya no, ósea ya no te gusta tanto, dices “ay si está grande” y luego empiezas a haber como factores externos que ayudan a esa idea, empieza tipo de que preguntas en la casa “¿y cómo me vería si me hago aquí? ¿y si me opero la nariz tu que opinas?”, a lo mejor puede ser que te empiecen a decir “ay no, te vas a cambiar tu cara, ay no, tu nariz es súper bonita, ay no” y ya como que apagan más o menos la inquietud pero si empieza todo el mundo “si, si, si!” es ahí cuando bum! Y pues yo creo que hasta ahí te quedas hasta que ya tienes algo que lo detone o alguna oportunidad que se te de, dices “ay, mira no está tan mal la idea”, solamente yo creo que una persona podría hacerme cambiar de opinión y es mi pareja, si yo me quiero operar de algo y mi pareja me dice “no”, no lo voy a hacer, si mis papás me dijeran que “no” lo haría pero mi pareja, a él si le diría que “lo que tu quieras está bien”, no a fuerzas tiene que ser con una cirujía pero creo que puede ayudar, si era algo que querías cambiar que lo hicieras pues, es como “si lo quieres cambiar pues hazlo, anímate”, “bueno si no te gusta la nariz pues ósea ve como le vas a hacer pero cámbiala si no te gusta”, todo el tiempo les estaba diciendo a mis papás, desde que yo me acuerdo así de que “¿y si me opero la nariz?”, lo tomaron como más serio “pues si tu lo quieres, si eso es lo que quieres pues hazlo”, digo no lo he hecho porque tampoco ha sido como mucho pues pero sí todo el tiempo “y es que está muy grande mi nariz” les decía, “es que la tengo bien fea y es que el huesito” y así de que me ponía en el espejo con mi mamá de que “y si me la respingo poquito así? Y si me la levanto?” y mi mamá “ay (participante 3)” y yo “ay, bueno pues” pero sí todo el tiempo le estoy diciendo, aun sigo pensando que es grande y que el huesito está salido, entonces eso me gustaría quitarlo pues pero ahora ya la quiero, ya ahora pues es parte de mi y también digo bueno pues si así nació es porque algo, así tenían que ser mis facciones pues, es una súper posibilidad súper viable de hacerlo y si estás dispuesta a lo que viene después de, obviamente la recuperación porque probablemente sea dolorosa, si estás dispuesta tu a pasar todo ese proceso y también estar consciente de que puedes no quedar bien y eso, si tienes ese ciclo cerrado creo que es una súper posibilidad, ósea la verdad es que yo no lo veo mal ni nada, creo que súper bien.

41

171

4	<p>me ha pasado por la cabeza de que la nariz, inquietud de ósea voy a investigar o a ver cuanto cuesta no, en este momento de mi vida no lo haría pero tal vez más adelante me gustaría verme más joven, te digo lo de la nariz me pasó por la cabeza pero ahorita como que ya lo superé, lo que de repente me pasa por la cabeza es que sabes que ya te empiezan a salir las patas de gallo, siempre me quedó claro hasta cuando me pasó por la cabeza lo de la nariz y eso, ósea me quedó claro que no me iban a dar dinero para eso pues porque no es, ellos no creen que es algo necesario, es una tontera tomar un riesgo clínico por querer nada más, lo único que yo creo que consideraría sería para cuando ya me quiera ver más joven, por ejemplo de la nariz me dice “ay eres una payasa, ni siquiera está tan grande, eres una exagerada”, y yo “mamá pero haz visto la nariz del abuela, lo que pasa es que siguen creciendo” jajaja es que mi abuela ya cuando era grande tenía una nariz enorme jaja entonces a mi me da susto que sigue creciendo jaja pero mi mamá “ay eres una payasa” para mi mamá es como esas son cosas banales, si te haces la estiradita luego vas a querer acá y luego acá, y así no, hasta que casi casi te hagas una cola de caballo de pellejo, a mi me atrae más una persona como mi mamá que yo la vea y diga wow se ve guapísima en su etapa de señora de 63 años que una doña este, sabes, de que con las bubis acá y toda restirada y con las capas así de maquillaje, sería un rollo más personal, digo en este punto te digo lo único que se me ocurriría hacerme es algo para retardar el envejecimiento, esa es la cosa con la cirugía estética pues, ósea no creo que llegue el punto en el que uno pueda estar completamente a gusto con su cuerpo.</p>	13
---	--	----

5	<p>la verdad si me gustaría hacerme una, nunca lo he descartado pero no ha sido como algo que yo lo hiciera ahorita, sí me gustaría ponerme bubis pero no es una prioridad que yo tenga ahorita, después digo “no, no quiero hacerme ninguna cirugía”, ya cuando te empiezan a decir como te abren, como esto, no gracias, ósea si es como, a veces digo no prefiero quedarme así como estoy. la que si no me haría sería la de los glúteos en mi vida, dicen que es muy dolorosa y no es como tan fácil, te soy sincera a lo mejor yo no me las haría, yo a lo mejor lo haría ya cuando esté casada, tenga hijos, ahora si como por terminar de del proceso pero no porque ahorita yo tenga la necesidad, mi autoestima no está tan baja para yo decir “la necesito”, una plática con mis hermanas y si estábamos diciendo de “ay sí, nos deberíamos de poner, que la fregada, que para vernos más bonitas” y yo dije pues ¿me pongo o no me pongo?, me empezó a explicar todo el proceso y así yo dije “mejor me la hago el siguiente año” y ya después dije “no, no es necesario hacerme ninguna cirugía, no necesito ahorita ni gastar ese dinero ni hacerla, no tengo la necesidad de”, yo le dije “pero oye pues cuánto sale que yo quiero ponerme”, ya después con el tiempo digo la verdad estoy ahorita a gusto y no me metería, en estos momentos de mi vida no me metería a una cirugía estética, digo en un pasado si lo pensé pero ahorita ya no. que en mi casa te puedo decir que si se ha vivido la cirugía estética pero no me llama la atención ahorita meterme en una cirugía plástica, estética, nomás es para cumplir un capricho o un gusto, a lo mejor ya es un capricho que yo quiero cumplir, ya que tenga a mis hijos sí me gustaría meterme a cirugía y quitar como la grasa del estomago, sí me gustaría, ya que sea mamá y no vaya a tener hijos, sí me gustaría. yo siento que cuando tenga mis hijos yo si soy, no soy de tan fácil adelgazar, entonces si me gustaría como decir tengo a mis hijos y hasta aquí y me gustaría como tener, quedar, ósea no súper acuerpada pero quedar de buen cuerpo, ósea realmente que yo diga “me siento bien conmigo misma” entonces por eso lo haría porque me es muy difícil bajar la grasa del estómago y de la parte baja y es la parte donde más te queda dañada la piel, por eso me la haría. si yo quiero es porque tengo ganas, porque me quiero ver diferente.</p>	30
6	<p>en realidad no está en este momento en mi panorama someterme a algún tipo de cirugía como tal, la cirugía es un riesgo que pone en cierto estrés el cuerpo y no hay nada en mi físico que me desagrade lo suficiente como para querer someterme a ese riesgo entonces en serio no lo veo como posibilidad. no estoy planeando hacer en este momento, algo que no estoy planeando hacerlo en este momento, algo que ya dije que no quiero hacer, en algún momento lo que si me inclinaría en eso sería algo reconstructivo o por ejemplo si me llega a dar cáncer de mama y me tienen que extirpar, creo que ayuda bastante a la terapia psicológica de recuperación una cirugía plástica, en mi vida no lo requiero en este momento, siempre es mejor buscar alternativas antes de hacer algo tan definitivo y con mayor riesgo como la cirugía. igual me gustaría ser más delgada pero creo que es más saludable tanto psicológica como emocionalmente que logre esa perdida de peso sola, sin cirugía.</p>	11
Total		108

Participantes con cirugía	Unidades de significado de toma de decisión	Cantidad
7	<p>tomar mis decisiones por mi misma, nunca dudé absolutamente, ni por un momento, era más grande el deseo que tenía de cambiar lo que no me gustaba que que la duda, estaba casi 90% segura de que iba a estar feliz, (el médico)me dio confianza , no quise preguntarle mucho a la gente porque era algo que yo siempre había querido hacer desde que tenía memoria, cuando llegué con el doctor que le dije que era algo que yo siempre había querido hacer me dijo “¿por qué no lo habías hecho antes?”, era una decisión que tomé yo y no consulté con mucha gente solo con amigos cercanos y ya, era algo sencillo realmente, no iba a ser tan grave, en un día iba a estar bien, iba a poder irme a mi casa, en 15 días yo iba a poder volver a mi trabajo, dije “bueno, dentro de todo está perfecto para mí”, cuando yo me, yo supe que existían las cirugías ya casi casi ya quería, siempre me habían dicho que tenía la nariz grande, yo la sentía que la tenía, era lo único que me parecía a mi mamá y mi mamá tenía una nariz gigante, me decían así “tienes la nariz grande”, “no te pareces en nada a tu mamá más que en la nariz”, y la nariz de ella pues está kilométrica, yo decía “sí se parece mi nariz a esa, es muy grande”, yo la veía muuuuy grande, y desde los 13 que supe decía “ay yo sí quisiera operarme aunque sea poquito”, no quiero tener la nariz tan grande como mi mamá, asimilar que no estoy feliz con mi nariz, no me gusta, existe una posibilidad de arreglar eso, una posibilidad más sencilla que para mi era más sencillo que ir a una terapia, siempre me decía (mamá) “hija, si tu nariz se parece, si no te gusta te la operamos”, mi papá también, me decía “que bonita eres, mi hija es preciosa, nada más su naricita”, quizás una que otra amiga que me llegó a hacer el comentario que la nariz y en la primaria uno que otro compañero que reforzaron que no me gustaba mi nariz, yo estaba más inclinada por hacer la cirugía, se me hacía un paso mucho más sencillo y rápido, no se me hacía algo complicado ni fuera, ni marciano pues, se me hacía algo sencillo y no creí, no creo que sea algo que afecte en mi persona ni nada haberlo hecho ni vaya a cambiar mi forma de ser ni nada por el estilo, dije “opérenme”, siento que no es este, algo muy complicado, este digo si se hace de la manera adecuada no se me hace un proceso complicado pues, se me hace sencillo y con algo que puedes estar contenta tu misma, a mi me motivaron otras causas, que no me gustaba específicamente eso.</p>	44

8	<p>yo llegué y yo ya tenía una idea de lo que quería, el mismo día que me iba a operar como que todavía no nos poníamos de acuerdo entre lo que él quería y lo que yo quería, que me dijo “no te voy a operar si estamos así, ve a tu casa, decídelo, háblame a tal hora, si a tal hora no me hablas, ósea si no tienes como bien decidido que, pues no te opero porque no te va a gustar”, era algo como ósea algo común, como que mucha gente lo ha hecho y pues no se, tenía como la duda pero me arriesgué, desde que tenía 15, 14 años, pero pues a esa edad no, ósea yo le decía a mi mamá pero no me dejaba, yo siempre sentía “ay, yo soy la más narizona” entonces yo no quería eso, yo creo que de ahí fue como que yo decía “no, no quiero ser así”, estar convencida de que lo que tenía no me gustaba y que quería otra cosa, primero lo hablé con mi mamá, ósea después lo hablé con mi mamá y fue como “bueno, vamos a consultar a un doctor”, ver que quería, ver como iba a querer mi nueva nariz por decir y luego ya decidir y acudir a la operación.</p>	15
9	<p>le dije que era exactamente lo que yo quería y trabajó exactamente como se lo pedí y eso fue lo que más me gustó, el médico porque es alguien de completa confianza y yo desde un principio dije que si no era con él no lo iba a hacer porque yo soy como súper miedosa y súper obsesiva, para mi la confianza en el médico fue lo más importante y después saber que era algo que yo quería, también como la parte de que tengo el apoyo de la gente que está cerca de mi, como a los 15 que me quería operar del busto pero siempre era como que ya que sea grande, toda la vida tuve como la inquietud de operarme la nariz pero mi miedo era tan grande que nunca fue opción y fue casi casi un mes antes que dije “¿bueno y si me la opero? ¿y si me la opero ya?” entonces tomé la decisión como rápido pero en realidad era algo que había estado trabajando desde muchos años atrás, me quería hacer la del busto y la de la nariz pero era tanto mi miedo de la nariz que dije “no, mejor ahorita esto y ya después si me animo la nariz” entonces ya lo traía como la idea pues, primero es como el darme cuenta de que algo en mi cuerpo me incomodaba, después bueno para tomar una decisión le doy muchísimas vueltas a las cosas, tomar la decisión para ponerle fecha a la cirugía, las dos cirugías han sido cosas que como que antes me limitaban, a lo mejor al ponerme algo de ropa, no se en la calle ver que mi nariz era más grande que las demás personas, “¿pues si se puede hacer y no hay ningún riesgo como por qué no habría de hacerlo, no?”, quería hacerlo pero no me animaba, desde la adolescencia yo creo fue como una idea de que rondaba por mi mente, como fue más en la adolescencia, como que veía que todas mis amigas ya se estaban desarrollando y yo no fue mas de que “ah, parezco niño” y como que no me gustaba, veo que es algo seguro, es como una ayudadita, no lo veo yo algo así como malo o en contra de mi cuerpo no, creo que si es un recurso que se tiene y se tiene la posibilidad económica pues por qué no, creo que es más como la parte familiar y personal que me llevó a la decisión, “pues si quieres cambiarlo pues vamos platicándolo con el doctor”.</p>	23
10	<p>me quería operar, fue de que “ay ya pues sí, opérame”, desde mi graduación de la prepa y la universidad y dije “me quiero operar”, la solución era operarme, sí era algo que quería cambiar, la decisión fue mía.</p>	6

11	<p>la primera cirugía que yo me quise hacer estética fue lipo y yo tenía la idea de pura lipo y cuando me revisó me dijo “es que de nada te va a servir hacerte la lipo si no te arreglas ese busto” y yo lo que menos me interesaba era arreglarme el busto, yo sí había percibido que mi busto pues estaba, se me había caído y este, pues era algo que no me importaba mucho, lo que más me importaba era los gorditos, la pancita y eso, yo como me desarrollé muy chiquita como que siempre quería estar plana, ósea prefería plana que bustona, entonces como que ese día salí y de hecho salí como convencida a fuerzas de que me iba a poner una prótesis chiquita y ya con eso se me iba a levantar pero en el quirófano me arrepentí y dije no, en el quirófano le dije que no, que mejor me las redujera y aunque me quedara la cicatriz de ancla que mejor me quitara el exceso de piel, ese día que salí de la consulta salí con que iba a ponerme una prótesis y no iba a ser levantamiento y yo, y había ido por una liposucción que era lo que más me importaba. Con la única persona que platiqué al respecto fue con (novio), la noche antes le platiqué lo que me había sugerido el doctor y a él fue que le dije que no me sentía tan convencida porque sentía que me iba a quedar mucho busto y entonces el si me dijo “pues a ver” él como que me quitó el miedo de la cicatriz tan grande, nunca le he tenido miedo a las cirugías, pero creo que lo único que me hizo como confiar fue lo común que es la cirugía, lo mucho que escucho que hacen esos procedimientos entonces dije “ay pues voy a quedar bien, estoy yendo con un buen doctor y es un procedimiento muy común”, siempre me quería, ahí me quería reducir el busto, ahí sí, la primera vez que dije “me quiero operar” no fue nariz, fue busto “quiero reducirme” pero yo no sabía, no tenía ni idea de la cicatriz, no tenía idea de nada y me acuerdo que mi mamá me dijo “ponte a dieta mejor y baja de peso y ya cuando hayas bajado de peso yo te opero las bubis” y yo “ah, bueno”, pues mi mamá realmente no creas que era muy partidaria de las cirugías, pasé mucho tiempo a dieta, pasé como un año a dieta y hacía ejercicio pero después ya no bajaba, hiciera lo que hiciera de ejercicio yo me seguía viendo unas cosas que me molestaban, ósea tenía unas bolitas acá que me me me pues me caían gordas y cuando tomé ya la decisión de operarme fue en un momento en el que sentía como que tenía que cambiar algo, era para mi cumpleaños que yo ya quería como un cambio, porque traía revoloteando la idea en mi cabeza, no lo tenía bien decidido, el primer día que fui ese día tomé la decisión y a los tres días me operé, si ya traía revoloteando la idea en la cabeza, “pues ahorita es cuando”, traía revoloteando la idea, luego una coincidencia que me lo tope, después iba por la investigación y ahí mismo se tomó la decisión, no estaba tan contenta con la decisión, cambié el plan de la cirugía en el quirófano y me operó, yo le enseñé una así como de lado y ya me dice “ay no” mi hermano ósea sí, inmediatamente, siempre he tenido muy buena relación con mi hermano y fue así de “ay no manches participante 11 arréglate ese busto”, creo que ahí fue cuando dije “uta pues se me hace que si lo tengo mal”, el comentario de mi hermano y mis ganas de yo a lo mejor sentir que así le iba a agrandar más a pues a quien en ese momento pues aunque no estaba conmigo pero era mi novio. creo que hay cosas que solamente la cirugía arregla. ya tenía mucho tiempo con esa inquietud, creo que es algo más mío.</p>	40
----	--	----

12	<p>más que nada la confianza en el doctor y en el anesthesiólogo más que nada por eso. pero todos hablaban maravillas del doctor “y el doctor es muy bueno, el doctor el muy bueno, las deja muy bien”, la decisión la tomé yo solita, jaja yo solita dije “pues aquí me opero y me opero”, la seguridad que tiene el doctor para realizar sus procedimiento, lo bien que, los buenos resultados que tiene y la atención que tiene él con toda la gente, con todos sus pacientes no nomás conmigo, con todos sus pacientes. ver la actitud del doctor, el ver su trabajo bien hecho, no tanto la publicidad sino que las técnicas, las cosas que hacía y que las hacía bien, las hace bien hechas, empecé a ver los resultados de las pacientes que si había un gran cambio que si había mucho, estaban bien de cuerpo pero pues que mejor que mejorarlo, cuando veía los resultados si como que ay sí, como que si se antoja, como quedó mi hermana, quedó muy bien, si ella estaba pues más deforme que yo y quedó muy muy bien y yo volteaba y decía “hija de tu madre tu bien buena y yo no”, cuando vi a mi hermana. me la pensaba mucho más que nada porque, ósea las ganas de operarme si tenía pero no me, me detenía porque cuando nació la niña chiquita me pusieron anestesia a eso de las 8 de la mañana y no se que complicación tuvo, si me estuve pensando este lo de la anestesia más que nada, la cirugía yo estaba bien, estaba segura pero la anestesia si me la pensé como tres o cuatro años me la estuve pensando por la anestesia más que nada. tan solo cuando mi hermana que las, bueno ya ves que a todas las atiende bien pero al ver como trabajaba el doctor anesthesiólogo pues no, sí me convenció jaja yo estaba segura que iba a salir bien, si había complicaciones siempre las hay pero con el doctor anesthesiólogo ya me quedé muy a gusto , por eso fue que yo me decidí ya, mis hijas, “estás bien gordita, estás bien gordita, ma, este gordito está feo, toda estás bonita tu pero tu gordito está feo” por eso, solamente era cirugía y más rápido y más práctico, si decía “ay quedó bien buena” ay si jajaja “yo también quiero estar igual”, cuando veía a mi hermana decía “y, maldita, yo quiero estar igual, yo quiero estar igual”, me decía “pues opérate” y yo “pues me opero o no me opero” “no, pues sí” pero si ya le dije a mis hermanas “no yo quiero estar igual, yo quiero verme mejor”, es por puro gusto propio, pues si le hace falta un arreglito a algo, si te ayuda a verte mejor, pues adelante.</p>	39
Total		167

5.4 Tabla 6: Unidades de significado de consecuencias relacionales

Participantes sin cirugía	Unidades de significado de consecuencias relacionales	Cantidad
1	todo el mundo se hartaría de que no pudiera hacer nada, tenerme que estar cuidando, no creo que afectaría mi relación ni con mis papás ni con mis hermanos. No creo que cambiaría nada.	4
2	se que les costaría trabajo en un principio, en un principio a lo mejor les costaría trabajo, les costaría trabajo pero seguramente una vez tomada la decisión me apoyarían, seguiría siendo la misma persona y la misma relación con la familia.	4

3	mis papás empezarían a ósea como preguntarse por qué lo estás haciendo, como acercarse un poquito más y creo que si pondrían como freno de que “ey qué te pasa?”, ósea “¿qué es lo que estás buscando, qué es lo que quieres que no puedas tenerlo de otras maneras?” creo que ahí sí, si fuera algo radical creo que mis papás si empezarían como a saltar y creo que la familia en general empezarían a decir “bueno pues qué es lo que te está moviendo para hacer todo esto?”, creo que si empezarían como a indagar un poquito.	4
4	no les encantaría, yo se que mi papá me diría “ay pero si tu eres hermosa ¿qué necesitas?”, no le encantaría, mi mamá renegando “pero querías”, si me cuidaría pero si fuera como de “bueno, hija, tu quisiste, ósea esto es algo que tu decidiste hacer.	5
5	que me lleguen a criticar como me veo, a lo mejor si me dejan hacérmela pero después “no te ves bien, se te ve mal la ropa”	1
6	ninguna, no creo que hubiera cambio.	1
Total		19
Participantes con cirugía	Unidades de significado de consecuencias relacionales	Cantidad
7		0
8	mi hermano que a lo mejora ahora piensa que el también le gustaría hacerlo. comentarios de que “ah, te quedó bien”, “está bien”, “hiciste una buena decisión”, que la relación haya cambiado no.	3
9	en la segunda fue muy curioso porque aunque siempre, por ejemplo, mi papá tiene la nariz muy grande, mi hermano y yo sacamos su nariz, entonces siempre era la carrilla de la nariz grande no? Y mi hermano me hacía carrilla y todo y fue muy curioso porque cuando me operé como que yo esperaba que me dijeran así, ósea sí me dijeron que me veía muy bonita pero fue así como “ay no, te extraño con la otra nariz”, “como era parte de tu identidad esa otra nariz”, “no pues te ves mucho más bonita, que bueno que te operaste fue súper buen trabajo”, no cambió nada en la dinámica ni nada.	3
10	mi papá me hacía bullying, se reía de mi, me decía nombres de actrices que están súper operadas y cosas así, lo mismo que me hacía mi papá me hacía el (hermano). no cambió nada la perspecti, ósea la comunicación o que haya pasado algo fuera de lo común en mi familia no.	5
11	salí bien enojada de la cirugía, me sentía bien enojada y no me acuerdo que comentario nango dijo mi hermano que me hizo enojar tanto, al grado de que le dije a mi mamá “mamá, saca a mi hermano del cuarto porque le quiero pegar” , ósea de que me había hecho enojar mucho, bromas, mi hermano siempre ha sido muy bromista y pues bromas.	6

12	mis papás se molestaron un poco precisamente por el antecedente de la anestesia que ellos no querían, se molestaron, se molestaron una semana, más que nada porque no les avisé fue su molestia. para mis hijas sí, ellas sí están contentísimas con que yo me haya operado eh, porque no es por nada pero cada que vamos a la secundaria, “mamá va a haber junta, ¿vas a ir tu verdad?” “¿por qué?” “es que quiero que te vean mis amigos”, ellas están contentas que yo me haya operado.	6
Total		23

5.5 Tabla 7: Unidades de significado de emociones.

Participantes sin cirugía	Unidades de significado de emociones	Cantidad
1	me empecé a sentir más cómoda con mi cuerpo, sí si ayuda a reforzar como un, un buen autoestima, una frustración momentánea, es una frustración total, me siento como un poco mal de hablar de mi físico, realmente me siento muy a gusto con mi cuerpo, ahorita estoy bastante a gusto con mi cuerpo, me gusta como me veo, es que cuando eres muy delgado y empiezas a subir de peso primero te alegra mucho, y entonces subes unos kilitos más y te sigues alegrando.	10
2	estoy más relajada, sentirme más llena en otros aspectos y eso me hace relajarme, en la adolescencia tal vez sí lo fui, me faltaba aceptarme más, me siento relajada no siento presión, no me sentía presionada por ellos (familia), yo sentía su apoyo (familia), no sentía rechazo.	7
3	pero me gusta lo que veo, sientes como esa cosquillita que si estás haciendo lo correcto, la quiero pues así de que “ay” pues mi naricita, antes como que la odiaba, así de que “no me gusta y ay que horror y no se que”, al principio que me empezaron a decir y hablar de mi cuerpo era como muy molesto, sentían que estaban como no atosigando pero que me estaban molestando.	7
4	estoy en un punto en el que acepté mi cuerpo como es. no me hace sentir insegura	2
5	realmente soy feliz con lo que soy, me siento bien, me siento contenta, me siento bien, a gusto, en estos momentos me siento bien. me siento bien porque me gusta, me gusta mi nariz, me gusta como estoy.	9
6	no lleno al 100% mis expectativas físicas, no me pone nerviosa hablar de mi físico, no me incomoda hablar de mi físico, este, no me enoja, no tengo problema con mi físico.	5
Total		40

Participantes con cirugía	Unidades de significado de emociones	Cantidad
7	<p>tenía miedo, ...y lo decía de broma (papá) pero esos comentarios de una u otra manera... y él lo decía de broma...a mi me causaba como molestia, simplemente fue estar más contenta y ya, sí subió mi autoestima, ya me sentía fascinada, fascinada, sentí incertidumbre pero sí emoción y ansiedad, nervios, emocionados y con la misma incertidumbre, con mucha ansiedad, ansias (2), un poquito de nostalgia, sí porque pensaba bueno es lo único con lo que me parezco a mi mamá y lo voy a quitar pero bueno al final de cuentas es algo que no me agrada pues, y no, ósea es algo que no me agrada pues y no por eso la dejo de querer ni deja de ser mi madre, pero si me dio un poquito de nostalgia porque decía bueno a final de cuentas es en lo único que me parezco jaja y pensaba que a lo mejor ella se podía sentir triste, y dije bueno si ella (mamá) no se siente mal pues yo tampoco, muchas partes de mi me gustan físicas, me siento raro, me siento con muchísima más confianza que antes, a veces por, me sentí insegura nomás por la nariz, me daba pena, la persona a lo mejor me veía igual pero yo si sentía la diferencia.</p>	21
8	<p>me voy a poner más nerviosa, como para mi fue trauma, miedo, estaba nerviosa, me sentía narizona, no me gustaba, sentía como una inseguridad, había una inseguridad en mi persona, me veía al espejo y no me sentía a gusto, y tal vez cuando hablaba con alguien más si me acababa de ir a ver al espejo y estaba como muy consiente de mi cara pues no me sentía muy a gusto o muy segura, súper nervioso, así muchísimo miedo, ósea es el miedo que yo decía “ósea si quedo peor o si algo sale mal y tampoco me gusta”, muy nerviosa y en ratos insegura, me sentía insegura, me sentía no a gusto, no bonita, ósea no me agradaba, pero a pesar de que no estaba segura ya me sentía bien, me siento bien, sí hay cosas de mí que me gustaría cambiar, entonces no me siento en algunos puntos 100% satisfecha pero creo que en general está bien, ósea me siento bien, si lo hablo sí me hace sentir incómoda, para mí es como incómodo decir “subí tres kilos y por eso esto ya dieta”, sí, sí me incomoda, me hace sentir incomoda porque creo que el de al lado me está juzgando o que cuando yo le estoy diciendo el otro ya se dio cuenta y ya me está juzgando, la tanta carga emocional que era, en realidad me siento cómoda ahorita en general.</p>	30
9	<p>autoestima, como mucho miedo, me hacía sentir incómoda, incomodidad, deseo pero miedo a la vez, muchísimo miedo, muchísimo miedo y ansiedad, miedo, mi miedo era “¿y si no queda bien? Se me va a notar muchísimo”, muchísimo miedo y ansiedad, ansiedad, les contaba que sentía miedo, estaba preocupada, que estaba ansiosa, no me gustaban, la parte de la nariz pues también no era algo que me gustaba, la atención de la gente se enfocaba ahí entonces era algo que me ponía como nerviosa o me intimidaba, me dieron como más seguridad, me dio muchísima seguridad y me quedé mucho más a gusto con mi imagen, me entraban muchos miedos de que “y si no salgo bien y si quedo chueca o no se...”.</p>	20

10	muchísimos nervios porque yo conocía a una persona que le fue mal en una operación, si me daba miedo, nerviosa, sí me desesperaba ósea como el que no tuviera nada, me desesperaba que no se me viera bien la ropa o cosas así, ya no me desespero, no me siento con baja autoestima ni mucho menos, siempre me he aceptado como soy, me desesperaba de la ropa, me quiero, sí me quiero.	11
11	me sentía muy incomoda de que tenía mucho busto, me empezaba a molestar mucho verme, si acaso incertidumbre, poquito miedo, estaba inconforme con mi cuerpo, ansiosa con miedito, estaba como emocionada pero con poquito nerviecito. mal yo creo que no me gustaba, me dio mucho gusto, me gustó, fue muy agradable, ahora me estoy topando con que me siento bien me gusta mi cuerpo pero ahora me estoy topando recientemente con otros aspectos que no me no me siento tan a gusto, no me gusta, no me encanta, estoy contenta con la silueta, si me hace sentir orgullosa.	16
12	yo me sentía soñada con el cuerpo que tenía eh, yo me sentía uy gran cosa pero ahorita con la cirugía me siento mucho mejor, estaba segura pero ahorita me siento más todavía más, yo me sentía bien, si te digo, yo estaba tranquila, yo me sentía que estaba bien, que me veía bien, no estaba tan acomplexada hasta eso, no estaba acomplexada, pero no acomplexada que tu digas me sentía menos, no, hasta eso no. me sentía parte nerviosa, no nerviosa, preocupada, emocionada, emocionada porque dije ay me voy a ver mejor jaja mejor que mi hermana, es más. a veces me molestaba, a veces sí me molestaba porque yo era la única que tenía esos gordos feos, te digo no me sentía mal pero si a veces que estaba de malas si me estresaba ese gordo, porque sí me ponía de malas. ya me sentía mucho mejor, estaba contenta, estoy contenta, me siento bien, ahorita me siento mucho mejor, cualquier ropa siento que me queda bien y si se me ve mal yo me siento bien de todos modos, me siento bien, hasta ahorita estoy contenta como estoy.	27
Total		125

5.6 Tabla 8: Unidades de significado de expectativas y resultados.

Participantes sin cirugía	Unidades de significado de expectativas y resultados	Cantidad
1		0
2		0
3	tranquilidad en uno y en el otro pues el autoestima, subirte tu autoestimas básicamente, ósea quererte a ti misma y verte en un espejo y ver que lo que estás viendo te gusta, yo creo que bien altas jajaja súper altas jaja yo creo que si tendría expectativas altas de que después de la cirugía ósea me tengo que ver súper bien como yo espero, De que me quede súper bien lo que me voy a hacer, que me quede súper bien y que me vea en el espejo y diga “wow, ósea que cambio” y que me confirme una y mil veces que hice lo que debía que hacer, que realmente cumplieran mis expectativas.	7

4	¿qué quisiera lograr? Tal vez si me, ya ahorita nada pero tal vez más adelante verme más joven, que quede como lo esperaba, que dure, que dure y que sea segura, sobre todo que sea segura, la seguridad más que nada, que fuera segura.	7
5	le diría que tiene que hacer lo que yo quiero, ósea lo que yo me voy a sentir cómoda, , si si me hiciera la cirugía, yo pienso que lograr ponerme un bikini jajajajaja sería como mi mayor logro y así como gusto, de poderme lo poner con gusto para poder enseñar pues lo que me puse, ese sería como el mayor, o usar blusas más pegadas y que se notara que tengo más busto, que realmente tuviera los resultados que yo quisiera, ósea que realmente si yo me propuse hacérmela que fueran los resultados que yo quiero tener en un largo, verme más curvada, ósea que realmente se luzca la cirugía, luzca la cirugía la que te acabas de hacer.	10
6	mejorar alguna parte física que por alguna circunstancia en ese momento no me agrada o esté disconforme con ella. si por algo lo decidí es porque en ese momento había algo que físicamente no me gustaba entonces por lo tanto me gustaría que la cirugía mejorara esa sensación y me sintiera yo mejor conmigo misma después de someterme a eso. que yo estuviera contenta después de eso.	3
Total		27
Participantes con cirugía	Unidades de significado de expectativas y resultados	Cantidad
7	estoy súper contenta con el resultado, no visualizar la forma con la que siempre veía esa nariz, quería ver algo diferente, yo lo noto todos los días que me veo al espejo y en las fotografías, yo noto el cambio, no es la nariz que yo veía antes, yo la veo diferente, ya es otra nariz, que se notaba mucho el cambio que estaba muy padre, mi papá también me dijo “no, muy bien”, mis papas sí notaron la diferencia porque ellos veían lo mismo que yo veía, ellos están feliz por mi, me sentía que había muchísimo cambio, ya muy contenta con todo, satisfecha, pensaba que iba a ser mejor, creía que iba a ser algo mejor que lo que había, quedé perfecto, cumplió realmente mi expectativa, va a ser un cambio muy leve, va a ser lo mismo, nomás que me quiten este cositas y otra que no me gusta, yo creo que iba a ser un cambio ligero con lo que yo iba a estar mucho más contenta.	22
8	pues verme mejor y sentirme mejor, básicamente, fue como un cambio muy radical, yo la veía mejor que como estaba antes entonces, este, ósea sí cambié en como me sentía yo con los demás o cómo era capaz de interactuar con los demás, después de la cirugía yo me voy a sentir bonita y ya me va a gustar mi nariz y ya voy a tener una nariz que no sea tan grande o tan ancha o lo que sea, tal vez mi mamá si tenía como la expectativa que, de que me quedara más recta, para verme mejor y sentirme mejor.	7

9	pues más seguridad en mi misma, el objetivo que yo tenía en ambas era “si me voy a hacer un cambio no quiero que sea un cambio muy drástico”, siempre busqué que fuera como yo pero que me sintiera a gusto conmigo misma, desde las cirugías como que bajé un poquito la guardia porque sí me siento más a gusto, ya no me peleo tanto conmigo misma, sinceramente mejor desde la cirugía fue como que sí me dio más seguridad y ya no me causa tanto conflicto ni que me vean ni hablar de eso, tener formas que me gustaran más, que estuvieran más proporcionadas, mi primera expectativa era gustarme, esperanza de gustarme más, la expectativa de mi papá era más como que era una decisión mía y que yo me sintiera bien, mi mamá si era más como el que yo estuviera más a gusto conmigo misma y también como la parte física, más equilibrio, que físicamente me vea estética, cumplió completamente con mis expectativas, me iba a sentir más segura platicando con alguien o en la calle, mi idea siempre fue como la parte de la autoestima.	17
10	que me quedara ya la ropa porque no me quedaba nunca, que saliera como yo quería y como el doctor me había dicho, ósea no quería salir ni, completamente distorsionada pues, ósea que saliera como él me había dicho, la taya que me dijera el doctor que fuera, que no rechazara cualquiera de los implantes, que saliera bien de la operación, que no saliera, ósea demasiado, muy llamativa pues y este y que no rechazara el implante.	8
11	si quedé exactamente en la misma talla de brassier pero con la cicatriz, verme diferente, verme mejor, quedar bien, quedar bien, quedar este, lo que yo esperaba ver era lo de la liposucción que en la primera cirugía fue lo que menos vi, la liposucción no quedé satisfecha, lo único que fue sorpresivo y me dio gusto fue el busto pero la parte de la liposucción pues no, no vi los resultados que esperaba ver.	9
12	me siento mucho mejor, yo lo que quería era verme mejor más no pensé que me fuera a sentir mejor, ósea yo me quería ver bien pero la verdad me siento mejor, yo me siento bonita, llamo más la atención, si me cambió todo, me siento mucho mejor ahorita, me siento contenta, me siento, me gusta decir lo que me hice, me gusta decir quien me lo hizo, los resultados que tuve y cómo me siento con los resultados, quedé mucho mejor que como estaba, pues lograr el cambio, no esperaba el cambio tal y como está, yo esperaba mejorar un poco pero si mejoré mucho, estoy contenta, hasta ahorita estoy muy contenta con lo que obtuve con mi cirugía. querían verme bonita, querían que yo estuviera contenta	19
Total		82

5.7 Tabla 9: Unidades de significado de imagen corporal en la tradición familiar.

Participantes sin cirugía	Unidades de significado de imagen corporal en la tradición familiar	Cantidad

1	<p>Entrevistadora: ok ¿consideras que la imagen corporal es un tema importante dentro de tu familia? Participante 1: no sumamente importante pero sí creo que es importante, estoy previniendo eso por eso empecé a hacer ejercicio, ósea poco a poco empezamos a subir de peso, llega un punto en que te das cuenta que ya se te pasó la mano de “sí, sí, ya subiste unos kilos pero ya se te pasaron de los kilos en que te ves bien y ya vas en los kilos en que ya no está padre, sí tendemos a ser un poco más exigente que otras personas, estaban acostumbrados a verse mucho más delgados que otras personas, ella (mamá) se siente, bueno se siente un cunito (...) está acostumbrada a verse, ósea, mucho más delgada, cuando se trata de los vellos, ahí sí están de acuerdo conmigo con que hay que eliminarlos, importancia en el cómo te arreglas, hay que vestirse bien para las ocasiones, lo que dicta la etiqueta, siempre se arreglan bien y de acuerdo a la situación, cómo te ven te tratan, la imagen que tu tienes, desde cómo te arreglas, qué tipo de ropa usas, qué tanta atención le pones a tu cuidado personal, hasta también qué tipo de cirugías te haz hecho, todo eso le dice muchísimo a la gente, yo creo que habla mucho de ti, ósea el cómo te arreglas y cómo, esa imagen que proyectas a la gente, habla muchísimo de ti y una buena imagen te abre muchísimas puertas y una mala imagen, malamente, la verdad te las cierra, tu imagen sí afecta mucho como la gente te ve.</p>	17
2	<p>siempre he sido muy estricta conmigo en muchos aspectos, y en determinadas etapas de mi vida lo físico también ha sido parte de lo estricto, mi hermano es muy vanidoso, mi hermano sí es vanidoso, tiene que ver con las relaciones sociales, es muy importante mm en cuanto a la primera impresión, yo que me dedico a vender joyería, es súper importante, en ese lado es muy importante porque es lo que vende, es súper importante, la imagen corporal anticipa ciertas reacciones en otros, con tu arreglo personal, con tu aseo, que no te descuides, tu apariencia física, que no estés despeinado o lagañoso o no se, chancludo, iba más por el lado de posturas, sí me acuerdo de mi mamá mucho diciendo “sume la panza, sume la panza”, y mi papá “no te estés jorobando, no te estés jorobando”, como sociedad, feliz o tristemente, sí los ponemos en otro lugar ahora, después del cambio.</p>	18

3	<p>“ay si, si me veo bonita, ” se me hace como un poquito, no quiero decirlo superfluo pero creo que hay cosas más de fondo que pueda ser un parte aguas que una cirugía estética, sí estoy en una dieta híper calórica para ver si puedo subir de peso porque todo mundo dice “ay que padre estar súper delgada” y tu dices “pues no está tan padre porque igual te cuesta el mismo trabajo encontrar ropa, igual le sufres, igual no te gustan ciertas cosas”, mi mamá si es de que tipo si ando un domingo por ejemplo en pantalón y una blusita mi mamá si es de que “pues arréglate poquito no?”, si es de que si nos dice que nos arreglemos, que nos veamos bien, que le echemos gana, a lo mejor uno es como poquito más sencillo se podría decir, si es de que se cuida lo que come, hace ejercicio. Mi papá siempre se ha cuidado, no le gusta por ejemplo, de que le empieza a salir pancita, hay ciertas cosas que si exigen pues, ósea que le echas más ganitas para que te arregles a algo que trates de vestirte lo mejor posible, que te cuides, te tienes que cuidar, sí todo el mundo se trata de cuidar, trata de verse bien, de estar saludable, de estar en forma, tenía que estar igual como me cambiaban, literalmente, cuando se terminara el día, ósea no me podía ensuciar porque me regañaban, tenías que estar como bien, que no te despeinaras, las niñas se tienen que ver bonitas y ve como están peinadas las princesas, mi mamá siempre le dice “sí, sigues usando estos pantalones te va a salir la lonjita y no la vas a querer y no se que”, pues te sientes como mucho más segura y tienes como mucho más confianza en ti cuanto tienes esa parte, entonces todo empieza a fluir también de esa manera, como ya te sientes bien, te sientes bonita, te sientes a gusto con tu cuerpo, con tu cara, este, y entonces también empiezas como a atraer cosas positivas, empiezas a pensar cosas positivas.</p>	28
4	<p>la imagen de mi mamá siempre ha sido “soy una señora” y ósea mi mamá se arregla y es guapísima, es muy elegante y es muy acorde a ella, entonces yo quiero pensar que voy a tener la madurez suficiente para decir “soy una señora y tengo mis arrugitas y tengo lo que sea y no importa, ósea como señora me veo muy bien” , bueno hay cosas que de plano no puedes generar con el ejercicio pero si puedes retardar los signos de la vejez si eres una persona, y saludable como comer bien y así. a nivel eso de estético y así ha sido ejemplo de ser una mujer que ha pasado por sus diferentes etapas de la vida como muy contenta por ellas y ósea yo la veo que aunque tiene sus arrugas y su pellejitos y lo que sea, ósea cuando se arregla es guapísima pues porque tiene porte, porque tiene elegancia ¿me entiendes? Y eso yo lo veo mucho también que mi papá lo valora mucho de ella ósea que siempre es “ay, que guapa”, arreglarme un poquito, comer bien, para no estar gordita, sí se le da importancia, cuando tu te sientes bonita eres mucho más segura y eso te permite como hacer más relaciones, tener contactos y en cuestión de chamba por ejemplo, ósea mientras más abierta puedas ser pues más chamba tienes, yo creo que si la seguridad. ósea claro que nadie quiere envejecer, ósea yo no quiero envejecer, de verdad ahorita me veo en el espejo y digo me gusto mucho pero chale ósea tengo 27 años no, se que a los 40 mi cuerpo va a cambiar y digo hójole ósea no es que me de miedo pero pues si es parte pues de todo el rollo de crecer.</p>	20

5	tratamos de cuidarnos porque pues la verdad, la verdad tenemos, no podemos vivir obesos pero si tratamos de, o si ya subimos de peso a lo mejor de “te estás poniendo más cachetona, deja de comer”, entonces si me dicen “no te estés quejando si no dejas de comer eso”, para sentirme bien.	5
6	en mi casa nos enseñaron que debía de haber una manera correcta de vestirme para cada situación, cierta presentación ante el mundo que es importante en la vida diaria, siempre fue que nos aceptáramos como éramos, apreciar las cosas buenas que físicamente podíamos tener mi hermana o yo, lo importante que era la manera de cómo uno se presenta a los demás, un poco de aceptación contigo mismo, un complemento de dar más seguridad en la vida diaria.	7
Total		95
Participantes con cirugía	Unidades de significado de imagen corporal en la tradición familiar	Cantidad
7	yo he sido la que ha sido un poco más exigente, yo soy la más exigente, son realistas, sí son muy realistas, me decían que yo estaba muy bonita, ya después de que empiezas a conocer más gente y ver que los físicos son diferentes ya empiezas como tu a tener un, una rel, algo con qué comparar pues y eso es lo que llega en algún momento a afectar y dices “ay ¿por qué esa nariz es más grande o es más chica?” porque lo comparas con otras personas obviamente, si tu estás contenta con tu imagen corporal pienso en lo personal tu forma de ser también se siente muchísimo más seguro, confiado, para hablar con la gente para hacer amistades, socializar, porque estás feliz con tu cuerpo.	11
8	mi mamá ahorita yo se que me diría “ay no, eres una exagerada, no necesitas” pero ha habido veces que como que si me paso un poco de peso también es como en la foto que me salió así la panza mal que de que “ay mira como se te está saliendo la panza” es como raro porque no se, ósea parte es “estás bien, no te preocupes” pero si me ve la panza ósea si me dice así como “ya deja de comer”, nunca me ha dicho deja de comer pero si me hace así como “ya te salió la pancita, “no estés gorda”, mi mamá me decía “pues cómetelo pero te vas a poner como”, yo tenía una prima que estaba súper gorda, entonces “te vas a poner como tu prima”, yo recuerdo la prima gorda, mi papá tiene unos hermanos que están en sobre peso y mi mamá hacia como mucha mención a que ellos eran así, entonces creo que el mensaje fue “en la familia de tu papá hay tenencia a tener sobre peso entonces tu tienes que cuidarte para no estar así”, pues yo sentirme bien conmigo, ósea como para mi es importante eso (imagen corporal) yo al tener eso me siento bien, me siento más segura.	7

9	yo siempre he sido muy demandante conmigo misma en cuanto a mi físico, que si un problema de peso dieta súper seguido y entonces sí me demando mucho en ese sentido, soy la más exigente, la familia de mi mamá en general siempre ha sido como el físico de las mujeres algo importante, que seas delgadas, que te arregles bien, desde chiquita era como “bueno vamos a bajar de peso y ándale y no se que...”, entonces supongo que parte de eso si lo sigo percibiendo, es más como de las mujeres que siempre, ósea yo creo que tenemos años de que todas estamos a dieta o algo que quisiéramos mejorar siempre ha estado presente pero más en las mujeres, nomas de las mujeres que sí importa la imagen corporal, sobre todo el peso, el peso siempre fue como muy presente en las mujeres, aporta cierta seguridad como más confianza en uno mismo en el autoconcepto, la imagen que te representa hacia los demás y también pues como uno se está viendo, es como la mascara que traemos puesta entonces tiene que ser una mascara que te guste, que te agrade, en mi familia ya muchas personas se han operado supongo que es más como desde ahí no? La cultura de la cirugía estética de las mujeres,	17
10	tratamos de vernos bien, como toda mujer y sí tratamos de cuidarnos.	2
11	en realidad a mi me gustaría tener el estomago plano, me gustaría arreglarme después de tener hijos, los que nos gusta cuidarnos es porque nos gusta cuidarnos que sería mi hermano y yo, mi mamá era más que nada con cuando los modales que coma bonito, era yo más como la que se estaba fijando como en ir bonita a la escuela o ir arreglada, mi mamá como que era más relajada en ese sentido aunque ella siempre se arreglaba muy bien entonces a lo mejor por ejemplo, yo veía que si te ibas a ir a una boda tenías que ir al salón de belleza antes pues o buscar un vestido, lo más importante es que tu te sientes bien, ósea lo más importante es que primero te ves en el espejo y te gusta lo que ves y sales a la calle más contenta porque vas contenta con lo que estás viendo desde salir de tu casa, influye como una imagen comúnmente aceptada influye en el trato con los demás, creo que si influye en el trato con los demás, que mandas muchos mensajes.	12
12	mi mamá si es un poquito más así de que nos cuidemos un poquito más que no nos dejemos fodongas, dice “no te engordes y si te engordas que sea moderado” mi mamá si es un poco más específica en eso, mi mamá no, “no es que si eres delgada tienes que seguir siendo delgada, no como una señora fodonga que al rato te ves fea, te ves mal”, si era muy delicada y que “tienes que cuidar tu peso y tienes que cuidar tu figura y tienes que cuidarte bien”, la imagen, pues yo pienso que seguridad y si estás segura vives a gusto, vives tranquila.	8
Total		57

5.8 Tabla 10: Unidades de significado de social media

Participantes sin cirugía	Unidades de significado de social media	Cantidad

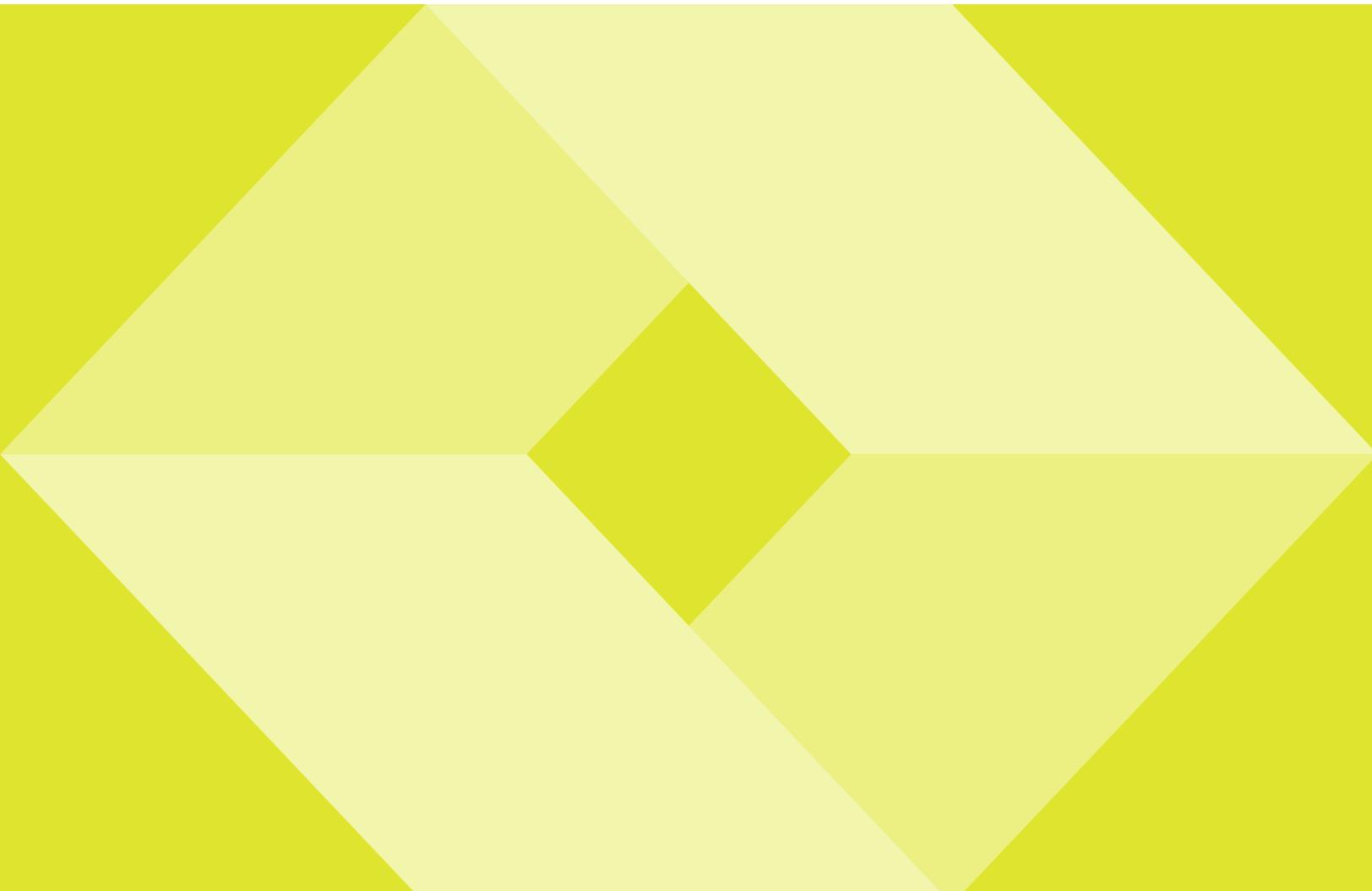
1	<p>yo me quería como ver bonita, sentir bonita en un traje de baño, en un vestido, poderme comprar el bikini que quisiera y cualquier vestido de noche, la ropa interior bonita siempre está en tallas más grandes, casi no hay nada en copa A, no me puedo comprar brassieres bonitos o igual y el traje de baño tengo que escogerlo un poco mejor para que no se me esté moviendo porque no alcanzo a sostenerlo o cosas por el estilo, me tocó vivir en una época en donde mi físico está de moda, mi físico es el que está de moda y por eso la gente, si yo me quejo de algo de mi físico te ven con un poco de recelo, inconvenientes al momento por ejemplo de comprar ropa, en mi caso son pantalones, el decir “me es imposible comprar pantalones” o “me es casi imposible comprar pantalones” porque mi cuerpo no está hecho a la forma de los pantalones que se venden actualmente, creo que mi problema es más bien con la ropa, Entrevistadora: ok, ¿alguna vez ha estado entre tus expectativas parecerte a alguna imagen de algún medio de comunicación?</p> <p>participante 1: sí, Audrey Hepburn, esa mujer desborda clase (Audrey Hepburn), también se ha puesto de moda el estar delgadita y plana, Y también mucha de la moda se está haciendo para ese tipo de cuerpos entonces eso ayuda bastante al empezar a aceptarte, mi prototipo de mujer al que aspiro no es la vieja que sale en tv novelas, ósea se me hacen gratisimas esas tipas, sino más bien las tipas que salen en vogue.</p>	14
2	<p>Entrevistadora: ok, ¿consideras que los medios de comunicación como la televisión, el radio, los periódicos, fueron parte o han sido parte de tu preparación o tu conocimiento ante la cirugía estética? Participante 2: sí nada más en cuanto a que te acerquen al tema, yo quería ser Jazmín, la de Aladín, y la Sirenita, esas dos me encantaban y Bella, de Jazmín quería muchísimo tener su pelazo así larguísimo, se me hace bien porque le dan a la persona la oportunidad de verse a sí misma con una imagen que la persona tal vez podría pensar que va a ser más aceptada o va a tener un lugar diferente al que tiene, algún objetivo yo lo hice basándome en algo que vi y quería hacer, sí ha tenido que ver, estamos inmersos en esta sociedad y todo tiene que ver.</p>	7
3	<p>yo creo que tiene mucho que ver la aceptación que ahora tiene la cirugía plástica por todos esos medios pues, ya como que lo ves como más normal, ya es como muy cotidiano el asunto, está bien como para que la gente vea lo que realmente es, ósea que vean como el proceso completo y si le ayuda a alguien a decidir o no pues está padre, también es otra fuente de información al final del día, las modelos son como muy delgadas, entonces digo “bueno pues ellas también son súper delgadas”, entre más se abra esa fuente de información se puede decir porque sí es una fuente de información, entre más pasen cosas y la gente lo empieza como a adoptar un poquito más como de forma cotidiana, creo que todos los medios de comunicación ayudan a que lo vean como, como más normal y entonces entienda un poquito el trasfondo de lo que es.</p>	12

4	tal vez el hecho de que en la tele ya veas como si nada colágeno o así, tal vez eso como que a mi me hace pensar que si se comercializa tanto a ese nivel, no me voy a comprar un colágeno pero tal vez un colágeno en una clínica con un doctor de confianza ya no es tan difícil, tal vez el hecho de que en la tele salga como si nada, que colágeno y así, pues sí, te hace pensar que eso ya va más avanzadito, ósea que horror que en la tele se vea como tan mal, ósea que sea tan burdo, la típica de Britney Spears, todo el mundo quiere parecerse a Britney Spears, ” pero “ay como la Jeans” y ya me ponía estas madrecitas que se ponían en el cabello, yo crecí viendo novelas, ósea yo me aventaba María la del Barrio, Marimar y María Mercedes con mi papá religiosamente y hasta la fecha la de Que pobres tan ricos, es córranle que ya empezó la novela, respecto a mi propia imagen, yo creo que sí, por ejemplo de estar súper flaquita, siento que los medios de comunicación, por ejemplo la Martha Igareda no, que tal vez no es como la típica güerita este de ojo verde o de ojo azul pero al contrario es como guapísima en otro estilo pues, entonces ya ahorita afortunadamente como que hay más estilos de guapas, Entrevistadora: ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cuál escogerías? Participante 4: mmm, no se, mmm, no lo había pensado, como todo el físico así que diga yo que me parezca?... no se Julia Roberts tal vez, ejemplo la carita de Nataly Protman porque es toda bonita.	20
5	se me hace interesante como hacen el proceso, ósea qué abren, qué no abre, qué cierran, cómo le hace, ósea si me gusta ver nomás por verlos, me gusta ver como hacen las cirugías.	7
6	ahí es donde antes de saber muchas otras cosas, la primera imagen que te dan no que gente que lo ha hecho que no ha tenido complicaciones o por el contrario información que anuncian de gente que se ha complicado o ha empeorado su situación después de eso. creo que los medios de comunicación no ayudan porque nos hacen crearnos incluso a nosotros mismos cierta imagen y ciertas características que debemos de cumplir y creo que todo mundo tenemos una imagen de cómo nos gustaría ser y creo que nadie llena al cierto por ciento esa que tenemos, socialmente hay como cierto estereotipo de cómo deberían de ser la personas, los medios de comunicación, en los programas de televisión se plasma lo que parece ser la idea colectiva de cómo debería de ser la gente, esa imagen de a lo que la gente común debemos de aspirar a ser, una parte si debe de haber influenciado.	8
Total		68
Participantes con cirugía	Unidades de significado de social media	Cantidad

7	<p>sí, puedo haber influido, de que yo supiera que existían las cirugías y de que cambiaba a la gente el antes y el después, sí, seguramente yo me enteré por los medios de comunicación de las cirugías plásticas y de los resultados, me gusta, se ve que el resultado es positivo pues que la persona termina muy contenta y la verdad se ve un cambio, sí se ven cambios fuertes pues, tanto en su persona como en su físico, está padre, porque el estándar de los medios de comunicación es muy claro pues, la delgadez, la forma del cuerpo e incluso el tono de la piel, el peinado, todo tienen como un estándar muy muy marcado entonces sí influye, visualizamos eso como belleza, entonces tiende uno a compararse, si creo que influyó porque yo pienso que ese fue el medio del que me enteré, ya con los medios de comunicación se fueron enterando más y informando que no era tan peligroso como pensaban y ellos tenían otra idea, ya viendo e informándose con los medios de comunicación pues ya lo fueron aceptando.</p>	14
8	<p>porque a lo mejor yo no se veía a alguien y decía “ay yo me quisiera parecer a eso”, pues hay muchas mujeres que son muy bonitas de la cara o tienen muy buen cuerpo y como que eso me llama la atención, ósea en general me llama la atención ver a alguien ósea como bien parecido en la tele o en la computadora o donde sea y pues como que sí, es que no es tan consiente de “ay, yo quiero ser como ella” pero es como un como que te agrada y te identificas y te gustaría, se me hace bien como que pasen esos procedimientos en la tele porque pues el que lo está viendo ya tiene como más noción de cómo es el procedimiento desde el principio hasta la recuperación y de cómo puede suceder, mi mamá se le ha de hacer así como interesante ver los procedimientos y yo creo que ella ahí lo ve como una fuente de información, algo que yo me fijo es como por ejemplo, el cuerpo y como muchas de las personas que están en los medio o así tienen como muy estilizado este, no se, yo me fijo mucho como en la parte del torso, entonces yo veo eso y yo pienso que mi cuerpo está mal porque yo debería tener más altura, como que cuando lo empecé a notar en los medios me percaté de mi misma de cómo era yo, yo pienso que sí ha influido, Entrevistadora: ok ¿si pudieras tener el físico de cualquier persona cuál escogerías? participante 8: mmm, el de Nataly Portman.</p>	11
9	<p>desde los estereotipos sociales, como que “la imagen tiene que ser así” entonces como que, bueno yo fui creciendo pensando en eso entonces como que quería llegar a ese punto, no me gustaba ponerme un traje de baño o una blusa escotada o así, creo que sí me han influido, pero siempre si veo como “ay que bonito cuerpo o que bonita cara”, entonces algo así de eso si me ha influido y más en los modelos socialmente aceptados una mujer tiene busto, una mujer tiene una nariz más proporcionada a su rostro entonces supongo que desde ahí también me viene la influencia, educativamente y formativamente está bien porque uno sabe esas opciones, esto que te decía de los modelos, los estereotipos sociales de la imagen, supongo que van influyendo desde pequeña de lo que debería de ser, si algo veo en una mujer y digo “me gustaría ser así” sería a lo mejor un cuerpo más delgado, siempre he batallado con el peso a lo largo de mi vida y creo que se les ve más bonita la ropa.</p>	14

10	sí porque estaba buscando vestidos para mi graduación y no me quedaban, me desesperaba que no me quedaba la ropa, quería que me quedara la ropa.	3
11	parte de lo que lo ves, si ves la tele y parte de lo que lo ves en las calles y todo pues es muy común la cirugía plástica, influyen a la hora que ves el arreglo, las modas, ósea se arreglan, yo creo que sí, si influye, si influyó en mi, seguramente sí, yo creo que si influye de cierta manera, ciertamente si puedo decir algo que haya influido un poquito más en general los cuerpos atléticos de las mujeres yo sentía que así me gustaría verme, quería yo ver la transformación final pero el programa se llamaba bridal plastic no se, entonces en particular yo me piqué a lo mejor porque había una que era como la más gordita, como la más tenía que ser operada de, o quería ser operada de muchas cosas e iba como ganando entonces yo quería ver el desenlace para saber cómo había quedado al final, y fue muy padre ver el antes y después de la chava esta. me atrapó más como el rollo de los make overs así del antes y el después, si totalmente pues sí porque creo que en los medios se explota mucho la figura de verte más delgada, pues creo que influyó, Cindy Crafford o de Elle McPirson que eran delgadas pero más atléticas.	18
12	ellos te dicen “es que yo leí tal cosa, venía que la cirugía se hace de este modo” y ya “no es que ahí les dicen una cosa pero las cirugías se hacen de otro modo” “¿es que cómo te vas a hacer esto?” por ejemplo la nariz “si se ve que les levantan, les cortan, les levantan” y les digo “no es que no es como ustedes dicen, a ustedes las ven en megacable, unos programas, ustedes las ven de un modo pero son de otro” y ellas si son mucho de lo que ven en la televisión, ellas si hacen mucho caso a eso.	6
Total		66

Intervención



Systemic intervention program for the prevention and reduction
of addictions in adolescents

Alejandro Castro Ledesma^a, Raúl Medina Centeno^b

^aInstituto Tzapopan, Jalisco, México. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Zapopan (DIF Zapopan) (lic.alexcastro@gmail.com), ^bInstituto Tzapopan, Universidad de Guadalajara.

Historia editorial

Recibido: 14-07-2017
Primera revisión: 28-08-2017
Aceptado: 12-09-2017

Palabras clave

adolescentes, prevención,
adicciones, relaciones familiares,
conciencia

Resumen

Se presenta la propuesta *Intervención Sistémica para la Prevención y Disminución de Adicciones en Adolescentes* como resultado de evaluar el programa denominado: “Grupo de Prevención Indicada para Adolescentes en alto Riesgo de Consumo de Sustancias Adictivas”, el cual se implementó en el DIF Municipal de Zapopan, México, entre los años 2009 y 2014, con la participación de 117 adolescentes. Se sigue un método fenomenológico cualitativo, mediante una estrategia descriptiva observacional que, por medio de una entrevista semiestructurada da seguimiento a una muestra de treinta casos atendidos. Los resultados señalan como debilidades del programa el no involucrar a los familiares, no hubo seguimiento posterior a la culminación del grupo y que algunos adolescentes tuvieron experiencias negativas por consumir drogas. Las fortalezas: brinda un espacio de aceptación, conciencia sobre los efectos nocivos del consumo de drogas, desarrollo de factores de protección y mejora en las relaciones familiares. Con dichos resultados, el análisis de bibliografía actualizada sobre diversos programas, el modelo sistémico y la nueva adolescencia, se propone el programa de intervención sistémica, el cual establece una dinámica de participación activa entre entrenador, familia y adolescente en riesgo de consumir drogas analizando la estructura y lazos familiares. Se parte de la hipótesis de que al actualizar el programa se fortalece la efectividad en la prevención y la reducción de adicciones en adolescentes de contextos precarios. Pudiendo constituir este programa una política de salud prioritaria mediante los sistemas DIF Municipales u otras instancias que hacen prevención de adicciones.

Keywords

adolescents, prevention, addictions, family relationships, conscience.

This paper presents the proposal *Systemic Intervention for the Prevention and Decrease of Addictions in Adolescents* as a result of evaluating the program called: "Indicated Prevention Group for Adolescents at High Risk of Consumption of Addictive Substances. The program was implemented in the Municipal DIF Zapopan, Mexico between 2009 and 2014, with the participation of 117 adolescents. The method used was a qualitative phenomenological method through a descriptive observational strategy that, through a semi-structured interview with a sample of thirty cases attended. The results indicate that the program's weaknesses were: not to involve the family, there was no follow-up after the completion of the group and some adolescents had negative experiences using drugs. Its strengths were: it provided a space for acceptance, awareness of the harmful effects of drug use, development of protective factors and improvement in family relationships. The outcome of these results, along with the analysis of up-to-date literature on various programs, the systemic model and the new adolescence, is the proposal of the systemic intervention program, which establishes a dynamic of active participation amongst the trainer, the family and the adolescent at risk of using drugs by analyzing the structure and family ties. The hypothesis is that by updating the program, the effectiveness in prevention and reduction of addictions in adolescents from precarious contexts would be strengthened. This program could be established as a preferential health policy implemented through the municipal DIF systems or similar instances that prevent addiction.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es un problema de salud pública que afecta a la población desde temprana edad, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), en 2012 entre 162 y 324 millones de personas consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita (ONU, 2014). En el caso de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que anualmente 1.7 millones de hombres y 400 000 mujeres son afectados por trastornos derivados del uso de drogas, esto sin tomar en cuenta las afectaciones por sustancias como alcohol y tabaco (OPS, 2009). Esta organización hace referencia al consumo de drogas entre estudiantes, reconociendo la actividad escolar como un factor de protección ante el consumo.

En el caso específico de México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) reporta que el 1.8% de la población entre 12 a 65 años consumió algún tipo de droga en el último año. Lo que representa un incremento no significativo de .2% respecto a la encuesta realizada en 2008. La marihuana es la droga de mayor consumo, 1.2% de la población general y presenta un incremento significativo en hombres de .5%, es considerada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA), como droga de inicio, antecedida solo por el alcohol (SISVEA, 2011).

Ante esta situación se desarrollan modelos que buscan prevenir el consumo en la población adolescente, la ENA (2011) hace referencia a la necesidad de desarrollar modelos preventivos fuera de la escuela.

Villatoro et al. (2012a), hacen hincapié en que el 80% de los consumidores analizados en la ENA son experimentales, la encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes (ENCODE, 2014) indica el 70%, es decir, estos consumidores experimentales no han desarrollado adicción

pero corren el riesgo de hacerlo. Ante tal panorama, entre los años 2009 y 2014, se implementa la estrategia “grupo de prevención indicada para adolescentes en alto riesgo de consumo de sustancias adictivas”, la cual recibe a 117 jóvenes, tanto hombres como mujeres entre los 10 y los 19¹ años de edad, todos con domicilio en el municipio de Zapopan, México.

Las características de los menores son variadas: algunos tienen actividad escolar, otros no, hay quienes trabajan e incluso quien no tiene actividad alguna. En algunos casos hay consumo experimental de una o más sustancias o tienen familiares consumidores. Del total, 80 son varones y 37 mujeres, 68 y 32 por ciento respectivamente. En cuanto a las edades de los participantes el 52% oscila entre los trece y catorce años de edad.

La investigación da testimonio del trabajo realizado dentro de una institución de asistencia social, además evalúa y sistematiza la estrategia para mejorar su eficacia, se considera pertinente, ya que este tipo de estudios no se realizan en la asistencia pública (Fernández, 2001).

Las hipótesis a confirmar son:

El grupo de prevención indicada genera el desarrollo de factores de protección individuales ante el consumo de drogas en los adolescentes y logra evitar que se desarrolle adicción, en un 85% de los participantes.

El adolescente logra cambios positivos en sus relaciones familiares como: comunicación abierta, buena relación con padres y hermanos, aprecio, reconocimiento, comparten intereses y tiempo libre.

2. IMPLEMENTACIÓN DEL GRUPO DE PREVENCIÓN INDICADA PARA ADOLESCENTES EN ALTO RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Desde la perspectiva de la prevención indicada se interviene para evitar el consumo, frenar el consumo experimental y evitar el desarrollo de adicciones en adolescentes.

CAPTACIÓN

Al DIF Municipal de Zapopan, llegan familias a solicitar servicios por motivos diversos, cuando el problema es consumo de drogas se realiza una valoración para conocer si es pertinente integrar al menor al grupo. La valoración pone especial atención en los hábitos de consumo y el análisis de factores de riesgo se realiza por algún psicólogo quien determina si el adolescente es candidato a grupo.

Por lo general, los chicos no van voluntariamente, son enviados por algún adulto que identifica algún rasgo de su conducta como problema. Si se rehúsan a participar en el grupo se da la opción de la consulta individual o familiar.

En la figura 1 se aprecia de forma gráfica el proceso mediante el cual un adolescente se integra a grupo.

APEGO AL GRUPO Y RED DE APOYO

No siempre hay buen apego, el 12% solo asiste a una sesión, el 73%² se mantiene. La deserción es vista como un fenómeno normal; el adolescente solo está un par de horas a la semana en grupo, el resto de su tiempo con amigos, problemas familiares, en ocasiones ni la familia ni el individuo se involucran.

Se percibe que hay mayor apego a la intervención cuando la familia se involucra en el proceso de forma paralela a sus hijos, asisten a terapia individual, de pareja, grupal o acompañan al adolescente, están pendientes de las sesiones; si son intermitentes algunos chicos dicen: “para qué cambio si la cosas continuarán igual”.

1 Solo hubo un caso de 10 y uno de 11 años de edad, estos menores asistieron a un par de sesiones cuando recién iniciaba el grupo y no convivieron con participantes mayores de edad.

2 Asistieron al menos a tres sesiones

El grupo es considerado una red de apoyo importante para los participantes ya que desde agosto de 2009 hasta finales de 2014 mantuvo un número indefinido de sesiones, teniendo además un porcentaje de 49.5 % de asistentes que culminaron el proceso.

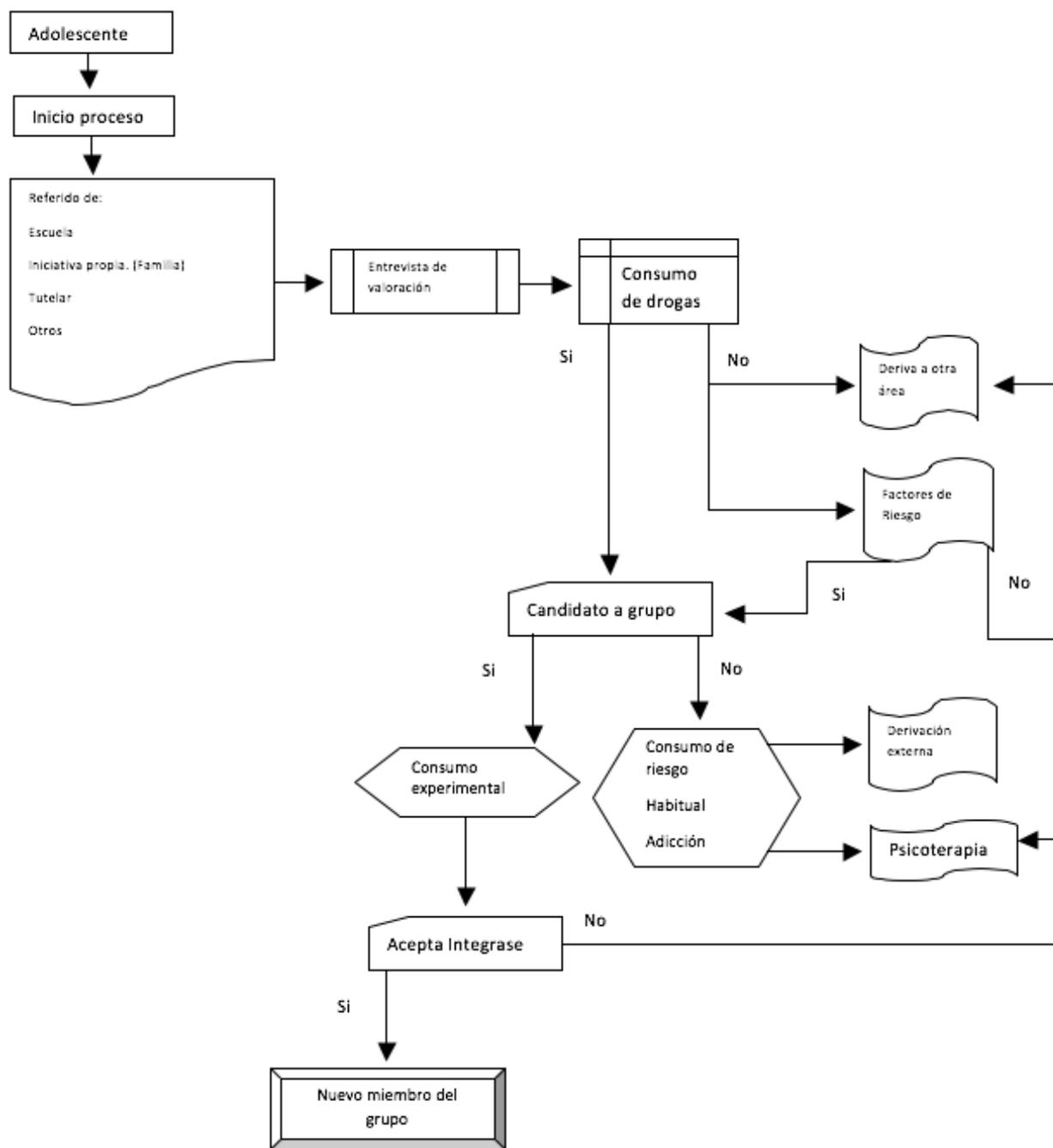


Figura 1. Diagrama de flujo (Fuente elaboración propia).

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

Se permite a los jóvenes expresarse, hay rasgos de grupo de ayuda mutua, terapéutico y psicoeducativo. Las reuniones son de 120 minutos, con la siguiente metodología:

PRESENTACIÓN

Consiste en decir nombre, edad, a qué se dedica, música que le gusta y si practica algún deporte; la intención es conocerlos un poco, muchos son enviados por profesionistas distintos a quien atiende el grupo.

El terapeuta al presentarse dice: “tengo 17 o 18”; los jóvenes hacen bromas al respecto. Con esta forma de posicionarse se busca fortalecer el vínculo con los participantes.

Se exponen temas que brindan información técnica y generan preguntas, ellos mismos las contestan guiados por el terapeuta. Hay momentos en que se manejan situaciones no previstas, los adolescentes se desahogan de un conflicto familiar, una pérdida, dificultades en la escuela, etc. El terapeuta entra en acción como un experto en la dirección del grupo, fomenta la reflexión y promueve la integración de la vivencia tanto a quien narra como a quienes la experimentan a través del relato.

Como parte del fomento de estilos de vida saludables, la parte final de la sesión se dedica a la actividad física, de 30 a 40 minutos un partido de fútbol, basquetbol o juegos de mesa.

FIN DEL PROCESO

El fin del proceso se da por diversos motivos: vuelven a la escuela, consiguen empleo o se considera que han avanzado lo suficiente para continuar solos.

No hay elementos teóricos que respalden la estrategia, la evaluación se considera pertinente para conocer el impacto de la intervención, además de aprovechar la experiencia empírica para integrar conceptos teórico-técnicos que permitan ser sistematice.

3. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

LAS FAMILIAS

Engels (2011), en su libro *El origen de la familia*, indica que desde las sociedades más primitivas se conforman grupos de convivencia que dan origen a lo que hoy se conoce como familia. La familia monogámica descrita en su libro es un esbozo de los usos y costumbres que hoy se ven en la sociedad, en donde la característica principal es, además de las normas de convivencia, la posibilidad de los hijos de heredar al padre. Para fines de este estudio la herencia también incluye la adopción de costumbres, creencias, formas de convivencia, valores, etc., los cuales se vuelven esenciales en la armonía familiar.

Tradicionalmente se percibe como familia a un hombre, una mujer, los hijos de éstos y en alguna época, incluso los sirvientes que viven bajo las mismas normas (Medina, 2004, 2012). Para Barudy (1998), la familia es un conjunto de personas que interactúan, no hace distinción de lazos sanguíneos, identidad sexual, roles en específico, etc. En el contexto de los adolescentes es común escuchar que llegan a llamar hermano, pariente, primo, etc., a personas con quien no comparten un lazo sanguíneo pero sí un fuerte lazo de amistad.

Los problemas sobrevienen cuando las familias tienen complicaciones para adaptarse a los cambios (Barudy, 1998; Haley, 2003), se propician conductas destructivas para uno o varios de sus miembros, se acota que aunque el tema central es el adolescente, los adultos también sufren del conflicto que se desarrolla cuando la transición del ciclo vital resulta dolorosa.

ADOLESCENCIA

Se considera una etapa delicada (Campanini y Luppi, 1991) de tránsito evolutivo, (Musitu, Martínez y Varela, 2011). En muchos casos se trata al adolescente como niño o como adulto, en el primer caso el adolescente se vive como poco respetado, en el segundo carente de herramientas, ya que no se le han asignado responsabilidades durante la infancia.

Otro aspecto a resaltar es que en esta etapa la vida social es más amplia, la influencia del grupo de iguales sobre la identidad y la conducta es aún mayor que la de los padres (Laso, 2012), el grupo de pares cobra poder al desarrollar sus propios valores sobre el consumo de sustancias, formas de vestir, estilos de vida e incluso proyecto de vida (Minuchin y Fishman, 1996; López, et. al, 2011).

En la actualidad los adolescentes tienen un acceso muy distinto a la información, mediante las redes sociales virtuales constatan lo complejo que es el mundo, muchos se emancipan tardíamente

200 debido a factores como la extensión de la educación, falta de oportunidades para obtener un empleo cuya remuneración permita independizarse, extienden su permanencia y dependencia al hogar más allá de los 30 años (Medina, 2012).

¿POR QUÉ INTERVENIR EN LA ADOLESCENCIA?

Es una etapa primordial al momento de hacer prevención (Laso, 2012), es el ciclo vital donde se puede evitar el desarrollo de adicciones, violencia, entre otros conflictos sociales, ya que en ocasiones para integrarse con el grupo de pares se imitan conductas, es complicado expresar sentimientos, necesidades, etc., incluso entre iguales, descubriendo a veces es más “sencillo” mediante el consumo de alguna sustancia (Lucio, et. al., 2012).

Existen diferentes formas de definir adicción: se presenta la desarrollada por Jorge A. de Vega (2011), quien refiere que la adicción supone un beneficio a corto y un perjuicio a medio-largo plazo; en el consumo experimental de sustancias este “beneficio” a corto plazo resulta el principal factor de riesgo para el desarrollo de adicción.

Los factores de riesgo y protección son básicamente las cosas que acercan o alejan a los adolescentes del consumo de sustancias. Los de riesgo más frecuentes son: el fácil acceso a las sustancias, falta de supervisión de los padres, consumo de algún familiar o de personas cercanas en el grupo de iguales, trabajo a edad temprana, desapego escolar, violencia intrafamiliar, pobre manejo de emociones, entre otros. (Lucio et. al., 2012; Solis-Torres, et. al., 2012; Villatoro, et al., 2012b).

Diversos estudios relacionados al consumo de drogas legales e ilegales realizados en México (Medina-Mora et. al., 2015; Bustos et. al., 2015), indican la importancia de desarrollar modelos de intervención con adolescentes que integren diferentes aspectos del transitar la adolescencia, que no se especialicen solo en brindar información, contención o identidad, sino que integren en un mismo espacio estas características, buscando que el adolescente desarrolle recursos propios ante una realidad plagada de factores de riesgo.

Los factores de protección se encuentran en diferentes rubros de la vida de las personas: una percepción negativa sobre el uso de drogas, entornos escolares protectores y una relación familiar nutricia brindan al adolescente herramientas para enfrentar los riesgos (Becoña, 2002).

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO

La terapia familiar históricamente no se inclina por el diagnóstico que encuadre la conducta de la forma biologicista tradicionalmente usada por la psiquiatría, sin embargo, no deja de lado la existencia de sufrimiento como factor de desequilibrio psicológico (Linares y Soriano, 2013).

En la prevención con adolescentes se interviene porque algo “está mal” con ellos, los adultos buscan que estas conductas sean reparadas, de usar el diagnóstico tradicional se atendería la queja del adulto y se podría atención al “déficit” del adolescente.

Sin embargo, se usa un diagnóstico relacional, sistémico, la conducta como metáfora que guíe la intervención (Linares, 1996); se observa el rol parental y conyugal en contraste a los problemas que se reportan, Minuchin y Fishman hacen un esbozo de esto al describir “familias descontroladas” (1996:71) en las que los padres tienen problemas para ser respetuosos de las necesidades de los adolescentes lo que deriva en el desequilibrio psicológico ya mencionado, pero no solo para el adolescente sino también para el adulto.

Linares (1996, 2013) incluye en su diagnóstico sistémico un tercer elemento, la nutrición relacional, en el caso que aquí se estudia, al existir una pobre nutrición relacional se fomenta el desarrollo de consumo de drogas, ya que al ser valorado, querido, aceptado por la familia, el adolescente busca esta nutrición en otros espacios, principalmente en donde interactúan con pares.

Dejar de ver solo la conducta del adolescente como el problema no es fácil, el diagnóstico sistémico permite cambiar la queja que exige de responsabilidad a otros subsistemas, como escuela o familia a formas colaborativas que abonen al trabajo preventivo (Villegas, 1996).

Se trata de un estudio cualitativo, el cual sigue un diseño descriptivo del grupo de prevención indicada, por su alcance es exploratorio al dar seguimiento a los adolescentes que participaron en la intervención para confirmar el desarrollo de factores de protección y el cambio en las relaciones familiares. (Ato, M., López, J., y Benavente, A, 2013).

ÁMBITO DE ESTUDIO

Se realizan llamadas telefónicas, así como visitas domiciliarias para la localización de los participantes. Algunas de las entrevistas son grabadas en las instalaciones del DIF Zapopan y otras en los domicilios particulares de los entrevistados.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La evaluación se realiza con ex participantes del grupo de prevención indicada y sus familiares.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Al localizar a la familia se informa las características del estudio y se invita a participar.
2. Firma de consentimiento informado por parte del familiar y del exparticipante, especificando que la participación es voluntaria y confidencial.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Negativa a participar y/o firmar el consentimiento.
2. Presentarse a la entrevista bajo el influjo de alguna sustancia.

CRITERIOS DE RETIRADA

1. Por deseo expreso de los entrevistados a no continuar en el estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se lleva a cabo con la autorización escrita de la dirección de programas del sistema DIF Zapopan, se especifica en el consentimiento la confidencialidad de datos personales así como las respuestas brindadas en la entrevista.

Se respeta estrictamente la voluntad de aquellos que se nieguen a participar.

Cualquier sujeto que derivado de la entrevista se considere con un riesgo psicosocial importante, como el desarrollo de adicción, depresión, ideación suicida, etc., se remite a atención especializada. De igual forma, en caso de que la familia y/o el adolescente soliciten apoyo en la atención de alguna situación no contemplada en el estudio

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

De los 117 casos atendidos se localiza y se cita para entrevista a 30, por tal el número de participantes se decide en base a este motivo. De las 30 entrevistas 6 fueron casos de mujeres que participaron en la intervención y 24 de varones.

En el caso de 5 varones y 3 mujeres solo es posible entrevistar al familiar, debido a que el adolescente no se presentó a la entrevista y/o no estaba dentro de la ciudad.

PROCEDIMIENTOS

Se aplica el formato de entrevista semiestructurada, se registra mediante la grabadora de audio de un equipo celular, se aplican por separado, ya sea comenzando por el adolescente o por su familiar; en las entrevistas se hacen preguntas referentes al tiempo en que los adolescentes participan en

202 el grupo, la percepción que tienen de la intervención y el desarrollo de factores de protección, así como cambios en sus relaciones familiares.

5. RESULTADOS

De los veintidós jóvenes entrevistados, diecisiete percibe cambios en sus relaciones familiares después del grupo, entre los que cuentan aceptación de parte de sus familias, mayor confianza, apoyo y una comunicación abierta:

“mejoró la relación fui recuperando la confianza”
“mi mamá comenzó a apoyarme económicamente de nuevo”
“se sintieron orgullosos de que fuera perseverante”

De los 30 familiares entrevistados todos perciben cambios en las relaciones, en tres casos se reporta que el cambió duro mientras el adolescente participa en la intervención para luego volver a tener conflictos. Relatan cambios en los adolescentes en relación a: mayor comunicación, mejora general en la relación, más participativos, integrados, tolerantes y un desarrollo de confianza hacia sus familiares:

“Participa más en convivencias, sus hermanos lo integran más, su actitud fue de mayor apertura.”
“mejoró la relación, estaba más accesible cooperaba en casa”
“tenía más apertura a expresarse, a convivir”

En lo que respecta a los cambios hechos por familiares derivados de cambios en los adolescentes se cuenta: aceptación, escucha activa, evitan juzgarlos, valorados, límites claros, mayor atención, sobre todo una disminución en la agresividad de los adultos hacia los jóvenes:

“Los cambios de él generaron que yo tuviera más comunicación, podíamos platicar de otras cosas, temas que antes pensaba que no entendía”
“...dejé de gritarle, aprendimos a tratarnos”
“Yo me relacionaba más con él, me di cuenta de que no todo era a gritos”

Se encuentra que veintiún jóvenes desarrollan factores de protección a partir de la asistencia al grupo, como: práctica de actividades deportivas, estudio y trabajo fijo. En un solo caso se reconoce que la aceptación del consumo como problema se da por la experiencia del adolescente al vivir la adicción, más que por su participación en el grupo.

En cuanto a los familiares, todos reconocen factores de protección en los adolescentes, los cuales van desde hacer deporte hasta estudiar, aún en casos en que los jóvenes consumen, los familiares reportan que atienden responsabilidades de trabajo y/o escuela, además de ser apegados a la familia.

Tres de los jóvenes entrevistados no manejan los factores de riesgo presentes en su entorno, principalmente convivir con amigos consumidores. Los diecinueve restantes libran los factores de riesgo apeándose a actividades positivas ya mencionadas.

En los familiares la opinión se divide, quince manifiesta que los factores de riesgo son bien manejados, mientras que trece piensa que hay riesgos importantes para que se desarrollen problemas, en dos casos la respuesta fue ambigua, ya que no está claro si la conducta es de riesgo o hay consumo.

Los familiares perciben factores de riesgo son latentes por el fácil acceso a las sustancias, aceptan que en veinticuatro de los casos hay conciencia de que las drogas son dañinas, solo seis casos manifiestan que el adolescente no tiene una idea negativa sobre el consumo de drogas.

La mayoría de intervenciones son realizadas en entornos escolares, desde psicoeducación y prevención universal, Becoña, (2002) y Castaño, (2006) sugieren que las intervenciones se realicen fuera de los contextos escolares así como la importancia de sustentarlas en bases científicas. Al plantear como postura inicial del terapeuta la de ser un par y permitir al adolescente expresarse se aprovecha que en la adolescencia hay un mayor apego al grupo de iguales (Minuchin y Fishman, 1996), así como mayor influencia de éstos sobre la identidad (Laso, 2012), a la vez, se modela que es posible hablar con adultos.

En el transcurso de las sesiones el terapeuta orienta, guía el proceso, contrasta acciones y posibles consecuencias que el adolescente vive en relación a las decisiones que toma, esto desde su propia visión, lo que permite se ponga en el lugar de sus pares y en el de los familiares de ellos, teniendo una resonancia personal, activando su conciencia en torno a las repercusiones del consumo de drogas entre otros temas que se abordan en la intervención.

Según los axiomas de la comunicación propuestos por la escuela de Palo Alto (Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D., 2006), es imposible no comunicar, por lo que la modificación de pautas negativas en el estilo de hacerlo hace posible el acercamiento entre adolescentes y adultos. La interacción genera emociones, adultos y adolescentes experimentan el conflicto comunicacional de forma similar, ambas partes se frustran al no sentirse escuchados, valorados o comprendidos.

Al ser una relación significativa la de padres/hijos la emoción se vive de forma más intensa (Anderson y Goolishian, 1996; Laso, 2014), esta intensidad es un factor para perpetuar el conflicto, pero también para resolverlo, ya que esta relación da pie a nuevas estructuras, el adolescente cambia, al igual que el adulto desarrolla sus determinantes, entra en la paradoja de la autonomía y la identidad al hacerse responsable de sí (Levinas y Duque, 1993).

Mediante este proceso evolutivo los jóvenes encuentran sentido a las acciones de sus familiares, esto sólo es una parte del trabajo preventivo, al promover interacción positiva existe cooperación, guía y apoyo mutuo lo que motiva que el estadio llamado adolescencia se transite de forma equilibrada.

El análisis individual de cada caso permite conocer que el reto de los programas de prevención indicada consiste en encontrar un equilibrio entre lo que busca el adolescente y lo que espera el adulto.

Algunos jóvenes tienen experiencias negativas relacionadas al consumo después del grupo, éstas se manifiestan en la curiosidad no en el conflicto, en la toma de decisiones, lo que puede resultar riesgoso, se resalta disminución del daño en aquellos que consumían drogas duras, como cocaína o inhalables, mientras que los que se mantienen en el consumo de marihuana lo hacen, al parecer, sin consecuencias de gravedad.

La intervención al ir más allá de la psicoeducación permite contrastar ideas, es innegable que los participantes pertenecen e interactúan en comunidades más amplias, en donde es un reto rechazar a otros pares significativos, en esto último es donde involucrar al adulto se vuelve un gran reto, ya que si un grupo en donde se escucha al Otro y se promueve la convivencia se distingue de la masa anónima de la sociedad (Sluzki, 1996) si eso mismo se logra en la familia, en los adultos, es sin duda mucho más potente como factor de protección que cualquier intervención.

7. CONCLUSIONES

Se demuestra que la mayoría de los adolescentes entrevistados desarrollan factores de protección que les alejan del consumo, los familiares corroboran que los jóvenes tienen una percepción negativa sobre las drogas, hay conciencia del daño que éstas producen, lo anterior se observa en las siguientes áreas:

Relaciones familiares: Todos los padres y la mayoría de los adolescentes perciben cambios en la interacción: mayor confianza y mejora la pauta de comunicación.

Consumo de drogas: Solo en tres casos hay consumo de marihuana, en uno de ellos se disminuye el daño al dejar los inhalables, los que consumen sustancias legales lo hacen de forma esporádica, sin llegar al exceso ni consecuencias negativas serias.

Percepción hacia el facilitador: Se rescata que algunos adolescentes perciben una relación horizontal con quien imparte el grupo; aquellos que describen una relación vertical no refieren tener problema con la forma en que se lleva el grupo, el vínculo que se crea permite que estén abiertos a escuchar siendo escuchados motivando la reflexión.

Percepción hacia la intervención: Todos los entrevistados tienen una opinión positiva hacia la intervención, es un espacio donde pueden compartir en confianza, encuentran apoyo, desahogan inquietudes, los familiares confirman que los adolescentes van de forma voluntaria, además de notarles motivados, aceptados, confiados y queridos.

Desarrollo de factores de protección y manejo de factores de riesgo: Se confirma que los jóvenes, en su mayoría desarrolla factores de protección, tienen una actividad escolar, laboral o deportiva, incluso en los casos en donde se consumen sustancias legales y en dos de los que consumen marihuana, los familiares reportan que atienden responsabilidades de estudio y/o trabajo, por lo que el consumo no se presenta como un problema.

Empoderamiento: Al ser una intervención en la que la cantidad de participantes es menos numerosa a las que se realizan dentro de entornos escolares, se establecen vínculos más cercanos con los participantes; este trabajo sienta bases que demuestran que conocer de forma más precisa los casos se desarrollan intervenciones efectivas, los adolescentes pueden encontrar soluciones propias a los problemas que día a día les aquejan.

Ampliación de la conciencia: Conocen las motivaciones de sus familiares en un ambiente en donde no se les juzga por estar en desacuerdo, exploran la estructura de su familia y las de sus compañeros, al igual que otros entornos en donde participan: círculos de amistad, pandillas, escuela, trabajo, esto permite – mediante el trabajo narrativo de escuchar, deconstruir las ideas y conceptos – que se valore la opinión de los adolescentes, se reconstruyen significados sobre las intervenciones de los adultos, lo que se considera una ampliación de conciencia (Medina, 2012) en los adolescentes acerca del rumbo que desean lleve su vida.

Lo anterior comprueba la hipótesis de que mediante esta estrategia se logran cambios positivos en las relaciones familiares, traducidos en comunicación más abierta, aceptación del adolescente por parte de los familiares, apego a la familia, se modelan estilos de vida positivos, mediante el deporte y se comparten experiencias significativas.

Es importante mencionar que hay evidencia de que algunos de los adolescentes, tienen consecuencias negativas por consumo de sustancias después de participar en el grupo, además de que hay dos que se mantienen activos en el consumo de marihuana, lo anterior más allá de ser una evidencia desalentadora presenta retos en cuanto al seguimiento de los casos.

8. PROPUESTA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SISTÉMICA PARA LA PREVENCIÓN Y DISMINUCIÓN DE ADICCIONES EN ADOLESCENTES

En base a los descubrimientos realizados en la evaluación del grupo de prevención indicada se realiza una propuesta para implementar una intervención sistémica para la prevención y disminución de adicciones en adolescentes. Las áreas fuertes se sustentan con elementos de la teoría sistémica y los aportes de la propuesta narrativa, además de que se atienden las debilidades que arroja la evaluación.

En este protocolo se hace hincapié en aspectos importantes de la puesta en práctica de la intervención como: captación de casos, análisis individual del caso, desarrollo de las sesiones, segui-

miento al adolescente y su familia.

La intervención es aplicable en instituciones públicas y privadas que cuenten con el personal capacitado para su aplicación.

PRINCIPIOS QUE HABRÁN DE ESTAR PRESENTES EN LA INTERVENCIÓN

- Adecuada información: informar al adolescente así como a sus padres de los alcances y limitaciones de la intervención, en caso de ser necesario brindar opciones distintas para la atención de la problemática presentada.
- Confidencialidad: La información proporcionada durante la evaluación del caso, el desarrollo del programa y el seguimiento no debe ser compartida con ninguna persona ajena al mismo, se puede solicitar la anuencia por parte de los involucrados en caso de desarrollar investigación-acción.

CAPTACIÓN DE CASOS

Se realiza una entrevista a profundidad tanto con padres como con el adolescente, en que se evalúan los factores de riesgo presentes en el área:

- Escolar: Bajo rendimiento, conflicto con profesores, ausentismo.
- Familiar: Consumo de algún familiar cercano, poca supervisión, dificultades para afrontar la etapa de ciclo vital, separación de los padres, pérdida de algún familiar cercano.
- Comunitaria: Pandillerismo, espacios públicos deteriorados, fácil acceso a sustancias, inseguridad.
- Individuales: Mal uso del tiempo libre, baja percepción de riesgo ante el consumo, uso experimental de sustancias legales y/o ilegales, autolesiones.

Posterior a la valoración de factores de riesgo, se invita a participar en la intervención, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión, exclusión y retirada:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Edad: Se pueden integrar adolescentes entre 12 y 17 años.
- Voluntariedad: En caso de que el adolescente sea candidato a participar de la intervención, ésta debe ser voluntaria. Se respeta el ritmo de la familia y del adolescente evitando presionar la participación en la intervención, siempre es posible integrar otras alternativas.
- Confidencialidad: Firma de un consentimiento informado, en donde se explique el objetivo del así como el uso de los instrumentos de evaluación.
- Compromiso: Los familiares deben participar en actividades paralelas a la intervención con los adolescentes, en grupos para padres, orientación o psicoterapia familiar, ya que según los resultados y el pensamiento sistémico, el individuo no es el problema, sino que se percibe (el problema) como un síntoma de algo que pasa en la familia, en la relación. (Hoffman, 1981; Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que al momento de evaluar el adolescente presente un consumo crónico de sustancias legales o ilegales.

CRITERIOS DE RETIRADA

- Compromiso. Ausentismo del adolescente y/o su familia en el proceso.
- En caso de que el adolescente se presente al grupo intoxicado, evaluar si es pertinente buscar otra alternativa de atención.
- Voluntariedad. Que en algún momento del proceso el adolescente o su familia decida abandonar la intervención.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN. METODOLOGÍA. ESTRUCTURA

Cada caso individual debe de tener un objetivo particular, éste se establece en la entrevista a profundidad, alcanzarlo marca el término de la participación del adolescente y su familia; no se busca completar un programa y/o entrenamiento, sino que la familia active elementos que les permitan alcanzar las metas establecidas.

Es posible integrar en cualquier momento a un nuevo adolescente, de la misma forma algún participante puede culminar su participación al alcanzar sus objetivos.

Debe desarrollarse en grupos de máximo 10 participantes; en las entrevistas los jóvenes mencionan que se les escucha y a la vez conocen la situación de Otros, en grupos muy extensos la atención se pierde.

Buscar un espacio bien iluminado y ventilado, cómodo para todos los participantes.

La duración de las sesiones no debe exceder 120 minutos. Si el espacio lo permite realizar una actividad lúdico-física. Si no es así recurrir a dinámicas de integración.

PRESENTACIÓN

Desde la presentación, el facilitador busca aliarse con los jóvenes, debe encontrar una edad dentro del rango de la adolescencia desde la cual trabajar. Todos, incluido él, se presentan de la misma forma: dicen nombre, edad, gustos musicales, deportivos y a qué se dedica, en esta última el facilitador puede hablar sobre su quehacer profesional, esto ayuda a que los chicos sepan quién será su guía en el proceso.

Si se hacen preguntas sobre la presentación del facilitador, éste debe responder, si hay algún comentario que le desagrade, estar abierto a expresarlo, esto equilibra la relación, ya que desde aquí se busca generar un vínculo que permita ampliar la conciencia; al hablar todos de sí mismos sin ser juzgados se abre un proceso autorreferencial (Ausloos, 1998) y se sigue la premisa de que la intervención construye significados mediante el diálogo abierto.

El facilitador pone un límite a lo que comparte, centra la atención en las vivencias de los jóvenes, ya que es un espacio donde deben de ser escuchados activamente, siendo así reconocidos, valorados, queridos, nutridos emocionalmente (Linares, 1996).

SESIONES

La intervención es un “híbrido” (Gracia, 2011:157), tiene características de grupos psicoeducativos, terapéuticos y de autoayuda, la diferencia primordial con los grupos de apoyo referidos por el mismo Gracia, es que los grupos de apoyo no contemplan las características del grupo terapéutico.

Es de *autoayuda* cuando se adopta el rol de par, horizontalmente (Montaño, 2004) se escucha, se fomenta el diálogo circulando la conversación de manera neutral (Selvini, et.al, 1980). En una retroalimentación alternativa se acompaña al adolescente en la transición de tomar decisiones (Keeney, 1991), invocándolo como actor de su propia realidad (Medina, 2012; 2014), se le asiste en su propia construcción, a la vez que se hurga y arroja cosas en su interior (Keeney, 1991), es el adolescente quien determina si le sirven o no, reflexiona sobre su actuar sin ser juzgado expandiendo su conciencia (Medina, 2012); culpar a sus padres de sus decisiones ya no es posible, no vale decir *yo no sabía*, construye sus propios conceptos según el proyecto de su propia razón (Glaserfeld, 1994).

La exposición de temáticas a manera de grupo *psicoeducativo* brinda información técnica, genera curiosidad, reflexión en el contraste de ideas sustraídas de su realidad, del amigo del amigo, ideas que en ocasiones generan confusión. La propuesta es hacer una escucha amistosa (Whitaker, 1992), el reto para el facilitador es compartir los aprendizajes adquiridos a lo largo de los años, en sus vivencias como adolescente y en su formación como profesionista; busca tener lo que Anderson (1997:113) llama: “factores distintivos”, una forma en común de hablar de algo, y esto para que funcione ha de ser genuino.

El grupo *terapéutico* se da cuando los adolescentes necesitan contención e integración de sus vivencias. Si la cohesión del grupo es adecuada, el respeto y la atención a lo que se comparte se centra en el relato. El terapeuta entra en acción como experto en la dirección del grupo, fomenta la reflexión de la situación, brinda contención y ayuda a integrar la vivencia tanto a quien la narra como a quienes la experimentan a través de la escucha. Así surge la unidad en el grupo de pares, la identidad, cada uno está en contacto con el Otro, (Barnes, 1954, citado por Linares, 2014) de una forma cuidada, guiada por el terapeuta, en una co-construcción de la realidad “desde dentro” (Fernández, 2014), al compartir sentimientos se abre la posibilidad de que tanto terapeuta como adolescentes se acerquen al espíritu humano (Damaso, 1996).

ENTRENADOR

Quien facilita el grupo es un entrenador de habilidades, acompaña al adolescente a descubrir sus motivaciones internas, en la ampliación de la conciencia, la toma de decisiones, orienta cuando hay dudas, fomenta la reflexión y la integración de las vivencias, más como un par con conocimientos que como un “experto y entrenado supervisor” (Gracia, 2011:156).

Se maneja en la postura horizontal ya descrita, atiende los tiempos del adolescente, permite que se expresen libremente en un clima de respeto; hay momentos en los que debe diferenciarse como alguien con mayor experiencia, la cual esta puesta para que el adolescente protagonice su realidad y no para aleccionar.

Siguiendo a Safran y Muran (2005) el vínculo desde esta perspectiva horizontal con los integrantes del grupo tiene un papel importante en el desarrollo de las temáticas, fomenta la expresión de opiniones, por lo que es un punto a cuidar en las sesiones.

DEPORTE

Las actividades lúdico-físicas tienen la finalidad de mostrar habilidades que en las conversaciones no es posible observar como: la constancia, el liderazgo, la comunicación, tolerancia, espíritu de lucha, etc., estas habilidades establecen distinciones (Tomm, 1996) que se ponen siempre en positivo como parte del autoconocimiento.

ACOMPAÑAMIENTO

Durante el tiempo que el adolescente y su familia participan de la intervención, se acompaña en el alcance de las metas; se motiva al adolescente y a su familia a decidir qué cosas quieren poner en marcha, se fomenta el apego escolar, deporte, actividades artísticas, recreativas desde el autococonocimiento, expresan opiniones y desarrollan una postura crítica. Lo que permite que la familia transite esta etapa tradicionalmente de rebeldía en negativo, en una revolución que da pie a la evolución.

FAMILIA Y TOLERANCIA A LAS RECAÍDAS

Un punto importante en la relación entre adolescentes y adultos es lo que esperan uno del otro. El adulto espera sentido común, madurez, responsabilidad, mientras que el adolescente demanda comprensión, confianza, autonomía, porque es tan complicado; si la autonomía requiere responsabilidad, la confianza, madurez y la comprensión, la activación del sentido común.

Es complicado porque lo que espera uno del otro aún no es visto, el adolescente no comprende el accionar de sus padres, los adultos dicen: “soy responsable de ti”, actúan bajo sus propios determinantes y finalidades (Morin, 1994) desarrollados en sus propias vivencias infanto-juveniles con otros adultos significativos, no se modifica la interacción padre-hijo a algo más incluyente y reconocedor, padre-adolescente/joven adulto (Minuchin, 2001) piensan “por” el adolescente antes que “con” el adolescente.

Esta postura “con” es menos amenazante a la individualidad y a la construcción de la identidad del adolescente y es una de las bases centrales de la intervención sistémica. Siendo vital para la to-

lerancia a una recaída en las pautas relacionales, ya que fomenta la “divergencia y mitiga la rigidez” en la estructura de las familias (Linares, 1996:61), evita percepciones estereotipadas (Minuchin y Fishman, 1996), tanto de adultos como de adolescentes, lo que les permite una mejor maniobrabilidad para atender los conflictos.

Familia: como se dijo antes los familiares significativos son un factor de protección potente, por ello involucrarlos es vital para la prevención de las recaídas.

El papel de la familia durante la adolescencia es un tema en el que aseverar recomendaciones es complicado, cada individuo se desarrolla en forma distinta, está en contacto con diferentes ambientes, personas, situaciones, que a su vez están influenciadas por diversos contextos y vivencias.

Se propone acompañar de manera similar a lo descrito en las sesiones de adolescentes a los adultos, que descubran estrategias funcionales con los adolescentes. En las familias no solo los padres sino también otras personas forman parte de la red de apoyo del joven, se convierten en un recurso sustantivo para restaurar la confianza en el joven mediante el reconocimiento y la mutua nutrición relacional.

La intervención con los familiares es posible hacerla en grupos psicoeducativos, terapia familiar, individual y/o de ayuda mutua.

CIERRE. TRABAJO INDIVIDUAL CON ADOLESCENTES: AMPLIANDO LA CONCIENCIA

El objetivo final que busca el programa es que el adolescente pueda transitar hacia la adultez; que sea capaz de verse a sí mismo al ver a Otros; que identifique los diferentes factores que forman el problema, incluidas sus decisiones, para que el joven establezca estrategias más reconocedoras de sus propias habilidades. Esto conduce a una reorganización sistémica de sí mismo (Gutiérrez, 2014) para enfrentar las diversas situaciones que la vida le presenta. A esto Medina (2012, 2014) lo llama “resistencia activa”, en donde hay responsabilidad e intencionalidad en la acción, tomando en cuenta los escenarios relacionales en los que se desarrolla.

Para potenciar esta nueva postura se recomienda un ritual que consume (Laso, 2014) su experiencia y active una nueva postura en su vida diaria. Siguiendo la perspectiva recursiva de la teoría sistémica, el adolescente que termina su participación debe hablar de su experiencia en la intervención, cómo era antes y cómo está hoy, se propone que al culminar esta conversación el adolescente comparta el siguiente mensaje a un participante de ingreso reciente:

*hoy dicen que eres rebelde y que hay algo malo en ti,
ayer lo mismo dijeron de mí,
he descubierto que rebelde si soy,
antes no tenía el control,
hoy tengo claro a dónde voy...
firme será mi decisión.
Consiente de lo que quiero estoy y este mensaje te doy:
Sé astuto en tu rebelión y encontraras lo que buscas hoy,
obstáculos habrá,
estate atento y aliados hallarás.
Cuando este mensaje que hoy te comparto a otro entregues
tú camino habrás encontrado...*

Cabe señalar que cada caso es único; es posible adecuar el cierre, esto depende de la creatividad del entrenador, puede utilizar otro recurso para simbolizar el nuevo comienzo, usa su vínculo y conocimiento de la historia del participante para hacer énfasis en la evolución que se genera en el joven al ser leal a sus convicciones.

SEGUIMIENTO

Se hacen dos seguimientos, el primero a los seis meses de haber terminado, el objetivo: verificar que las metas del adolescente y su familia se mantienen, en las entrevistas se constató que

los chicos que tuvieron problemas de consumo no volvieron a solicitar apoyo en DIF, acudieron a otras instancias, lo cual en parte está bien, se busca prevenir situaciones de este tipo haciendo el seguimiento; otro al año (de haber hecho el primer seguimiento), con la intención de aplicar un instrumento de evaluación que permita conocer cuáles fueron los alcances de la intervención en la dinámica socio-familiar del adolescente.

EVALUACIÓN

Los programas sociales se alejan de las necesidades reales de la población, debido a factores como: cambios de administración pública, falta de recursos e interés, la evaluación formal de los programas que se implementan es importante, ya que permite tener información objetiva sobre aquello que funciona, posibilita la adecuación de las estrategias mejorando las acciones y programas (Becoña, 2002; Sainz, 2006; González, 2012).

Gant (2004) y Gracia (1997), mencionan que evaluar es costoso, requiere de recursos para intervenir con grupos naturales y comunidades; sin embargo instituciones como el DIF tienen esta ventaja, trabajan cercanos a la comunidad, cuentan con personal que puede desarrollar “investigación-acción participativa” (Cuevas, 2013. p. 75) atendiendo las necesidades de la población y generando el cambio necesario para ellos mismos, a la vez que, “desde dentro”, se evalúa si las intervenciones son las adecuadas, siendo la propia comunidad quien las modifique.

En los programas sociales el recurso más importante es la comunidad misma y quien trabaja en ella, en estos dos elementos se tiene la materia prima para evaluar las intervenciones, se puede observar y describir si existen resultados en el corto, mediano o largo plazo (Gracia, 1997); la evaluación permite tener resultados locales que aporten conocimientos aplicables a grupos más amplios diseñando protocolos que tomen en cuenta las experiencias previas y las particularidades de los nuevos grupos, se teje con cada programa evaluado una red de conocimiento local que derive en nuevas políticas públicas en materia de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Un enfoque postmoderno de la psicoterapia. Argentina: Amorrortú
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (coords.). *La terapia con construcción social*. (45-59). España: Paidós.
- Ato, M., López, J., y Benavente, A (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3). 1038-1059.
- Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la familia: tiempo, caos y proceso*. España: Herder.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España: Paidós.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Imprenta nacional del boletín oficial del Estado.
- Bustos, M., Villatoro, J., Oliva, N., López, M., Fregoso, D., y Medina-Mora, M. (2015). Consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes de México que no estudian y no trabajan. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 1(1), 33-40.
- Campanini, A., y Luppi, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico: Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Castaño, G. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y drogas*, 6(2) 127-148.

- Cuevas, P. (2013). Memoria colectiva. Hacia un proyecto decolonial. En C. Walsh (Ed.). *Pedagogías decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re) existir y (re) vivir*. Quito: Abya-Yala.
- Damaso, A. (1996). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. España: Drakontos.
- De Vega, J. (2011). Adicción a Internet y las nuevas tecnologías. La vida a través de una pantalla. En R. Pereira (comp.), *Adolescentes en el siglo XXI: Entre impotencia, resiliencia y poder*. (211-226). Madrid: Morata
- Engels, F. (2011). *El origen de la familia. La propiedad privada y el estado*. México: Colofón.
- Fernández, J. (2001). Evaluación de programas en servicios sociales. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (207-238) Madrid: Síntesis, S.A.
- Fernández, P. (2014, Junio). Psicología estética de la realidad social. En UNIVA, (organizador). *10 Jornadas internacionales RELATES*. Zapopan, Jalisco, México.
- Gant, L. (2004). Evaluation of group work. En C. Garvin, L. Gutiérrez y M. Galinsky (Eds.). *Handbook of social work with groups*. (461-475) New York: Guilford.
- Glaserfeld, E. (1994). Despedida de la objetividad. En P. Krieggy P. Watzlawick. *El ojo del observador: contribuciones al constructivismo* (19-31). España: Paidós.
- González, M. (2012). Evaluación institucional de acciones de prevención y tratamiento de adicciones en los niveles de educación media superior y superior. En M. Reidl (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. (11-27) México: Porrúa.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En I. Fernández, J. Morales y F. Molero. *Psicología de la intervención comunitaria*. (129-172) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gutiérrez, J.C. (2014). Terapia familiar y espiritualidad. En R. Medina, E. Laso, y E. Hernández (cords.). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (147-168). México: Litteris
- Haley, J. (2003). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: INPRFM
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México DF, México: INPRFM: 2015.
- Keeney, B. (1991). *Estética del Cambio*. España: Paidós.
- Laso, E. (2012). La violencia y los jóvenes en Ocotlán: cambio cultural, conflicto y desconfianza. En E. Hernández y F. Calonge (coords.), *Diagnóstico local sobre la realidad social, económica y cultural de la violencia y la delincuencia en el municipio de Ocotlán, Jalisco* (351-371). México: Amaya Ediciones.
- Laso, E. (2014). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández. (cords.). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (97-128). México: Litteris
- Levinas, E., y Duque, F. (1993). *El tiempo y el otro*. España: Paidós.
- Linares, J. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. España: Paidós.
- Linares, J., y Soriano, J. (2013). *Pasos para una psicopatología relacional*. *Revista mexicana de investigación en psicología* 5, (2) 119-146.
- Linares, J. (2014, Junio). *La intervención en redes sociales como estrategia terapéutica en terapia familiar*. En Instituto Tzapopan, (organizador). Zapopan, Jalisco. México.

- López, F., Carpintero, E., del Campo, A., Lázaro, S., y Soriano, S. (2011). *Programa menores infractores. Intervención educativa y terapéutica*. Madrid: Pirámide.
- Lucio, E., Linage, M., Pérez, M., y Tovar, S. (2012). Uso de alcohol, riesgo suicida y acciones de prevención en estudiantes de bachillerato. En M. Reidl. (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* (225-256) México: Porrúa.
- Medina-Mora, M., Rafful, C., Villatoro, J., Oliva, N., Bustos, M., y Moreno, M. (2015). Diferencias sociodemográficas entre usuarios de inhalables, usuarios de otras drogas y adolescentes no consumidores en una muestra mexicana de estudiantes. *Revista internacional de investigación en adicciones* 1(1) 6-15.
- Medina, R. (2004). La diversidad familiar en la teoría social moderna y postmoderna: una propuesta teórico-metodológica. En A. Hidalgo y R. Media (eds.). *Cooperación al desarrollo y bienestar social* (351-386). Oviedo: Eikasía ediciones.
- Medina, R. (2012). Cambios modestos grandes revoluciones. *Terapia familiar crítica*. México: E libro.
- Medina, R. (2014). Deconstruyendo el “sí mismo farsante” y el “sí mismo autocompasivo”. Nuevos aportes a la terapia familiar crítica. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (cords.). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (21-42). México: Litteris
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1996). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Montaño, R. (2004). *Grupos de autoayuda: Una cultura de espacios sociales de sostén para el trabajo grupal y la ayuda mutua*. Tesis doctoral no publicada. Doctorado en ciencias sociales. Universidad Autónoma Metropolitana. México. Disponible en <http://www.ayudamutua.org/index.php/mas/descargas-mas/articulos/8-tesis-grupos-de-autoayuda> [2015, 18 de marzo]
- Musitu, G., Martínez, B., y Varela, R. (2011). El ajuste en la adolescencia: Las rutas transitorias y persistentes. En R. Pereira (comp.) *Adolescentes en el siglo XXI: Entre impotencia, resiliencia y poder*. (23-50). Madrid: Morata
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2014). Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito. *Informe mundial sobre las drogas: resumen ejecutivo*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D. C.
- Romaní O., y González, I. (2004). Infancia y Salud: vulnerabilidad, dependencia y estilos de vida. En Gómez-Granell, C., García, M., Ripol-Millet A., y Panchón, C. (coords.), *Infancia y Familias: realidades y tendencias*. (131-152) Barcelona: Ariel
- Safran., J y Muran., J. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. España: Desclée de Brouwer.
- Sainz, J. (2006). Proceso de evaluación y su importancia en los programas de promoción social. En S. Galeana (coord.), *Promoción social una opción metodológica*. (105-119) México: Plaza y Valdés.
- SISVEA, (2011). *Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*. México: 2013.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. España: Gedisa.
- Solis-Torres, C., Bojórquez-Chapela, I., Gorab-Ramírez, A., Kuri-Morales, P., Cortés-Ramírez, M., Cruz-Zárate, S., Flores-Morones, E., y Fernández-Varela, H. (2012). Factores asociados al inicio del consumo de sustancias ilícitas en jóvenes estudiantes de la ciudad de México. En Reidl, M. (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. (141-157) México: Porrúa.
- Tomm, K. (1996). Distinciones terapéuticas en una terapia en curso. En S. McNamee y K. Gergen (coords.). *La terapia con construcción social*. (145-163). España: Paidós.

- 212 Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos, M., Fregos, D., Gutiérrez, M., y Amador, N. (2012a). *El consumo de drogas en México: Resultados de la encuesta nacional sobre adicciones, 2011*. Salud mental. Vol. 35, pp. 447-457.
- Villatoro, J., Moreno, M., Gutiérrez, M., Sánchez, V., Bretón, M., Gaytan, F., Sandoval, A., López, M., Magaña, E., Medina-Mora, M., y Amador, N. (2012b). Consumo de drogas, alcohol, tabaco y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato y universitarios. En M. Reidl (coord.), *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*. (121-139) México: Porrúa.
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de psicoterapia* 7, (26/27) 25-78.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (2006). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. España: Herder.
- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. España: Paidós.

Propuesta del uso de los sueños en terapia: una postura constructivista-relacional

The Oniric Laddering A constructivist-relational technique for dreamwork

Sergio Nieto^a

^aInstituto Tzapopan, Guadalajara, Jalisco, México (psic.nieto@gmail.com)

Historia editorial

Recibido: 30-11-2016
Primera revisión: 26-01-2017
Aceptado: 08-10-2017

Palabras clave

sueños, kelly, constructivismo, onírcia, escalada

Resumen

Se establece una propuesta del uso de sueños en terapia, desde un marco constructivista-relacional, con el fin de aumentar el contenido y temática de técnicas que se utilizan en terapia familiar y aproximar a los sueños su bibliografía. En primera instancia, se hace una comparación y distinción de otros paradigmas, tal es el caso de la interpretación de los sueños freudiana y algunas ópticas de la neuropsicología, para así tomar una epistemología acorde a los postulados constructivistas. La técnica está basada en los constructos personales de George Kelly y en otras escaladas creadas a partir de dicha teoría. La escalada onírica no es una interpretación de los sueños, es más próxima al uso de los sueños en terapia, a manera de esclarecer los constructos preverbales y más vitalicios del consultante. Se finaliza dando un ejemplo de la técnica en intervención, concluyendo con puntos importantes a considerar de la misma.

Abstract

A proposal of the use of dreams in therapy is established, from a constructivist-relational framework, in order to increase the content and thematic of techniques that are used in family therapy and to bring dreams closer to their bibliography. In the first instance a comparison and distinction of other paradigms is made, such as the interpretation of freudian dreams and some optics of neuropsychology, in order to take an epistemology in line with the constructivist postulates. The technique is based on the personal constructs of George Kelly and in other climates created from this theory. The dream-climbing is not an interpretation of dreams, it is closer to the use of dreams in therapy, in order to clarify the preverbal and more lifelike constructs of the consultant. It ends by giving an example of the technique in intervention, concluding with important points to consider of it.

Keywords

dreams, kelly, constructivism, oniric, climb

La terapia familiar ha sufrido diferentes cambios en distintos niveles, tanto epistémicos como paradigmáticos, tanto ha sido así que la terapia familiar se aplica tanto con la familia como individualmente. Las propuestas brindadas bajo el estandarte de terapia familiar han tratado diferentes temas y necesidades, mismas que se han presentado según las necesidades que surgen a través del tiempo.

El presente artículo continúa con el creciente avance práctico/temático de la gama relacional, que en este caso, retoma uno de los temas poco hablados, debido en parte a su carácter individual y por tanto poco sistémico, nos referimos a los sueños.

Se abordan los sueños planteando en primer lugar una epistemología afín a la terapia relacional, diferenciándose de otros paradigmas de gran tradición en el tema, para así llegar al constructivismo, como alternativa constructivista del abordaje onírico. Se establece la postura onírica de diferentes constructivistas, desarrollando una técnica basada esencialmente en los presupuestos teóricos de Kelly (1991, 2001).

2. EPISTEMOLOGÍA Y PARADIGMAS DEL SUEÑO

Perspectivas del sueño en aras del significado

Dormir es una parte importante en la vida de cualquier humano, una tercera parte de la vida del adulto estará designada a ello. Una de las actividades que más han llamado la atención del dormir es soñar. Esta labor ha sido parte del interés del público en general durante distintas épocas y culturas (Munevár, 1995). Freud (2014) también describe la forma en la que el sueño ha sido entendido a través la historia en diferentes grupos sociales, señalando una creencia base en éstos: el sueño tiene un significado encubierto. En estos grupos había típicamente un otro que descubriría el significado oculto del sueño, llámese un diccionario de los sueños o alguna clase de sacerdote.

Es por ello que se realiza una pregunta fundamental para la propuesta onírica que establecemos: ¿el sueño tiene un significado único e independiente de quien lo interprete? Para Sigmund Freud (2014) el sueño sí tenía un significado inherente. Freud (2014) centra la directriz de la interpretación de los sueños en reglas y funciones psíquicas generales, es por ello que independientemente del interpretador, el significado del sueño podría ser descubierto, siempre y cuando se siguiera su método de manera adecuada.

La propuesta freudiana supone una generalización de la actividad onírica: la psique bajo un principio de búsqueda de placer y evitación del dolor, en donde el sujeto se encontrara en una constante lucha, pues las normas sociales aprendidas a través de sus padres son incompatibles con los deseos sexuales propios de su especie. Tomando en cuenta lo anterior, Freud (2014) describía a los sueños como la realización de deseos sexuales, mismos que son censurados y modificados por la psique, para así evitar el dolor. El contenido latente (inconsciente) es el significado real del sueño, pero éste es censurado por el contenido manifiesto (consciente). Cabe resaltar que éste último es aquel que se recuerda en estado de vigilia. El trabajo del analista es descifrar ese contenido escondido por la mente del paciente para así descubrir sus verdaderos deseos.

Como se puede observar, Freud (2014) establece la misma línea al respecto del sueño, en cuanto que tiene que ser descubierto, sin embargo, señala una diferencia entre su interpretación de los sueños respecto de las interpretaciones antiguas de los sueños; la idea de que su método era científico. Hall (1978) escribe un libro explicando lo freudiano y lo que llevó a Freud a decir y hacer lo que hacía, libro donde deja entrever la gran admiración que un cognitivista podía tener a un psicoanalista. Con base en lo que menciona Hall, Freud se vio influenciado por los grandes aportes científicos de su época, mismos que marcaban la pauta de un universo de reglas perfectas, las cuales podían ser descubiertas a través de operaciones numéricas. Por ello, Freud menciona reglas dinámi-

cas que rigen el comportamiento de los seres humanos de manera “objetiva”, como si se tratara de leyes físicas universales.

Estas ideas sobre el conocimiento de la realidad que marcaron los inicios del siglo XX, fueron de interés para el filósofo Popper (1991), quien señaló las diferencias entre ciencia y pseudociencia. Propone que los principios científicos deben de poder falsearse, pues aquellas teorías que parecían explicar todo estarían bajo un sesgo de comprobación, tal es el caso del psicoanálisis freudiano, el cual, al no poder demostrarse como una teoría errónea, terminaba convirtiéndose en algo más parecido a un dogma de fe, en donde todo tenía una explicación inconsciente. Que el paradigma freudiano no sea una ciencia clásica, no invalida por sí misma la propuesta, lo que se procura señalar es la idea de la “observación” del inconsciente a través del habla, y por tanto, de los sueños, como si éstos estuviesen ahí, en las palabras.

Por otro lado tenemos a las neurociencias, las que parecieran ser capaces de seguir estos principios de Popper (1991), dado que al basarse en la actividad cerebral, desde un marco empírico-positivista sería posible refutar los resultados de sus futuras investigaciones.

Desde el punto de vista de ciertos neuropsicólogos al respecto del significado inherente del sueño, se menciona que la acción onírica no tiene un significado en sí. Pues el sueño es el resultado secundario de la actividad cerebral (Tirapu-Ustárroz, 2012). Tal es el caso de Hobson (1994), que menciona la carencia de un significado del sueño respecto a la vida psicológica del individuo o Dennet (2001) quien por su parte, menciona que los pensamientos e imágenes de los sueños son dados al azar y no tienen ninguna conexión lógica. Nuevamente lo que se procura señalar en este apartado es la idea de la “observación” de los sueños, en este caso, como si estuviesen ahí, en el cerebro.

¿Dónde están los sueños? Siguiendo este mismo orden de ideas, no existe una tierra de los sueños en la que un científico pudiese observar/percibir el fenómeno onírico, de manera que el cuadro de “comprobación” a través de los sentidos, planteamiento empírico-positivista, queda irresoluble.

Desde el marco de las neurociencias se encuentra una explicación directa y lineal, los sueños son el resultado de la actividad cerebral, mencionar esto es negar que existe una relación sujeto-ambiente, siendo esto equivalente a pensar que el cerebro puede aprender algún idioma por sí mismo. Bateson (1998) planteó una epistemología que dista de la explicaciones lineales, aquellas que buscaban una explicación directa a lo acontecido, para dar paso a la ecología de la mente, poniendo como base la relación entre los elementos que interactúan entre sí. Poniendo un ejemplo que el mismo propone, se pregunta, ¿dónde está el escuchar? Para Bateson (1998), en la interacción de los elementos que se relacionan entre sí y no solamente en el cerebro, ambiente u oreja.

Es importante señalar que existen otros autores relevantes que han propuesto que el sueño tiene un significado; Fritz Pearls (1974) menciona que el sueño es una invitación al soñador a completarse (Gestalt) y/o completar sus procesos. Esta invitación onírica es traducida por el terapeuta, quien juega el papel de interprete; Jung (2002) describe al sueño como lenguaje del inconsciente, que por su naturaleza se muestra simbólico. La función del sueño es comunicar soluciones a la vida diurna del individuo; Alfred Adler (1997) desarrolla al sueño como una metáfora de la vida del sujeto, metáfora que impulsa al soñador a seguir creciendo en búsqueda de la superioridad, para así contrarrestar su sentimiento de inferioridad.

Los sueños en el constructivismo

Las posturas antes mencionadas, independientemente de su óptica ante el significado del sueño, suponen algo en común, el sueño es algo asequible. Si bien en las dos se toman métodos de investigación diferentes, a través del habla o de la actividad neuronal, en ellas pareciera describirse al sueño como una clase de objeto que se puede percibir y estudiar en algún laboratorio o clínica terapéutica.

Estos paradigmas difieren significativamente de lo que aquí se propone, pues desde el punto de vista constructivista, como lo comentaría Mahoney (2005), el sujeto es participe activo y cons-

tante de la construcción de significados de la realidad, por tanto no se puede concebir una realidad sin que el individuo construya el significado de la misma. Esto da como resultado la incapacidad de tener un significado del sueño independiente de las construcciones de quien lo sueña.

Preguntarse si el sueño tiene un significado sin que alguien lo construya es equivalente a preguntarse cómo se ve la realidad cuando nadie la ve. Anteriormente, Friedrich Nietzsche (2001) ya separaba la realidad del lenguaje, pues describe al humano como creador de un mundo para explicar la realidad del mundo exterior en el que se vive. Este mundo inventado está constituido por el lenguaje, mas los símbolos no son la realidad en sí, sino la traducción de la experiencia de estar vivo.

El constructivismo en psicoterapia surge como respuesta ante la necesidad de explicar los aspectos individuales de la comprensión sistémica tomada de Bertalanffy (1986), quien desarrolla la teoría de los sistemas diferenciándose del paradigma clásico de la ciencia, llevando a la ciencia, de la heterogeneización de los fenómenos, hacia la homogeneización de los mismos, desarrollando así, un paradigma situado en los sistemas y una comprensión correlacional de los objetos de estudio. La teoría de los sistemas da un giro importante a lo que se entendía como conocimiento, pues deja a un lado la premisa del objeto de estudio individualista, para centrarse así en el conjunto de múltiples variables en los contextos de estudio, así como también la coordinación, correlación e influencia que tienen entre sí estas variables, sin dejar de lado la concepción de leyes y reglas universales, pero si, aproximándose a la complejidad de las mismas.

Este periodo de la caja negra, como lo llamaría Feixas (1994), se estableció ante la funcionalidad de comprender los fenómenos desde una óptica no singular, sosteniéndose en una visión sistémica. Por tanto era importante llevar la terapia de una sola persona, a una terapia que incluyese a la familia. Para Feixas (1994), las explicaciones heredadas del psicoanálisis buscaban explicar el comportamiento humano intrapsíquicamente, en este sentido, el periodo de la caja negra facilitó la diferenciación de esta herencia, sin embargo y en un marco evolutivo, la caja negra murió, para así poder dar paso a un entendimiento que llevara al límite la exploración del comportamiento humano, permitiendo observar los fenómenos comportamentales desde una óptica intra, inter y extrapersonal, en donde las relaciones influyen en la manera en que el individuo auto organiza su visión del mundo.

Es así como se propone abordar los sueños desde un marco constructivista, con base en las ideas de Von Foester (2006) y su cibernética de segundo orden sobre la idea de que “lo dicho es dicho por un observador”. Esta cibernética difiere a la primera, pues desde esta visión, la información obtenida en un sistema es siempre reconstruida por quien la observa, es decir, la observación de la observación. De esta forma, regresando al cuestionamiento anteriormente mencionado al respecto del significado inherente del sueño y, tomando en cuenta lo abordado en esta sección, se entiende que la observación del inconsciente, o del cerebro, es otra observación de la observación del individuo a propósito de su sueño. Von Glasersfeld (2000) propondría algo semejante, refiriendo que aquello que se experimenta, se hace desde la forma de entender el mundo según los trazos de diferencia del observador.

Es por ello que la técnica de los sueños que aquí se muestra, se encuentra fuera de los límites de las concepciones del significado, dando paso a la idea de que los sueños son experimentados por el consultante y por tanto construidos por el mismo, siendo esto así, la interpretación del sueño es una construcción del terapeuta de la construcción del individuo. El trabajo del terapeuta que se plantea en este artículo supone facilitar la observación de las construcciones que subyacen al sueño con la historia del consultante, intentando no sucumbir a otorgarle un significado desde su propia visión.

El trabajo de los sueños en el constructivismo

Habría que señalar que la terapia sistémica se ha mantenido al margen de estudiar los sueños, pasando casi por completo el tema. Esto tiene congruencia con lo planteado en cuanto a la composición de las problemáticas formadas desde esta perspectiva, pues ahondar en estos temas podría implicar ver al consultante como el origen de la problemática y no al sistema en donde surge.

En el caso del constructivismo no ha sucedido igual, si bien no hay una basta gama, podríamos mencionar que existen algunos autores que han propuestos abordajes oníricos en terapia. El precursor de ello es Adler. Para Ursula Orbest (1998), Adler es un preconstructivista, pues su teoría supone que el individuo tiene sus propias concepciones, las cuales son una ficción de la experiencia, esta ilusión tiene el fin de evadir la inferioridad innata que el sujeto padece. Tomando en cuenta lo anteriormente dicho, podemos concluir que para Adler, la fantasía de la superioridad en la que se vive es una opinión de la realidad, no la realidad en sí, por ello el estado constructivista de Adler.

La psicología individual propuesta por Adler (1997), implica una postura subjetivista de la personalidad del individuo, diferenciándose así de Freud, quien suponía reglas dinámicas del aparato psíquico (Hall, 1978). El subjetivismo de Adler implica una postura individual de las experiencias vividas por el sujeto. A partir de ellas se elabora la idea de crecimiento o superioridad, que invitan al individuo a alejarse de aquellas experiencias que brindan un sentimiento de inferioridad, el resultado de esto es un status-quo de la vida del sujeto, llamado estilo de vida.

Los sueños en Adler (1997) son un reflejo metafórico del estilo de vida del individuo, es decir que el sueño es una metáfora en donde se manifiesta la especulación ficticia del futuro, construida como un autoengaño por la persona, quien busca una superioridad a fin de ocultar su inferioridad, llevándolo a seguir una forma de vida. Es importante señalar que el trabajo de los sueños de Adler es principalmente interpretativo, pues el trabajo del terapeuta es analizar cómo el sueño muestra este estilo de vida en el que la persona está sumergido.

Sobre la visión constructivista en la que se planteó a Adler (1997), retomamos el trabajo de Kelly (1991, 2001), quien a su vez es constructivista¹. Para George Kelly (1991, 2001), la conducta es un experimento, establece que el sujeto es una clase de investigador de la experiencia, en donde recopila, generaliza y categoriza los eventos, las personas, los objetos y a sí mismo con el fin de poder especular el devenir. El humano se anticipa al futuro, según las experiencias del pasado, para así proceder en el presente, creando teorías que le faciliten sus vivencias. A aquella forma de comprender al mundo se le otorgó el nombre de constructos personales, a razón de su carácter subjetivista. Los constructos personales no son una forma de observar al mundo y sus elementos de manera concreta, una etiqueta del lenguaje no abarca aquello que se establece en relación con el otro, es decir, no es una generalización uniforme ante todas las experiencias, sino algo más semejante a una abstracción subjetiva en donde diferentes elementos convergen y por tanto se relacionan para establecer una conducta satisfactoria².

Una de las diferencias significativas que tiene Kelly (1991, 2001) con algunos otros constructivistas, como es el caso de Watzlawick y Nardone (2000), es que postula que la realidad es efectivamente una construcción, sin embargo que ésta se construye en diferentes niveles, mismos que están más allá de la consciencia de la persona y que por tanto, los constructos no son algo que se seleccione según la voluntad individual. Kelly (1991) señala a aquellas construcciones fuera de la explicación simbólica (lenguaje) como constructos preverbales, los cuales se forman a una edad

1 Es importante mencionar que el constructivismo, como postura teórica, fue establecido posterior al trabajo de Kelly. Él mismo señaló que se buscó categorizar su propuesta en un paradigma ya establecido, los cuales no terminaron por empatarle, sin embargo al día de hoy se le reconoce como terapia constructivista, como lo propone Feixas (2001).

2 Una forma satisfactoria de lo sucedido no implica que el sujeto que vive dicha experiencia lo disfrute, pero representa la mejor salida que este puede concebir según su estructura de constructos personales.

218 temprana, en donde el infante no tiene la amplitud del lenguaje para explicarse lo que le acontece, sin embargo estableciéndose esta significación si algunos de estos constructos preverbales continúan en la adultez.

Kelly (1991) menciona que los sueños son constructos preverbales que reflejan la forma de entender la experiencia diurna, de manera que muestran a través de imágenes, cómo el soñante da significado a lo que sucede. Una persona podría soñar a sus hijos como cuervos que le sacan los ojos, pues experimenta a sus hijos como traicioneros y por tanto, construye la idea de que le harán alguna clase de daño. Esta asignación de significados, como previamente se ha comentado, se otorga autorreferentemente, sin que el individuo se entere de ello, pues los constructos preverbales van más allá de la consciencia tangible. Si aquel padre experimentara a sus hijos como jóvenes bondadosos³, los soñaría de forma diferente.

Esta información mencionada funge para establecer los criterios en que la intervención propuesta se evalúa. Pues no cualquier cosa que se diga al respecto de los sueños se establecerá como válida. Lo que se busca es llegar a responder a la pregunta ¿para qué sirve esta técnica? La técnica funciona para esclarecer los vínculos preverbales, de manera que la persona entienda con mayor amplitud el motivo de sus comportamientos y por tanto se pueda establecer una postura sobre los mismos, cuando la técnica lleve a eso, significará que se está utilizando según el propósito con el que fue elaborada.

Mahoney (2005) también sugiere formas de trabajo con sueños, pues para él reflejan una actividad y tienen una influencia importante en las personas. Para Mahoney, el fin de hablar de sueños es el hecho de que la persona pueda experimentarse y sincronizarse con su vida interna, prestando atención a aquello que sucede fuera de sus observaciones.

De los constructos preverbales a la Terapia Familiar de Linares

Juan Luis Linares (1996) desarrolla el concepto de nutrición emocional, mismo que cambiaría posteriormente por nutrición relacional (2012). La nutrición emocional estaría en relación a la forma en que se les brinda amor relacional a los hijos, él mismo menciona la dificultad de establecer un criterio fijo para ello, poniendo como base el reconocimiento, cariño y valoración (y las múltiples formas que esto puede tomar). Linares (2000) menciona que la depresión mayor se encuentra relacionada a una parentalidad deteriorada, lo cual da como resultado una nutrición emocional deficiente y por tanto un amor imposible de alcanzar. Esta nutrición emocional se encuentra incrustada a una serie de metas imposibles de alcanzar.

Podemos establecer la nutrición relacional como un constructo preverbal, pues la experiencia que se vive con esta parentalidad, se puede considerar una forma en la que el individuo da significado a la vinculación afectiva de sus padres, misma que según Linares (1996, 2000, 2012) reflejará en sus relaciones futuras. Esta forma de vincularse con el otro, es algo que probablemente el individuo no tenga consciente, como lo mencionaría Kelly (1991), los constructos preverbales están fuera de las explicaciones lingüísticas.

La escalada onírica pretende facilitar la comprensión de los constructos preverbales mostrados en el sueño. En aras de la terapia familiar, esto puede entenderse como la forma en que el individuo construye el amor que recibe de sus padres. Retomando el ejemplo utilizado previamente al respecto de la persona que se deprime, el individuo construye la idea de que por más que se esfuerce, nunca será digno de ser querido, pues de esa manera, aprendió a vincularse afectivamente. El resultado de lo mencionado es una explicación sistémica familiar del constructo personal.

3 Es importante señalar que el constructo bondadoso es un constructo abstracto y subjetivo, como lo son los demás, es decir que se encuentra en espectro limitado pero difuso de posibilidades y relaciones con otros constructos. De manera que lo bondadoso pudiese adoptar matices, en los sueños diferentes objetos “bondadosos”.

Las técnicas basadas en el escalamiento están propuestas en el marco de los corolarios de dicotomía⁴, organización⁵ y elección⁶ propuestos por Kelly (2001)⁷. Botella y Feixas (2008) describen estas técnicas que se fundamentaron en la escalada ascendente de Hinkle (citado en Botella, 2008), la cual se propone en un marco jerárquico tipo piramidal, el fin de ello es ascender a los constructos más significativos. Para esto, se desarrolla, en primera instancia, el constructo dicotómico, preguntando por lo contrario de la cuestión a tratar. A manera de ejemplo se utiliza un lado del constructo como estricto, al preguntarle al consultante por lo contrario de ello, menciona flexible (estricto vs flexible). De manera que se tiene el constructo bipolar. Se busca a partir de ello los motivos subyacentes, de manera que se escala preguntando por los motivos para preferir ser estricto que flexible, dicha pregunta podría ser “¿por qué eliges ser estricto que flexible?” la respuesta a esta pregunta hipotética sería vivir en orden. Una vez escalado el constructo dicotómico se vuelve a repetir la fórmula⁸. A continuación mostraremos una tabla que explicita los constructos en forma piramidal.

Tranquilidad	VS	Ansiedad
Seguridad	VS	Inseguridad
Vivir en orden	VS	Vivir en desorden
Estricto	VS	Flexible

El escalamiento se elabora en función de ascender a fin de llegar a los constructos más influyentes. Dentro de estas técnicas se encuentra también el escalamiento descendente, el cual busca las relaciones supraordinales del constructo, en donde se explora la atribuciones de significados que el consultante le da a cierto constructo⁹ (Landfield citado en Botella, 2008).

Existen otras técnicas de escalamiento, como es el caso del escalamiento dialéctico (Neimeyer citado en Botella, 2008), la flecha descendente desde una perspectiva constructivista (Neimeyer citado en Botella, 2008) y el ABC de Tschudi (Botella, 2008).

Bajo estas bases, se elabora la escalada onírica, la cual pretende esclarecer los constructos preverbales para así poder escalar a otros constructos. La forma presentada es una sugerencia de uso según se ha utilizado.

Se le pide al consultante que platique lo que recuerda del sueño. Una vez escuchado, se selecciona un apartado del sueño “¿Qué parte o sensación del sueño te parece la más representativa? ¿Cuál escena del sueño te parece que habla más de tu vida? Se puede trabajar con todo el contenido del sueño, tomando cada sección que represente una sensación del constructo subyacente, a continuación se muestra el escalamiento bajo una sola sección.

Una vez seleccionada la parte o sensación a trabajar, se habla de ésta, tomando incluso las relaciones ordinales (descender). En forma de ejemplo, si una persona sueña con ser perseguida se pregunta “¿Con qué relacionas la sensación de ser perseguido?, ¿Qué es parecido al sentirse perseguido?, ¿Qué otra situación te hace sentir perseguido?” El fin de esta pregunta, como anteriormente es mencionado, es revisar las relaciones del constructo preverbal con otras que se encuentran ale-

4 El sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos (Kelly, 2001).

5 Cada persona desarrolla de manera característica, para su conveniencia en la anticipación de acontecimientos, un sistema de construcción que incluye relaciones ordinales entre constructos (Kelly, 2001).

6 Una persona escoge para sí misma aquella alternativa en un constructo dicotómico con la que anticipa más posibilidades de elaborar su sistema (Kelly, 2001).

7 Sin embargo los 11 corolarios en su totalidad están implicados, los mencionados son los más relevantes.

8 ¿Qué sería lo contrario de vivir en orden? ¿Por qué escoges vivir en orden que en desorden?, ejemplos de preguntas que pudieran continuar con el escalamiento.

9 Una pregunta que se sugiere es: ¿Cómo se puede saber que una persona es x?

dañas, a manera de aproximación al constructo preverbal y en la situación donde se presenta. Otra variable de pregunta es ¿A qué le atribuyes que sueñes con ser perseguido? Y posteriormente, ¿Por qué atribuyes el ser perseguido a X situación? Una vez designado el constructo de “perseguido”, se invita a la persona a que hable más de ello.

El paso siguiente es preguntar por la opción no tomada por el consultante, el polo opuesto. Esto se ha realizado de dos maneras. Preguntando, ¿Qué sería lo contrario a la sensación de ser perseguido? o facilitando esta transición tomando uno de los elementos de la escena, para así facilitar la transpolación. Como ejemplo, mencionaremos que en el discurso del consultante, se relata que el perseguidor tiene un cuchillo con el cual podría dejarlo muy mal. Si esto fuera así, se podría preguntar lo siguiente ¿Qué sería lo contrario a un objeto que te pudiera hacer mucho daño?, posteriormente a la respuesta se podría preguntar: si esto fuera así ¿Cómo crees que cambiaría el sueño?

Posteriormente existen varias posibilidades, una de ellas es establecer cómo es que la persona construye el lado dicotómico del constructo (en este caso pensaremos en perseguir), invitándola a hablar de ello, tal como es el paso del primer polo del constructo. También se puede preguntar (y es recomendable en algún punto hacerlo) por la opción dicotómica que se toma, “¿Cuándo es que persigues?, ¿En qué momento sientes que persigues a alguien?, ¿A quién consideras que perseguirías si no hubiese otra opción?”¹⁰.

Una vez obtenido el constructo dicotómico, se buscan las motivaciones para considerarlo. Como lo mencionaba Kelly (2001), una persona selecciona un constructo porque, a su manera, le ha sido satisfactorio. Para ello habría que registrar en qué polo del constructo (perseguido vs perseguir) se reconoce, de manera que se pueda escalar. A continuación una sugerencia de preguntas que pudieran utilizarse: Tomando en cuenta esto que me dices¹¹ ¿Por qué sería importante para ti sentirte perseguido?, ¿Por qué prefieres ser perseguido que perseguir? A partir de aquí se propone repetir el proceso de escalamiento ascendente (Hinkle citado en Botella, 2008), o también revisar las relaciones ordinales de estos nuevos constructos a través de la escalada descendente (Landfield citado en Botella, 2008). Para finalizar se pondrá la tabla del ejemplo que se ha estado utilizando .

Querido	VS	Detestado
Moral	VS	Inmoral
Lastimado	VS	Lastimar
Perseguido	VS	Perseguir

5. CASOS DE APLICACIÓN DE LA ESCALADA ONÍRICA

A continuación se presenta un caso en el que se ha aplicado la escalada onírica, se ha optado por no transcribir la intervención completa, debido a la extensión que esto requeriría. De manera que se presenta la información condensada, así también será más útil y guiada para el lector. Los nombres fueron cambiados para asegurar el anonimato del participante, el cual estuvo de acuerdo con que su intervención fuera publicada.

EL CASO DE VIRGILIO:

El relato del sueño que se muestra a continuación, es una paráfrasis en primera persona del sueño de Virgilio, se guardó de algunas palabras que se usaron, principalmente aquellas que estaban

10 Estas últimas preguntas dan por hecho que la persona persigue, cosa que si bien podría haber sucedido, no es un hecho que pudiera recordarse o que incluso hubiese pasado.

11 Es más útil resumir aquello que el consultante ha dicho del constructo y la manera en la que interactúa en su vida con éste.

en relación a sus constructos, se necesitó colaboración por parte del terapeuta para establecerse de la siguiente forma.

Virgilio.- Me encontraba con dos de mis mejores amigos en una casa abandonada, la cual parecía escuela, debido al tamaño y forma de sus habitaciones. Nosotros entrábamos por un pequeño orificio por donde se podía acceder directamente al patio de la casa, en donde se encontraba un gran árbol seco. A pesar de que la casa estaba abandonada, sentía que una presencia nos observaba, no era exactamente humano, era alguien que no sabía quién era pero que estaba ahí, vigilándonos. Para eso yo me había fijado que había una cosa extraña debajo del árbol, así que decidimos escarbar para ver de que se trataba, fue entonces que encontramos una clase de piedra preciosa, no logro reconocer si eran unas monedas de oro o piedras doradas, yo las guardé. Aquel ente se había dado cuenta de ello y gritó – ¡¡se lo están llevando!! – Entonces nosotros corrimos. Al final del sueño me daba cuenta que éramos una clase de espíritus, como si no tuviéramos vida.

Terapeuta.- ¿De lo que sucede en el sueño hay alguna sensación que te llame la atención en especial?

V.- Me llama la atención la sensación de estar haciendo algo inadecuado.

T.- ¿Por una presencia que desconoces?

V.- Sí.

T.- ¿Algunas vez te has sentido así? Me refiero a sentirte observado por una presencia que desconoces, evidenciado de estar haciendo algo inadecuado.

V.- Sí, algunas veces me siento así, sobretodo en mi trabajo. Resulta que trabajo con personas que están involucradas con el narcotráfico, debido a que ellos consumen drogas y en ocasiones termino escuchando cosas que no quisiera escuchar, desde deudas con criminales, hasta amenazas que tienen. Me quedo preocupado pues sé que las personas que los llegan a seguir los podrían relacionar conmigo.¹²

T.- ¿Es como si estuvieras siendo vigilado por una presencia que no conoces?

V.- Exactamente.

T.- ¿Y qué te provoca el sentirte observado por algo o alguien que no conoces?

V.- Me preocupo.

T.- ¿Entonces te sientes preocupado al sentirte observado por alguien que no conoces que piensas que él sabe que estás ahí?

V.- Así es.

T.- Como en el sueño en donde eres observado por aquella presencia.

V.- Sí.

T.- ¿Me pregunto si esa sensación es semejante a la que sientes por los narcotraficantes que piensas que te observan pero que no conoces quiénes son?

V.- No lo había pensado, pero efectivamente es la misma sensación.

Explicaremos la técnica hasta el momento. Como ha sido anteriormente dicho, la intervención del sueño se encuentra sintetizada de manera que se facilite la explicación de la técnica. La sensación de ser observado, sentirse vulnerable, de hacer algo inadecuado y de estar en grupo no se encontraban unidas por el consultante, se facilitó a través de preguntas la integración ordinal de los constructos.

Para Virgilio el sentirse observado es dado por estar haciendo algo inadecuado, se toma como constructo ordinal el estar acompañado. Siendo estar acompañado el menos cercano al constructo base, pues al preguntarle si se sentía de esa forma con sus amigos respondió que solamente cuando hacen algo indebido con sus amigos, como lo que están haciendo en el sueño, de manera que no hay una conexión piramidal entre estar en grupo y sentir que está haciendo algo inadecuado.

12 Virgilio trabaja en una constructora, es arquitecto y se encarga de revisar que los trabajadores hagan el trabajo según lo estipulado.

Terapeuta.- Regresando a la sensación que te llamó la atención ¿qué sería lo contrario de estar haciendo algo inadecuado?

Carlos. - Hacer lo correcto.

T.- ¿Te parece que cuando estás solo estás haciendo lo correcto?

V.- Ahora que lo mencionas, no suelo meterme en problemas estando solo, hago lo correcto típicamente, aunque tampoco es como si sintiera que estoy haciendo algo inadecuado cuando estoy acompañado.

T.- ¿Consideras que si en el sueño estuvieras haciendo lo correcto te sentirías observado?

V.- Me cuesta algo imaginarlo, pero siento que no estaría esa mirada, ni siquiera hubiéramos entrado a la casa.

T.- ¿Eso cómo te hubiese hecho sentir?

V.- Tranquilo.

T.- ¿Dirías que sentirte tranquilo es lo contrario al sentirte preocupado?

V.- Así es.

T.- Sin embargo trabajas con personas las cuales te hacen sentir preocupado, ¿qué motivos te llevan a quedarte en ese trabajo y no dejarlo o buscar otro en el que estés tranquilo?

V.- Lo que sucede es que no puedo estar un solo día sin trabajar, necesito el dinero pues tengo unas situaciones en mi casa, mi madre está enferma.

T.- ¿Cómo es una persona que se preocupa por la enfermedad de su madre?

V.- Responsable.

T.- ¿De manera que te preocupas a causa de ser responsable de lo que sucede con tu madre?

V.- Así es, solamente yo puedo hacerlo, pues mi padre está muerto y mi hermano menor nunca colabora en esas situaciones, en general yo siempre he sido el que se hace cargo del dinero.

T.- ¿Y si dejaras de ser responsable, en que te convertirías?

V.- Sería como mi hermano, un irresponsable.

T.- Vamos a imaginar, que por alguna razón, se termina tu responsabilidad de dar dinero a tu casa, supongamos que tu mamá se mejora y ya no necesita más dinero, incluso tu hermano comienza a cooperar con gastos en casa, ¿qué sucedería contigo?

V.- Sentiría que ya no cargo nada sobre los hombros, me sentiría libre.

T.- Si en ese escenario te sentirías libre ¿en el escenario en el que estás como te sientes?

V.- Como si estuviera en una cárcel en la cual no hay salida, me desespero, me siento deprimido.

T.- ¿Y qué sería lo contrario a eso?

V.- Sentirme libre de hacer lo que yo quiera, con ganas de vivir, feliz.

T.- Voy a decir algo muy ambicioso, la forma que mencionaste, sentirte encarcelado, deprimido, desesperado y sin salida ¿es parecido al sueño en el que te dabas cuenta que eras una clase de espíritu?

V.- Exactamente, es como si dijera, si estoy así para que siga viviendo y así me siento, sin ganas de vivir.

Podemos observar ahora la forma en la que se escaló a través del sueño por los constructos personales de Virgilio; para Virgilio, el sentirse encarcelado es un constructo básico en su experiencia, constructo que se da por tener una responsabilidad otorgada en su casa, misma que se estableció durante muchos años, a la par que su hermano no se encargaba de ello, el enfoque posterior a esta intervención se puede establecer en la nutrición relacional de Linares (1996, 2000, 2012). Esto desemboca en la necesidad de Virgilio de seguir en trabajos que a él no le agradan, y éste en específico, sentirse preocupado por alguien que le observa de hacer algo indebido. A continuación se presenta una tabla con los constructos y la escalación de los mismos.

Deprimido	VS	Feliz
Encarcelado	VS	Libre
Responsable	VS	Irresponsable
Preocupado	VS	Tranquilo
Observado	VS	No observado
Hacer algo inadecuado	VS	Hacer lo correcto

6. CONCLUSIONES

Los constructos preverbales mostrados en la escalada onírica no son sencillos de establecer, muchas veces es necesaria la ayuda del terapeuta para facilitar dichas construcciones, ya sea a través de la imaginación, de la aproximación empática y por tanto de la conexión con la experiencia del individuo. El ejemplo es una versión corta de la intervención, en el cual la persona podía conectar fácilmente con sus propios constructos, se sugiere el uso de la creatividad del propio terapeuta para conectar con los constructos preverbales. Puede ser el uso de música que le recuerde a dicha sensación, de imaginación guiada o de sugerir a la persona que lo analice más.

Vale la pena señalar que en el ejemplo mostrado se usó una forma en la cual se utiliza la vida del consultante para pasar al otro polo, otra forma de llevarlo a cabo es utilizando los mismos elementos del sueño para llegar al otro polo, preguntando por lo contrario a X elemento y el cómo esto cambiaría el sueño y su sentir ante éste.

La escalada onírica es una herramienta para aquellos terapeutas que se proponen conocer los constructos más vitalicios del consultante, con los cuales la persona elabora su forma de entender y actuar frente al mundo. Existen dos finalidades de esto, la primera está en relación al consultante, pues al hacer visible aquel constructo que subyace la experiencia del individuo, éste podrá tener mayor conocimiento de su postura y por tanto la posibilidad de actuar frente a ello. Esto puede ser en especial de utilidad para aquellos consultantes que se les dificulta entender su forma de vivirse, en donde no tienen muy asegurados los motivos de su malestar.

En el segundo caso es en relación al terapeuta, el cual podrá organizar intervenciones acordes a las propias construcciones del consultante, ampliando así una posibilidad de empatía y sincronicidad con él. En el ejemplo dado, posteriormente a la intervención, se comenzó a hablar de la necesidad de sentirse libre y sobre cómo, el no conseguirlo, le hacía sentir de la forma en la que se sentía. Se propuso formas en las cuales Virgilio pudiera sentirse más libre, sin sentir que dejaba a la deriva a su madre. Tomando esto en cuenta, los objetivos que se elaboran en consulta pueden entenderse en aras de aquello que la persona desea alcanzar y aquellas desventajas y/o dificultades que le representa cambiar de polo.

Por otra parte, se pretende ampliar los diferentes temas que se desarrollan en terapia familiar, pues ciertos tienen una difusión e interés amplio y otros pasan casi desapercibidos. A propósito de ello, Valle (2016) realiza una bibliometría de la *Revista Redes*, en la cual menciona que el tema más publicado es sobre la terapia de pareja, el segundo la formación del terapeuta y en tercero la psicosis. Rectificando que el mensaje que se pretende dar es la ampliación de los temas y de la terapia familiar para el crecimiento de esta.

Es importante señalar que la escalada onírica es una forma de intervenir a través de los sueños, la manera en que fue presentada es la forma en la que se ha utilizado, dando por hecho que existen otros caminos en los que se pudieran utilizar esta misma técnica, se considera que también pudiesen existir otras técnicas oníricas que cumplieran los mismos alcances que esta supone. Otro

224 factor que es importante mencionar, es aquella pericia del terapeuta que aplica la técnica, como en cualquier otra, la persona no es inherente al proceso ni a las técnicas utilizadas en el mismo, por tanto la práctica y el conocimiento de sí mismo y por tanto del otro, son fundamentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, A. (1997). *Understanding life*. Oxford: One world.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Lohlé-Lumen.
- Botella, L. & Feixas, G. (2008). *Teoría de los constructos personales. Aplicaciones a la práctica Psicológica*, [en línea]. Barcelona: Universitat Ramon Llull, Versión electrónica recuperado de https://www.researchgate.net/publication/31739972_Teoria_de_los_Constructos_Personales_aplicaciones_a_la_practica_psicologica<https://www.researchgate.net/>
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Descartes, R. (2002). *Los principios de la filosofía*. Barcelona: Alianza.
- Dennet, D. (1995). *La conciencia explicada, una teoría interdisciplinaria*. Barcelona: Paidós
- Feixas, G. (1994). Abordando al individuo, abordando al sistema: modelo constructivista para la psicoterapia integradora. *Sistemas familiares*, 10(2), 25- 48.
- Feixas, G. En Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (2014). *La interpretación de los sueños, volumen I*. México: Lectorum.
- Freud, S. (2014). *La interpretación de los sueños, volumen II*. México: Lectorum.
- Foester, H. (2006). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Glaserfeld, E. (2000). El constructivismo radical, o la construcción del conocimiento. En P. Watzlawick y G. Nardone (Ed.), *Terapia breve estratégica*, (pp. 39-50). Barcelona: Paidós.
- Hall, C. (1978). *Compendio de psicología Freudiana*. Argentina: Paidós.
- Hobson, J. (1994). *El cerebro soñador*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jung, C. (2002). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Buenos Aires: Planeta.
- Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona: Paidós.
- Kelly, G. (1991). *The Psychology of personal constructs. Volume one, theory and personality*. London: Routledge.
- Kelly, G. (1991). *The Psychology of personal constructs. Volume two, clinical diagnosis and psychotherapy*. London: Routledge.
- Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. (2000). *Tras la honorable fachada*. Buenos Aires: Paidós.
- Linares, J. (2012). *Terapia ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Barcelona: Paidós.
- Munévar, M., Pérez, A. & Gúzman, E. (1995). Los sueños: su estudio científico desde una perspectiva interdisciplinaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41-58.
- Nietzsche, F. (2001). *Humano demasiado humano, un libro para espíritus libres*. Volumen 1. Madrid: Akal.
- Oberst, U. (1998). *Salud mental y ética: el concepto de sentimiento de comunidad en la psicología de Alfred Adler*. Universitat Ramon Llull: Ars Brevis, 225 - 240.
- Pearls, F. (1974). *Sueños y existencia*. Santiago: Cuatro vientos.
- Popper, K. (1991). *Conjeturas y refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico*. Barcelona: Paidós.
- Tirapu-Ustárroz J. (2012). Neuropsicología de los sueños. *Rev. Neurol* 55, 101-110
- Valle, A. (2016). Análisis bibliométrico de la revista REDES (1996-2016) 20 años de publicación Zapopan: *Revista REDES* 34, 35-45.

Watzlawick, P. (1976). *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación.*

Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica.* Barcelona: Paidós

Invitados



Francisco Javier Ortega Allué^a, Ramón José Lema^b

^aEscuela de Terapia del Hospital Sant Pau, Barcelona (fjoallue@telefonica.net), ^bBlanquerna-Universitat Ramón Llull, Barcelona (ramonlema95@gmail.com)

Historia editorial

Recibido: 05-10-2017
Primera revisión: 08-10-2017
Aceptado: 23-10-2017

Resumen

En el presente artículo se analizan ciertas circunstancias propias de la labor terapéutica en la terapia familiar que frecuentemente determinan las posibilidades de producir modificaciones deseables. Además, se exploran posibles recursos técnicos que movilicen al sistema consultante en dirección del cambio terapéutico.

Palabras clave

vulnerabilidad del sistema, reto, técnicas, intensidad emocional

Abstract

The present article analyses certain distinctive conditions of the therapeutic undertaking in family therapy that frequently determine the possibilities of producing desirable modifications. In addition, it explores possible technical resources that mobilize the consulting system in the direction of therapeutic change.

Keywords

system vulnerability, challenge, techniques, emotional intensity

Los sistemas familiares tienen que afrontar dos situaciones o demandas aparentemente contrarias: la necesidad de permanencia, sin la cual el sistema se diluiría en el tiempo como un azucarillo, y la necesidad de cambio, sin cuyo afrontamiento la familia no crecería ni se adaptaría al proceso temporal en que toda existencia consiste.

La permanencia tiende a la reiteración; su característica es la repetición, el ritual, lo ya sabido o consabido. Como dice el viejo refrán, a menudo pensamos que *Más vale malo conocido, que bueno por conocer*. El cambio reta porque tiende a la innovación, a la experimentación y a la prueba. Nos agrada el cambio y nos seduce, pero a menudo nos instalamos en la permanencia incluso cuando las pautas y procesos se convierten en disfuncionales para el propio sistema al que pertenecemos.

En situaciones de crisis, aferrarse a lo conocido (aunque sea malo) es un mecanismo de adaptación, que puede resultar disfuncional, pero que es sin duda esperable. Pero este aferramiento no facilita la incorporación de elementos que ayuden a generar cambio. Es *más de lo mismo*, como solemos repetir con perseverante frecuencia.

El terapeuta, como se nos recuerda desde la literatura clásica de los pioneros de la terapia familiar, tiene que agitar, mover, desequilibrar, hacer que la ansiedad aumente, si quiere que el sistema se vea urgido a buscar una nueva estructura más adaptativa y funcional y se produzcan los cambios. Debe, en suma, provocar un desequilibrio que ayude a cambiar aunque, de entrada, este desequilibrio saque a la luz la vulnerabilidad del sistema y, como reacción, las defensas con que las familias afrontan la elevada ansiedad de ciertas situaciones.

Por su parte, las familias necesitan un contexto de seguridad para abrirse con confianza ante terceros, a quienes a menudo viven como jueces que emitirán una sentencia de competencia o de incompetencia. Son conscientes de su situación de vulnerabilidad, y confían ser escuchados y atendidos e incluso convencer a los oyentes de las razones por las que cualquiera (y no sólo ellos) se encontrarían en dificultades parecidas de haberles ocurrido lo que a ellos les ha sucedido.

Centrados en nuestras propias emociones, en alguna ocasión olvidamos que también las familias están con nosotros compartiendo un contexto de incertidumbre que, a diferencia de cómo lo experimentamos los operadores, para ellos es aún más generador de ansiedad, puesto que vienen con una petición de ayuda, van a mostrar ante unos desconocidos sus dificultades y carencias, o en parte acuden forzados por una situación de dificultad que no saben todavía cómo afrontar y resolver.

Los operadores, para sostenernos en esta ansiedad sin desfallecer, nos refugiamos en nuestras competencias profesionales, protocolos, técnicas y demás. Por su parte, las familias se aferran a las historias cien veces contadas, con el mismo objetivo: sostenerse en la ansiedad y conseguir que nosotros veamos el mundo como ellos lo ven; que participemos de su mirada pero también de sus inevitables conclusiones.

En toda relación terapéutica eficaz subyace una condición inapelable: tanto los individuos como las familias necesitan sentirse lo suficientemente seguros como para iniciar los procesos de cambio y arriesgarse a probar cosas nuevas. Y la terapia no es otra cosa que ese espacio simbólico que genera seguridad, sin la cual ningún cliente se aventuraría a transgredir los límites del “más de lo mismo”¹. Por tanto, si el contexto terapéutico no es lo suficientemente seguro para los consultantes, estos no asumirán los riesgos del cambio; pero si lo es en exceso, no cambiarán.

Podríamos preguntarnos, pues, si existe un grado óptimo de seguridad y qué elementos del contexto terapéutico le indicarían al operador haberlo alcanzado, al menos por su parte. En efecto, el

1 Al respecto cabe recordar lo que Friedlander, Escudero y Heatherington (2009) entienden por la seguridad dentro del sistema terapéutico: “El cliente considera la terapia un lugar donde puede asumir riesgos y mostrarse abierto, vulnerable y flexible, tiene una sensación de comodidad y la expectativa de que habrá nuevas experiencias y aprendizajes, de que estar en terapia será para bien, de que se puede manejar el conflicto familiar sin que haya daños; y de que no hay necesidad de estar a la defensiva”.

terapeuta puede disponer de un conjunto de estrategias para garantizar la seguridad contextual, pero ésta no depende sólo de él. Escudero y otros (2009) han señalado algunas: el manejo terapéutico de la posible hostilidad en el seno de la familia, la sensibilidad para captar los sentimientos ligados a una mayor vulnerabilidad emotiva, el centrarse en los aspectos positivos y en los resultados exitosos o en la informaciones neutrales, el amplificar las diferencias y mantener una actitud relajada, sin respuestas impulsivas, entre otros. No podemos estar más de acuerdo.

Lo que el terapeuta puede hacer activamente para procurar un escenario terapéutico seguro es mucho, pero hay ocasiones en que este mucho, siéndolo así, no alcanza. Puede ser que las familias no confíen en los profesionales por haber tenido experiencias negativas en el pasado; puede ser que la desconfianza entre ellos sea muy elevada y utilicen cualquier elemento que aparezca durante el proceso terapéutico como arma arrojadiza contra los demás, en una lucha sin fin. Puede, incluso, que hayan aprendido ciertos patrones familiares de estilo paranoico en sus relaciones trigeneracionales, que activen en estas situaciones de estrés. Todo ello lo van a poner en acción en la sala de terapia, con el operador como testigo privilegiado de esta danza, para enredarlo en ella y anular su operatividad en la medida en que ello sea posible. Porque quieren pero al mismo tiempo no quieren cambiar.

Los terapeutas familiares tenemos que llegar a ser expertos en los pasos de esta danza y en el afrontamiento de esos momentos de alta intensidad o desbordamiento emocional, conteniendo y reconduciendo los mismos hasta niveles que vuelvan a hacer operativo el intercambio dialógico en la sesión.

Una cierta flema, unida a la empatía que se debe manifestar en estas situaciones, no es una característica a despreciar. Por medio de su contención interna en estas circunstancias, el terapeuta enseña a la familia, sin discursos ni sermones, que hay una forma diferente de relacionarse, más operativa y funcional. En suma, enseña a la familia a tolerar mayores niveles de intensidad emocional y formas de contención de su ansiedad.

Esto supone, por nuestra parte, haber adquirido la habilidad de sentirnos cómodos en situaciones en que, por regla general, las personas manifiestan elevados niveles de ansiedad y agitación. Implica, en suma, aceptar que somos operadores en circunstancias de incertidumbre, y eso no de una forma casual, sino continuada, casi permanente, como característica de nuestra profesión. Cuando se alcanzan nuevas situaciones con suficiente nivel de confort y certidumbre, la terapia está terminando. Así que el profesional vive casi siempre sumergido en situaciones de sufrimiento y elevada ansiedad, a las que debe responder con respuestas de baja intensidad emocional, de control y de cercanía interpersonal. Nos preguntamos cómo hacer eso; la respuesta no es simple sino compleja y llena de aristas. Las técnicas ayudan, pero no lo son todo.

Nuestra forma de estar en el mundo y la utilización que hagamos de nuestra presencia en la sala, la apostura, el gesto, la inclinación del cuerpo hacia adelante, la cercanía, los tonos de voz, la tranquilidad con que preguntamos o aseveramos, nuestra forma de mirar a los usuarios, de sentarnos en la silla, de cruzar las piernas o los brazos... todos estos elementos aparentemente nimios en sí mismos, conforman esa respuesta que buscamos. Interés genuino o capacidad de hacer las preguntas oportunas para introducir nuevas informaciones que abran posibilidades y permitan ensayar y poner en marcha nuevos recursos de las familias son elementos a no olvidar.

¿Qué hacer, entonces, con las emociones que emergen en el propio operador como resultado del encuentro terapéutico? Pensamos que es importante que el operador las detecte, que las identifique y reconozca y, con posterioridad a este movimiento intenso de análisis, trate de convertirlas en información. ¿Qué me dice mi cuerpo, ese nudo que siento en el estómago, esa sorda irritación que noto que me atenaza, sobre mí y mi relación con estos usuarios concretos? Lo que me sucede es informativo; me ocurre una conducta (tener o sentir emociones) que es comunicación. Me dice algo si quiero atenderla. O me lleva a la acción ciega si la ignoro o si respondo impulsivamente a ella.

Señalan Cecchin, Lane y Ray (2011), que a veces los terapeutas tomamos algunos incidentes que ocurren durante el tratamiento como si se trataran de una afrenta personal. O *una afrenta* o, en el mejor de los casos, *una resistencia*. ¿Qué cabe hacer ante esto entonces? Hay que explorar ese senti-

miento, no en relación a lo que le ocurre al paciente, sino en relación a lo que me ocurre a mí mismo, ya sea con respecto a mi historia familiar y los patrones de aprendizaje que he automatizado, ya sea en relación a mi consideración de lo que significa ser terapeuta y ser, además, un terapeuta exitoso. Hay que explorar nuestras prisas terapéuticas con esa familia (acaso nos cansan e irritan, nos aburren o abrumen) y el ritmo con que nosotros somos capaces de asumir los procesos de cambio, diferente, sin duda, de los ritmos de las familias.

Que tenga la flema suficiente para convertir las emociones en información o que me deje arrastrar hacia una acción impulsiva y reactiva es casi siempre efecto de mis aprendizajes familiares. De ahí la importancia de conocer cuáles han sido los estilos y pautas relacionales, las emociones permitidas y prohibidas, así como su manifestación u ocultamiento, que he aprendido en mi propia familia de origen.

Mi estilo familiar colorea mi forma de intervenir sea o no consciente de ello. La conciencia me ayuda, la inconsciencia hace que me desborde y pierda operatividad, al tiempo que gano reactividad. Mis propios bloqueos o conflictos irresueltos, las dificultades para manejarme con determinadas figuras de mi familia de origen o con los sentimientos que, en la relación, ellos despertaban en mí, van a estar en la sala de terapia si entro allí cargado únicamente con mis bagajes técnicos, por precisos que éstos sean. Es como si me escondiera detrás de lo técnico, para soportar el aumento de intensidad que trae consigo el encuentro terapéutico.

Como nos ha señalado Minuchin, siempre hacemos menos de lo que somos. Tendemos de forma natural a restringir nuestras capacidades y a movernos en una horquilla de comportamiento conocido y confortable, pero disminuido. Lo mismo les ocurre a las familias. La familia que vemos en terapia es parcial, y tiene más capacidad de la que usa y manifiesta en sesión.

Por tanto, el terapeuta tiene que hacer con ella al principio lo mismo que hace consigo. Tras el reconocimiento de los esfuerzos, de las capacidades, del sufrimiento vivido, en suma, tras la acomodación al sistema terapéutico, no le queda otra que *retar*. El reto no es hacia la familia, sino hacia las atribuciones que la familia hace de aquello que les pasa; esto es, hacia su narrativa: quién es el portador del síntoma, qué es lo que son, qué tratan de conseguir cuándo nos cuentan lo que nos cuentan e incluso qué esperan que nosotros hagamos en respuesta a todo ello.

Hay que retar y colocar al sistema en una posición de cierta incomodidad, porque necesitamos romper las certidumbres que aprisionan a las familias y cercena o ciegan sus otras posibilidades. Es el desafío y desequilibramiento contenido del que nos hablaron tantos terapeutas. Sin esa ruptura, que ocurre a menudo en la sesión, no hay posibilidad de cambio que es, al fin y al cabo, aquello que las familias esperan que les ayudemos a hacer y por lo que sin duda nos pagan.

Pero para hacer esto, resulta necesario que también el propio terapeuta se ponga en juego. Ha de ser capaz de desarrollar en sí mismo ciertos aspectos que acaso le perturban: mayor cercanía emocional, disponer de una mirada apreciativa sobre el sufrimiento y lo que las personas hacen para sobrellevarlo, capacidad para tolerar la incertidumbre y de reconocimiento de las circunstancias en que la ansiedad se eleva, así como el aprendizaje del manejo de las emociones que circulan por el sistema terapéutico.

Al hilo de esto, observamos con grave pertinacia un problema que empieza a aparecer en las consultas de terapia familiar y que tiene que ver con discernir y separar la culpa de la responsabilidad. El problema lleva con nosotros desde hace algún tiempo, tal vez ha ocurrido siempre, aunque de una forma más concreta y puntual; pero es ahora cuando comenzamos a verlo crudamente en las sesiones, no ocasionalmente, sino de manera reiterada y casi continua. Se nos ha hablado muchas veces de intentar que la familia no sienta culpabilidad por el estilo relacional que hay entre sus miembros, construido durante un largo proceso de tiempo y relacionado con unas pautas que en su momento debieron ser funcionales, al menos la mayor parte de las veces. Por supuesto, esto ha de ser así. Este es un principio sobre el que no cabe albergar dudas. Pero lo que ahora empieza a ocurrir es que bastantes personas que acuden a terapia se sienten mal cuando se las responsabiliza de sus acciones. Empieza a ser común observar la misma parálisis al responsabilizarles que cuando se

sienten culpables. Hay algunas personas que Incluso llegan a confundir ambos hechos: el hecho de responsabilizarles de sus vidas con el de culpabilizarles, que manifiestan posiciones existenciales realmente distintas. Muchas familias ya no quieren hacerse responsables de sus elecciones y de sus vidas, y, en lugar de ello, pretenden descargarse de la responsabilidad de tomar decisiones, de pasar a la acción y de sobrellevar las consecuencias porque todo ello les hace sentirse mal. Y cuando el terapeuta les señala algún elemento relacional que les volvería responsables de aquello que les sucede con los demás, manifiestan algo muy parecido a lo que sienten las personas que se culpabilizan: parálisis y resistencia.

¿Cómo evitar el corrimiento de un territorio al otro? ¿Qué hacer cuando las personas comienzan a considerar que “responsabilizándolos de sus vidas” los estamos señalando o convirtiendo en culpables? La línea de demarcación entre la responsabilidad y la culpa es clara para nosotros, pero no lo es para muchas familias o, dentro de ellas, para algunos de sus componentes, posiblemente afectados por algún sesgo narcisista o estilo evitativo.

Mientras que la responsabilidad es activa, porque promueve la reflexión del individuo o del grupo sobre sus posibles respuestas frente a una circunstancia determinada y demanda de aquellos una decisión en los hechos por alguna de sus opciones, la culpa es pasiva, ya que emite, ante cierto proceder lesivo y reprobable, un juicio condenatorio inapelable que no admite su reparación a partir de un obrar ulterior de signo contrario. Asimismo, en tanto que la actitud frente a la responsabilidad es la de *hacerse cargo*, esto es, el sujeto o el grupo puede apropiarse de los actos que delimitan su porvenir y de las consecuencias de los mismos, la culpa se *descarga*, es decir, el individuo o colectivo necesita evacuar en algo o en alguien el malestar que significa el haber contribuido a una situación dañina.

Esquemáticamente, podemos decir, pues, que las familias acuden en un momento determinado de su ciclo vital a pedir ayuda terapéutica porque algo que en su existencia había sido funcional, ha dejado de serlo y les causa sufrimiento. Se han detenido en él, están varadas y no saben cómo continuar. La tentación de delegar es, en estos casos, muy fuerte, y el terapeuta ha de saber manejarse con las delegaciones, aceptando algunas de forma provisional y negándose a hacerse cargo de la vida de los demás como principio de aplicación general.

En este momento del ciclo vital de empantanamiento, el sistema se muestra especialmente vulnerable a la mirada externa, al juicio temido; pero asume el riesgo de venir a la terapia, a pedir ayuda. Aparecen, pues, ambos aspectos: *vulnerabilidad* y *riesgo*. El terapeuta ofrece con la acomodación y la alianza terapéutica un espacio de seguridad provisional. Pero la terapia es un trabajo de desafío, por lo que necesariamente tiene que elevar la intensidad con que se desarrollan las relaciones en el interior del sistema. El terapeuta tiene que desafiar la historia que le cuentan, el síntoma y la etiqueta de paciente identificado. Tiene que desafiar la incompetencia que en este momento de la terapia manifiestan las familias para que alguien se haga cargo de ellas, en un proceso de desresponsabilización y pasivización de sus habilidades y competencias.

Al desafiar, se elevará inevitablemente la cuota de intensidad emocional del sistema, el cual acaso está aguardando que se le dé la pastilla mágica que solucione de forma inmediata las dificultades, para encontrarse inexorablemente con un trabajo por hacer. La intensidad genera nueva incertidumbre y sólo entonces puede darse el cambio terapéutico. Sin generar incertidumbre en ese contexto seguro no es posible que se produzca ningún cambio. Pero hay que tratar de que la incertidumbre creada se pueda resolver en el transcurso de la sesión. Este es el esquema, simplificado, de lo que tenemos en mente.

BUSCANDO LA INTENSIDAD TERAPÉUTICA: UNA PROPUESTA TÉCNICA

A continuación, queremos presentar algunas técnicas para desafiar y desequilibrar el sistema, aplicadas con el propósito de expandir sus posibilidades y hacer que las familias usen aquellas com-

234 petencias que han infrautilizado o simplemente desechado. Pero antes tenemos que advertir que este desafío no es necesariamente confrontación. No debemos confrontar a la familia, si por confrontación entendemos hacerles ver que nuestro punto de vista sobre sus vidas es mejor y más sano que el suyo o insinuar de una manera enjuiciadora lo que nos parece su forma de relacionarse entre ellos de acuerdo a nuestra moral o creencias ideológicas o a un modelo ideal inexistente.

El desafío, por de pronto, no se ha de ver: la familia no debe percibirse cuestionada, sino que ha de captar que lo que desafiamos es la lógica de una pauta, el patrón de actuación o las consecuencias que de él se derivan. No la persona, tampoco el grupo. El desafío ha de ser sutil. No obstante, el desafío ha de estar: simplemente, porque creemos (y confiamos) que son capaces de hacer algo nuevo, diferente y más adaptativo y funcional.

LOS TEMAS UNIVERSALES

Cuando observamos a un sistema en acción, a una familia enmarañada en sus conflictos y dificultades, causa casi siempre un indecible asombro las numerosas maneras como las personas hemos aprendido a herirnos y defendernos de las heridas supuestas o reales que otros nos infligen. Los enmarañamientos tienen muchas formas de desarrollarse. Pero si buscamos por debajo de la apariencia en que estos dramas ocurren ante nuestros ojos, siempre venimos a topar con lo que hemos dado en llamar *temas universales*: el engaño, el desencanto, el desamor, el abandono, la muerte, el miedo, el deseo, la soledad... Ya sea en positivo, ya en su forma negativa, estos universales aparecen siempre en la sala de terapia, que es un lugar donde el encuentro con el otro adquiere un matiz especial. No hablamos allí como se habla tomando café, en una mera y distendida conversación social. La terapia puede tener momentos distendidos a menudo, pero no es una charla de café.

Cuando descendemos a los temas universales tocamos el corazón y las vísceras de las personas, a veces en carne viva después de muchos años de hondo y sordo sufrimiento. Pues es cierto que nada humano nos es ajeno y que en esto somos todos muy parecidos. Conviene descender a esos detalles para que la terapia no se convierta en un lugar donde se desgranar tópicos ni buenos pero ineficaces consejos o pautas. No es que no haya lugar para ellos en el encuentro terapéutico: es que lo esencial no está ahí. No soy un consejador, igual que no soy un expendedor de tareas. Creemos que las buenas terapias son aquellas que marcan un antes y un después de ellas mismas en la vida personal de cada cual. Las buenas terapias son aquellas donde se permite la expresión plena de lo humano: el llanto, sí, pero también la risa; la desesperación, desde luego, pero también la esperanza. Concluyen, como dice Whitaker, convirtiendo a la persona en su propio terapeuta; es decir, ayudándola a hacerse cargo de nuevo de su propia existencia.

Viñeta.

Marta O., una joven de 25 años que presenta un historial de ingresos psiquiátricos por síntomas psicóticos, ha sido derivada junto a su familia al Servicio de Terapia Familiar del Hospital Sant Pau. La pareja conyugal de los padres, Juan y Ofelia, se halla en un claro "impasse" o, cuanto menos, facilitan la diferenciación del subsistema filial, en tanto que los hijos, Marta y Pascual, este con 29 años, tienen grandes dificultades para lograr su autonomía como adultos -no pueden sostener un trabajo, hacerse cargo de su mantenimiento económico, marchar de casa ni formar pareja- y un historial de abusos de sustancias, lo que "justifica" para los padres la pobreza de su vínculo conyugal por los cuidados que les demandan desde los inicios lejanos de la adolescencia sus hijos. Es una familia claramente aglutinada.

En una oportunidad, mientras se realiza una sesión con la pareja conyugal, Marta irrumpe en el medio de la sesión. Viene a manifestar con gran urgencia que se marcha de la casa paterna a vivir sola porque "quería hacer su vida" y, además, porque sus padres no toleraban sus mascotas y deseaba comprarse un erizo. Estos últimos, al parecer, no están de acuerdo con su decisión de iniciar una vida autónoma, no la creen capaz ya que Marta es totalmente dependiente de ellos para levantarse, tomar la medicación a horario, etc.

A raíz de este planteamiento, se suscita una interminable discusión entre los padres y la hija delante de la pareja de terapeutas, en la cual Marta reclama que le permitan vivir su “experiencia de autonomía”, tomar sus decisiones, tener esa mascota que está decidida a comprarse, etc., porque es mayor; los padres resaltan sin recato que ella es incapaz de asumir las responsabilidades de su propia vida y que en el pasado este tipo de experiencias, reiteradas, terminaron siempre mal. Evidentemente, todos tienen algo de razón en su planteo, pero hacerles ver esto no resulta efectivo para destrabar el conflicto. Por tal motivo, el terapeuta decide redefinir este antagonismo entre la paciente identificada y su familia como un problema ligado a la confianza (la confianza que se necesita para marcharse, la confianza que se necesita para dejar ir) con el cual acabarán identificándose todos y que sutilmente les volverá activos al tener que hacer cosas para ganarse la mutua confianza.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Marta):* Es normal que tus padres estén preocupados, el manejo de la medicación es una cuestión importante, que debe ser atendida. No lo ignoramos. Pero pensando un poco más en esta familia, yo creo que aquí lo que hace falta es confianza entre ustedes. Entonces, ¿qué les parece si acordamos algo que pudiera ir en esa dirección, en la dirección de generar confianza?
- *Familia (al unísono, mientras cabecean afirmativamente):* Sí
- *Terapeuta:* No sé... es un misterio para mí cuál sea el drama de esta familia. Lo que sí sé, Marta, es que hay que irse de casa con la intención de no regresar porque, si te vas y regresas, te vas a sentir muy desdichada y tus padres te van a recordar durante mucho tiempo que no te pudiste ir y la próxima vez que te quieras ir te costará aún más porque estará en vuestra cabeza lo que ya pasó. Yo creo que, previo a que tú te marches de casa, la cual cosa es absolutamente aceptable, hay que generar confianza entre tú y tus padres. Se me ocurre que tal vez podrías hacer la experiencia de generar esta confianza sin marchar aún en casa, durante por ejemplo tres meses, como estás ahora, es decir, ocupándote tú sola de tu propia vida, sin mamá que te dé dinero a hurtadillas para que te vayas o regreses, o acaso buscando trabajo activamente, como ya has empezado a hacer, etc.; y esto con la intención de que despegues de verdad, no de mentira, porque si no, es posible que te estrelles y nosotros, como tú, queremos que esto salga bien.

Si nosotros les pedimos a tus padres *¡se acabó de despertarla por las mañanas!, ¡se acabó de darle dinero!, ¡se acabó de recordarle cuándo tiene colegio!* (tiene que terminar la educación secundaria obligatoria) y ellos lo hicieran,... a lo mejor eso sería útil. No quiero que fracasas, ni que les des argumentos a tus padres para que se sientan fracasados, porque ellos también sufren. De lo que se trata es que esta familia sea exitosa, sin empezar la casa por el tejado.

- *Marta:* Durante 3 meses viviré con mis padres e intentaré hacer eso.

- *Ofelia (dirigiéndose a Marta):* Yo me comprometo a no entrar en tu habitación y a no recoger tu ropa. Y tú sabes que esto supone un gran esfuerzo para mí.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Ofelia):* ¿Y va a dejar de ser la persona que le dé las pastillas a Marta?

- *Ofelia:* Me va a costar mucho... ¿y si yo dejo de darles las pastillas y tengo que llevarla al hospital, porque le ha dado un brote.

- *Terapeuta:* Entonces ya veremos, ya lo hablaremos; pero usted, aunque le dé un poco de miedo, tiene que dejarle espacio a Marta.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Juan y Ofelia):* Ustedes la ayudarán a despertarse a Marta por las mañanas, porque está muy medicada, pero no tienen que ayudarla en nada más. Ella tomará la medicación por sí sola, sin que ustedes se la den. Es a lo que ella se ha comprometido...

- *Ofelia:* ¿Podré preguntarle si se ha tomado la medicación?

- *Terapeuta:* No, y si no se la toma, la tendrá que ingresar y entonces Marta estará diciéndonos a todos que, pese a sus protestas en contra, no quiere ser mayor.

Es evidente que haber reestructurado como una cuestión de confianza las discusiones sin fin entre Marta y sus padres sobre las posibilidades de aquella para emanciparse, permitió lograr un acuerdo terapéutico muy importante para esta familia.

LAS METÁFORAS PROSAICAS

Un hacedor de ricas y fecundas metáforas entre los terapeutas familiares como fue Salvador Minuchin solía hablar de lo que él llamó con acierto *metáforas disonantes*, que decía en tono embromador que aprendió de escuchar a Gardel y sus tangos. Metáforas gráficas y no psiquiátricas como las que expresaría al preguntar en una sesión con una hija fusionada con su madre: *¿Te gusta ser la pareja de tu mamá?* Una metáfora provocativa, pues induce a la vez en el oyente la fantasía del lesbianismo junto a la descripción estructural de la simetría de los miembros de dos subsistemas.

Minuchin atribuía esa competencia suya para crear metáforas gráficas a su capacidad para visualizar las relaciones en las familias. No es casual que su mirada sobre las familias acentuara esos aspectos estructurales y proporcionase una “visión” teórica donde es frecuente observar la presencia de todo tipo de metáforas espaciales que hablan de distancia, proximidad, fronteras, alianzas, coaliciones. Su preferencia por un lenguaje visual y cierto uso de metáforas tomadas de la vida militar constituyen una característica de fábrica de la terapia minuchiana.

En una línea parecida, llamamos *metáforas prosaicas* a las metáforas con que la familia habla de sí misma sin hacer uso de los lugares comunes o tópicos, que pueden estar al alcance de cualquier terapeuta medio. Por ejemplo, hay cierto sesgo en nosotros para utilizar metáforas que creemos cargadas de hondos significados relacionales, pero que acaban siendo *topoi* o lugares comunes, sin fuerza, sin capacidad de resonancia. ¿Cuántas veces no habremos aludido a que la pareja parental tiene que formar un muro sin fisuras ante el hijo díscolo que se cuela a través de las desavenencias que unos padres pueden manifestar? ¿O habremos invitado a los padres a formar equipo, a trabajar de consuno o comparado a la familia con un equipo que ha de “formar grupo”? Bienintencionadas metáforas que no son útiles porque se parecen demasiado a esas bebidas carbonatadas que, abiertas desde hace tiempo, han perdido la fuerza de sus burbujas y caen sobre las familias desdibujadas y escasamente resonantes.

Las familias, sin darse cuenta de ello, utilizan sus propias metáforas y son estas las que el terapeuta con buen oído y atento debe recoger. No son aún suficientes, pero son el comienzo. No le bastan, pero ha de empezar por ellas. Tomarlas y hacerlas suyas es el primer movimiento en la re-signación de significados relacionales; para después, en un segundo momento, estirar el significado metafórico más allá del sentido compartido entre los miembros de la familia. La metáfora es suya, y es por ello una metáfora que no les resulta extraña y ante la cual no levantan grandes muros de resistencia ni rechazo; que es, en suma, una descripción prosaica (casi nunca muy elaborada literariamente) de sus relaciones, sus capacidades, sus incompetencias, etc. El terapeuta tomará esta metáfora como lo que es y manifiesta: la verdadera creatividad de la familia. Pues con ella se auto-describe, al menos en alguno de sus aspectos, ante el mundo social que los contempla. La metáfora, por ser suya y no creación afortunada del terapeuta (en el mejor de los casos), tienen una resonancia de la que carecen las metáforas al uso, porque entra de lleno en el universo lingüístico con que las familias se explican, hablan de su mundo relacional y se describen.

Pero el terapeuta no se puede conformar con recoger la metáfora y su información concomitante. Este es el primer y necesario movimiento.

Hay un segundo paso que ya depende de él y que consiste en, por decirlo metafóricamente, estirar de la metáfora y ampliar el círculo de sus posibles significados y, en consecuencias de sus resonancias. Es este segundo momento donde el terapeuta aprovechará para introducir en la metáfora el componente de *provocación y reto* que le permite ampliar significados al tiempo que cuestiona desde las mismas bases epistemológicas la descripción estrecha (y sabida) que la familia hace de sí misma. Porque no debemos olvidar que nuestro sistema conceptual está formado por metáforas y que es desde él que nos lanzamos a la acción. Por tanto, la metáfora tiene la virtud de cerrar y

estrechar o, por el contrario, de abrir las posibilidades de conducta de las personas, al poner en tela de juicio lo ya sabido e introducir nuevos significantes que abren posibilidades nuevas de acción. A través de este recurso indirecto, el terapeuta ofrece a los usuarios oportunidades encerradas en la forma habitual como concibe el mundo el paciente y se lo explica.

Ilustraremos esto con un ejemplo histórico que nos viene ahora a la mente. Erickson contó una vez que en cierta ocasión le visitó un paciente esquizofrénico con delirios místicos en los cuales se reconocía a sí mismo como Jesucristo. El diálogo que estableció con el paciente podría parecerse a este:

- PI: *Buenas tardes, soy Jesús.*

- Erickson: *Hola, buenas tardes, he oído que es usted carpintero. Necesito que me arregle una estantería...*

Y lo puso a trabajar, una forma de integrar en la normalidad el contenido latente en el delirio, pues si en efecto creía ser Jesucristo, sin duda habría aprendido el oficio de carpintero de su padre adoptivo, José. Abrió un nuevo cauce de acción que continuaba la lógica que había tras el delirio. Trabajar es más sano que delirar.

Hay aquí ese desafío que contiene la *metáfora estirada*, ampliada, una suerte de provocación para conseguir otra cosa distinta de la esperada y, por tanto, para producir cambio.

De hecho la propia etimología de la palabra metáfora nos señala esta cualidad de ir más allá de lo dicho, al producir una traslación entre significados. *Meta* en griego quiere decir más allá y *phrein* significa llevar. La metáfora, pues, traslada significados y los lleva más allá. No se debe tomar al pie de la letra, sino en la medida en que indica o señala algo que sólo de esta forma metafórica se puede captar.

Al ampliar el contenido semántico de la metáfora prosaica, el terapeuta desafía al sistema con sus mismas armas, provocando una resonancia más amplia y acaso menos cómoda de la que tenía en la familia en uso de esa metáfora prosaica. *Consigue aumentar la intensidad que toda metáfora introduce en una descripción relacional, sin que se le oponga o contrarreste el rechazo o la resistencia que la familia podría presentar ante una metáfora externa o del terapeuta.*

Hablando su lenguaje, el terapeuta consigue introducir nuevos significados preñados de contenidos subversivos para el sistema y colocando una carga de profundidad en el interior del mismo.

Es una forma nueva de introducir información que, saliendo del sistema, regresa de nuevo a él amplificando los significados y, por tanto, obligando a los miembros del sistema a reubicarse frente a los mismos.

Viñeta:

Juan y María son una pareja que llevan varios años casados y que acuden a terapia porque perciben entre ellos ciertos desajustes. Tienen dos niños pequeños y no les pasa por la cabeza separarse, pero el malestar, en sordina, es un elemento de su relación. La queja hace referencia a la forma de expresar el amor.

María necesita sentirse querida y le gusta abrazar y sentir la proximidad de su pareja. Pero dice: Cuando le abrazo, él se baja los pantalones. A lo que Juan responde: A mí me gusta comer pasteles. Sé que a ella le gusta comer pasteles. No acabo de entender a qué vienen sus miramientos con este tema. Terminamos por enfadarnos y yo no entiendo que gustándonos a los dos comer pasteles, tengamos que acabar enfadándonos tanto.

El terapeuta recoge esta información y decide seguir ampliando la metáfora de los pasteles, rica y succulenta aunque prosaica. Con cierto tono humorístico, comienza aconsejando a María que abrace a su marido por la calle, donde bajarse los pantalones sea algo más complicado de hacer. Así Juan aprenderá que no todas las manifestaciones de afecto y cariño tienen que acabar en una relación sexual y empezará a discriminar.

Juan parece primario y el terapeuta sigue estirando la metáfora. Aceptando que a todo el mundo le gustan los pasteles, y a los golosos aún más, señala que algunas personas comen primero con los ojos, y que un pastel bien envuelto, en una caja bonita, con un lazo aparatoso y lindo, hace más

El terapeuta espera que a partir de ahora ambos hayan entendido que frente a la misma necesidad de comer pasteles, ellos tienen diferentes ritmos de degustación.

Viñeta

Marta y Juan Carlos son una pareja bien avenida a la que ciertas circunstancias económicas han conducido a tener una crisis. Juan Carlos, deseando triunfar y ganar dinero, ha iniciado una serie de negocios ruinosos que han llevado casi a la bancarrota a la familia, poniendo al borde del precipicio el patrimonio de ambos, incluyendo el piso donde vive la familia, que han tenido que rehipotecar para hacer frente a las deudas. Marta ha dado un ultimátum a Juan Carlos y la pareja está en crisis. La esposa no desea que él siga por ese camino y amenaza con la separación si él vuelve a disponer del piso compartido para seguir haciendo negocios. Le insta a que siga trabajando como funcionario y abandone sus quimeras. Pero en un momento de la sesión ella reconoce algo que da pábulo a que Juan Carlos siga directo hacia la ruina:

- Es que él lleva el negocio en las venas –afirma con rotundidad.

- Tal vez tendrá que pensar en hacerse una transfusión –le comenta en tono relajado el terapeuta.

La pequeña broma introduce una ampliación inquietante en una metáfora prosaica, que no van a olvidar porque forma parte del lenguaje con el que esta pareja describe sus conductas. Tal vez ella pueda ayudarlo a ser más prudente y cuidadoso en la próxima ocasión. O no, pero entonces estará de más que siga quejándose. Como adulta, sabe que se casó con un hombre que lleva el negocio en las venas y deberá hacerse cargo de ello y de sus consecuencias.

LA ESCULTURA FAMILIAR

Debemos conocer el intrincado mapa relacional de quienes nos consultan, para luego poder construir hipótesis funcionales que nos habiliten a ejecutar intervenciones “inteligentes” (Linares, 2012). La viabilidad o el éxito del proceso terapéutico, depende en gran medida de la *calidad de la información* que logre pesquisar el terapeuta sobre lo que está aconteciendo en la familia que tiene enfrente.

Pero... ¿y si la exploración sobre las tramas relacionales que cimentan el síntoma del paciente identificado no pudiese arrojar los datos necesarios que permitiesen una comprensión de la demanda que motiva la consulta? En efecto, puede suceder que el más excelso entrevistador, sucumba antes obstáculos como los siguientes:

Pacientes con patologías graves, disminuidos en sus posibilidades cognitivas, por la propia patología o por el efecto de ciertas medicaciones que les impiden trazar distinciones, identificar interconexiones o lograr asociaciones entre hechos o acontecimientos de la vida familiar.

Pacientes con rasgos persecutorios o con defensas que obturan su lenguaje verbal, y que acaban empobreciendo el resultado de la entrevista con el terapeuta, puesto que la viven como una instancia inquisitoria que busca “arrancarles” los preciados secretos de una intimidad familiar que debe ser preservada de toda injerencia extraña al entorno de la familia.

Pacientes con recursos intelectuales limitados, con una mínima instrucción, con una escasa capacidad analítica, o con un vocabulario elemental que logran manifestar un espectro limitado de respuestas frente a una amplia variedad de interrogantes.

Pacientes propensos a las intelectualizaciones quienes, haciendo uso de una verborrea exagerada y estéril, se “pierden” en detalles argumentativos e irrelevantes, que saturan la capacidad analítica o comprensiva del terapeuta.

Entonces, cuando la pregunta del terapeuta familiar –su herramienta natural- tropieza con estas realidades y se vuelve estéril, se hace necesario acudir a la utilización de un instrumento de corte simbólico que mediatice el acceso al conocimiento del mundo emocional del grupo familiar. Al respecto, es conocida y de probada eficacia la llamada “escultura familiar”, técnica de corte psi-

codramático concebida por el grupo del Instituto de la Familia de Boston (Dhul, Kantor y Dhul) y desarrollada con distintos matices por Peggy Papp, Virginia Satir, Phillippe Caillé y Luigi Onnis que, mediante composición de una figura física, procura representar simbólicamente en el ámbito espacial la estructura vincular de los integrantes del grupo familiar a través de la instrumentalización de los cuerpos de los mismos, esto es, moldeando sus posturas, gestos, posiciones relativas, distancias y contactos) (Espina, 1997; Colodrón, 2009; Población y López, 1991). En pocas palabras:

(...) la escultura consiste en solicitar a un miembro de la pareja o familia que represente espacialmente las relaciones familiares actuando como un escultor que modela actitudinalmente y sitúa en el espacio a los diferentes miembros de la familia, creando un grupo escultórico que muestra cómo ve las relaciones entre ellos (Espina, 1997).

Ahora bien, así como las esculturas familiares proporcionan al equipo terapéutico información sensible sobre el entramado relacional de la familia sin requerir comunicación verbal, al mismo tiempo introducen y hacen circular información emocional en el sistema familiar o de pareja relativa a su configuración. En efecto, las esculturas familiares recaban y transmiten información sobre el grupo familiar o pareja y con ello cumplen una doble finalidad:

Diagnóstica, porque permiten a los terapeutas identificar emociones, percepciones y creencias, así como procesos interaccionales e intergeneracionales que alimentan la disfuncionalidad del grupo familiar.

Terapéutica, ya que cada integrante de la familia puede llegar a experimentar en el espacio “seguro” del *setting* terapéutico, guiado por la conducción del profesional, sus propias emociones emergentes de la configuración familiar problemática y de su relación con los otros miembros de ese entramado vincular y eventualmente decidir, a partir de esa vivencia, una reubicación propia -más saludable- en el mapa relacional, que se traduzca en un cambio en el hacer, en el pensar y en el sentir.

EL TRABAJO CON MUÑECOS EN TERAPIA FAMILIAR

Si bien es indiscutible que las esculturas familiares ofrecen a los terapeutas que trabajan con familias una posibilidad valiosísima para conocer sus dinámicas e intervenir sobre ellas, sin necesidad de contar con la expresión verbal de sus integrantes, no es menos cierto que esta técnica también puede encontrar ciertos impedimentos para su despliegue en una sesión de terapia familiar:

La ausencia de uno o de varios miembros de la familia, lo que hace directamente inviable la composición de la escultura.

La inhibición de dichos integrantes para trabajar en psicoterapia a través de una técnica que les supone relacionarse entre sí mediante el contacto físico. Efectivamente, algunas personas evidencian una incomodidad y/o incapacidad ostensibles cuando se trata de utilizar el propio cuerpo para vincularse con otros y facilitar la expresión de su emocionalidad.

De ahí que proponemos, como técnica alternativa el trabajo con muñecos, que salva las dos dificultades enunciadas:

Como la escultura, el juego con muñecos es una metáfora espacial sobre las relaciones del cliente con su familia, y también una proyección de sus temores, miedos e inquietudes. Aunque se trata de una experiencia de menor intensidad emocional que la escultura, tiene la ventaja de ser asequible a pacientes que podrían mostrarse tensos en el uso de su cuerpo para exponer sus emociones.

Por otro lado, al utilizar muñecos, la ausencia de algún miembro de la familia no impide su construcción. De esta forma, con independencia de cuántos miembros del grupo familiar estén presentes, podemos avanzar en el conocimiento de tejido relacional de la familia según la vivencia de uno de sus integrantes.

Algunos aspectos puntuales sobre la utilización de la técnica:

Para trabajar con muñecos en Terapia Familiar necesitamos disponer de una tabla de madera y una serie de figuras con aspecto humano, que sean diferenciables entre sí y en las cuales sea posible

240 distinguir la orientación de su mirada. Dichas figuras pueden ser del tipo *Playmóbil*, Lego o una simples piezas de maderas.

Es el terapeuta quien propone el trabajo al demandante. Basándose en ciertas características de este (edad, nivel de integración de la experiencia, capacidad introspectiva) le da una consigna, que puede asumir distintas variantes:

Es posible trabajar tanto con las personas de los sistemas de pertenencia, representados por sus respectivos muñecos, como con el síntoma, externalizándolo en una figura, o con los miedos y otros elementos emocionales que se pueden personificar.

También se puede jugar con el tiempo cronológico de la experiencia vital de los pacientes, usando los muñecos para representar escenas de otros tiempos (infancia, adolescencia) o de futuro. O al mismo sujeto en estas diferentes etapas.

Al dividir la tabla de juego, podemos hablar del mundo de sus compromisos reales y el mundo de los sueños y tareas pendientes sin realizar, deseos, etc.

El usuario elige los muñecos y los sitúa en el espacio de la tabla como deseé, siguiendo las instrucciones del terapeuta; por ejemplo: elige un muñeco que represente a tu padre, a tu madre, etc.

La colocación de las figuras por parte del cliente (como las mira, las toma o la descarta) y la dirección de los cuerpos y las miradas de los muñecos, son aspectos importantes a tener en cuenta por parte del terapeuta.

El usuario puede mover fundamentalmente la figura que le representa, pero no está prohibido que, tras este movimiento, pueda mover a otras figuras. Hay que estar atento que este movimiento no tenga que ver con la idea de que “son los otros los responsables del cambio”.

El trabajo con muñecos en terapia familiar ofrece una serie de utilidades, a saber:

Ayuda a que el paciente amplíe la visión de su problema e ilustra a los testigos sobre el imaginario psíquico del cliente, el cual objetiva mediante el uso de los muñecos su mirada ante sus dificultades. El trabajo con muñecos es una metáfora visual de la problemática del cliente.

El trabajo con muñecos permite externalizar el problema y ubicarlo, en relación con nosotros como pacientes, a una cierta distancia o proximidad.

Permite al cliente expresar la turbación y la inquietud ante la incertidumbre del futuro, aunque de un modo que es emocionalmente menos perturbador que la escultura familiar. Por este motivo, el cliente ofrece menos resistencias que esta última a la hora de hacerla y construirla.

Facilita también a los niños dibujar la imagen espacial de las relaciones en su familia de origen, que no sabría acaso expresar mediante el lenguaje digital.

Es importante advertir que el uso de esta técnica no ofrece una verdad objetiva de lo que sucede en la familia del paciente ni tampoco una interpretación verdadera. Se limita a poner ante la mirada del cliente su mundo subjetivo, a modo de descripción de sus vivencias relacionales con el resto de sus diferentes sistemas de pertenencia.

En el trabajo con muñecos en terapia familiar, podemos distinguir tres tipos de elementos:

1. Un elemento sincrónico, puesto que hace aparecer a la vez en un momento definido, diferentes aspectos de una misma realidad relacional.
2. Un elemento diacrónico, ya que jugando con las distancias y proximidades, con el pasado y el futuro, permite poner en marcha o visualizar los procesos vitales del individuo o las familias hacia la salud.
3. Un elemento proyectivo, puesto que permite proyectar aspectos que en el diálogo terapéutico se pueden obviar o esconder.

Hay que distinguir dos momentos procesuales de trabajo con muñecos en terapia familiar: un momento de evaluación y un momento de intervención.

En el momento de evaluación, el paciente nos habla de su problema en una estructura relacional determinada, que es la fuente de sus sufrimientos y que ha quedado plasmada en la escena o situación que aquel ha representado con los muñecos. Es útil, para este momento de evaluación, que el terapeuta incluya en la consigna que le pide al cliente al menos dos generaciones de la familia de

éste último: la familia creada y la familia de origen, para expresar su problema también de forma vertical, no sólo horizontal. Una vez que el paciente haya compuesto la representación con los muñecos solicitada por el terapeuta, dicho profesional deberá examinar ciertos aspectos de las figuras: distancia/proximidad; alianzas/coaliciones; pertenencia/exclusión; actividad/pasividad.

En el momento de intervención, se trata de ayudar al paciente a hablar libremente de sus evocaciones, sus motivos, sus miedos y sus deseos, a fin de ampliar su visión de la realidad. La tarea del terapeuta debe ser activa en el preguntar y pedir aclaraciones al usuario, que nos está reflejando su mundo mental relacional a través del uso de los muñecos. En este momento, el profesional debería conducir su indagación para contrastar hipótesis, explorar posibilidades, identificar pautas redundantes, determinar cuál es la jerarquía familiar y si hay roles de género, precisar las posibles triangulaciones y sondear los temores y esperanzas del cliente.

Por último, resultaría útil que el terapeuta tuviese presentes los siguientes aspectos al momento de utilizar esta técnica:

Evitar el exceso de interpretación por parte del terapeuta. La imagen de los muñecos es de la familia del paciente y él es su “propietario”; no podemos entrar en contratransferencia con el sujeto ni con su producción.

No introducir otras metáforas que las que usa el cliente. El terapeuta, al indagar sobre el significado del trabajo con los muñecos que aquel ha realizado, debe abstenerse de hacer comentarios del tipo “esto parece un equipo” o “parece una piña” o algo por el estilo, porque esas serían metáforas vulgares y no las que seguramente utilizaría el usuario (las verdaderas metáforas prosaicas).

Considerar que esta técnica supone un trabajo de evocación y resonancias, más que una verdadera descripción de la problemática familiar, en el sentido de que el cliente no muestra su familia en sí misma –la “verdadera familia”– sino la vivencia de su familia, esto es, como él la vive en un momento determinado.

No hacer generalizaciones. El terapeuta no puede extender el valor de sus conclusiones más allá de lo observado.

No preguntar menos, dando por sabido que entendemos lo que estamos viendo. En la imagen de los muñecos que estamos observando, nuestra tarea como terapeutas es ir preguntando para que el paciente reciba *insight* de sí mismo al clarificarse con nosotros.

Al igual que sucede con las esculturas relacionales, algunas familias pueden ser reacias al tipo de movilización terapéutica que supone el trabajo con muñecos. Una forma de manifestar sus resistencias podría consistir en motejar de tontería este trabajo. Pero, aún cuando estamos utilizando los mismos elementos simbólicos que usan los niños para divertirse, debemos tener presente que los niños cuando juegan no sólo se están divirtiendo, sino que también están proyectado sobre la realidad externa su mundo interior.

Viñeta

Volvamos a la historia clínica de la familia O., detallada a propósito de los “temas universales”, para centrarnos ahora en las dificultades de Pascual para lograr su autonomía.

Aunque, la paciente designada en el sistema familiar es Marta, a lo largo de las sesiones, al ampliarse el foco terapéutico, se pudo constatar que Pascual está tan o más fusionado que su hermana “la psicótica”.

Si bien Pascual, el hermano mayor, opinaba sobre los demás, presentaba una gran dificultad para hablar sobre lo que él siente y piensa del grupo familiar. La preguntas circulares son respondidas por aquel de forma monosilábica o con un criterio muy genérico como: bien/mal, si/no. Claramente, la pobreza de la información obtenida con Pascual impedía al equipo conocer cuál era la visión de sí mismo en el entramado relacional de su familia.

Por tal motivo, la terapeuta del caso propuso llevar a cabo una sesión individual con Pascual en la cual realizaría una dinámica con una tabla de madera y varias piezas con forma de figuras humanas, pidiéndole a este último que, utilizando dichos elementos, componga tres escenas que representen a su familia en el pasado, en el presente y en el futuro.

242 1) Escena del pasado familiar

Consigna: Pascual, aquí tienes esta tabla y estas piezas con forma de figuras humanas. Te pido que representes una escena de tu familia, tal como tú la veías en el pasado. Puedes incluir tanto a los miembros de tu familia, como a aquellas personas que te resulten significativas.



Figura 1: escena familiar del pasado de Pascual en la Tabla Familiar

- *Pascual:* Aquí están mis padres juntos, vigilándonos a nosotros, sus hijos, y, por un lado, se halla mi hermana reunida con sus amigos en su cuarto, y, por otro lado, me encuentro yo en mis cosas, en mi mundo. Mi hermana y yo estamos mirando hacia afuera, porque no tenemos relación entre nosotros.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual):* Si tú, Pascual, y Marta se hubieran ido de casa y tus padres ya no hubieran podido seguir vigilándolos ¿qué hubiera pasado entre ellos? ¿Podrían haberse mirado el uno al otro?

- *Pascual:* Realmente no lo sé.... (Pascual evidencia un incremento de su ansiedad).

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual):* ¿Por qué tus padres te vigilaban?

- *Pascual:* Mi padre me perseguía cuando yo empecé a fumar porros. Y mi madre siempre nos sobreprotegió. Ahora me sentí como un niño de 12 años, cuando me ofrecí para ir al pueblo en Extremadura en lugar de mi madre y ella me dijo “no hijo, voy yo... a ver si te pones malo”. Con mi madre no hay intimidación en mi casa. Yo le dije a otro psicólogo que no quería que ella entrara en mi cuarto. Mi madre en principio lo aceptó, pero a los dos días volvió a meterse en mi habitación, me tocaba mis cosas y me repetía ¡en esta casa las cosas se hacen así!

2) Escena del presente familiar

- *Consigna:* Pascual, aquí tienes esta tabla y estas piezas con forma de figuras humanas. Te pido que representes una escena de tu familia, tal como tú la ves en el presente. Puedes incluir tanto a los miembros de tu familia, como a aquellas personas que te resulten significativas.



Figura 2: escena familiar de Pascual en el pasado en la Tabla familiar

- *Pascual*: Aquí están mis padres juntos e, igual que en el pasado, vigilándonos a nosotros, sus hijos. Al mismo tiempo, yo me encuentro detrás de mis padres, siendo protegido por ellos.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: ¿tu figura está en medio de las de tus padres?

- *Pascual*: Puede ser...cuando yo discuto con mi padre, mi madre se mete en la disputa y le echa la bronca. Ella no deja espacio para que yo me relacione con mi padre.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: En estos días en que no está tu madre, ¿la relación con tu padre cómo es?

- *Pascual*: No hablamos mucho. Solo hemos tenido una discusión.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: ¿Necesitarían más tiempo para conocerse?

- *Pascual*: Sí. El otro día le acompañé al banco por primera vez, pero discutimos y nos gritamos por la calle. Me dio mucha vergüenza la situación. Además, le conté de la entrevista de trabajo que iba a tener, pero él no me dijo nada. Con los amigos, mi padre es otra persona.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: Si te fueras de la vista de tus padres, ¿qué cambio podría haber?

- *Pascual*: No lo sé, pero no me imagino que yo no esté ahí. Yo quiero estar en medio de mis padres y tener una buena relación con ellos.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: ¿Qué tendría que pasar para que tus padres dejen de controlarlos a ti y a tu hermana?

- *Pascual*: Es imposible que nos dejen de controlar, porque ellos están acostumbrados a hacerlo.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: Si se fueran tú y tu hermana a cualquier lugar lejano, como por ejemplo Australia, ¿qué harían tus padres?

- *Pascual*: Vendrían ellos también con nosotros.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: Si tú te fueras a Australia ¿que es lo que te daría más miedo?

- *Pascual*: Que mis padres se separasen.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: ¿Qué podría pasar en sus vidas y a ellos?

- *Pascual*: Creo que si una pareja no se lleva bien, se puede separar. Pero a mí lo que me preocupa es que yo dejaría de tener relación con mi padre. Hoy la relación con él es mala, pero es algo. A través de mi madre, yo tengo relación con mi padre; mi madre es una intermediaria.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: ¿Crees que tu padre no querría saber de ti?

- *Pascual*: Yo creo que sí... (*Pascual* irrumpe en llanto).
- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: ¿Y tú querías hablar con él?
- *Pascual*: Claro que sí... pero no sabría de qué hablar con él. Cuando hablo con mi padre, no me deja ser yo mismo. Le tengo que decir que sí a todo porque si no se enoja.
- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: ¿Con tu madre puedes hablar? ¿Ella te escucha?
- *Pascual*: Mi madre sí me escucha.
- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: ¿Y qué hace la figura de Marta en la escena del presente?
- *Pascual*: Ella va a la suya.

3) Escena del futuro familiar

- *Consigna*: Pascual, aquí tienes esta tabla y estas piezas con forma de figuras humanas. Te pido que representes una escena de tu familia, tal como te gustaría verla en el futuro. Puedes incluir tanto a los miembros de tu familia, como a aquellas personas que te resulten significativas.



Figura 3: escena familiar de Pascual en el futuro en la Tabla familiar

- *Pascual*: A mí me gustaría que mi hermana y yo pudiésemos hacer nuestra vida, trabajando, compartiendo tiempo con nuestra familia y también con nuestros amigos. Asimismo, desearía que mis padres estén juntos.

- *Terapeuta (dirigiéndose a Pascual)*: Hoy nos has dado mucha información y has hecho un excelente trabajo en la sesión, sacando muy buenas conclusiones.

Podemos apreciar que la técnica movilizó emocionalmente al cliente, especialmente en dos oportunidades:

- a. en la escena del pasado familiar, cuando se le planteó a Pascual la pregunta de qué hubiera pasado entre sus padres si él y su hermana hubiesen logrado su autonomía y si hubiesen abandonado el hogar familiar. Esto le generó una gran ansiedad; y
- b. en la escena del presente familiar, cuando ante una pregunta hipotética Pascual planteó la posibilidad de que sus padres se separasen y como consecuencia de ello el perdiese el vínculo con su padre. Esto desencadenó su llanto.

Este aumento de la intensidad emocional en Pascual nos dejó ver que el miedo más profundo de aquel era que sus padres llegasen a separarse y que, a raíz de ello, él pueda perder la relación con su padre. De ahí que comprendimos cuál era el motivo que tenía Pascual para sostener su posicionamiento en el entramado familiar, permaneciendo entre sus padres a costa de su propia autonomía.

EL ROLE PLAYING EN LA DEVOLUCIÓN.

No descubrimos nada nuevo al hablar de *role playing*, pues es una vieja técnica muy usual en el entrenamiento de los terapeutas, durante, por ejemplo, la exposición de la escena temida y, sin embargo, no es tan frecuente hacer uso de esta técnica en el transcurso de la devolución, con el evidente propósito de hablar de lo que la familia no se ha atrevido a poner en palabras y decir lo que no se ha dicho, elevando la temperatura emocional de la situación devolutiva.

Durante varios años hemos experimentando esta variación del *role playing* aplicándolo al momento de la devolución, sobre todo cuando hemos tenido la oportunidad de trabajar con parejas de supervisores o terapeutas de ambos géneros, quien han entrado en sesión para poner voz a lo que la familia callaba, sus anhelos y sus miedos. La experiencia ha mostrado lo potente que resulta que los terapeutas ejecuten la danza de la propia familia ante sus ojos, y que ellos puedan verse más allá de los discursos con que se explican y justifican. Expresión de los sentimientos en sesión, tal es el objetivo de la técnica aplicada a ese momento concreto de la sesión, cuando la familia va a recoger lo que los terapeutas y el equipo han visto en ellos y esperan, a veces, ser juzgados o se juzgan ya ellos a sí mismos y sólo aguardan la confirmación de sus peores temores.

Cuando los terapeutas en la devolución se colocan en la piel de la familia, hablan de lo que sufren, les reconocen el dolor actuándolo, dan cauce y ponen palabras a las emociones y vibran con ellas; pero también abren una puerta a la esperanza poniéndola en boca de los pacientes, haciéndola de ellos.

Es esta una intervención de una gran intensidad emocional sostenida por la contención terapéutica, que no se desborda. Pero la intensidad llega a la familia como una fuerte onda de choque emocional, que no puede dejar de perturbarlos. Se sienten comprendidos, escuchados, a veces incluso adivinados en lo no expresado; pero también sienten vivencialmente la incomodidad de la posición que ocupan, como sucede en las esculturas a menudo. Sienten que los terapeutas han captado y reconocen lo que han sufrido, y esto abre espacios a una futura intervención, porque se hace desde un contexto en que el juicio queda vedado, la sentencia suspendida. Donde hay comprensión no hay juicio. Se vive en el instante el presente y el pasado que les ha traído a terapia, pero se abre la devolución hacia el porvenir.

Sorprende incluso a los propios terapeutas la intensidad con que vivencia el papel en que se meten y la necesidad de encontrar durante el ejercicio devolutivo aspectos que salvar, competencias que reconocer, habilidades y capacidades que nunca se han dicho los propios miembros del sistema.

Es un *role playing* que no está ensayado (es como una devolución en marcha), sino que surge con la espontaneidad de quienes han asistido como testigos a la sesión en que la familia cuenta su historia y la han recogido para devolverlas con nuevas aportaciones. Se ven y se oyen resonando en otros y así, a veces por vez primera, vuelven a oírse y a mirarse desde un nuevo nivel de comprensión empática, aceptación y respeto. Asisten como a una obra de teatro representado para ellos y que es, sin embargo, conocida por ellos, por tratarse de su vida en acción. Como en la telenovelas, el sufrimiento visto en el otro genera una suerte de proceso catártico, y los miembros de la familia se permiten llorar juntos y comprenderse de forma genuina.

CONCLUSIONES

El encuentro terapéutico con las familias pone en marcha procesos que están ligados a la aparición de elementos de vulnerabilidad, tanto del sistema familiar como del propio terapeuta, colocándose aquellos en situación de riesgo y éste en una de incertidumbre. De los primeros, el terapeuta espera cambios y modificaciones dirigidos hacia la funcionalidad y adaptación; del segundo, la familia espera comprensión, empatía y ayuda. Confluyen, en el sistema terapéutico, diferentes modos de afrontamiento de las dificultades y distintos niveles de intensidad emocional: los de la familia y los de los terapeutas.

El terapeuta no es un simple escuchador, distante e investido de profesionalidad para protegerse de sus propias inquietudes y emociones. Aunque, al escuchar, la atención genuina y empática sea, desde luego, una parte indispensable del bagaje que ha de ir incorporando a su práctica profesional. No es, tampoco, un dispensador de pautas o un feliz ingeniero social que conoce las técnicas para lograr cambios en los grupos humanos y permanecer a un tiempo exento a lo que sucede en la sesión. Tampoco es, por supuesto, el chamán moderno de la tribu.

Frente a estas expectativas irracionales, a las que el terapeuta ha de hacer frente a menudo, hemos tratado de mostrar aquí el uso de algunas técnicas con las que abordar las dificultades que implica el contacto con las familias en situación de vulnerabilidad emocional. Cuidar no significa hacerse cargo, sino confiar en los recursos que las personas infrautilizan y ayudarles a ver lo que ellos en estos momentos aún no pueden ver.

La terapia no es una banal conversación de café, ni tampoco, por supuesto, una conversación pedagógica donde el experto enseña con paciencia a las personas lo que han de hacer para vivir con menos sufrimiento; ni una misión caritativa en la que el donante es el terapeuta y la familia la beneficiaria, ni un trabajo para salvar a la gente de sí misma o hacerse cargo de sus vidas. Tampoco es, como dejó señalado Sluzki (2011) un espacio donde el terapeuta entusiasta y ciego toma la iniciativa de cambiar las mitologías de las familias. No es, la terapia, una relación natural, aunque haya que hacerse con la máxima naturalidad posible ni ese espacio donde se dispensan soluciones que con buena voluntad las familias aplicarán para demostrarse y mostrarnos que siguen fracasando...

Como hemos señalado al principio de este artículo, las técnicas están al servicio del análisis y, en buena medida, éste está condicionado por las ideas explícitas o implícitas que tiene los terapeutas acerca del cambio y de lo que la propia terapia sea. Conviene, pues, que hagamos este examen de conciencia y clarifiquemos lo que en nosotros está latente, a fin no tanto de obviarlo o evitarlo, cuanto de conocerlo y reconocerlo. No sabemos prescindir de nuestros propios prejuicios, pero podemos reconocerlos y neutralizar su influencia sobre nosotros cuando trabajamos con personas que vienen de mundos alejados de los nuestros. La terapia pone en juego emociones y sentimientos muy diversos, moviliza recursos y remueve viejas historias mal cerradas, abriendo heridas y generando resonancias a menudo perturbadoras.

El terapeuta invita a las personas a comportarse de manera diferente para que sean capaces de crear experiencias subjetivas diferentes. La terapia ayuda a incorporar recursos que yacían olvidados en el desuso que conlleva el activar patrones automáticos de conducta. La terapia, al ayudar a las personas a cambiar la percepción estrecha que tienen de sí por una menos angosta y más favorable, facilita el establecimiento de nuevas relaciones emocionalmente nutritivas, como han señalado destacados terapeutas. De ahí que la terapia sea ese difícil y hermoso arte de equilibrar la acomodación y el desafío, que es de lo que hemos intentado hablar en estas páginas, al presentar técnicas y temas que colocan a las familias en esas situaciones de riesgo creativo que las inducirán a cambiar desde la seguridad de saberse acompañados y sostenidos momentáneamente en sus sufrimientos.

Los temas universales, las metáforas prosaicas, el uso de muñecos y el role playing durante la devolución son algunas de las herramientas que hemos usado para elevar la intensidad emocional durante la sesión. Un uso ponderado de estas herramientas proporcionará al terapeuta libertad creativa para entrar y salir en el sistema familiar con el que trabaja, ayudando con ellas a que las personas se liberen de las metáforas que estrechan sus posibilidades y en cierta medida les condena a repetirse, desde contextos de seguridad, para afrontar la incerteza que acompaña siempre al cambio terapéutico.

- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. A. (2011). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Colodrón, M. (2010). *Muñecos, metáforas y soluciones: Constelaciones familiares en sesión individual y otros usos terapéuticos*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Espina, A. (1997). El uso de la escultura en la terapia de pareja. *Revista de Psicoterapia*, 7(28), 29-44.
- Friedlander, M. L, Escudero, V. y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Población, P. y López Barberá, E. (1991). La escultura en terapia familiar. En *Revista Vínculos*, Num.3.
- Sluzki, C. (2011). *La presencia de la ausencia. Terapia con familias y fantasmas*. Barcelona, Gedisa.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Gil, A. (1997). La metáfora como instrumento terapéutico. *Revista Redes* 3(2) 1, 71-84.
- Ortega Allué, F. J. (2017). La trastienda de un terapeuta. *Revista Mosaico* (66) junio, 41-50.
- Pereira, R. (2009). La devolución en terapia familiar. En *Revista Norte de Salud Mental*, Vol. VIII, 35.

La última palabra, entre autoridad y responsabilidad terapéutica: 249 La devolución según el modelo narrativo de las Realidades Compartidas

The last word, between therapeutic authority and responsibility: conclusive interventions according to the narrative Shared Reality Model

Gianmarco Manfrida^a, Valentina Albertini^b

^aCentro Estudios y Aplicación de la Psicología Relacional de Prato, Italia (gmmanfrida@gmail.com),

^bCentro Estudios y Aplicación de la Psicología Relacional de Prato, Italia.

Historia editorial

Recibido: 25-05-2017

Primera revisión: 03-06-2017

Aceptado: 11-06-2017

Palabras clave

devoluciones, modelo de las realidades compartidas, fin de sesión, intervenciones persuasivas, textos devoluciones

Resumen

Con el auge del modelo constructivista, la terapia pasó a ser considerada una conversación en la que el terapeuta no era más que un catalizador del cambio. La conclusión de la sesión por parte del terapeuta se convirtió en una práctica cada vez menos frecuente. Los autores proponen distintos tipos de final de sesión, subrayando los aspectos más persuasivos inspirados en modelos retóricos clásicos y publicitarios, de acuerdo con el modelo de intervención narrativa construccionista social de las Realidades Compartidas. Los retornos, dirigidos a parejas, familias, individuos e incluso terapeutas en supervisión, revelan la atención a las especificidades de las historias y las relaciones familiares y terapéuticas.

Abstract

Constructivist therapists of the 80s considered therapy a conversation where they might be catalysts of change, but could not induce it, and it became much rarer that therapists concluded sessions with specifically designed interventions. The authors report some final interventions addressed to couples, families, individuals and therapists in supervision in order to revalue this technique according to the socio-constructionist narrative Shared Reality Model. Final interventions can be a persuasive instrument of change when well structured and appealing to the specificities of each client's and family's stories and therapeutic processes.

Keywords

conclusive interventions, shared reality model, end of therapeutic session, persuasive reasoning, end of sessions texts

George Burns (1896-1996)

La última palabra es una expresión que tiene muchos matices, aunque a menudo evoca idea de autoridad: para Haley (1973), por ejemplo, era el intento de mantener a toda costa una posición única en la relación.

En la terapia familiar se ha dado mucha importancia al tema del inicio de la sesión o de la terapia (gestión de la primera llamada, compilación de fichas clínicas, fase de encuentro) y más tarde, a su ejecución. La conclusión ha atraído la atención sólo en el período en el que, en el máximo purismo sistémico, Mara Selvini y sus colaboradores hacían sus intervenciones “oraculares” al final de cada sesión a las que no permitía ninguna respuesta. Con la aparición de la segunda cibernética, a finales de los años 70, se consideró una falta de respeto no conceder la posibilidad de réplica: el cambio iba a nacer en el diálogo, y al terapeuta se le negó la oportunidad de una interacción instructiva (Maturana y Varela, 1980).

Con el construccionismo social y el surgimiento de un enfoque narrativo, se le ha devuelto al terapeuta una responsabilidad plena durante sus intervenciones: entre éstas la devolución es un instrumento poderoso y popular, ya que tiene un valor de síntesis, redefinición y está dotado incluso de una posible ironía más intensa respecto a las intervenciones realizadas durante una sesión.

No representa en sí mismo algo afirmativo o autoritario: implica la apertura de un espacio de reflexión que los pacientes siguen elaborando cuando vuelven a casa, y también puede ser una manera irónica de aligeramiento, sin disminuir los contenidos traídos y trabajados durante la sesión.

EL MODELO DE LAS REALIDADES COMPARTIDAS

Parece evidente la importancia del enfoque narrativo para ayudar a los pacientes a “re-escribir sus propias vidas” (White y Epston, 1990; White, 1995). Según Ricoeur (1991), el enfoque narrativo en psicoterapia implica que el terapeuta construye historias alternativas que todavía no han sido narradas: la vida es en realidad un simple fenómeno biológico hasta que no se interpreta a través de una narración.

Sin embargo, no es suficiente una simple historia para que la intervención sea realmente terapéutica. Es necesario que las historias alternativas que pueden surgir con la ayuda del terapeuta tengan características que les permitan producir un cambio. Los sociólogos P. Berger y T. Luckmann (1966) pusieron la conversación humana, socialmente aceptada, como base de nuestra ilusoria sensación de estabilidad y de capacidad de control del mundo, construida a partir de las confirmaciones continuas e inconscientes de una cotidianidad compartida banal. Esta realidad compartida garantiza una identidad personal y hace previsible el futuro para el paciente y para las personas que conforman su estructura social de referencia, pero a costa de mantener escondidos en los submundos sociológicos alternativas a la rutina diaria y a la asignación y asunción de papeles relacionales rígidos y, a veces patogénicos. De acuerdo con el modelo de las *Realidades Compartidas* (Manfrida, 2015), en las narraciones de los pacientes, sumergidas en un mar de banalidades confirmatorias, aparecen de vez en cuando, de manera incongruente, enmascaradas y sorprendentemente, discrepancias, pasajes de relatos alternativos provenientes de submundos sociológicos, esferas de datos y de significados socialmente compartidos y confirmados, pero minoritarios y relegados a la sombra de la consciencia.

Construidas alrededor de estas discrepancias identificadas por el terapeuta, las historias terapéuticas tienen que ser:

Plausibles, es decir, con la posibilidad de ser compartidas tanto por el cliente como por otras personas significativas, de manera que se pueda permitir la construcción de una estructura social de confirmación de la nueva historia, originada a partir de un submundo sociológico que reemplazará

el mundo de la vida cotidiana previamente dominante y que será revelado por las discrepancias en la historia contada al terapeuta;

Convincentes, es decir, promovidas y apoyadas por el terapeuta con técnicas diseñadas para subvertir sobre el plano lógico y sobre el plano emocional las opiniones anteriores del cliente y de las personas de referencia;

Estéticamente válidas, es decir, capaces de involucrar otras personas, convirtiéndolas en variadas y emocionantes y menos restrictivamente banales que la vida cotidiana.

Las historias que se desarrollan durante la terapia tienen un principio, un desarrollo y una conclusión: empiezan con la escucha crítica, con atención a las discrepancias de la narración banal de los pacientes, a la que le sigue la propuesta de una historia alternativa plausible, aceptable y que pueda ser confirmada por parte del paciente y de su estructura social de referencia. Es la *plausibilidad* que consiente proponer el borrador de la nueva historia y de definir el contrato que permite trabajar en ella; los aspectos *persuasivos* hacen de puente, reforzando en el plano lógico así como en el emotivo, el desarrollo de la nueva historia; que llegará a ser coronada en el plano estético a partir de la involucración paritaria y de alianza con los pacientes con el fin de afrontar retos y abrazar juntos la empresa propuesta por la nueva historia desarrollada durante la terapia.

El terapeuta narrativo no sólo construye historias, antes es necesario que deconstruya la realidad propuesta, la banal cotidiana, para permitir que emerja otra historia, socialmente compartida, más funcional y satisfactoria; parte de la identificación a través de las discrepancias, elementos discordantes de la historia principal, de los submundos compartidos que han sido relegados al fondo de la realidad cotidiana, preservada y confirmada por la conversación corriente entre el paciente y su esfera de referencia social significativa.

LA DEVOLUCIÓN COMO INSTRUMENTO PERSUASIVO EN LA TERAPIA NARRATIVA

En la historia de la terapia familiar se ha dado desde siempre una importancia especial a la fase inicial y a la gestión de las sesiones (Minuchin 1976, Boscolo y Cecchin 1982, 1988). Durante el periodo sistémico (Mara Selvini Palazzoli et al., 1975) la atención se desplazó a la conclusión de la sesión, desde hace tiempo el argumento de la devolución, a pesar de que representa una práctica todavía común, ha recibido poca atención. En una visión narrativa retórico/persuasiva se trata de una omisión injustificable: hasta Cicerón en el *De Oratore* habla de la “importancia del principio y del final de la oración”.

Hoy en día existen muchos estudios de psicología social con tal propósito: ¿cuál es el orden más eficaz de presentar los argumentos? Para Lund (1925) son más eficaces los argumentos iniciales (efecto *Primacy*) que aquellos en la conclusión de un argumento (efecto *Recency*); los experimentos llevados a cabo posteriormente no han confirmado la hipótesis de Lund, demostrando que depende más bien del contexto (por ejemplo, del intervalo de tiempo entre la comunicación y el reconocimiento de los efectos, o en la presentación de argumentos a favor y en contra). Sin embargo, se han identificado correlaciones más estables: el efecto *primacy* es mayor si los destinatarios de la comunicación no tienen conocimiento del argumento, el efecto *recency* prevalece si el tema es conocido y familiar, como aquellos que el cliente trae a la terapia, confirmados por su realidad banal cotidiana.

Parecería más importante la conclusión de la sesión visto que la propia vida es considerada por todos bastante conocida y familiar.

Por supuesto, la devolución no es independiente del desarrollo de la sesión, ni en términos de contenido, que debe reanudar, resumir y proponer, ni en el del tono emocional. Si la conducción ha tenido un tono bromista involucrando a todos los pacientes, la devolución tendrá el tono de la sesión sin que parezca incongruente; por el contrario, si la sesión se ha teñido de un tono más bien dramático que no se ha conseguido atenuar a través de las intervenciones que hubieran podido reducir la tensión creada, no será apropiado proponer conclusiones de tipo humorístico. Cuando los pacientes durante la sesión proporcionan datos interesantes y útiles para el proceso terapéutico, es oportuno recuperarlos y utilizarlos durante la fase de devolución, favoreciendo así la aparición de nuevos

contenidos de los submundos sociológicos; pero si se encuentra frente a una rigidez homeostática de la realidad dominante, el discurso de cierre puede ser una alternativa provocadora y desconcertante. En cualquier caso, la devolución debería valorizar la especificidad de cada historia y de cada sesión, representando un poderoso elemento de redefinición, con el objetivo de evitar expresiones genéricas y tener en cuenta cualquier característica concreta de los individuos y de las distintas situaciones del proceso de cambio.

La intervención puede ser leída o improvisada, lo importante es que se proponga de manera persuasiva usando recursos retóricos mencionados por Cicerón en el pasado (importancia de la mirada y del tono de la voz...), así como el uso y el empleo de palabras y frases clave (Boscolo Bertrando et. al., 1991).

La intervención final se articula en pasajes lógicos y usando formas retóricas, con espacios dejados a la improvisación así como puntos considerados indispensables. Tiene función de:

Consulta y resultado, coherente con la conducción de la sesión

Resumen, síntesis y propuesta de una nueva trama (como si se tratara del resumen de los capítulos anteriores)

Efecto retórico-persuasivo que tiene como referencia a Aristóteles para la lógica, Cicerón para la emotividad, Cialdini (1995), Goldman (1997) y otros (Pratkanis e Aaronson, 2003) para una actualización moderna de las técnicas de persuasión en el ámbito comercial, político y mediático

Acompañamiento para parejas y familias: la intervención final se envía por correo electrónico a las parejas y familias algunos días más tarde de la sesión; no se envía a los pacientes en terapia individual, con quienes las citas son generalmente más frecuentes

Garantía del proceso terapéutico: la lectura de las intervenciones sucesivas tiene que hacer surgir el proceso terapéutico y servir de guía al terapeuta para mantener una coherencia narrativa

Didácticos: consiente al alumno con supervisión directa, un aprendizaje progresivo de la técnica, de la capacidad de reaccionar emotivamente y del significado de responsabilidad terapéutica.

Otro motivo moral por el que los terapeutas se exponen con un discurso final es el de mostrar respeto sincero y real hacia las personas que acuden a terapia, no solo para consolarlos: transmitirles una voluntad real de involucrarse aceptando nosotros mismos que nos exponemos, racionalmente pero con coraje y valentía. Asumir nosotros mismos en primer lugar nuestras propias responsabilidades por la vida de los demás, si queremos que posteriormente nuestros pacientes sean autónomos. Saber aislar nuestra realidad personal dominante cotidiana de las benevolentes técnicas de ayuda, confirmada por nuestros mismos pacientes, para encontrar para nosotros y para sus historias, alternativas plausibles, convincentes y hermosas.

DEVOLUCIÓN CON UNA FAMILIA

“Quedan los gnomos”: un intento de devolver un sentido a la locura

En la literatura se ha llevado a cabo una investigación interesante sobre el método narrativo aplicado a psicóticos. Según muchos autores, de hecho, en los casos de psicosis agudas existe un intento de búsqueda de sentido: a pesar de esto, algunas experiencias psicóticas se viven en un estado pre-narrativo, sin ninguna explicación, y pueden ser expresadas por los pacientes solo a través del lenguaje metafórico. La comprensión de estas expresiones metafóricas permite a quien escucha atentamente, compartir la sensación de estos individuos como ‘seres en el tiempo’. Además la propia identidad personal, que tiene bases narrativas, en los episodios de psicosis aguda se ve comprometida o no resulta suficientemente consistente (Holma y Aaltonen, 1995); estas bases están garantizadas por un constante intercambio con los familiares y la sociedad, que ha sido analizado con técnicas cualitativas en distintas etapas del desarrollo de una psicosis, que corresponde a una pérdida progresiva de sentido (Barker et al., 2001).

En el caso que presentamos, se ve claramente la distribución del núcleo familiar de una pre-narrativa respecto a la sintomatología psicótica, vista como una manifestación de una enfermedad incomprensible; ha sido imposible desarrollar un sentido compartido para lo que le había sucedido

a Alessio en el momento del inicio de la psicosis. A diferencia de los modelos de gestión de los episodios psicóticos derivados de hipótesis biológicas, fundados en el suministro de fármacos y en el uso de las intervenciones basadas en el modelo de *Expresión Emocional* (Vaughn y Leff, 1985), en el trabajo terapéutico narrativo se puede intentar recuperar la dimensión del tiempo (Holma e Aaltonen, 1998), reconstruyendo un hilo que vuelva a conectar los eventos en una nueva trama de sentido que se convierte en la historia. Se desprende de este caso cómo la terapia narrativa permite explicar una trama que une distintas generaciones, es decir pasado y presente, en una única estructura de significado, permitiendo al paciente una experiencia del tiempo integrada.

La familia en terapia se compone del padre, la madre, dos hermanas de 20 y 33 años, y de Alessio, 30 años, que presenta una larga serie de episodios psicóticos que empezaron a los 19 años de forma aguda y que, con el paso del tiempo, han dado lugar al diagnóstico de psicosis esquizoafectiva y a numerosos ingresos hospitalarios voluntarios y obligatorios. Alessio ha sido dado de alta hace 20 días, después de un mes de hospitalización en la división de psiquiatría tras haber subido al tejado de casa, amenazando con suicidarse como forma de protesta ante la falta de apoyo económico del padre (jubilado, ex albañil) a sus deseos, poco realistas, de comprar un apartamento donde poder vivir él solo. Es la primera vez que en la familia se han desencadenado contrastes tan importantes y esto ha creado un estado de ansiedad hasta el punto de inducir a la hermana mayor, Elena, empleada, casada y que no convive con la familia de origen, madre de una niña de 3 años (que asistirá a todas las sesiones), a solicitar una terapia familiar en nombre de todos los componentes de la familia. Se trata de una familia de inmigrantes no de primera generación, muy unida: Alessio, a pesar de sus numerosos desórdenes psicóticos y posteriores hospitalizaciones, todavía tiene un buen trabajo en la administración pública, mientras que Valeria, la hermana más joven, estudia Económicas en la Universidad.

La familia asiste a cinco sesiones, y los terapeutas además a de ayudar a los miembros de la familia individualmente en la gestión de sus relaciones y de los problemas cotidianos, recogen pacientemente elementos de la historia de la sintomatología psiquiátrica de Alessio. En la sexta sesión, los elementos aparecen casi completos y se construye una devolución que recoja todas las explicaciones de los síntomas desde la aparición de la psicosis 12 años antes, vinculándolo a todo lo que ha ido surgiendo en la historia de la familia y en las sesiones anteriores. La presenta uno de los dos terapeutas, tras haber abandonado la sesión durante diez minutos para elaborarla junto con el supervisor detrás del espejo, leyéndola como un resultado conjunto, poniendo gran atención al propio lenguaje no verbal, concretamente atento a usar los tonos de voz adecuados y a mantener el contacto visual.

DEVOLUCIÓN DE LA SEXTA SESIÓN

“Felicidades, tanto por los deberes, que os renovamos y que revisaremos, como por lo que habéis hecho hoy aquí. Es un reto casi imposible devolver un sentido a la locura especialmente después de doce años. Y sin embargo, hoy creemos haberlo conseguido no solo gracias a nuestra extraordinaria capacidad sino sobre todo porque sois lo suficientemente valientes para recordar y estáis lo suficientemente unidos por el deseo de entender. La *bouffée* delirante, en otras palabras *la pérdida* de la cabeza de Alessio sucedió en un momento y con una modalidad muy concreta. Las vacaciones de aquel año no fueron las de siempre: por primera vez Elena, la hermana mayor, decidió transcurrirlas sola con su novio en vez de pasarlas con su familia. Al mismo tiempo, los amigos de Alessio emprenden un viaje en tren por Europa mientras que él se sintió con la obligación de permanecer en Cerdeña con su familia.

A su alrededor todos parecían estar en movimiento... excepto Alessio, que va a Cerdeña con su familia pero no ha digerido este episodio y nada más volver al colegio, proclama: “yo solo he ganado un viaje”, “me he ganado este viaje” dice, como para subrayar que él también, como Elena, puede alejarse de casa.

Al mismo tiempo, está asustado de este deseo de vida independiente: piensa que si es homosexual esto no le puede suceder, como a su hermana, elegir a alguien fuera de la familia, o por lo

menos le resultará más complicado, así que lo proclama a todos. Está todavía confundido, aparece la ansiedad, oye hablar del SIDA y piensa que la única manera de escapar a esta situación, es la muerte. Podría ser un personaje famoso (Alberto Moravia, fallecido recientemente y además “Mor”) del que se hable en televisión: solo quedan los gnomos que lo atormentan, esto no lo sabemos explicar, dejemos a Alessio el ejercicio de encontrar una explicación. Tal vez, como nosotros, pidiendo ayuda a sus familiares. Todo esto no significa que Alessio no estuviera fuera de sí, simplemente expresaba de manera confusa y contradictoria una dificultad de todos los tiempos, que empeoró en ese momento: la antigua condena de familia entre la llamada a una profunda unidad y un deseo individual rebelde de independencia.

Sobre el resto de la historia continuad a trabajar vosotros y del futuro hablaremos la próxima vez”

DEVOLUCIÓN CON UNA PAREJA

Estar juntos contra los espíritus.

Se trata de una pareja en serio conflicto, con un hijo de 8 años de edad; tanto Raffaele (38 años) como Camilla (34) tienen una historia privada emocionalmente en sus familias de origen, que ha hecho que ella necesite sentirse amada y querida constantemente, y sea susceptible hasta llegar a la violencia física ante cualquier indicio de falta de interés por parte de él; Raffaele al contrario es cerrado, introvertido, socialmente fóbico, tímido, desconfiado y ansioso de atención exclusiva. Durante las sesiones, la pareja llamará “Julio Carroña” al fantasma de sus temores mutuos, fantasma que emerge durante sus peleas y hace que sea particularmente difícil hacer las paces: los terapeutas utilizarán este nombre durante las devoluciones, para que sea aún más plausible la intervención.

DEVOLUCIÓN DE LA PRIMERA SESIÓN

“A uniros ha sido una gran esperanza: construir una familia distinta a la vuestra de origen, aquella donde habéis crecido. Una familia en la que vuestro hijo pudiera crecer sintiéndose seguro y protegido, siendo capaz de poder confiar en sus padres. De esta manera Raffaele habría redimido el sentimiento de abandono y soledad que lo persigue desde siempre, Camilla la frustración de estar siempre involucrada en las peleas de sus padres sin obtener ningún resultado cuando se hacían las paces”

DEVOLUCIÓN DE LA CUARTA SESIÓN

“Julio Carroña” vuelve a las alcantarillas! Como habéis dicho que en vuestra casa habita un espíritu maligno que se llama Julio y que os atormenta, tenéis el apellido del espíritu y un buen ejercicio.

Ya se sabe que los argumentos racionales no funcionan demasiado contra los espíritus que lleváis a cuevas del pasado y que toman posesión de vosotros cuando tenéis miedo. Dice Manfrida que tenemos que conseguir resumir y sintetizar las cosas y ahora vosotros conocéis cuánto vuestro miedo acumulado de abandono y desilusión, está dañando vuestra relación.

Está convencido que por temor, Raffaele se preocupa de lo que dice o no dice; que por temor, Camilla se vuelve aburrida; por temor a cada uno de vosotros, os volvéis agresivos.

Manfrida sostiene que el temor en el que vivís de ser defraudados en vuestro deseo de una relación afectiva intensa y sincera, hace que poco después de haber estado aquí, no os acordéis de nada de lo que hemos dicho y volvéis a empezar otra vez.

Julio Carroña no se debe infravalorar y ya que no os podemos adoptar y daros la infancia feliz y segura que os habría gustado y que no habéis tenido, entonces contra los espíritus es necesario usar remedios aparentemente irracionales. He aquí algunos contra Julio Carroña:

- a) una bendición a prueba de espíritus, os la damos nosotros, ahora sois una pareja bendita;
- b) que un amigo vuestro que os tenga mucha estima os regale un cuerno rojo y lo colguéis en casa;

- c) poner una foto vuestra que represente un momento feliz, vivido juntos para que os recuerde tener confianza;
- d) para terminar, contra los espíritus hay un remedio supersticioso muy antiguo: tocarse los testículos. Raffaele no tiene problema y estoy convencida que se los prestará con mucho gusto a su mujer. “Usted, Camilla, recuerde que las tetas también traen buena suerte, así que sea generosa y hágaselas tocar a él.
- ¡Tened en cuenta que lo que os hemos dicho, va muy en serio!
 Mucha suerte y a la porra, Julio Carroña”.

DEVOLUCIÓN EN TERAPIA INDIVIDUAL

Los riesgos de quien no se arriesga nunca

La devolución en una terapia individual se lee y se recita tras haberla presentado como un trabajo de reflexión del terapeuta hecho al final de la sesión anterior. Si bien se considera inadecuado y artificial presentar al paciente individual una devolución escrita al final de cada sesión, de vez en cuando, en momentos clave de la terapia, esta técnica permite valorizar y recordar todo lo que se ha hecho hasta el momento e intervenir concretamente en la relación terapéutica. Una copia de la devolución se puede entregar al paciente para que se la lleve y reflexione para poder discutir sobre ella en una sesión posterior. Dada la rareza, estas intervenciones finales individuales son generalmente bastante extensas y absorben gran parte de la sesión, si bien este hecho esté compensado por la atención prestada del terapeuta en su redacción.

Presentamos el caso de Giuseppe, 32 años, que llega a la terapia por recomendación de su compañera, con la que convive. La devolución que sigue se lee al paciente durante la tercera sesión con el objetivo de estipular un contrato terapéutico.

“Querido Giuseppe:

Su historia me ha tocado mucho: usted es un chico que tiene muchos recursos y talento. Sabe dibujar muy bien, enseña, lleva la escuela de comics a las principales ferias para demostrar aquello que sois capaces de enseñar. Convive con Caterina, la mujer que ama y por la que ha luchado tanto, esforzándose mucho y arriesgándose a recibir una negativa por parte de ella cuando decidió conquistarla”.

Sin embargo, Giuseppe, a pesar de estos picos de competencia y coraje, me explica la historia de una vida vivida desde las bambalinas. Usted nunca se ha expuesto a correr riesgos en la vida... Sí, es cierto, está Caterina y su conquista algo turbulenta, pero creo que esa es la única excepción. Por lo demás, Giuseppe, todo tranquilo.

De pequeño usted era el payasete de la familia: toda risa y bromas. Tal vez para no quitar esa alegría a la casa, decidieron ocultarle siempre los problemas, pero cuando los problemas fueron apareciendo, con la separación de sus padres, usted se convirtió en un adolescente tímido y complicado, que nunca había pedido nada para sí mismo, ni siquiera la posibilidad de transcurrir algo de tiempo fuera con sus amigos.

Lamento decirle estas cosas de manera tan brusca, precisamente a usted, que durante toda su vida ha estado protegido por sus padres y sus hermanas, que para que se sintiera seguro le han escondido todo: la separación, la amante de su padre, los problemas con su hermana Elisa que se escapaba de casa y nadie sabía nada de ella durante días. Bien, agárrese fuerte, Giuseppe, porque estoy por decirle algo que probablemente no le gustará pero creo que por lo menos, una vez en la vida, teniendo en cuenta que ha encontrado un poco de coraje para acudir a un experto y tener una opinión, se merece una cosa que nadie le ha dicho nunca: la verdad.

Giuseppe, a las personas no se las protege no diciéndoles las cosas. Lo único que se obtiene escondiendo a quien tenemos a nuestro alrededor las cosas que suceden, es que estas personas se convencen que es mejor que piensen los otros en resolver los problemas, y de consecuencia que no sigan creciendo. Que se bloqueen. Que continúen siendo pequeños. Sí, Giuseppe, pienso que es precisamente esto lo que le ha sucedido a usted. Creo que el deseo afectuoso de protección por parte de

su familia haya provocado en usted un efecto colateral que tal vez nadie había calculado que pudiera suceder, pero así ha sido: no le han permitido crecer. Y usted, Giuseppe, se ha acomodado en esta situación a mitad camino: por un lado se ha ido de casa para convivir, pero por otro lado sus padres siguen ayudándole económicamente. Por un lado, quiere ser dibujante de comics y sabe que podría hacerlo, pero si le cierran alguna puerta se ofende y se despidió del mundo cruel editorial decidiendo renunciar. En definitiva, Giuseppe, usted ha crecido un poco pero no del todo.

Usted acude a mí sin una pregunta clara, afirmando que se lo han aconsejado porque podría resultar beneficioso para usted y que ha visto mejorar mucho Caterina con la terapia, así que en consecuencia, espera que pueda serle de ayuda a usted también. Dice que no se siente independiente y esto no lo hace feliz. Este es un elemento que encuentro positivo y que me llena de esperanza ante la idea de su cambio, porque si una persona a su edad no fuera independiente y fuera feliz, diría que es una persona sin esperanzas. Así que Giuseppe existe esperanza para usted.... Dudo solo que usted también lo crea y que quiera aprovechar esta oportunidad.

Sabe Giuseppe, creo que usted tiene necesidad de seguir una terapia. Pero desconozco si se la puede permitir: y no me refiero a la parte económica, ya que pienso que si una persona quiere algo, el dinero lo encuentra de alguna manera. Creo que usted no se la puede permitir a nivel emocional, porque la terapia es la única inversión real que una persona pueda hacer por sí misma y por su evolución, y esto significa que es el único paso serio que se puede dar para crecer. Pero crecer significa tomarse tantas responsabilidades y hacer las cosas por uno mismo, y no pensar que si sale mal, siempre estarán papá y mamá detrás nuestro para recogerlos cuando nos caemos. Quiere decir invertir en una relación adulta y contribuir a la pareja cada uno con su parte. Significa invertir en las capacidades profesionales de uno mismo aunque sea duro, y si la profesión no despega quiere decir arremangarse e ir a trabajar como camarero o dependiente para poder llegar a fin de mes mientras se espera que llegue la oportunidad justa.

Así que le pido, Giuseppe, que lo piense muy en serio: ¿está convencido de querer esforzarse? ¿De veras piensa que sería mejor hacer las cosas por sí mismo en vez de dejar que lo hagan todo papá y mamá?

Personalmente no tengo la impresión que usted esté muy convencido, al contrario. Pienso que en su cabeza retumba la voz de su madre que le dice “¿qué psicólogos? ¡No creo en ellos! ¡Vas a tirar el dinero!”: quizás en parte lo piense también usted, que sería mejor aplazar, ¡no complicarse la vida después de todo lo que sus padres han sufrido para hacer que la suya fuera tan simple y llana! Pero digamos las cosas como son, la idea de crecer y de cambiar da miedo, lo comprendo. Y usted sabe que, aunque salga mal, siempre podrá volver a casa de sus padres. Naturalmente, pero apoyarse siempre en sus padres también tiene sus inconvenientes: por ejemplo, y se lo digo por experiencia porque en este trabajo veo muchos tipos de situaciones, se arriesga a ir por la vida sin haber crecido de verdad y por tanto, sin experimentar la satisfacción que se siente cuando uno hace algo por sí mismo, malviviendo insatisfecho y frustrado. Además en las parejas sucede que de no crecer juntos, si por un motivo o por otro, la relación se desequilibra demasiado, las personas no resisten y no basta todo el afecto del mundo para mantenerlas juntas. Cierto, esto no significa que una pareja funciona solamente si se divide todo al 50%. Pero tener un compañero/a que lleva el 95% de la carga y el otro contribuye solo con el 5% porque ha decidido que es más prudente volar bajo en la vida, yo honestamente pienso que una pareja así no puede durar mucho.

Pero estos son los riesgos de quien no se arriesga nunca.

A mí me gustaría poder confiar en la parte de esperanza sana que usted me muestra cuando dice que se siente insatisfecho, en la parte de usted que dice que quiere invertir en su futuro y en su felicidad. En la parte que piensa en poder vivir feliz al lado de Caterina, en dibujar comics como siempre ha soñado, en mantener una buena relación con su familia, en ser independiente y plenamente satisfecho cuando está rodeado de otras personas.... Es precisamente a esa parte de Giuseppe a la que le propongo un trabajo, de prueba. Deberá demostrarme con todo su ser que realmente desea cambiar, que quiere seguir esta terapia por usted, y que de verdad quiere hacer algo para crecer e in-

vertir en su vida. De no ser así, si no encuentra un agujero en su agenda para acudir a las sesiones, ya le digo que no estoy dispuesta a irle detrás como está acostumbrado. No le daré mil citas esperando que usted encuentre tiempo para poder venir. Usted tendrá su terapia, pero si no es capaz de sacarle jugo, debe ser consciente que habrá perdido la única oportunidad de trabajar para sí mismo que se le ha presentado en estos últimos años.

“Así que... ¿qué piensa, se ve capaz de dar este primer paso esencial?”

DEVOLUCIÓN CONSTRUIDA EN SUPERVISIÓN

¡Doctor no me fio de usted... porque no me quiere!

Hasta ahora hemos dicho que las devoluciones pueden ser un instrumento válido ya sea a nivel terapéutico como didáctico. Una última función que nos gustaría destacar es la de la utilidad de la construcción de las restituciones durante la supervisión clínica.

El caso es el de una mujer, Giovanna, en terapia individual desde hace un año y medio aproximadamente. Durante este periodo, se han podido observar mejoras sintomáticas y relacionales, y la terapia ha sido trasladada al plano del carácter. Giovanna tiene 38 años, es una mujer hermosa que trabaja en una empresa de prestigio desde hace 10 años. La sede de la empresa está en una ciudad lejos de la suya y cada fin de semana, Giovanna vuelve a casa de sus padres. Giovanna ha vivido en el pasado una larga historia de anorexia que ha sido tratada con numerosas hospitalizaciones pero sin un verdadero tratamiento psicológico. Ha tenido muchos problemas en su relación con el sexo opuesto y es precisamente el fin de una historia de amor que la trae a la terapia.

Durante el período al que se refiere la supervisión, la empresa de Giovanna se enfrenta a algunos importantes cambios estructurales que podrían obligarla a cambiar tanto el lugar de trabajo como sus tareas. Al mismo tiempo, un colega de Giovanna ha contactado por sí mismo a la terapeuta tras haber encontrado el número de internet y ha solicitado una terapia individual, hecho que comunica a Giovanna solo en un segundo momento. Giovanna ha terminado los exámenes para obtener la Licenciatura en Económicas pero hace cinco años que está aún preparando la tesis final. Esta cuestión ha sido tratada algunas veces a lo largo de las sesiones: durante el encuentro anterior a la supervisión, Giovanna ha afrontado la terapeuta de manera agresiva, terminando la frase con un “¡Sé que a usted no le intereso, si consigo licenciarme o no! A usted solo le intereso a nivel estadístico: ¡si me licencio, para usted es un punto a su favor!”. La terapeuta, cometiendo un error importante, entra en simetría con la paciente respondiendo “Mire que la licenciatura es suya, no mía. Yo ya obtuve mi licenciatura en el pasado”. Dándose cuenta del error, la terapeuta solicita una supervisión durante la cual se construyen las líneas del siguiente retorno:

Querida Giovanna, tras el episodio de la otra sesión creo que es importante hablar de lo ocurrido, de nosotras, en este momento delicado en el que creo que usted necesitaría mi apoyo.

La última vez vivimos un momento agresivo. Le dije que tengo mi vida con mis alegrías y satisfacciones como espero que usted tenga la suya, porque usted es realmente importante, usted y su vida, no como una mera estadística profesional. Me importa porque, si usted consigue mejorar su vida y su trabajo, mejorarán también sus ingresos y obtendrá un éxito mayor. Éste es un progreso en el que yo participo con alegría porque usted me importa.

Sé que usted se ha esforzado mucho para poder superar las dificultades y le confieso que es halagador ver que su trabajo ha dado sus frutos: pero me alegro no por estadística sino porque mis pacientes son importantes para mí, en especial aquellos que se esfuerzan tanto como usted. Usted es importante y la apoyo, a pesar de mantener el punto de desconfianza que es necesario para tener bajo control sus ambigüedades (la historia no historia con Claudio, su vida a caballo entre Florencia y Pisa, si quiere hijos o no...).

Pienso que en este momento para poder tomar algunas decisiones importantes como las que se están dibujando en el horizonte, usted necesita estar segura de nuestra relación. Y para ello, no se puede solo hablar de las emergencias sino también de nuestra relación y esto último es complejo. Es cierto, me ofendí cuando usted me dijo que solo la aprecio por los resultados y que espero de usted

258 solo eso, pero también es cierto que usted me provocó, tal vez en lugar de hacerme la pregunta importante que era si realmente la aprecio.

Utilizó un modo agresivo y a mí, que seré buena en mi trabajo pero no soy perfecta, se me escapó una respuesta agresiva. Querida Giovanna, yo no soy su madre y no quiero serlo, soy su terapeuta y usted me importa, como me importa su vida y el hecho de que usted alcance la felicidad.

Respecto a su colega, que me ha buscado en internet y ha pedido una cita, no acepto en terapia personas que trabajan codo con codo como no acepto familiares (no acepté nunca la invitación que quería hacerme de su prima ni de su amiga). Desconocía que él trabajase con usted y cuando lo comprendí, usted se me adelantó. Es un accidente que puede suceder. Además usted me hace publicidad y quizás por la estima que me tiene, haya desvelado demasiadas cosas sobre mí. Nombre y dirección. En efecto, tendría que haber entendido cuanto era importante para usted llamarse “mi hija”.

No he tenido antes la oportunidad de demostrarle que para mí en primer lugar está usted y no hablaría nunca con nadie que esté a su alrededor sin haberlo hablado antes con usted. Se ha dado cuenta que yo estaba distante y probablemente lo he estado. Yo la he percibido evasiva y esquiva y esto me ha preocupado más que nunca.

Es necesario un espacio para hablar de mí y de usted, ya sea por mí como por usted, para trabajar juntas mejor y durante tiempo.

CONCLUSIONES, EN FORMA DE DEVOLUCIÓN

Querido colega terapeuta,

Hemos trabajado con pasión en este artículo con la esperanza de ofrecerte nuestro punto de vista sobre un tema que nos interesa especialmente: la creación y el uso de las devoluciones en la terapia sistémico-relacional.

Sabemos cuánto duro es nuestro trabajo, si se hace con responsabilidad y pasión: comporta hacerse cargo de la vida de las personas, trabajar con las emociones... Las suyas y las nuestras. Tenemos que mostrarnos disponibles si se dan casos de emergencias, y a veces no existen fines de semana, ni Navidades u otras fiestas importantes. A menudo volvemos a casa cansados y nos sentimos abatidos porque si bien hacemos mucho, nos gustaría poder hacer mucho más.

Y sin embargo, colega terapeuta, seguimos haciendo este trabajo y no nos paramos.

Porque no existe un trabajo en el mundo más hermoso que el nuestro. No existe un trabajo que permita evolucionar, aprender, sentir, como el nuestro nos lo permite. Porque a pesar de las derrotas que afrontamos, las satisfacciones son siempre mayores. Y poder ayudar a alguien nos hace olvidar toda la fatiga, las renunciadas y las frustraciones.

Sabes, terapeuta, creemos que este trabajo sea algo realmente especial y las cosas especiales se tienen que proteger y cuidar. Es un trabajo difícil, tal vez no todo el mundo está capacitado para hacerlo, y a menudo nos tienta el simplificar la vida dando palmaditas reconfortantes en la espalda de quien nos pide ayuda sin darnos cuenta realmente. Pero entonces no sería el trabajo que hemos elegido, y a pesar de que a veces dé miedo, tenemos que encontrar la valentía y hacernos cargo de las responsabilidades.

Vivimos en un mundo que rechaza las responsabilidades: se trata de un mundo rápido, veloz, instantáneo, con cada vez menos espacio para la reflexión y el pensamiento. Nosotros terapeutas no tenemos que caer en la trampa de la velocidad y la falta de responsabilidad: aunque sea duro, tenemos que mantenernos firmes en la creencia que estamos haciendo algo importante, una pequeña contribución a hacer de este mundo un lugar mejor. Y no tenemos que dejar de aprender nunca: porque lo debemos a nosotros mismos, pero aún más lo debemos a nuestros pacientes.

“Porque los pacientes nos ponen en nuestras manos toda su vida: así que es justo que pidan a cambio un trozo de la nuestra” (Manfrida, 2014).

- Barker S., Lavender T., Morant N. (2001). Client and family narratives on schizophrenia. *Journal of Mental Health*, (10)2. doi:10.1080/09638230123705.
- Berger P., Luckmann T. (1966). *The social construction of reality*. New York: Garden City.
- Boscolo L., Bertrando P., Fiocco P.M., Palvarini R.M., Pereira J. (1991). Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia. *Terapia Familiare*, 37, 41-53.
- Boscolo L., y Cecchin G., (1982). Training in systemic therapy at the Milan center in family therapy supervision: recent development in practice. En R. Whiffen, R., Byng-Hall J., *Family therapy supervision: Recent developments in practice*. London: Academy Press.
- Boscolo L., Cecchin G., (1988). Il problema della diagnosi dal punto di vista sistemico. *Psicobiettivo*, 3, 1-11.
- Cialdini R. B. (1995). *Le armi della persuasione*. Firenze: Giunti Editore.
- Goldmann H. (1997). *L'arte di vendere*. Milano: Franco Angeli.
- Haley J. (1973). *Terapie non comuni*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Holma J., Aaltonen J. (1995). The self-narrative and acute psychosis, *Contemporary Family Therapy*, (17)3. doi: 10.1023/A:1022432810652.
- Holma J., Aaltonen J. (1998). Narrative understanding in acute psychosis, *Contemporary Family Therapy*, 20, 3. doi: 10.1023/A:1022432810652.
- Holma J., Aaltonen J. (1998). The experience of time in acute psychosis and schizophrenia, *Contemporary Family Therapy*, 20, 3. doi: 10.1023/A:1022408727490
- Lund F. (1925). The psychology of belief IV: The law of primacy in persuasion. *Journal of Abnormal Social Psychology*. doi: 10.1037/h0049330
- Manfrida G. (Junio, 2014). Uno per tutti-Psicoterapia Individuale Sistemica Relazionale. *Seminario Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale*, Prato, giugno 2014.
- Manfrida G. (2015). *La narrazione psicoterapeutica: invenzione, persuasione e tecniche retoriche in terapia relazionale*. 3° ed., Milano: Franco Angeli.
- Maturana H, Varela, F. (1980). Autopoiesis and cognition. The realization of the living. En R. Cohen, R. y M. Wartofsky, M. (Eds.), *Boston Studies in the Philosophy of Science*. Boston: Reidel Publishing.
- Minuchin S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio
- Pratkanis, A. y Aaronson E. (2003). *L'età della propaganda. Usi e abusi quotidiani della persuasione*. Bologna: Il Mulino
- Ricoeur P. (1991). Narrative Identity. En D. Wood D., *On Paul Ricoeur: Narrative and interpretation*. London: Routledge
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Roma: Raffaello Cortina Editore
- Vaughn C., Leff J. (1985). *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. New York: Guilford Press
- White M. (1995). *Re-Authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White M. y Epston D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: WW Norton.

OTRAS LECTURAS

- Doubleday and Co. (trad. it. La realtà come costruzione sociale. Il Mulino: Bologna 1969).
- Holma J., Aaltonen J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis, *Contemporary Family Therapy*, 19, 4. doi: 10.1023/A:1026174819842.

- 260 Manfrida G. (Abril, 2006). *La última palabra: la conclusión de las sesiones terapéuticas*. Seminario impartido en Bilbao, en la Sede de la EVNTEF, en Abril de 2006
- Selvini Palazzoli M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1977). La prima seduta di una terapia familiare sistemica. *Terapia Familiare*, 2, 5-13

Pensamiento Sistémico

Nuevas perspectivas y Contextos de intervención México: Litteris Psicología, 2014.

Karina Callejas

Este libro nos introduce al pensamiento sistémico; motiva al lector a entender y abarcar los problemas psicológicos, partiendo de la idea de que los seres humanos somos seres sociales y, por lo tanto, vivimos inmersos en diferentes tipos de sistemas que nos afectan de varias maneras y, así mismo, como individuos somos una de las piezas que mueve cada uno de esos sistemas.

En este libro podemos apreciar una fascinante recopilación de artículos escritos por autores influyentes en el campo de la psicología, sobretodo en el campo de la psicoterapia sistémica. Los coordinadores dividen el libro en tres partes: *Modelos y estilos*, *Intervenciones en problemáticas específicas* y *Contextos de intervención interdisciplinarios*.

Modelos y estilos

En esta sección se exponen varios modelos teóricos con sus respectivas técnicas terapéuticas. La variedad de estilos nos permite ver a la psicología sistémica como un modelo amplio, flexible y en constante evolución.

Dentro de este apartado encontramos el capítulo escrito por Raúl Medina, *Desconstruyendo el sí mismo farsante y el sí mismo autocompasivo. Nuevos aportes a la terapia familiar crítica*. La Terapia Familiar Crítica de Medina propone que los problemas psicológicos deberían ser abordados a partir del entendimiento del contexto socio-cultural del individuo. Para este autor, los síntomas son expresiones de las ideas que la persona tiene sobre sí mismo y su entorno, siendo el entorno, a su vez, un factor influyente en la definición del sí mismo. Medina propone que la narrativa cultural se evidencia en el auto-concepto, el cual en ocasiones se presenta como un sí mismo “farsante” o “autocompasivo”. Por ejemplo, en culturas donde las adversidades son vistas como señal de mala suerte, la solución, según la narrativa cultural, es la voluntad divina o la mano del destino. De esta manera, el individuo toma la narrativa cultural como prescripción y espera “sentado”. Medina critica esta postura tanto cultural como individual y propone la búsqueda de un sí mismo gestor y responsable de su propia realidad.

Un capítulo imprescindible en este libro es *El trabajo con emociones en terapia familiar: Teoría y aplicaciones*, escrito por Esteban Laso. Este capítulo tiene un efecto interesante en el lector, ya que uno se encuentra haciendo pausas durante la lectura, notando las propias emociones y preguntándose sobre las mismas. Laso nos invita a trabajar con nuestras emociones y a usarlas como el medio para el cambio; empezando por reconocerlas y legitimarlas, en vez de esconderlas y juzgarlas. Se incentiva un trabajo terapéutico donde las emociones (*cómo nos afecta algo*) no sean solo el medio sino lo que apuntamos cambiar, ya que por otro lado, el estado de ánimo (*cómo estamos en general*) y la sensación del sí mismo (*cómo somos*) son más complejos y requieren de atención más prologada. Más adelante, se hace una distinción entre las emociones primarias y secundarias, lo

cual es necesario para entender el trabajo con las mismas. Laso nos proporciona una práctica “*receta para cocinar intervenciones emocionales sistémicas*”, la cual resume el trabajo terapéutico en este ámbito y envuelve la activación y regulación emocional, su respectiva articulación y las respuesta del individuo y de los otros ante ésta. El autor cierra su capítulo exponiendo una serie de fragmentos terapéuticos que nos llevan de la teoría al mundo práctico de la psicoterapia.

Intervenciones en problemáticas específicas

Al leer los capítulos de esta sección notamos cómo la terapia familiar sistémica es tan rica que podemos trabajar con la misma en diferentes ámbitos y con diferentes problemáticas. En esta parte del libro se tratan temas como el trastorno bipolar, la devolución en terapia, la terapia de pareja, la violencia de pareja, toxicomanías, y el trastorno de pánico, todos estos abordados desde el pensamiento sistémico. Esta sección es de gran utilidad, ya que algunos de los autores utilizan casos clínicos para clarificar las técnicas terapéuticas usadas en problemáticas específicas, muchos de ellos, además, guían paso a paso al lector para que éste pueda aplicar lo aprendido en su propia práctica clínica.

Un capítulo que parte con una clara y novedosa explicación sobre el trastorno y termina maravillando a los lectores con las estrategias terapéuticas sistémicas para tratar el mismo es *El trastorno bipolar desde la perspectiva sistémica*, escrito por Juan Luis Linares, Carmen Campo, y José Soriano. Los autores empiezan haciendo una crítica al manejo que se ha dado en los últimos tiempos al tratamiento del trastorno bipolar, haciendo énfasis en los cuestionables resultados que tienen los fármacos sobre este diagnóstico. Lo que realmente atrae la atención del lector es el entendimiento sistémico que los autores proponen sobre el trastorno bipolar; explican que el individuo sintomático parte de un sistema con padres en constante lucha, donde se vive una clara ambivalencia entre el orden y el desorden.

Además, proponen que en estos sistemas sobresale el conflicto relacional en dos dimensiones: la conyugalidad (manera en que la pareja parental se relaciona entre sí) y la parentalidad (funciones parentales de cada uno). Específicamente clasifican al trastorno bipolar como un diagnóstico que se encuentra inmerso entre una conyugalidad disarmónica y una parentalidad deteriorada. Partiendo de esta idea, los autores guían al lector con estrategias terapéuticas a usarse con los pacientes y sus familias, tanto de origen como creadas. Por ejemplo, los autores hacen referencias a técnicas como el empoderamiento del paciente, la estimulación vincular, y la re-estructuración familiar.

Contextos de intervención interdisciplinarios

En esta última sección del libro encontramos capítulos que señalan la importancia del trabajo interdisciplinario. Los diferentes autores muestran intervenciones donde se trabaja en colaboración y con la participación de varios subsistemas. El lector se encontrará con una variedad de capítulos, que describen el trabajo con el sistema familiar, los servicios públicos, y diferentes organizaciones.

En esta sección, Eduardo Hernández González y Karla Contreras Tinoco nos presentan su capítulo *Repensar la intervención clínica: Reflexiones entorno al capital social y sus aportes al modelo ecológico en terapia familiar*. El texto hace referencia a la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner, la cual desde hace algún tiempo nos ha ayudado a comprender que es necesario ir más allá del microsistema (familia) para intervenir también con los macrosistemas en los que coexiste e interactúa la familia. Seguramente este es también el punto de partida de esta sección del libro, ya que cada autor nos presenta el trabajo con diferentes macrosistemas y sus resultados. En este capítulo, además, se introduce el concepto de capital social, que los autores lo definen como “... 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” Los autores mencionan que las sociedades donde se fomentan los lazos de confianza, solidaridad, y apoyo mutuo suelen tener mejores índices de salud y menor mortalidad ya que se enfrentan los problemas como comunidad y no de manera individual.

Los capítulos revisados han sido escogidos para dar una idea de lo que se puede encontrar en

este libro. La maravilla de este libro es que aprendemos de diferentes autores y sobre una variada gama de temas, pero siempre manteniendo el enfoque sistémico que nos lleva a comprender la importancia de las relaciones sociales para el buen entendimiento de los seres humanos y sus problemas. Como terapeutas podemos usar este libro como una herramienta de trabajo cada vez que nos encontremos tratando las problemáticas expuestas en el libro.

36 redes

Revista de
Psicoterapia
Relacional e
Intervenciones
Sociales

Diciembre de 2017

www.redesdigital.com.mx

redes se propone convertirse en La Revista Científica de acceso abierto más importante en el mundo hispano y latinoamericano, en el ámbito de la terapia familiar y el modelo relacional-sistémico, así como el narrativo y las intervenciones en familias, organizaciones, comunidades y redes.

redes es el órgano de discusión y divulgación científicas de la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES), de cuyos objetivos y finalidades quiere hacerse continuo eco.

Se trata de seguir dotando a los colectivos profesionales interesados en el modelo relacional sistémico de un foro de expresión e intercambio de sus trabajos clínicos y de investigación, en nuestro idioma, y a la altura de las revistas internacionales más prestigiosas.



ESCUELA VASCO NAVARRA
DE TERAPIA FAMILIAR
USKADI ETA NAFARROAKO
FAMILI TERAPIA ESKOLA

