

# 35

# redes

Revista de  
Psicoterapia  
Relacional e  
Intervenciones  
Sociales

Julio de 2017

[www.redesdigital.com.mx](http://www.redesdigital.com.mx)

## **Facundo Cócola Coria**

Integrando la teoría del apego al modelo sistémico, cibernético y constructivista

## **Esther Claver Turiégano**

Aproximación teórica a la violencia filioparental

## **Esther Hanono Dayan, Mónica Muriel Vizcaíno y Gerardo Vázquez Estrada**

¿Nos es posible la irreverencia?

## **Raúl Alejandro Aráoz Cutipa y Bismarck Pinto Tapia**

Narrativas frente a la obtención de un título profesional universitario. El mito familiar de la profesión

## **Sandro Giovanazzi Retamal, René Barraza López y Lorena Díaz Zepeda**

Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena

## **Daniela Valverde Watson**

El estado actual de la investigación y la intervención sobre la vivencia emocional de los hermanos ante la discapacidad intelectual

## **María Teresa Castillo-García, Liliana Castillejos-Zenteno y Lidia Karina**

### **Macias-Esparza**

El reto de incluir a niños y niñas en las sesiones de Terapia Familiar

## **Marcelo R. Ceberio**

Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas

## **Pier-Giorgio Semboloni y Antonio Nurra**

¿Un mito familiar puede matar? *El caso Cogne*





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 Abejón (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 (Florencia)

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 (Génova)

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<sup>a</sup> 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 (Génova)

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. 35, Julio de 2017

### SUMARIO

EDITORIAL .....	7
<b>A. TEORÍA</b>	
<b>Integrando la teoría del apego al modelo sistémico, cibernético y constructivista</b>	
Facundo Cócola Coria .....	11
<b>Aproximación teórica a la violencia filioparental</b>	
Esther Claver Turiégano .....	21
<b>¿Nos es posible la irreverencia?</b>	
Esther Hanono Dayan, Mónica Muriel Vizcaíno y Gerardo Vázquez Estrada .....	33
<b>B. INVESTIGACIÓN</b>	
<b>Narrativas frente a la obtención de un título profesional universitario. El mito familiar de la profesión</b>	
Raúl Alejandro Aráoz Cutipa y Bismarck Pinto Tapia .....	41
<b>Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena</b>	
Sandro Giovanazzi Retamal, René Barraza López y Lorena Díaz Zepeda .....	53

## C. INTERVENCIÓN

### **El estado actual de la investigación y la intervención sobre la vivencia emocional de los hermanos ante la discapacidad intelectual**

Daniela Valverde Watson ..... 71

### **El reto de incluir a niños y niñas en las sesiones de Terapia Familiar**

María Teresa Castillo-García, Liliana Castillejos-Zenteno y Lidia Karina Macias-Esparza ..... 83

## D. INVITADOS

### **Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas**

Marcelo R. Ceberio ..... 99

### **¿Un mito familiar puede matar? *El caso Cogne***

Pier-Giorgio Semboloni y Antonio Nurra ..... 117

## RESEÑA

### **Raúl Medina Centeno.**

### **Cambios modestos, grandes revoluciones**

### **México: Red Américas, 2011, reimpresso en 2014**

Lorena Cordovez Román ..... 127

# Editorial

La edición número 35 de *Redes*, es testigo fiel de la permanente emergencia de temas y propuestas teóricas y de intervención en el campo de la terapia familiar. La metáfora de la red ilustra de manera clara la multiplicación de las encrucijadas donde confluyen perspectivas teóricas diversas que antes parecían incompatibles; problemas emergentes protagonizados por las múltiples formas en la que se manifiesta la violencia y propuestas de intervención que recuperan el saber de la disciplina, en sus diferentes tradiciones, como punto de partida para la formulación de nuevas maneras de ser y hacer la terapia.

Las colaboraciones que hemos recibido para este número son muestra fehaciente de la vitalidad del pensamiento que se cultiva en el campo de la terapia familiar, y da cuenta de la rapidez con la que responde al llamado de la sociedad ante el desafío de los problemas que afectan la estabilidad vital de las familias y los individuos.

En la sección de *teoría*, Facundo Cócola, colabora con un artículo que explora las posibilidades de la recuperación de los postulados de la Teoría del Apego y el Modelo Sistémico, Cibernético y Constructivista, para la formulación de una estrategia que potencie la comprensión de los problemas relacionales humanos. Asimismo, Esther Claver Turiégano, acude a las claves de la teoría sistémica y en particular al concepto de circularidad para comprender el proceso de la violencia filio-parental, para con ello replantear la intervención desde esta perspectiva.

Esther Hanoyo Dan, Mónica Muriel y Gerardo Vázquez, en su artículo titulado *¿Nos es posible la irreverencia?* reflexionan sobre el lugar del terapeuta frente al papel que le toca jugar en la terapia. Para ello, enfrentan las propuestas de Gianfranco Cecchin, Gerry Lane y Wendel A. Ray (2002) y Minuchin y Fishman (2004) y concluyen que, en efecto, la irreverencia es imposible y la espontaneidad aparece como una alternativa que favorece el cambio, sin sacrificar sus valores, intereses, gustos y responsabilidad.

En la sección de investigación recibimos el trabajo de Raúl Alejandro Aráoz Cutipa y Bismarck Pinto Tapia, titulado *Narrativas frente a la obtención de un título profesional universitario: El mito familiar de la profesión* en el que se presentan los resultados de un estudio realizado a través una metodología cualitativa, que muestra cómo la familia y la sociedad crearon “el mito de la profesión” que a final de cuentas es más la carta de certificación de los buenos oficios de los padres y la sociedad, que el futuro prometido para los hijos.

Sandro Giovanazzi Retamal, René Barraza López y Lorena Díaz Zepeda realizaron un estudio correlacional en un grupo de pacientes con síndrome de fibromialgia, en el que identificaron que quienes mostraron mayor nivel de adaptabilidad y cohesión en la familia tienen, a su vez, menor severidad en los síntomas del padecimiento. Este hallazgo confirma la hipótesis que sostienen muchos autores respecto de cómo los patrones de la interacción, entorno y funcionamiento familiar afectan la sintomatología de los padecimientos crónicos.

Daniela Valverde, en la sección de *intervención* colabora con un artículo que explora el estado del arte de la “investigación y la intervención sobre la vivencia emocional de los hermanos ante la discapacidad intelectual”, en su trabajo, Daniela constata que la información disponible que sobre las necesidades de los hermanos de personas con discapacidad intelectual, es todavía limitada y existen contradicciones sobre el carácter positivo o negativo de sus efectos. A partir de sus hallazgos, la autora se propone recuperar la experiencia acumulada por los estudiosos del tema para desarrollar estrategias que mejoren la capacidad de adaptación de los hermanos ante esta circunstancia.

María Teresa Castillo-García, Liliana Castillejos-Zenteno y Lidia Karina Macias-Esparza, en su artículo *El reto de incluir a niños y niñas en las sesiones de Terapia Familiar*, reflexionan sobre la práctica frecuente de excluir a los niños de las sesiones de terapia, a pesar de que se contraponen con

el principio de la terapia familiar según el cual se deben incluir a todos los miembros de la familia, y la necesidad de incluirlos para lo cual proponen algunas alternativas para hacerlo de manera que se puedan atender los desafíos que ello representa.

En la sección de invitados recibimos dos excelentes colaboraciones que invitan a la reflexión. Una a cargo de Marcelo Rodríguez Ceberio y la otra de Pier-Giorgio Semboloni y Antonio Nurra.

En la primera, titulada *Querer y no lograr: soluciones intentadas fallidas* su autor analiza los diferentes modelos teóricos y sus estrategias de intervención que han buscado generar cambios y soluciones a los problemas humanos, sin lograrlo. Esto conduce a la pregunta que guía su reflexión ¿a qué se debe que continuamos repitiendo una solución memorizada a pesar de su ineficacia y pretendemos obtener un resultado favorable al cambio? La respuesta puede encontrarse en la reproducción de un círculo que tiene como motor la inercia resistencial en la que participa tanto el paciente, como el terapeuta. La trama, por supuesto es más complicada y sugerimos adentrarse en el texto, pero su autor propone el modelo estratégico breve como alternativa efectiva para generar el cambio.

El segundo trabajo titulado *¿Un mito familiar puede matar? El “Caso Cogne”* analiza desde una perspectiva sistémica, un controvertido crimen ocurrido en Italia del que derivan el mito familiar imperante en la pareja, que en palabras de los autores, “impide al individuo el tomar consciencia de sus propias dificultades y sensaciones” este mito se convierte entonces en el protagonista de una trama con un desenlace que los autores desenmarañan de manera sorprendente, auxiliados por el andamiaje sistémico.

Por último, en este número, Lorena Cordovez Román, reseña el libro: *Cambios modestos grandes revoluciones* de Raúl Medina Centeno. Un libro que desde la perspectiva de Cordovez Román, “nos abre una ventana al fascinante acto de pensar y cuestionar, de armar revoluciones sin violencia ni imposiciones de poder”.

Invitamos a nuestro lectores a adentrarse en las páginas de los trabajos que reúne esta edición, con la expectativa también de establecer un diálogo fecundo mediante sus posibles colaboraciones.

**Eduardo Hernández  
Esteban Laso**

**Directores Editoriales  
REVISTA REDES**

# Teoría





## Integrating attachment theory to the systemic, cybernetic and constructivist model

Facundo Cócola Coria<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Diplomado en Terapia Sistémica (Escuela Sistémica Argentina). Coordinador del Centro Preventivo Asistencial en Adicciones de Las Heras, Ministerio de Salud. Coordinador del Servicio de Orientación Psicológica de la Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Cuyo. Profesor Titular del Módulo Sistemas Familiares, Universidad Juan Agustín Maza. Mendoza. Argentina. [facundococola@hotmail.com](mailto:facundococola@hotmail.com)

### Historia editorial

Recibido: 16-01-2017

Primera revisión: 07-02-2017

Aceptado: 13-04-2017

### Palabras clave

apego, modelo sistémico, constructivismo, cibernética

### Resumen

En el presente artículo describo puntos de conexión entre los postulados de la Teoría del Apego y el Modelo Sistémico, Cibernético y Constructivista. Persigo el objetivo de integrar saberes de modelos que han sido considerados opuestos, cuando posiblemente sean complementarios, y se retroalimenten mutuamente. Desarrollo un breve recorrido teórico de los autores más influyentes de cada modelo, condensando sus principales ideas, señalando semejanzas, diferencias y asociaciones entre: conductas de apego y nutrición relacional; separación prolongada de la figura de apego y privación afectiva como agentes patógenos; sistema de apego y retroalimentación negativa y positiva; modelos operantes internos y construcción de realidad. Para finalizar, propongo la inclusión de los postulados de la Teoría del Apego como segmentos lineales dentro de la circularidad sistémica. Esto, a los fines de enriquecer los enunciados desarrollados hasta el momento sobre apego, agregándole complejidad ecosistémica, cibernética y constructivista, y por otra parte, aumentar la comprensión del Modelo Sistémico sobre las pautas de regulación emocional que desarrolla una persona a lo largo de su vida.

### Abstract

In this article I describe connection points between the postulates of the Theory of Attachment and the Systemic, Cybernetic and Constructivist Model. I pursue the goal of integrating knowledge from models that have been considered opposites, when possibly complementary, and mutually feedback. Develop a brief theoretical tour of the most influential authors of each model, condensing their main ideas, pointing out similarities, differences and associations between: attachment behaviors and relational nutrition; Prolonged separation of attachment and affective deprivation as pathogens; Attachment system and negative and positive feedback; Internal operative models and reality construction. To conclude, I propose the inclusion of the postulates of the Attachment Theory as linear segments within the systemic circularity. This, in order to enrich the enunciation developed so far on attachment, adding to it ecosystemic, cybernetic and constructivist complexity, and on the other hand, to increase the understanding of the Systemic Model on the patterns of emotional regulation that a person develops throughout his lifetime.

### Keywords

systemic model, constructivism, cybernetics

## DISTINGUIENDO TIPOS LÓGICOS ENTRE LOS MODELOS COMPARADOS

Un aporte fundamental de Whitehead y Russell en su obra *Principia Mathematica* (1910), fue el desarrollo de la teoría de los tipos lógicos. Los postulados de esta teoría fueron posteriormente utilizados por el grupo de Palo Alto en el campo de la terapia familiar (Ceberio & Watzlawick, 1998) manifestando la necesidad de realizar distinciones categoriales de algunos enunciados, a los fines de no caer en paradojas comunicacionales. Presente esto, creo conveniente iniciar metacomunicando lo siguiente: la teoría del apego (TDA en adelante) y el modelo sistémico corresponden a tipos lógicos distintos.

La TDA, tradicionalmente ha sido considerada miembro de una clase superior que podemos designar como modelo psicoanalítico, y este, a su vez, es miembro de una clase superior que se puede denominar *modelo lineal*, perteneciente a las ciencias clásicas.

Por otra parte, los *modelos circulares*, pertenecen a las ciencias modernas y posmodernas e incluyen al modelo sistémico, el cual se encuentra conformando por cuatro pilares fundamentales (Ceberio & Watzlawick, 1998):

- Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1968)
- La Cibernética (Weiner, 1947)
- Constructivismo (Glaserfeld, 1988)
- Pragmática de la Comunicación Humana: (Watzlawick, Jackson, & Beavin, 1967)

Los modelos lineales se caracterizan por realizar análisis mediante una serie de proposiciones que no regresan, cerrando un círculo, a su punto inicial. Suponen la evidencia de una relación lineal causa-efecto. En cambio, los modelos circulares expresan como en una secuencia causa-efecto, éste efecto impregna la causa primera, confirmándola o efectuando una modificación, actuando así, como causa de la causa inicial. El concepto de causalidad circular es aportado por la cibernética (Ceberio & Watzlawick, 1998), cuyo desarrollo esencial es el de la retroalimentación (Weiner, 1947).

Creo pertinente recordar que el modelo circular, no excluye las proposiciones lineales, sino que las incluye como segmentos de un fenómeno circular superior. Este aspecto es de vital importancia en este artículo, ya que si bien la TDA generalmente ha sido ubicada dentro de un modelo epistemológico lineal, resulta interesante reflexionar si sus postulados no podrían integrarse como segmentos lineales dentro de la circularidad que presenta la terapia sistémica, debido a los puntos de encuentro permanente que existen entre ellos, entendiendo que en primer medida ambos describen fenómenos relacionales.

## 2. DESARROLLO

## IDEAS NUCLEARES DE LA TDA

La TDA inicialmente desarrollada por Bowlby (1969) sugiere que, tanto en humanos como en otras especies de mamíferos, existe un sistema innato de aproximación a determinadas figuras significativas en momentos de malestar emocional, a los fines de encontrar alivio y seguridad. A este conjunto de respuestas de la persona que busca aproximarse y de su figura de apego que emite conductas protectoras Bowlby lo denominó: *sistema de apego*. Este sistema se conforma fundamentalmente en los primeros años de vida, siendo las figura de la madre, el padre, o cuidadores, las más relevantes. La aproximación incluye elementos pragmáticos, cognitivos y emocionales, los cuales tienen el objetivo de buscar alivio, calma y generar confianza para continuar explorando el mundo que rodea al niño. La TDA constituye así una teoría evolutiva-relacional de la regulación emocional.

El sistema de apego está compuesto por una organización de representaciones mentales con respecto a sí mismo, y a la disposición de los otros significativos para con él en momentos donde la protección es necesaria. Esta organización de representaciones fue llamada *Internal Workings Models* (Bowlby, 1969, 1980.) o modelos operantes internos, los cuales evocan: quién es la figura de apego, dónde se la puede encontrar, y de qué manera previsible puede responder. Los modelos internos también dan cuenta del grado de aceptabilidad del sí mismo por parte de la figura de apego. Sobre esta estructura se basan los pronósticos que realiza la persona sobre la accesibilidad de la figura de apego, su capacidad de respuesta y disposición emocional en momentos en los cuales se requiere cuidados, y de las posibilidades de aceptación del sí mismo de los otros para con él. Esta organización interna es un rasgo esencial y permanente de la personalidad del niño y futuro adulto (Bowlby, 1969).

Por otra parte, se han distinguido dos estilos clásicos de apego, que pueden dividirse en cuatro según las posteriores investigaciones principalmente desarrolladas<sup>1</sup> por Ainsworth, Blehar, Waters & Wall en 1978:

Tabla 1. Tipología Clásica de los Estilos de Apego (Fuente: Ainsworth, 1978)

ESTILOS DE APEGO	
SEGURO	INSEGURO
Seguro	Ansioso
	Evitativo
	Desorganizado (Main & Solomon, 1986.)

La tipología clásica de los estilos de apego los divide en dos categorías: seguros e inseguros. Cuando una persona ha desarrollado un estilo de apego seguro puede encontrar consuelo con cierta facilidad en momentos de temor, angustia o tensión, y continua desarrollando su vida de una manera estable. La experiencia de obtener consuelo en las relaciones cercanas posibilita el aprendizaje de gestionar los propios sentimientos (Vetere & Dallos, 2009). En cambio, cuando el sistema de apego presenta características inseguras, la persona encontrará dificultades para regular sus emociones, y generar confianza en sí mismo y en los vínculos con los demás, dada la escasa disponibilidad de las figuras de apego con quien se vinculó en su infancia. Las personas con estas características o bien viven con grandes montos de ansiedad sus relaciones, o bien intentan mantener distancia emocional. En ambos casos es intensa la necesidad de disponibilidad de las figuras de apego, aunque intente ser negada o disimulada. A lo largo del tiempo parecen cambiar las conductas y las figuras de apego, pero los estilos de cada persona tienden a permanecer estables, pudiendo variar en el polo flexibilidad-rigidez de cada estilo.

LA TDA resalta la necesidad fundamental de establecer relaciones íntimas, no patologiza la dependencia relacional, sino que la entiende como un resuelto acto de integración (Vetere & Dallos, 2009). En este modelo teórico se plantea la necesidad innata en todos los seres humanos de mantener vínculos estables, cercanos y duraderos, en los cuales se puede encontrar apoyo y consuelo que garanticen protección y la supervivencia (Bowlby 1969, 1980).

<sup>1</sup> En el estudio de la “Situación Extraña” Ainsworth et al. (1978) identifican dos estilos de apego: seguros e inseguros, y dentro de estos últimos incluye los tipos Ansioso-Evitativo y Ansioso-Ambivalente. Investigaciones posteriores (Salomon & Main, 1986, citado en Main 2000) identificaron un cuarto tipo muy cambiante y difícil de categorizar, al cual denominaron: desorganizado.

A continuación analizaré algunos recortes de los capítulos iniciales de la obra de Bowlby, ya que en estos el autor da cuenta de su marco epistemológico, sus intenciones y las definiciones esenciales de la TDA. A su vez, comparo dichas ideas con postulados clásicos y contemporáneos del modelo sistémico, y describo algunos puntos de conexión que permitan un acercamiento entre ambos modelos.

Bowlby, ya desde el apartado agradecimientos, de su obra *El Apego, Volumen 1* (1969), refiere que su esquema teórico elaborado procede en parte del psicoanálisis y en parte de la etología. Y agrega que su trabajo inicia desde de un punto de vista distinto al tradicional en psicoanálisis (método de reconstrucción histórica), al comenzar desde la observación de la conducta esencialmente en la relación madre-hijo, frente a la separación y la unión entre ambos. No toma como punto de partida los síntomas y su análisis en retrospectiva, sino que toma las experiencias infantiles como aspectos nodales en el desarrollo de la personalidad. Así, busca describir pautas de reacción regulares infantiles para rastrear pautas similares en el funcionamiento posterior. Es en ese punto que me pregunto, ¿Cuán distinto es esto del concepto de isomorfismos relacionales propuestos por el modelo sistémico? ¿La terapia familiar sistémica no parte, también, de la observación de las conductas relacionales –percibidas en el consultorio– para luego elaborar hipótesis?

Continuando con sus planteos, Bowlby (1969) refiere: “El hambre que tiene el niño pequeño del amor y de la presencia de su madre, es tan grande como su hambre de alimentación” (p.22). Oración sencilla que nuclea las ideas esenciales de su teoría: la necesidad innata de aproximación del bebé hacia su madre para explorar el ambiente de un modo seguro. Aquí se podría arriesgar, si lo mencionado por el autor, no puede entenderse como un segmento lineal dentro del concepto circular sistémico de *nutrición relacional*, que propone Juan Luis Linares (2012), cuando describe que el amor es un fenómeno relacional complejo, que incorpora elementos cognitivos y pragmáticos a los componentes emocionales. Y que este pensar, sentir, y hacer amoroso, dirigido a una persona objeto, deben ser percibidos por ésta como tal. Linares (2012) menciona que la nutrición relacional está compuesta por cuatro pilares:

- 1) Reconocimiento y
- 2) Valoración: componentes cognitivos que implican la confirmación y la buena calificación de las cualidades del otro,
- 3) Cariño y Ternura: componentes emocionales, sentimientos de entrega y disponibilidad para el otro.
- 4) Sociabilización: componente pragmático de protección y normatividad brindado por los padres a los hijos.

Es en los últimos dos pilares de la nutrición relacional en que los postulados de Bowlby se integran sin mayores dificultades, no como sinónimos, sino incluidos, ya que la TDA implica la disposición emocional de la madre frente a las conductas de apego del hijo a los fines de transmitir alivio y seguridad en momentos de malestar, y conductas adecuadas de cuidado, o de descuido, que funcionarán como experiencias que transmitan seguridad, o por déficit, devendrán en agentes patógenos. Es un constructo esencialmente pragmático, y emocional, coherente con los planteos de disponibilidad y protección a los cuales alude la nutrición relacional. Tanto la TDA como la nutrición relacional refieren que la experiencia de ser amado, entendido como se ha explicado anteriormente, es esencial para el desarrollo maduro del psiquismo de una persona. No obstante, el concepto de nutrición relacional, no remite exclusivamente a momentos de malestar emocional, y agrega los componentes cognitivos que hacen a la confirmación del *self* del otro y de sus competencias. Es eso un ejemplo de como el modelo sistémico puede enriquecer los planteos de la TDA.

Otro punto de conexión la TDA y la terapia sistémica familiar radica en la consideración de experiencias potencialmente patógenas. Bowlby (1969, 1980) propone un modelo que explica la patología a partir de experiencias traumáticas, el cual sugiere como agente patógeno a la separación prolongada o pérdida de la figura materna/de apego, desde los 6 meses hasta los seis años de

edad. A su vez, las diferentes pautas de privación emocional y sus consecuencias patógenas en el desarrollo de la personalidad han sido desarrolladas con claridad por diferentes autores del modelo sistémico (Linares, 2002). Desde mi perspectiva, la diferencia radical en este punto es la ausencia de la influencia del ecosistema en los postulados de la TDA. El modelo sistémico, y esencialmente la terapia familiar sistémica, presenta un método holístico, contextual e interactivo (Ceberio & Watzlawick 1998) a la hora de entender los problemas humanos. Se inmiscuye en la enorme complejidad relacional que atraviesa la vida de una persona, y confía en la influencia del ecosistema como agente regulador de desequilibrios, y posibilitador de cambios de distinto orden cuando son necesarios. Aun así, no desestima el caos interno que devendría en una persona, fundamentalmente en momentos de vulnerabilidad como es la niñez, producto de privaciones emocionales ante la escasa proximidad de una figura de apego que contenga actuando como sistema regulador superior. O en palabras de Bateson (1972), se generaría un nivel de tensión tal que puede producir la fragmentación de un sistema, pudiendo ocasionar su “esquismogénesis”.

Siguiendo la TDA, el niño al sentirse mal tiende a aproximarse a su figura de apego para sentirse seguro. Las acciones de aproximación responden a la expresión externa de las representaciones internas de la figura de apego, del ambiente y del *self*. Las respuestas de atención y cuidado de la figura de apego permiten a reducir el riesgo de que no se haga daño, proporcionando alivio y seguridad. Bowlby describe sentimientos del niño (emociones), acciones concretas de aproximación (pragmática) y representaciones internas (pensamiento). Resulta difícil no establecer un punto de contacto entre el pensar, hacer y sentir propuesto por el modelo sistémico de manera recurrente. El gran aporte que puede incorporar la terapia familiar sistémica de la TDA es que otorga un marco para comprender las diversas maneras de regulación emocional, entendida desde un enfoque relacional. Al respecto, Vetere y Dallos refieren:

Nuestra tesis clave es que la TDA fue un contendiente al que pudo haber recurrido la terapia familiar sistémica. Parece que solo ha sido así de forma esporádica, y quizás no podamos más que adivinar la razón. Una podría ser que se identificaba en exceso con las teorías psicodinámicas, predominantemente como una versión más. Visto hoy, se observa que fue una lástima, y que tal vez se debiera a una errada interpretación de la TDA. Bowlby fue un ecléctico que recurrió a la teoría sistémica, así como a ideas evolucionistas, psicología cognitiva y también a la teoría de las relaciones objetales.

Las emociones, necesidades, ansiedades y patrones de apego se consideran la fuerza esencial de los sistemas relacionales, y se entiende que los miedos y ansiedades de apego de cada miembro son los que mantienen lo que a veces consideramos una rigidez en los patrones de las familias (Vetere & Dallos, 2009, p.18.).

## LA TDA Y LA TERAPIA SISTÉMICA ILUMINANDO MUTUAMENTE SU PRÁCTICA. BREVES COMENTARIOS

A continuación analizaré puntos de vinculación que encuentro entre la TDA y la terapia familiar en la práctica clínica, en la cual probablemente ambas se enriquezcan de la otra. Quienes trabajan con la TDA pueden incurrir en interpretaciones desviadas de las intenciones iniciales de Bowlby al confundir apego seguro con pautas relacionales aglutinadas. En este aspecto el modelo sistémico nutre a la TDA mediante los conceptos de *confirmación* y *desconfirmación* (Watzlawick, 1967). Resulta muy difícil imaginar una base segura sin pautas relacionales confirmadoras que respondan a las necesidades del niño, y el niño difícilmente necesite aglutinarse. Este concepto se entrelaza con la “respuesta sensible del cuidador” descrito por Bowlby (1980), respuesta que alude a la posibilidad de captar por parte del cuidador las señales de protección y apoyo, y actuar en consonancia. Este actuar apropiado a las necesidades emocionales del niño va confirmando su *self* y genera las condiciones necesarias para propiciar su autonomía. Considero que sería un error confundir el estado de disponibilidad permanente que propone la TDA para crear bases relacionales seguras, con respuestas indiscriminadas de protección, ya que una persona en desarrollo presenta necesidades de

cuidado que abarcan un abanico de distintos tipos de respuestas que van desde una gran protección a una mínima protección. La cantidad y cualidad de este actuar del cuidador va a colaborar en la gestión de los propios sentimientos del niño. Es probable que la ausencia permanente de respuestas de cuidado a las señales del niño configure pautas relacionales desconfirmadoras, y generen trastornos identitarios dificultando el reconocimiento de las propias emociones del niño, con las consecuencias patológicas que esto puede ocasionar a futuro.

Considero que es posible utilizar las narrativas de apego relatadas por la familia para establecer “metáforas guía” (Linares, 2012) que colaboren en la comprensión del sufrimiento y las conductas sintomáticas, y utilizar la emoción como guía para el cambio (Veter & Dallos, 2009). La incorporación de los postulados de la TDA en las metáforas guía puede arrojar luz a las dificultades de la familia –y de muchos equipos profesionales- para comprender de manera relacional cuadros psicopatológicos que suelen tener en su raíz profunda vinculación con estilos de apego inseguros (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009), y pautas relacionales deprivadoras, como los trastornos depresivos (Linares & Campo, 2000), violencia familiar (Linares, 2002), adicciones (Cirillo, Berrini, Cambiasso & Maza, 1999), etc. Este apartado se desarrollará en detalle en un artículo posterior, ya que excede el alcance del presente trabajo.

## LA TDA Y LA CIBERNÉTICA

La TDA describe explícitamente un sistema de control de apego, el cual evalúa peligros potenciales y accesibilidad de la figura de apego. Bowlby, en el apartado de objeciones y aclaraciones (Bowlby, 1969) refiere que el apego puede entenderse como un sistema de regulación de la conducta de apego, a los fines de aportar seguridad al niño pequeño. Este sistema cumple con la función biológica de obtener protección.

Al finalizar el volumen 1 de la obra *El apego*, Bowlby menciona:

Al proponer el sistema de control conductual para explicar cómo el niño mantiene su relación con la figura de apego dentro de ciertos límites de distancia o accesibilidad, no hago más que emplear esos conocidos principios de dar cuenta de una forma diferente de homeostasis: límites mantenidos por la conducta en vez de serlo por medios fisiológicos (Bowlby, 1969, p. 487.)

Al leer estos fragmentos, personalmente aprecio cómo el autor se encuentra describiendo mecanismos de retroalimentación negativa propuestos por la cibernética (Weiner, 1947): una acción para corregir una desviación evidenciada por la información de retorno. La finalidad de este mecanismo, consiste en mantener la homeostasis y volver al estado de equilibrio anterior. El niño frente a la amenaza de pérdida, o a la separación prolongada, realiza movimientos de aproximación a los fines de revertir la situación de malestar.

La cibernética también refiere que existen dos tipos de mecanismos de control generadores de equilibrio (Maruyama, 1985), uno es la ya mencionada retroalimentación negativa, y el otro, al cual Bowlby no hace referencia en sus postulados, es el de retroalimentación positiva. La retroalimentación positiva es aquella que amplifica la desviación, produciendo homeodinamia y posibilitando cambios en las estructuras del sistema mismo y nuevos periodos de equilibrio dinámico. La retroalimentación positiva debe entenderse como un arco o secuencia parcial de un proceso de retroalimentación negativa mucho mayor (Ceberio & Watzlawick, 1998). La posibilidad de mirar el fenómeno del apego desde ambos sistemas de control, e incorporando elementos ambientales que pueden influir en la organización del sistema del control del apego, posiblemente agregue una nueva perspectiva a la comprensión del mismo.

Un gran aporte del modelo sistémico que surge de la cibernética, y posteriormente del constructivismo, es el de incorporar al terapeuta y sus vivencias como parte del sistema que está tratando. Esto es lo que conocemos como cibernética de segundo orden o cibernética de los sistemas obser-

vantes (Ceberio & Watzlawick, 1998). Mediante estos postulados el modelo sistémico rompe con la famosa “disociación instrumental” e incorpora al propio terapeuta como constructor del problema y agente de cambio y de resistencias al mismo. En este sentido es que el modelo sistémico otorga la posibilidad de cuestionarse a sí mismo, y en lo que aquí importa, permite tener en cuenta los estilos de apego del propio terapeuta y su resonancia emocional como facilitadores u obstaculizadores del cambio, según este pueda instrumentarlos en el abordaje e intervenir utilizando la inteligencia terapéutica (Linares, 2012). Por ejemplo, pienso que si el terapeuta presenta un estilo de apego de características inseguro-evitativo, y no concurre a terapia, ni supervisa de manera recurrente, probablemente la distancia relacional con las familias tienda a ser excesiva y encuentre dificultades para conectar con lo emocionado en las entrevistas familiares. En otro caso, si un terapeuta presenta un tipo de apego de características inseguras-ansiosas, es probable que en momentos de tensión en las entrevistas familiares, apresure algunas intervenciones que requerirían de otro *timing* terapéutico, producto de sus propias ansiedades de separación.

Un buen supervisor puede emerger como una nueva figura de apego adulto a la cual el propio terapeuta recurra en momentos de temor o angustias relacionadas con el quehacer profesional, y posibilitar instancias de aprendizaje de gestión de los propios sentimientos del supervisado y su correcta instrumentación en terapia. Siempre respetando tanto el estilo terapéutico, como las posibilidades y limitaciones identitarias del terapeuta. Y a su vez, aunque la situación se complejice aún más, el supervisor deberá lidiar con sus propios patrones de apego, y desarrollar estrategias de regulación emocional que permitan que el supervisado obtenga apoyo y dirección para continuar con su labor, esto quiere decir: construir una base segura (Bowlby, 1969) en la relación supervisado-supervisor, para que el terapeuta pueda continuar desarrollando su tarea de una manera cada vez más autónoma.

## LA TDA Y EL CONSTRUCTIVISMO

Existe un punto de controversia en este aspecto con los postulados iniciales de Bowlby. Recordemos que el autor fue criticado por no atender a los diversos procesos socioculturales que influyen en lo que se puede considerar una “buena o mala” parentalidad (Vetere & Dallos, 2009). La presencia del ecosistema, y su influencia como protector de lo vivo, es la principal ausencia en los postulados del padre de la TDA. Aun así, se pueden encontrar puntos de contacto entre el constructivismo y la TDA fundamentalmente en la que remite a los *Internal Workings Models* (Bowlby, 1969, 1980.) Los modelos operantes internos son representaciones mentales de la disponibilidad y sensibilidad de las figuras cercanas para con el niño, y de su propia capacidad para acceder al consuelo y lazo cercano con ellos. Es muy probable que estos modelos generen influencia cuando el niño devenido en adulto sea madre o padre, y tenga que cumplir con la tarea de cuidar a su propio hijo. Los modelos tienden a permanecer estables, aunque ya, desde sus primeros enunciados, Bowlby (1969), refería que es posible la modificación de los mismos mediante las experiencias nuevas vividas con otras figuras de apego posteriores a la niñez. Pareciera entonces que los modelos operantes internos construyeran una realidad a priori para las posibles futuras relaciones, como cuando en el problema de los nueve puntos propuesto por Watzlawick (1974) vemos un cuadrado donde no lo hay. Por otra parte, la posibilidad de la co-construcción de nuevos modelos operantes son los que abren la puerta a la influencia terapéutica, aunque a su vez sientan las bases para comprender el tipo de estructura sobre la cual estamos intentando construir.

Es estos planteos encuentro semejanzas con el constructivismo cuando desde este modelo se menciona que la forma de construir el mundo relacional es mediante las percepciones personales que surgen de diferentes distingos y esquemas de referencia previos mediante cuales describimos lo que observamos (Ceberio & Watzlawick, 1998). No obstante, así como se pueden encontrar planteos como estos por el autor de la TDA, son constantes las referencias a determinantes menos socioculturales y más evolucionistas.

La escasa participación que se le da al lugar del padre en la TDA puede enriquecerse mediante los postulados constructivistas, fundamentalmente en los tiempos que corren. La paternidad actual dista mucho de la paternidad de occidente de los años 60 y 70, años en que Bowlby desarrollo su teoría. La figura del padre resulta de importante relevancia en la parentalidad frente a los cambios socioculturales que exigen a la mujer permanecer menos tiempo en casa, y por ende, menos tiempo con sus hijos. Pareciera que el hombre lentamente ha ido aumentando el nivel de conciencia al respecto de influencia en la crianza de los hijos. El rol del padre mediante lo discursivo, pragmático, afectivo y como modelo de pensamiento parece ser de gran influencia tanto para la crianza del hijo de manera diádica, como para las intervenciones que puede realizar este a los fines de facilitar o entorpecer proximidades relacionales entre madre-hijo y por ende, de ayudar a construir una base segura en el niño. Claro que este es un tema que exige ser debatido en otro momento y con otro alcance teórico-práctico.

### RESUMEN ESQUEMÁTICO

A continuación presento un cuadro en el cual describo las diferencias y puntos de encuentro entre los modelos comparados:

Tabla 2. Resumen esquemático de la comparación entre Teoría del Apego y El Modelo sistémico, Cibernético y Constructivista (Cócola, 2017)

<b>EPISTEMOLOGÍA</b>	<b>MODELOS LINEALES</b>	<b>MODELOS CIRCULARES</b>
<b>Teoría</b>	<b>Teoría del Apego</b>	<b>Modelo Sistémico, Cibernético y Constructivista</b>
Cantidad de personas involucradas en la relación	Diádica	Diádica, Triádica, etc.
Sistemas de control	Sistema de control de la conducta de apego: Retroalimentación negativa	Retroalimentación negativa y positiva en los sistemas
Tipos de Equilibrio	Homeostasis	Homeodinamia
Tipos de Cambio	Cambio de primer orden	Cambio de primer y segundo orden
Tiempos	Evolutivo – diacrónico	Diacrónico y Sincrónico
Enfoques de aproximación a los conceptos estudiados	Etológico Prospectivo Observacional	Holístico Contextual Interactivo
Filosofía del estudio Humano	Ontológico	Ontológico y particular de cada sistema humano
Teoría de la Conducta	Instintiva	Instintiva, Neuropsicológica y aprendida en relación
Aspecto de la Estructura relacional estudiada	Distancia relacional: Aproximación – Distancia	Distancia relacional, Roles, Funciones, Jerarquías, Contexto, Momento Vital Sistémico, Límites y Fronteras.

## ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Si bien, tanto Bowlby como Ainsworth desarrollan inicialmente la TDA, he tomado fundamentalmente los aportes del primero ya que fue el pionero, y es quien postula claramente el marco epistemológico del cual surge la teoría. A pesar de esto, los diferentes estilos de apego postulados por Ainsworth et al. (1978) probablemente puedan integrarse sin dificultades a los postulados del modelo sistémico, aunque merecerían de un análisis específico donde el foco esté puesto en la asociación entre estos y la terapia familiar sistémica.

Aunque la TDA ha sido considerada dentro de las ciencias clásicas, considero que su propuesta integra aspectos que, sin llegar a serlo, se aproximan al modelo circular: la mirada del fenómeno es relacional; incluye mecanismos de regulación y aspectos emocionales, pragmáticos, cognitivos y evolutivos como eje central; delimita un enfoque prospectivo alejándose de los modelos lineales tradicionales. El desarrollo de la TDA es contemporáneo con los primeros postulados del modelo sistémico, desde un enfoque constructivista podemos aventurar que es posible que Bowlby haya estado influido de alguna manera por estos desarrollos aunque no lo mencione explícitamente.

Por otra parte, el modelo sistémico recientemente parece haber decidido incorporar con mayor énfasis el estudio de las emociones desde una óptica relacional. La TDA proporciona un marco teórico consolidado en el tiempo, apoyado en numerosas investigaciones, propicio para avanzar desde una óptica posmoderna circular que posibilite entender los mecanismos de regulación emocional que decantan de los estilos de apego, desde un enfoque complejo con una finalidad práctica en la vida cotidiana, sirviéndose necesariamente también de los nuevos, y gratificantes, resultados que brindan las neurociencias al respecto.

Con lo aquí desarrollado he intentado exponer como el modelo sistémico, cibernético y constructivista complejiza y enriquece los enunciados de la TDA, abarcando sus postulados dentro de un modelo circular más amplio que lo engloba y lo potencia. Esto se sitúa en consonancia con los postulados de Linares quien refiere “La terapia familiar ultramoderna reivindica, pues, la linealidad, sin renunciar a la preciosa circularidad” (Linares, 2012, p.25). La integración entre ambas propuestas no pareciera resultar forzosa, sino más bien necesaria y beneficiosa para la práctica clínica actual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. Blehar, M. Waters, E & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Eribaum.
- Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoorn, M. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11:3, 223-263, DOI: 10.1080/14616730902814762.
- Bateson, G. (1972). *Step to an ecology of mind*. Ballantines Books. Versión cast. (1976) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General system theory: foundations, development, applications*. Nueva York: George Brazillier. Versión cast. (1988) *Teoría General de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. I. Attachment*. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). *El Apego. Vol. I. de la trilogía El apego y la Perdida*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss. Vol. II. Separation*. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998) *La separación. Vol. II de la trilogía el Apego y la Pérdida*. Buenos Aires: Paidós

- Ceberio, R, M. Watzlawick P. (1998) *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Ceberio, R, M. Watzlawick P. (2002). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción*. Barcelona: Paidós
- Cirillo, S. Berrini, R. Cambiaso, G. Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Glaserfeld, E. (1994). *Introducción al constructivismo radical*. En Watzlawick, P. *La realidad Inventada*. Barcelona: Gedisa
- Linares, J, L. Campos, C. (2000). *Tras la Honorable Fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J, L. (2002) *Del abuso y otros Desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós
- Linares, J, L. (2012). *Terapia Familiar Ultra moderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Paidós.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. En T. B. Brazelton & M. Yogman, *Affective development in infancy*. Norwood (95-124). New Jersey: Ablex.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible and inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1127.
- Maruyama, M. (1985). La segunda cibernética. *Cuadernos GESI-AATGSC (Grupo de Estudio de Sistemas – Asociación Argentina de Teoría General de los Sistemas y Cibernética)*, 9.
- Vetere, A. Dallos, R. (2009). *Systemic therapy and attachment narratives*. Routledge. versión cast. (2012) *Apego y Terapia Narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata
- Watzlawick, P. Beaveng, J. y Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. Nueva York: Norton. Versión cast. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. Weakland, J. Fish, R. (1974) *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. Nueva York: Norton. Versión cast (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder
- Weiner, N. (1975) *Cybernetics, or Control and Communication in the animal and the machine*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

## Theoretical approach to filio-parental violence

Esther Claver Turiégano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Zaragoza, Departamento de Psicología y Sociología. Facultad de Ciencias Humanas y de Educación de Huesca (claverhuesca@hotmail.com)

### Historia editorial

Recibido: 04-02-2017

Primera revisión: 15-03-2017

Aceptado: 27-05-2017

### Palabras clave

adolescencia, violencia filio-parental, circularidad, familia.

### Resumen

Una aproximación al fenómeno de la violencia filio-parental, supone un intento de dar explicación a su origen de manera que al entender su proceso, se puedan diseñar métodos de intervención que respondan a las necesidades específicas de las familias que lo sufren. En este artículo se pretende dar respuesta a esta incógnita desde un punto de vista sistémico, partiendo del concepto de circularidad como eje principal del proceso de violencia y conjugándolo con la Teoría de la Acción Planificada de Ajzen (1991). Se dan también algunas pautas de intervención derivadas de esta conceptualización.

### Abstract

An approach to the phenomenon of filio-parental (children towards parents) violence is an attempt to give an explanation for its origin, so as to understand its process; intervention methods that meet the specific needs of families who suffer could be designed. This article aims to answer this issue from a systemic point of view, based on the concept of circularity as the main axis of the process of violence. Some guidelines for intervention derived from this conceptualization are also given.

### Keywords

adolescence filio-parental violence, circularity family.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), casi dos millones de personas mueren a causa de la violencia y muchas más quedan con secuelas graves, lo que supone una importante carga económica para los diferentes países. Un porcentaje cada vez más elevado de dicha violencia se da en el seno de la familia, y más concretamente en forma de violencia filio-parental (la ejercida por parte de un hijo o hija hacia sus progenitores). En Chile, por ejemplo, un 42,2% de las sanciones judiciales impuestas a menores de edad tienen relación con algún tipo de violencia, aunque sólo un 0,11% de las mismas sean reconocidas como violencia intrafamiliar y/o parricidio (Departamento de Planificación y Control de Gestión del Gobierno de Chile, 2013). En España los datos obtenidos son muy similares: un 41,8% de los delitos cometidos por los menores españoles están relacionados con algún tipo de violencia (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2012). En el año 2009 hubo 3.088 denuncias de padres a hijos, según datos de la Fiscalía General del Estado en España<sup>1</sup>. En esta misma fuente se alerta sobre este problema diciendo que desborda las competencias judiciales:

El maltrato de ascendientes por sus hijos o nietos, mayores y menores de edad, constituye un problema objeto de un especial tratamiento en las Memorias de las Fiscalías. Se aprecia en general un porcentaje elevado de casos de agresiones a los padres o abuelos y, en un gran número de ocasiones, se identifica como origen del problema el padecimiento de psicopatologías o consumo de sustancias estupefacientes o alcohol por parte del agresor (p. 927).

La violencia filio-parental ha seguido una evolución social parecida al resto de tipos de violencia intrafamiliar respecto a su ocultación por parte de las familias hasta que las situaciones se ven desbordadas y se pide ayuda institucional. Se convierte posteriormente en un problema social que se aborda desde las instituciones públicas implicadas (Alonso y Castellanos, 2006). No se aborda en las investigaciones hasta hace unos pocos años, aunque ya en los años 50 aparecía en algunas investigaciones (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo, Miró-Pérez, 2013).

#### FACTORES IMPLICADOS EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

La violencia filio-parental se define como “el conjunto de conductas reiteradas de agresiones físicas, verbales o no verbales dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar” (Pereira, 2009 p. 2). Pueden darse varias formas de maltrato: maltrato físico (golpes, ruptura de cosas), psicológico (intimidaciones), emocional (chantajes emocionales, mentiras...) o financiero (robos, compras irracionales...) y dichos maltratos no tienen como única causa por el consumo de drogas, trastornos mentales, discapacidad intelectual, conductas defensivas o “retaliación” (Pereira, 2006; Ibade, Jaureguizar, Díaz, 2007), sino que son conductas conscientes y reiteradas con intención de hacer daño (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez, 2013).

La violencia es una conducta aprendida y, por tanto, modificable (Alonso y Castellanos, 2006; Pereira, Bertino, 2009; Jimenez- Bautista, 2012), a diferencia de la agresividad que haría referencia a conductas innatas de adaptación al medio y que van dirigidas a la supervivencia. La agresividad se convierte en violencia cuando es intencionada y aprendida (Estalayo, 2011).

En cuanto a la edad de los y las agresores y agresoras, las investigaciones revisadas muestran datos contradictorios, variando en un rango de edad de entre los 10 y los 18 años (Ibade, Jaureguizar, 2011; Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo, y Miró-Pérez, 2013). Poniendo el foco en el género de los agresores, los datos también son contradictorios, ya que unos autores defienden que son mayoritariamente varones (Ibade, Jaureguizar, 2011) y otros que son mujeres (Aroca-Montolío, Lo-

1 Memoria de la Fiscalía General de Estado, 2009. En: [www.fiscal.es](http://www.fiscal.es)

renzo-Moledo y Miró-Pérez, 2013). El consumo de tóxicos y ciertas psicopatologías también se han relacionado con la violencia filio-parental en todos los estudios referenciados en el presente trabajo, aunque al tratarse de conductas derivadas más de aspectos “externos” que de la voluntariedad del individuo, no podría considerarse violencia filio-parental según la concepción actual de la misma (Pereira y Bertino, 2009; Pereira, 2011; Ibade, Jaureguizar, 2011; Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo, y Miró-Pérez, 2013).

Los y las agresores y agresoras provienen normalmente de ambientes “normalizados”, de cualquier nivel sociocultural y se comportan violentamente en general pero a veces casi exclusivamente en el ámbito familiar (Pereira y Bertino, 2009). En cuanto a las características de las víctimas, una vez más los resultados a veces son contradictorios (Ibade, Jaureguizar, 2011) por lo que no se puede decir si son las madres las mayoritariamente agredidas (Pereira, 2011; Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez, 2013) o si por el contrario lo son los padres (Peek, Fischer y Kidwell, 1985 en Ibade y Jaureguizar, 2011p. 266). Existe mayor consenso en cuanto al tipo de modelo educativo que prevalece en las familias donde se da este tipo de violencia. Así, son factores de riesgo los patrones de disciplina coercitivos y contradictorios o los patrones de socialización seguidos por padres y madres tanto muy negligentes como muy autoritarios (Alonso y Castellanos, 2006; Gámez-Guadix; Jaureguizar; Almendros; Carrobes, 2012; Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo, y Miró-Pérez, 2013). Además, este factor de riesgo se ve empeorado cuando los estilos educativos del padre y de la madre no coinciden (Aroca-Montolío, Cánovas, Alba, 2012). En definitiva, la percepción de falta de amor por parte de los hijos e hijas es el factor de riesgo común a estos estilos educativos, percepción que inevitablemente hace que su autoestima sea previsiblemente baja (Ibade, Jaureguizar y Díaz, 2009; Pereira, 2011; Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo, y Miró-Pérez, 2013). Además, esta asimetría en los apegos genera dificultades de autonomía en los y las adolescentes en un momento de su ciclo vital en el que precisamente es esa autonomía lo que persiguen.

Junto a estos factores individuales y familiares, no han de olvidarse los factores socioeducativos que acompañan a esta problemática. Así, este tipo de problemática se ve favorecida por cuestiones como el aumento del número de familias con sólo un hijo o hija, el aumento de la edad de paternidad, la incorporación de la mujer al mundo laboral y los modelos educativos basados más en la recompensa que en la sanción. Todo ello ha favorecido el paso de anteriores sistemas autoritarios a los actuales sistemas más democráticos, en los que no parece que se haya llegado a un punto medio entre el extremo control y la ausencia casi total de autoridad. Al mismo tiempo, se ha judicializado en extremo la problemática familiar (Pereira y Bertino, 2009). En el sistema judicial se parte de presupuestos lineales (víctima-verdugo) en vez de ver el problema como un proceso sistémico circular (víctima-verdugo-víctima) (Pereira, 2011), por lo que es difícil hacer intervenciones que devuelvan la autoridad a las figuras parentales en vez de dar soluciones sustitutivas que poco o nada favorecen el empoderamiento parental. Otros factores sociales implicados en este tipo de violencia pueden ser los derivados de las características de los diferentes tipos de familias que la sociedad actual produce, como las familias inmigrantes que se separan de sus hijos durante años para luego volver a reencontrarse teniendo que reinstaurar modelos educativos en un nuevo contexto social, en ocasiones nada coincidente con el de partida (Llamazares, Vázquez, y Zuñeda, A., 2013) o las familias monoparentales en las que se dan la mayoría de los casos, según los datos estadísticos (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez, 2013). Mención aparte precisan las familias adoptantes en las que los propios temores y dudas derivadas de la falta de paternidad biológica respecto al niño o niña hacen que los padres y madres se vean más influidos por los chantajes emocionales de los hijos del tipo “no eres mi padre, no tengo por qué quererte” (Femenía y Muñoz, 2010) y donde se producen en ocasiones secretos u ocultaciones de las historias personales y familiares anteriores a la adopción, lo que genera dificultades relacionales específicas<sup>2</sup>.

2 Los autores agradecen las aportaciones de Julia Hernández Reina sobre la causística en familias adoptantes.

Generalmente la violencia filio-parental se va generando poco a poco, teniendo su inicio en algún intento por parte del hijo o hija de ejercer el poder y el control sobre los progenitores. Si este intento tiene éxito, las relaciones de poder se invierten (Pascual, 2013).

A medida que se agrava la situación de violencia, los progenitores cambian sus estilos educativos, siendo más permisivos conforme se dan cuenta de que el estilo coercitivo agrava la situación (Aroca-Montolío, Cánovas, Alba, 2012). Pero el agresor o agresora no parece reaccionar positivamente ante el gesto conciliador de sus padres al no entender que sea la conciliación su objetivo sino la sumisión, por lo que en consecuencia aumentan sus exigencias. Ante esta reacción los padres vuelven a un modelo coercitivo, demostrando hostilidad, lo que genera en el o la menor nuevas conductas violentas entrando en un círculo vicioso de escalada violenta sin fin, donde están presentes episodios de chantajes emocionales por ambas partes y donde la hostilidad aumenta exponencialmente (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo, Miró-Pérez, 2013). Este proceso puede mantenerse en el tiempo y llegarse a una situación donde la violencia forma parte intrínseca en las interacciones intrafamiliares, de manera que el agresor puede ser a su vez víctima (Aroca-Montolío, Bellver, Alba, 2012). Este círculo de violencia puede estar precedido de un conflicto conyugal no resuelto donde el hijo o hija ha sido incluido de manera que éste forma parte del conflicto, viéndose obligado a tomar parte y aliarse con uno de los cónyuges, generándose una situación que lleva al hijo o la hija a ver obstaculizados sus intentos de autonomía e individualización, tal y como se ha dicho más arriba en relación a la percepción de falta de afecto (Pereira y Bertino, 2009).

La conducta violenta se mantiene conforme el niño o niña va consiguiendo su meta de tener el control y el poder en la familia a través de dicha conducta. Este proceso se explica a través de conceptos como el de “autoeficacia” de Bandura (Bandura y Aldekoa, 1999) que parte del supuesto de que la percepción de uno mismo como capaz de actuar cumple un papel fundamental tanto en las decisiones de actuar, como en los pensamientos y sentimientos relacionados con dichas acciones. Profundizando en ello, la *Teoría de la conducta planificada* formulada por Icek Ajzen (1991), esquematizada en el Gráfico 1, sostiene que una conducta se inicia y se mantiene según la interacción de la actitud hacia la realización de dicha conducta que tenga la persona, de la percepción de control que tiene sobre dicha conducta y de la influencia del entorno que sea favorable a la aparición de dicha conducta (Ajzen, 2011).

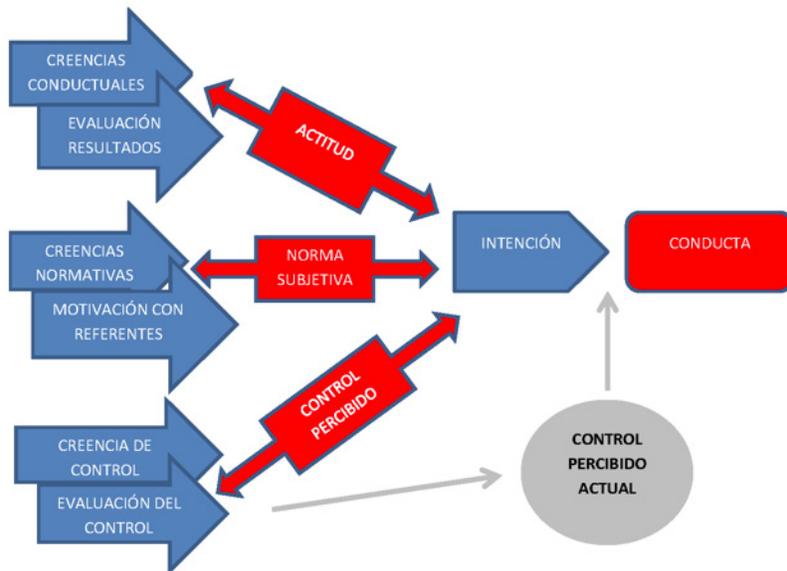


Gráfico 1.- Teoría de la conducta planificada.

Se analiza a continuación, más detalladamente, este proceso (ver Gráfico 2). Se entiende por conducta, la acción que se realiza para conseguir un determinado objetivo, en el caso que nos ocupa, la conducta violenta es la elegida por el niño o niña como medio para lograr su objetivo de control y poder dentro de la familia. La intención predice la conducta, es la disposición de la persona a realizar la conducta, en nuestro caso, la predisposición a la agresividad que ya posee el niño (a causa de los diferentes factores ya especificados como consumo de drogas, aprendizaje de la conducta violenta...). La intención está determinada por la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva y el control conductual percibido. La actitud supone una valoración de la conducta. Está determinada por las creencias conductuales (creencia sobre la probabilidad de que la conducta produzca un resultado) y las evaluaciones de los resultados, es decir, la actitud hacia una conducta se crea a partir de lo que se cree acerca de las consecuencias de la conducta y la evaluación positiva o negativa resultante. Por tanto, si el adolescente cree que la violencia dará como resultado la sumisión de sus progenitores y no cree que tenga ninguna consecuencia negativa por el hecho de agredir, su actitud hacia la agresión será alta.

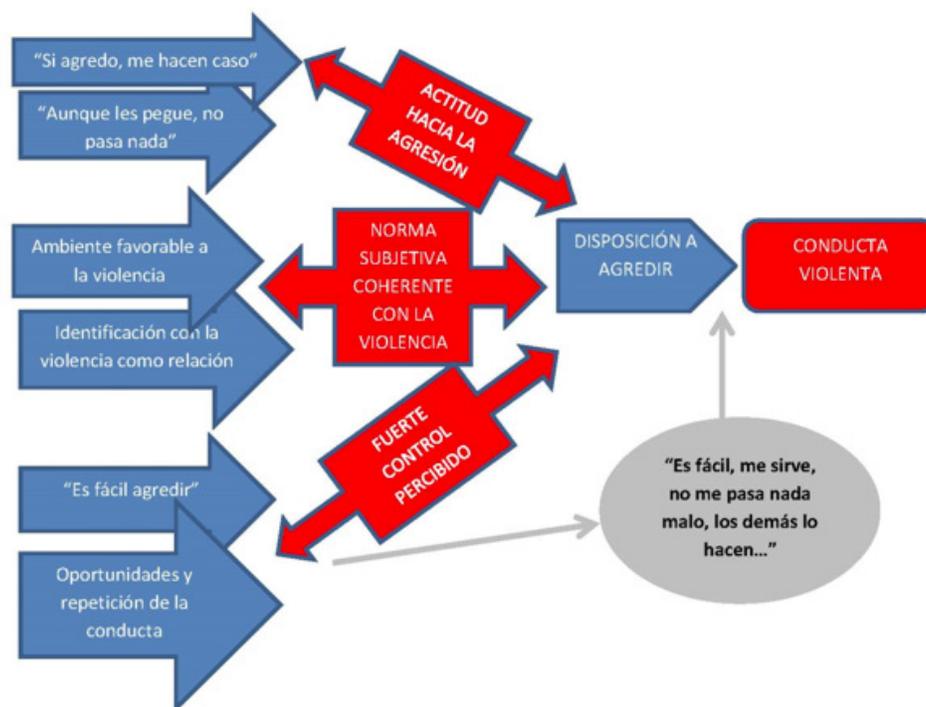


Gráfico 2. Aplicación de la Teoría de la conducta planificada al proceso de violencia filio-parental (hijo o hija agresor).

La norma subjetiva es la presión social de los referentes importantes que la persona percibe que tienen hacia la realización o no de la conducta. Se determina entonces por las creencias normativas y sus respectivas evaluaciones de resultados, es decir, si el ambiente en el que el o la adolescente vive es favorable a la violencia, ya sea porque efectivamente no sufre consecuencias negativas por ejercerla, o porque tanto la familia como el grupo de iguales acepta tal violencia como forma de comunicación (Aroca-Montolío, Bellver y Alba, 2012), sentirá que la conducta violenta forma parte de su protocolo habitual de relación con los demás. El control conductual percibido es la percepción sobre la facilidad o dificultad de llevar a cabo la conducta. Vendrá delimitado por la frecuencia o probabilidad de ocurrencia y la percepción subjetiva de la fuerza del factor para facilitar o inhibir la conducta (oportunidades de llevar a cabo la conducta), por tanto, habrá más probabilidades de que la conducta violenta se repita cuantas más veces se produzca y más oportunidades se tenga para ejercerla. La creencia de control es el antecedente del control conductual percibido. Incluye tanto factores de control internos como externos. Puede basarse tanto en la experiencia anterior con la

conducta como en las experiencias de otras personas. La percepción de control puede sustituir al control real sobre la conducta, por lo que servirá e predictivo sobre la ocurrencia o no de la conducta (Giménez, 2011), aspecto a tener en cuenta a la hora de diseñar intervenciones en familias donde este proceso de violencia se presente.

En el caso de los progenitores, se produce el mismo proceso respecto a la conducta de inhibición o sumisión (ver gráfico 3).



Gráfico 3. Aplicación de la Teoría de la conducta planificada al proceso de violencia filio-parental (padres).

Las creencias sobre la conducta violenta de su hijo o hija están cargadas de falsas normalizaciones y de temores acerca de las consecuencias que tiene el adoptar respuestas más contundentes conducentes a la extinción de la conducta violenta en el hijo o hija. Estas creencias favorecen una actitud de sumisión y de pasividad que se verá enriquecida por las consecuencias derivadas de la misma, ya que efectivamente, al no actuar para recuperar su posición de poder, estas madres y padres mantienen la situación bajo un aparente control de cara al exterior de forma que no dan una imagen de "familia con problemas". Esta situación a la vez les hace sentir una falsa sensación de control, el que perderían en el caso de enfrentarse a la situación ya que la escalada de violencia podría aumentar.

Una vez instaurado el proceso y retroalimentado de esta manera, las consecuencias tanto para agresores como para agredidos son de aislamiento cada vez mayor de los miembros del sistema familiar entre sí y con el exterior (Pereira y Bertino, 2009).

### 3. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS QUE PRESENTAN VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

Si se considera la familia como un sistema humano, se entiende que ésta funciona como tal y por tanto, responde a las leyes de la Teoría general de sistemas (Bertalanffy, 1969). La familia entonces se considera un sistema dinámico de comunicaciones recíprocas en el que sus miembros se

ven afectados y afectan a su vez a dichas transacciones comunicacionales cuyo objetivo es el mantenimiento del equilibrio familiar. Para entender el funcionamiento familiar será necesario entonces analizar sus transacciones comunicacionales, su estructura interna, sus reglas de funcionamiento y sus subsistemas (Ríos, 1994).

Volviendo a la teoría de la conducta planificada de Ajzen, e introduciendo el aspecto de reciprocidad y circularidad derivado de la teoría general de sistemas, se avanza un paso más hacia el esclarecimiento de cuál es el proceso completo de funcionamiento de la conducta violenta de hijos a padres. Así, lo que provoca que se inicie todo el proceso de creencias e intención conductual, se encuentra en lo que ya se ha descrito anteriormente sobre la necesidad de autonomía del hijo o hija adolescente debida a su excesiva “fusión” con uno de sus progenitores (Pereira, 2011). En el Gráfico 4 se muestra la configuración de dicho círculo conductual tanto en el agresor como en el agredido. La necesidad de autonomía e individuación que posee el o la adolescentes, por la causa que sea (ciclo vital, triangulación parental, etc.) le lleva, como se ha dicho a iniciar algún tipo de conducta para conseguirlo, elige la violenta, la pone en marcha y como resultado no sólo obtiene la autonomía sino también el control y el poder, lo que retroalimenta muy positivamente la conducta y por tanto la favorece. Por su parte, el o los progenitores precisan sentir que su parentalidad es exitosa, tanto a nivel interno familiar como externo social, lo que inicia su propio proceso de intento de equilibrio familiar y por tanto, su contribución al mantenimiento de la conducta del agresor.

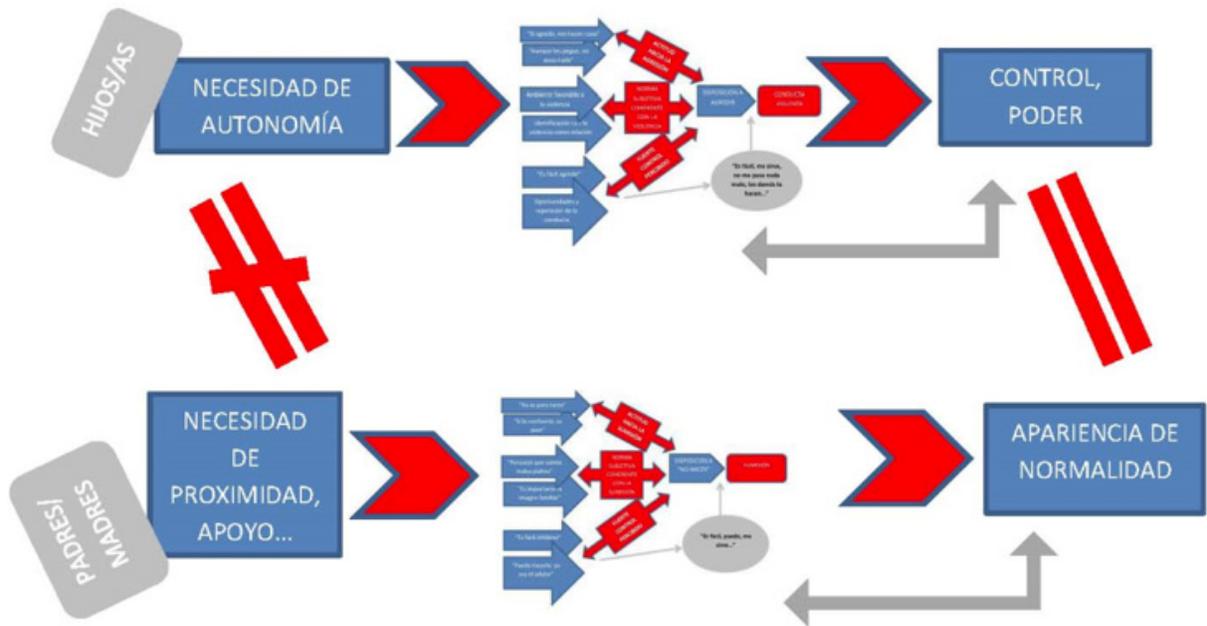


Gráfico 4.- Aplicación del concepto de circularidad a la Teoría de Conducta Planificada.

Evidentemente, la autonomía que precisa el hijo o hija no es compatible con la necesidad de cercanía de padres y madres, por lo que el conflicto se ve propiciado. Sin embargo, la sensación de poder del hijo o hija con la necesidad de apariencia de normalidad de los progenitores sí lo es, lo que contribuye aún más al mantenimiento del círculo violento.

Los autores analizados coinciden en concluir que el resultado de todo este proceso es que estas familias presentan difusión de límites (jerarquía no establecida o mal instaurada), negación de la realidad (mitos y secretos dirigidos a ocultar el hecho de la violencia), progresivo aislamiento social de la familia con el fin de mantener “el secreto” a salvo y dependencia afectiva desmedida de uno de los progenitores con el hijo o hija agresor, lo que dirige al conflicto cuando uno de ellos reivindica su autonomía (Pereira y Bertino, 2009; Pereira, 2011).

Como se ha dicho, mención aparte precisan las familias adoptantes, ya que en ocasiones el

desencadenante de la violencia no es precisamente el deseo de poder, o al menos no únicamente, sino otros factores como la urgencia de creación de vínculos afectivos que, al no satisfacerse, genera reacciones agresivas en los niños y niñas adoptados o el alejamiento afectivo que suponen las “sombras”<sup>3</sup> que se ciernen sobre esta familia derivadas de los secretos acerca de sus sentimientos y realidades. Así, si la historia anterior no se afronta y analiza en su justa medida, puede desembocar en conflictos como la no aceptación de ciertas conductas por adscribirse su causa a ese “pasado” o el crearse expectativas ocultas y frecuentemente erróneas tanto en la familia adoptiva como en la biológica. Como acertadamente indican Hernández y Relvás (2011):

Desde el punto de vista relacional, el obligar a un niño o niña al que supuestamente se le entrega el amor cotidiano a vivir separado de sí, es una paradoja ‘cruel’ donde una de las partes paga un muy alto precio (p.163).

Además, la construcción de la propia identidad sigue el mismo proceso que en adolescentes no adoptados pero con grandes matices ya que el adoptado tiene dos familias. El lograrlo, una vez más, dependerá de que su historia personal haya sido y sea debidamente abordada de manera que su identidad como adoptado forme parte de su historia de una forma armónica y coherente (Brodzinsky, Schechter, y Marantz, 2011)

#### 4. INTERVENCIÓN

La metodología de intervención en casos de violencia filio-parental no es un tema demasiado investigado todavía<sup>4</sup>. De momento, las soluciones que desde la Administración se le ofrecen a las familias, en el caso de España pasan en la mayoría de los casos por la judicialización del caso, lo que normalmente no satisface a las familias lo que hace que a la postre muchas agresiones queden sin salir a la luz y por tanto sin posibilidad de ayuda. La medida judicial que se adopta por lo general es la separación física de los miembros de la familia, internando al menor en un centro de protección e imponiendo órdenes de alejamiento que terminan por incumplirse ya que las familias lo que precisan es la transformación de un tipo de relación dolorosa e inadecuada en otra más adaptada a sus necesidades tanto familiares como individuales.

Es obvio que para solucionar el problema es imprescindible el trabajo con la familia (Pereira, Bertino, Romero y Llorente, 2006). Cuando tenemos la oportunidad de trabajar en este sentido, nos encontramos con una familia que presenta uno o varias de las siguientes realidades:

- Un conflicto conyugal latente o presente, pasado o actual que ha absorbido al o la menor derivando tanto en una difusión de límites entre los subsistemas como en una triangulación patológica entre uno de los progenitores y el hijo o hija.
- Un proceso de escalada violenta en forma de círculo vicioso tal y como se ha descrito en los anteriores apartados.
- Trastornos derivados del mantenimiento en el tiempo de la situación: aislamiento familiar, trastornos depresivos...

Aunque en la práctica todos estos aspectos han de abordarse a la vez, para mayor claridad en la exposición, se describen los objetivos de la intervención por separado para cada uno de los aspectos citados.

#### EN CUANTO A LA DIFUSIÓN DE LÍMITES Y LA TRIANGULACIÓN

3 Parafraseando a Julia Hernández y Ana Paula Relvás (2011)

4 En España, existe el Centro de Intervención y Formación en violencia filio-parental, Euskarri, que comenzó a funcionar en el año 2005 a iniciativa de un grupo de trabajo formado por diferentes profesionales pertenecientes a la Asociación escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar ([www.euskarri.es](http://www.euskarri.es)) a cuyo director, Roberto Pereira se agradecen sus aportaciones a la redacción de este artículo.

Se hace referencia aquí a lo que ha generado el ambiente propicio para la aparición de la conducta violenta y su posterior establecimiento. Se ha hablado de que una de las causas más comunes es un conflicto no resuelto en el que el hijo o hija se ha visto inmerso, lo que ha generado tanto la difusión de la jerarquía familiar a través de la ruptura de límites entre los subsistemas como incluso a una triangulación perversa del o la menor en el que las alianzas y traiciones veladas o expresas hacen que el ambiente familiar se vea enrarecido y que sus miembros no consigan encontrar en el seno familiar la seguridad y aceptación incondicional que deberían. El restablecimiento de límites pasa ineludiblemente por un reempoderamiento del subsistema familiar, lo que exige un trabajo previo sobre los posibles conflictos de pareja pasados y presentes. Una vez hecho esto y quedada clara la posición que el hijo o hija ha tomado en dicho conflicto, se pasa a desarmar la triangulación establecida de manera que el o la menor quede libre de responsabilidades afectivas que nada tienen que ver con su momento evolutivo actual.

#### EN CUANTO A LA CIRCULARIDAD DE LA CONDUCTA VIOLENTA

Se ha descrito ya cómo se produce el proceso de violencia, cómo se configura la circularidad de la conducta violenta como medio de relación y comunicación familiar, cómo se establece dicha circularidad estancando todos los sistemas relacionales alternativos y dejando a la familia incapaz de modificar sus estilos relacionales (Estalayo, 2011).

Es imprescindible que desde el primer momento de la intervención terapéutica todos y cada uno de los miembros del sistema familiar se sientan responsables, víctimas y victimarios de este círculo vicioso violento en el que se ha convertido su vida familiar. Se han de poner al descubierto tanto las creencias previas como la norma subjetiva que sobre la conducta violenta tiene cada miembro, las que dependerán, como se ha dicho, de muchos factores dependientes del pasado y el presente de la familia. Esto llevará a renarrar la historia familiar en unos términos más realistas y alejados de las construcciones posteriores. Quizá este ejercicio narrativo por sí mismo baste para rebajar el control percibido que sustenta la circularidad, ya que, como se ha dicho, si asumimos los preceptos de la teoría de la conducta planificada de Ajzen, la percepción de control puede sustituir al control real sobre la conducta (Giménez, 2011). La función terapéutica por tanto, ha de incidir en la disminución de dicha percepción de control.

Una vez sondeadas las creencias previas y la norma subjetiva se ha de trabajar sobre su contenido, bien de forma conjunta o bien individualmente para que cada miembro del sistema familiar logre variar dichas creencias o adaptarlas de manera que la conducta violenta deje de cumplir una función válida para la consecución de los objetivos individuales y la cohesión familiar. En otras palabras y partiendo del caso más frecuente, si el adolescente puede lograr su individualización y autonomía y los padres recuperan su valía como tales mediante la generación de respuestas alternativas, la violencia dejará de ser funcional para dar paso a conductas alternativas. No obstante, esto no ocurrirá a menos, como se ha dicho, de que la circularidad se rompa a través de la disminución de la percepción de control.

#### EN CUANTO A LOS TRASTORNOS DERIVADOS DE LA SITUACIÓN

Dependiendo del tiempo de instauración y la frecuencia de los episodios violentos, la familia estará más o menos dañada. Habrá entonces que dar respuesta a los daños individuales y paliar sus consecuencias a través de intervenciones específicas en forma de terapias individuales o grupos de autoayuda, grupos basados en modelos psicoeducativos, etc. Aunque este apartado desborda el objetivo del presente artículo, se deja constancia de la importancia a la hora de llevar a cabo una intervención integral en casos de violencia filio-parental.

Las relaciones familiares son complejas y obedecen a las normas que rigen los sistemas humanos. Conocer y entender el funcionamiento de un sistema familiar concreto en un espacio y un tiempo concreto es una responsabilidad terapéutica que se ha de asumir al querer enfrentar el problema de la violencia, sea ésta intrafamiliar o de cualquier otro tipo. A través de estas líneas se ha querido dar respuesta a la pregunta de cómo, en la mayoría de los casos, con alguna especificidad como el caso de las familias adoptantes, llegan a instaurarse sistemas relacionales basados en la violencia como pauta comunicacional que a todos los miembros familiares parece dar respuesta. Se ha visto cómo la circularidad está en la base de dicho proceso violento y cómo se construyen cada uno de los peldaños que conducen al estancamiento relacional. Romper la circularidad es imprescindible, y a la vez reestructurar los límites ya difusos entre los subsistemas de la familia, devolver la jerarquía y el poder a sus límites adecuados y liberrar de cargas desadaptativas a todos los miembros del sistema familiar.

Sin olvidar tampoco las intervenciones individuales que reparen los daños infligidos, se recomienda desde aquí el abordaje familiar del problema, responsabilizando del mismo a todos sus componentes ya que la violencia es un fenómeno aprendido que hay que sustituir por otro que consiga iguales resultados individuales sin desmembrar y destruir el sistema familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J.M. y Castellanos, J.L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*, 15 (3), 253-274. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n3/v15n3a02.pdf>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., (2011). The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26 (9), 1113-1127. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Aroca-Montolío, C., Cánovas L., P., Alba R., J.L. (2012). Características de las familias que sufren violencia filio-parental: un estudio de revisión. *Educatio Siglo XXI*, 30 (2), 231-254.
- Aroca-Montolío, C., Lorenzo-Moledo, M., Miró-Pérez, C. (2013). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de Psicología*, 30. Recuperado de 2014 de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.30.1.149521>
- Bandura, A. y Aldekoa, J. (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bertalanffy, L. (1969). *Teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo Cultura Económica
- Brodzinsky, D., Schechter, M. y Marantz, R., (2011). *Soy adoptado. La vivencia de la adopción a lo largo de la vida*. Madrid: Editorial Grupo 5.
- Departamento de Planificación y Control de Gestión del Gobierno de Chile (SEMANE). (2013, tercer trimestre). *Boletín estadístico niños (as) y adolescentes infractores*. Recuperado el 5 de enero de 2014 de: [http://www.sename.cl/wsename/otros/bestnacionales/2013/3/BE\\_INFRACTORES\\_201309.pdf](http://www.sename.cl/wsename/otros/bestnacionales/2013/3/BE_INFRACTORES_201309.pdf)
- Estalayo, H., A., (2011). Violencia adolescente y circularidad: de la teoría a la práctica. En Pereira, R. (comp.) *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. (pp. 385-402). Madrid: Morata.
- Femenía, A.M. y Muñoz G., M. (2010). El abordaje terapéutico con familias adoptantes: nuevas formas de parentalidad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* 50,

- 5-22. Recuperado de: <http://www.seypna.com/documentos/psiquiatria50.pdf#page=6>
- Gámez-Guadix, M.; Jaureguizar, J.; Almendros, C.; Carroble, J.A (2012). Estilos de socialización familiar y violencia de hijos a padres en la población española. *Psicología Conductual*, 20 (3), 585-602. 18p.
- Giménez C., J.A. (2011). *Análisis de los determinantes cognitivos que subyacen a la conducta de consumo intensivo de alcohol en jóvenes utilizando como marco la Teoría de la Conducta Planificada*. Valencia: Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones.
- Hernández, J. y Relvas, A.P. (2011). La amenaza fantasma: Luces y sombras en la adopción. En Pereira, R. (comp.) *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. (pp. 162-187). Madrid: Morata.
- Ibade I., Jaureguizar J., Díaz O. (2007). *Violencia Filio-parental*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de [http://www.jusap.ejgv.euskadi.net/r47-edukia/es/contenidos/informe\\_estudio/violencia\\_filio\\_parental/es\\_vifilpar/adjuntos/Violencia\\_Filio-Parental.pdf](http://www.jusap.ejgv.euskadi.net/r47-edukia/es/contenidos/informe_estudio/violencia_filio_parental/es_vifilpar/adjuntos/Violencia_Filio-Parental.pdf)
- Ibabe I, Jaureguizar J. y Díaz O, (2009) Adolescent violence against parents: is it a consequence of gender inequality? *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 3-24. Recuperado de [http://webs.uvigo.es/sepjf/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=21&Itemid=110&lang=en](http://webs.uvigo.es/sepjf/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=21&Itemid=110&lang=en)
- Ibade I., Jaureguizar J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio parental es bidireccional? *Anales de psicología*, (27) 2. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10201/26513>
- Instituto Nacional de Estadística. INE Base (2012) (Base de datos). España: INE. Recuperado el 11 de enero de 2014 de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Jimenez-Bautista, F. (2012). Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia* 19, (58), 13-52.
- Llamazares, A., Vázquez, G. y Zuñeda, A. (2013). Violencia filio-parental. Propuesta de explicación desde un modelo procesual. *Boletín de Psicología*, 109, 85-99
- OMS (2014). *Informe sobre la situación global de la prevención de la violencia*. Recuperado el 12 de enero de 2014 de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/es/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/es/index.html)
- Pascual, R. F. (s/f). *Violencia en la adolescencia: (Con) fusión y límites*. Instituto Wilhelm Reich-Galicia. Recuperado de: <http://www.institutowilhelmreich.com/pdf/ViolenciaAdolescencia.pdf>
- Peek, C. W., Fischer, J. L. y Kidwell, J. S. (1985). Teenage violence toward parents: A neglected dimension of family violence. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 1051-1058. En Ibade y Jaureguizar, 2011p. 266
- Pereira, R., Bertino, L., Romero J.C. y Llorente, M.L., (2006) Revista Mosaico. Dic. 2006, cuarto época, nº 36
- Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental, Protocolo de intervención en Violencia Filio-Parental. *Revista Mosaico*, 36, 7-8. Recuperado de: [http://www.euskarri.es/images/stories/articulos/Protocolo\\_de\\_intervencion\\_en\\_VFP\\_Pereira\\_R.pdf](http://www.euskarri.es/images/stories/articulos/Protocolo_de_intervencion_en_VFP_Pereira_R.pdf)
- Pereira, R., Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la violencia filio-parental. *Redes* 21, 69 a 90.
- Pereira, R. (coord.) (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza*. Madrid: Ed. Morata.
- Ríos G., J.A. (1994). *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.



## Is irreverence possible?

Hanono Dayan, Esther <sup>a</sup>, Muriel Vizcaíno, Mónica <sup>b</sup>, Vázquez Estrada, Gerardo <sup>c</sup>

<sup>a</sup>Universidad Panamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología. 0185262@up.edu.mx, <sup>b</sup>Universidad Panamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología. Psicología, <sup>c</sup>Universidad Panamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología.

### Historia editorial

Recibido: 17-04-2017  
Primera revisión: 26-05-2017  
Aceptado: 29-05-2017

### Palabras clave

persona del terapeuta, irreverencia, espontaneidad, ética, teoría.

### Resumen

Dentro del marco terapéutico sistémico se enfrentan dos posturas con respecto a la persona del terapeuta, por un lado Gianfranco Cecchin, Gerry Lane y Wendel A. Ray (2002) plantean la irreverencia como una estrategia de supervivencia para terapeutas que hace alusión a la no dogmatización de un modelo terapéutico y tiene como fin llegar a un estado mental que permita al terapeuta actuar libre de la ilusión de control. Por otro lado, Salvador Minuchin y Charles Fishman (2004) postulan la espontaneidad como una forma de internalización y apropiación del modelo, que permite al terapeuta olvidarse de las enseñanzas técnicas una vez aprendidas. La propuesta de Cecchin, Lane y Ray se basa en una filosofía nihilista que brinda una imagen antropológica deslindada de la ética y propia de una libertad inalcanzable, mientras que el terapeuta espontáneo, desde su interés por el bienestar del prójimo, funge como agente de cambio, sin dejar de lado sus valores, intereses, gustos y responsabilidad, adaptándose así a los diferentes contextos sociales.

### Abstract

There are two counter postures within the systemic therapy framework that confront each other on how the therapist person should be. On one hand, Gianfranco Cecchin, Gerry Lane & Wendel A. Ray (2002) propose irreverence as a therapist survival strategy, alluding to a lack of dogmatization of therapeutic models, which aims towards a mental state that permits the therapist to act free of the illusion of having control. On the other side, Salvador Minuchin & Charles Fishman (2004) postulate spontaneity as a way of internalization and assumption of therapeutic models, which permits the therapist to forget about the teachings of the techniques once he has learned them. Cecchin, Lane y Ray approach is based on a nihilist philosophy that presents an anthropological image unrelated to ethics and proper of an unattainable liberty, meanwhile the spontaneous therapist, based on his interest on the others well-being, acts as a change agent, without giving up on his values, interests, likings and responsibilities, adapting thus to different social contexts.

### Keywords

therapist person, irreverence, spontaneity, ethics, theory.

Gianfranco Cecchin, Gerry Lane y Wendel A. Ray (2002) plantean la *irreverencia* como una estrategia de supervivencia para terapeutas que se basa en la no dogmatización de un modelo terapéutico. La irreverencia –fuera de un marco terapéutico– hace alusión a la falta de respeto o veneración. Regularmente se ha asociado con el desafío al estatus quo, a la institucionalización y a la burocracia, comparándose con un régimen anarquista fundado en valores negativos.

Sin embargo, el posmodernismo se ha dedicado fundamentalmente a desvincular dichos valores del concepto localizando a este junto a un grupo de valores que reivindican la cultura del cambio. Friedrich Nietzsche (2012) es quizá el máximo exponente del nihilismo en el posmodernismo, argumenta la inminencia de la nada, del constante cambio, del movimiento, de lo que ya pasó, de lo que ya no es, permitiendo así el reinado del superhombre irreverente. Así lo manifiesta desde 1844 con el libro *El único y su propiedad* de Max Stirner, en el cual se ofrece una crítica antiautoritaria e individualista que pone al ego en el centro de la realidad, dando así lugar a una realidad plenamente subjetiva que enaltece la voluntad de poder y permite la desaprobación de las autoridades (Volpi, 2007).

El posmodernismo tuvo una importante influencia en la formación de la segunda generación de terapeutas sistémicos, mientras que entre 1940 y 1960 se volteó la mirada del *self* autónomo al *self* relacional y a partir de los años 80's el acento se colocó en el *self* narrativo, quizá el mayor aporte de la terapia sistémica y propuesta que plantea un profundo desgarramiento en el paradigma tradicional del entendimiento de las causas que contribuyen a los desórdenes emocionales (Rasheed et. al, 2011). Desde un primer ímpetu, la terapia familiar cobra una actitud blasfema desafiando sin contemplación los dogmas propuestos por la psiquiatría (Cecchin et. al., 2002), mientras que la psicología de forma marginal asegura su lugar, independiente de la medicina al romper con los paradigmas biológicos explicativos de la patología (Foucault, 1994).

Con este mismo ímpetu se propone bajo el marco sistémico, que el terapeuta no debe de operar apegado a ningún modelo terapéutico y por lo contrario ha de ser irreverente. Entendiendo la irreverencia no como el ser revolucionario o luchar contra la opresión de la familia o las instituciones, sino como un estado mental que permite al terapeuta actuar liberándolo de la ilusión de control, de la ilusión de saber. Se pretende entonces que el clínico se encuentra aprisionado por la verdad; entre la gente que lo paraliza con expectativas y la preservación de la pureza de su teoría, no le es permitido proclamar sus ideas de forma importante fuera de un marco sistémico (Cecchin et. al, 2002).

Para obtener su libertad, el terapeuta familiar ha de aceptar la irreverencia que florece sólo bajo un marco paradigmático cuasi nihilista en el que la realidad no consta de una verdad –sino que centrada en la voluntad de poder– acepta varias realidades subjetivas, dando así oportunidad de aceptar argumentos contrapuestos y tomar una postura movible dependiente de la realidad en cuestión.

Una realidad subjetiva prohíbe la aseveración del saber (Villegas, 1992). Es imposible para el terapeuta familiar irreverente asegurar que sabe y de asegurarlo estaría siendo sujeto de la manipulación por parte de los organismos de control social. Ante esto, tampoco puede prometerse capaz de crear el cambio por el cual su cliente lo contacta en primera instancia. Cayendo en la libertad absoluta del no error, es decir, el terapeuta que nada sabe en nada puede errar, no es entonces necesario que sepa lo que está haciendo (Cecchin et. al., 2002).

La irreverencia salva también a quien la practica del relativismo ético:

La premisa fundamental es que una lealtad excesiva a una idea específica hace que la persona no sea responsable de las consecuencias morales inherentes a ella. Si sobreviene un desastre, el responsable no será el individuo sino la idea que ha comandado la acción (Cecchin et. al, 2002, p. 26).

Los jueces Hofstetter y Janning en la película *Los Juicios de Núremberg: ¿Vencedores o Vencidos?* (Kramer, 1961) argumentan su inocencia ante los crímenes nazis bajo la premisa de obediencia debida. Janning por un lado explica: “Adolf Hitler restableció el orden en Alemania... sabíamos de la existencia de los campos de concentración... si no sabíamos más es porque no queríamos saber...

realmente creía que Hitler salvaría a mi patria del desastre y la miseria” (Stoffels et. al., 2001, s.p). Y Hofstetter, por su parte, refugia su inocencia argumentando que él “cumplía órdenes. No las cuestionaba. Aceptaba la corrección de las leyes y decretos promulgados por el parlamento y por el gobierno nazi dejando de lado su conciencia, sin preguntarse a sí mismo si realmente le repugnaba” (Stoffels et. al., 2001, s.p).

De esta misma forma, quien estrictamente se adhiere a un modelo terapéutico, se obceca obstinadamente a este, idealizándolo como *El Real*, que funciona, ignorando las repercusiones que en sí puede comprender, no por ignorancia (“si no sabíamos más es porque no queríamos saber”) sino por el deber que tiene para con el modelo (“cumplía órdenes. No las cuestionaba”) quedando aprisionado en una *Verdad Última*.

Eduardo Galeano (1989) en el poema *Los Nadies*, dibuja literariamente la artística imagen de la nada, plasmando sobre las palabras el absurdo de la imposibilidad del no ser: “Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada. Los nadies: los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la vida, jodidos, rejodidos. Que no son aunque sean.” (p. 52)

Salvador Minuchin y H. Charles Fishman (2004) introducen al igual que Cecchin et al., (2002) la *espontaneidad* en el libro *Técnicas de Terapia Familiar* como una estrategia de supervivencia para el clínico, sin embargo antes de presentarla advierten: “el entrenamiento en la terapia familiar debe de ser esencialmente una enseñanza de técnicas que el discípulo olvide después que las dominó” (Minuchin y Fishman, 2004, p. 15). El trabajo terapéutico ha de ser un arte, no una técnica que se diferencian por el carácter artificial de la segunda y natural de la primera, que sin embargo en un primer momento se constituye como técnica, pero se vuelve arte con la internalización. Es así que Minuchin y Fishman (2004) nos brindan un argumento opuesto a la relatividad subjetiva de la irreverencia, exigiendo al terapeuta no sólo que conozca los principios teóricos y técnicos, sino que se adueñe de estos pasionalmente.

Ésta postura tiene una semblanza con la filosofía occidental tradicional, la cual se encuentra con su primera problemática justo al inicio del intento argumentativo, ya que el paradigma obliga forzosamente a desaprobando la existencia de la nada, tarea poco laboriosa para la razón natural, debido a la paradójica ontología de ésta. La misma concepción de nada ya la priva de su naturaleza de nada. Como algo la nada nos es imposible. Aristóteles (Metafísica I, 5, 20-30) en un primer momento, sostiene el concepto de nada como la negación del ser, la privación de la afirmación, definiéndola a partir del ser. Es así que el no ser se afirma que no es, y el mismo verbo de afirmar lo concibe como ser. Más adelante, Bergson (Santander, 2007) determina la idea de la nada como una pseudo-idea debido a que a esta no se le puede pensar ni imaginar en su totalidad, solamente se puede suprimir parcialmente el algo para sustituirlo con otra cosa, probando así la imposibilidad de la nada.

El antojo humano por comprender la nada como vacío, ausencia, negación o falta, priva a la nada de no ser, porque dichos conceptos implican el ser a priori, además de ser fenómenos que se encuentran limitados por tiempo y espacio. La negación de una cosa implica forzosamente el ser de la cosa, por lo que la nada se encuentra irónicamente plagada de ser. Inclusive la misma palabra que denomina la nada: nada, la priva de su ontología porque el lenguaje se vive como la limitante del concepto, es decir para definir una idea se crean límites llamados palabras que engloban lo que dicho concepto si admite, concibiendo el ser de la idea admitida, es así que al nombrar la nada esta toma forma de ser. Por más que el humano anhele el descanso del ser, le es imposible, se encuentra condenado a lo que Kundera (1984) denominaría *la insoportable levedad del ser*.

En un plano terapéutico, el clínico irreverente estaría apuntando a la nada, al no apego, al cambio constante que involucra movimiento, siempre dejar de ser lo que ya no es, siempre ser nada, lo cual lo coloca en un plano imposible, en el que más allá de lograr trabajar eficazmente se va a encontrar paralizado por la falta de recursos.

Comúnmente el psicólogo se coloca sobre una base teórica y práctica de la cual parte para llevar a cabo su trabajo, implicado en todo lo que esta conlleva. Si por lo contrario, intenta presentarse parado sobre una base abierta, inexistente se va a encontrar preso en la inmovilidad, encarcelado en

una voluntad de estilo Schopenhauer, sobre la cual no se puede parar por la naturaleza inexistente de esta, mermando también su misma presentación. Le es imposible al psicólogo la irreverencia, la neutralidad, la apertura de estilo libertinaje, y al humano en general que se intenta parar sobre la nada.

Paul Watzlawick et al. (1987) en *Teoría de la Comunicación Humana*, proponen la imposibilidad de la no comunicación como el primer axioma de la comunicación humana, el cual es consistente con el argumento presentado por Minuchin y Fishman (2004). De igual forma, se propone la imposibilidad de la irreverencia. La persona por el hecho de ser (inclusive sin estar) está condenada a la comunicación. En otras palabras no hay tal cosa como la no-conducta, es imposible no comportarse, por mucho que uno intente no puede dejar de comunicarse, incluso el sinsentido, el silencio, el retraimiento, la inmovilidad o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación. Es así mismo que no existe tal cosa como la irreverencia, por naturaleza estamos condenados a seguir las limitantes de ciertas instituciones tales como la biología, la física, la metafísica o la antropología. Nos es imposible la libertad absoluta que la irreverencia plantea. Inclusive el tomar una postura irreverente estaría auto mutilando la idea de irreverencia, ya que estaría respondiendo a la institución de la irreverencia. *Ser* nos priva de irreverencia.

Aludiendo al dilema ético de la obediencia debida, parece contradictorio el afirmar que la filosofía nihilista termina con cualquier intento moral de sostener una ética. Apelar a un modelo teórico hace responsable a quien apela de él, por sus consecuencias y por la elección de dicho modelo. Mientras que flotar en una realidad subjetiva termina con la responsabilidad que esta podría causar, ya que no apela a causas últimas de las cuales nacen los parámetros éticos, es decir, para poder fundamentar un modelo ético, se necesita conocer el bien y el mal bajo una mirada, ya que si se apela a una realidad de principios múltiples, los conceptos de bien y mal se vuelven difusos dependientes de la situación, logrando así escapar de la responsabilidad por cualquier desastre en el provenir del hacer. El ser es responsable de lo que se encuentra limitado dentro de las barreras del ser.

No se pretende que el terapeuta clínico sea un vacío en el que todo pueda ser ingresado, se espera sino que sea un ser humano genuinamente interesado por el bien del prójimo, sin dejar de lado el respeto por su valores, sus intereses y sus gustos. Fungiendo con el papel de agente de cambio, que a partir de su realidad de ser, sea capaz de compenetrarse con la realidad de otros, para construirla y deconstruirla en conjunto. Que comprenda que la nada es incompatible con el ser y que la familia al ser y presentar su forma de ser, solo puede modificarse por otra manera de ser no por la negación de esta. Tiene que desarrollar la capacidad de entrar en coparticipación con la familia, poder experimentar la realidad como los miembros la viven y poder influenciar de manera positiva a las interacciones que estructuran a la familia.

Es indispensable que el terapeuta trabaje consigo mismo para lograr la espontaneidad. Un terapeuta espontaneo es aquel que se ha entrenado lo suficiente para poder utilizar diferentes aspectos de sí mismo en respuesta a los distintos contextos sociales (Minuchin y Fishman, 2004). Es la espontaneidad la cura a la imposibilidad de la irreverencia.

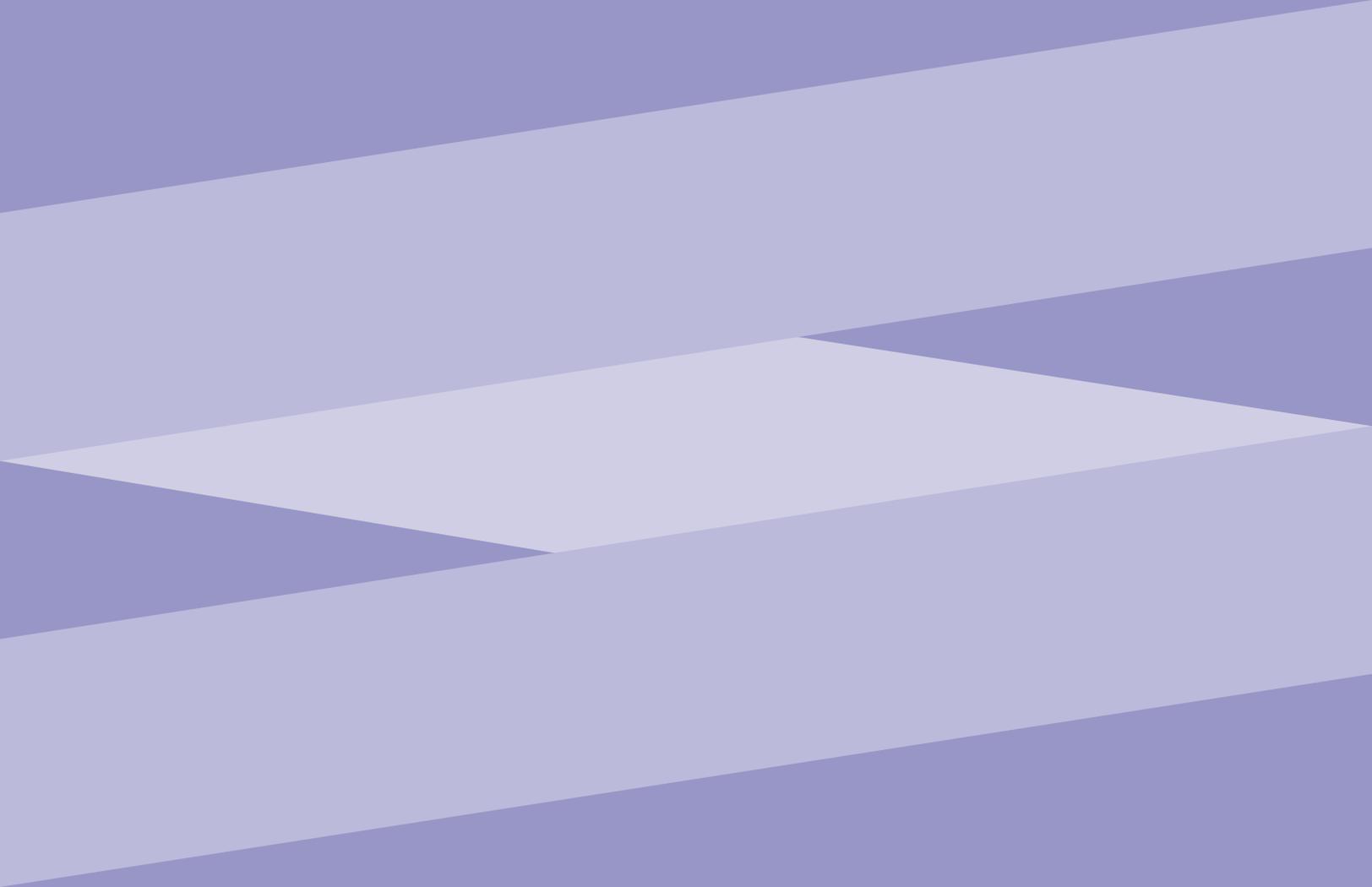
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aristóteles. (1994). *Metafísica I*, 5, 20-30. (T. Calvo, Introducción, traducción). Madrid: Editorial Gredos.
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W. A. (2002). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1994). *La investigación científica y la psicología: Psicología Cultural*. Universidad del Valle.
- Galeano, E. (1989). Los nadies. En E. Galeano, *El libro de los Abrazos* (pp. 52). Uruguay: Ediciones La Cueva.

- Kramer, S. (Productor y Director). (1961). *Los Juicios de Núremberg: Vencedores o Vencidos* [Película]. Estados Unidos: Roxlom Films.
- Kundera, M. (1984). *La Insoportable Levedad del Ser*. España: Tusquets Editores.
- Minuchin, S., y Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Nietzsche, F. (2012). *Así Hablaba Zaratustra*. México: Ediciones Leyenda S.A.
- Rasheed, M. J., Rasheed, N. M. & Marley, J.A. (2010). *Family therapy: models and techniques*. London: SAGE Publications.
- Santander, J. R. (2007). Vacío, negación y nada, en Bergson. *Tópicos del Seminario*, 18, 163 - 190.
- Stoffels, R. M. A. y Sanz, S. (2001). ¿Vencedores o vencidos? El juicio de Núremberg y la justicia internacional. *Caleidoscopio*, 4.
- Villegas, R. (1992). Hermenéutica y Constructivismo en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3 (12). [Recurso electrónico]. Recuperado de [http://www.centroitaca.com/pdf/biblioteca/Constructivismo\\_27.pdf](http://www.centroitaca.com/pdf/biblioteca/Constructivismo_27.pdf)
- Volpi, F. (2007). *El Nihilismo*. Madrid: Ediciones Siruela.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. D. (1987). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.



# Investigación

The bottom half of the page features an abstract geometric design. It consists of several overlapping, semi-transparent shapes in various shades of purple and blue. The shapes are primarily triangles and quadrilaterals, creating a layered, architectural effect. The colors range from a deep, dark purple to a lighter, almost white lavender.



## Narratives of obtaining a university professional title. The family myth of the profession

Raúl Alejandro Aráoz Cutipa<sup>a</sup>, Bismarck Pinto Tapia<sup>b</sup>,

<sup>a</sup>Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. raulalearaoz@gmail.com,

<sup>b</sup>Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. bpintot@ns.ucb.ed.bo

### Historia editorial

Recibido: 14-03-2017

Primera revisión: 01-06-2017

Aceptado: 05-06-2017

### Palabras clave

mito familiar, profesión, enseñanza superior, movilidad social

### Resumen

Mediante el análisis de contenido por medio de entrevistas en profundidad, grupos focales, pequeñas historias de profesionales y frases de discurso social, se describe cómo, tanto la familia y la sociedad han creado un “mito” alrededor de la primacía e importancia de la obtención de un título universitario como sinónimo de éxito, movilidad social, prestigio y cumplimiento de funciones parentales. Sin embargo con el crecimiento del mito, se incrementó la oferta de profesionales, generando una disonancia entre lo prescrito y lo realmente adquirido, siendo la solución conferir al título profesional la cualidad de generador de estatus social, más que ingresos económicos. Se concluye con la propuesta del “mito familiar de la profesión”.

### Abstract

Through content analysis, in-depth interviews, focus groups, small professional stories and social discourse phrases, it is described how both family and society have created a “myth” around the primacy and importance of obtaining a university degree as synonymous with success, social mobility, prestige and fulfillment of parental functions. However, with the growth of the myth, the supply of professionals increased, generating a dissonance between what was prescribed and what was actually acquired, being the solution to confer the professional title the quality of generator of social status, rather than economic income. It concludes with the proposal of the “family myth of the profession”.

### Keywords

family myth, profession, higher education, social mobility

Un mito es una historia o narración imaginativa que trata de actos cosmológicamente significativos de dioses o seres superiores; generalmente los mitos tienen su fuente en la vida común y son apreciados por la comunidad porque sugieren algo distintivo e importante en la existencia humana (Konx, 1964). El uso de la palabra mito difiere en su concepción científica de la popular, en el uso cotidiano se entiende al mito como “fábula”, “invención”, o “ficción”, en cambio los científicos sociales del siglo XX, lo manejan como una historia de inapreciable valor, sagrada, ejemplar y significativa (Eliade, M., 2000). Es sobre estas historias, de amplio significado dentro los sistemas familiares, que se creó el concepto de mito familiar.

En los estudios sobre familias, en el ámbito terapéutico, fue Antonio Ferreira quién acuñó el término *mito familiar* en el sentido de “una serie de creencias bien integradas, que comparten todos los miembros de una familia” (1963, p.55); se componen de creencias y roles buscan que la familia no cambie, siendo el factor homeostático un componente central en la propuesta de Ferreira.

Sin embargo la conceptualización de los mitos familiares ha tenido otros matices, por ejemplo la visión cognitiva de Feinstein (1979) define a los mitos familiares como “estructuras cognitivas que tienen la función de explicar, sacralizar y guiar al individuo, ofreciéndole sentido al pasado, definiendo el presente y proveyendo dirección para el futuro” (1979, p. 199). Para Andolfi (1989) los mitos familiares son una

grilla de lectura de la realidad (en la que coexisten elementos reales y fantásticos), en parte “heredada” de la familia de origen, en parte construida por la familia actual, en correspondencia con sus necesidades emocionales, que asignan a un papel y un destino bien precisos... (p.208).

Los mitos y las reglas familiares son principios operativos sobre los cuáles las familias sustentan sus valores, tradiciones y experiencias. La explicación de los mitos familiares concernientes a la elección de carrera constituye una herramienta importante para ampliar la comprensión de esta decisión (Bratcher, 1982), siendo la familia un factor de influencia en la decisión vocacional (Fouad, Kim, Ghosh, y Figueiredo, 2016) se hace importante comprender la mitología familiar en torno al discurso de obtención de un título profesional.

El objetivo de este estudio es describir las narrativas de los sistemas familiares en torno a los relatos de obtención de un título universitario. Se lo realizó en los departamentos de La Paz y Oruro, del Estado Plurinacional de Bolivia, dentro la zona altiplánica caracterizada por estar dentro el territorio de mayor arraigo indígena – originario de procedencia aymara y quechua. Desde la cosmovisión aymara el trabajo está en relación al vínculo familiar y comunitario. Bajo la lógica de la estructura económica familiar, el aymara tiene permitido determinar el tiempo como la intensidad del trabajo (Barrera, 2003).

Investigaciones sobre los mitos familiares se han realizado en familias reubicadas en Bogotá mostrando cómo los mitos familiares cambian para ajustarse a las nuevas demandas, promoviendo los mitos de unión familiar por encima de los de la comunidad (Padilla y Sarmiento, 2007); Filomeno (2003) describe que los mitos de ayuda, cuidado y de la propiedad rural afectan tanto a las estructura o funcionamiento familiar influenciando sobre la elección de carrera profesional de sus miembros en esa etapa del ciclo vital. Botero, Delgado, Pinzón, López, Garzón, Collazos, y Parra (2012) explican los nuevos mitos familiares sobre la adolescencia y cómo han cambiado a los de la anterior generación.

Por tales razones las preguntas que guiarán este estudio de tipo cualitativo serán ¿Cuál es el sentido y/o significado de procurar un estudio de licenciatura en la universidad? ¿Qué sentido le otorga la familia y el contexto social a la obtención de un título profesional? ¿Cómo se construye la mitología familiar alrededor de la profesión?

## 2. MÉTODO

Esta es una investigación de tipo cualitativa; se recurrió a armar un portafolio<sup>1</sup> o conjunto de técnicas de recolección de información, para luego realizar un análisis de contenido (Foreman y Daimsholder, 2008) que segmentó las historias en temas, categorías y familias (San Martín Cantero, 2014).

Las técnicas utilizadas fueron siete entrevistas en profundidad a profesionales en el área social, de los siete participantes cuatro cuentan con estudios de postgrado a nivel de maestría, dos cuentan con trabajo formal de ocho horas diarias, sólo uno cuenta con contrato laboral indefinido, dos son docentes universitarios, una trabaja por contrato en una institución estatal y otra en el momento de la entrevista estuvo sin trabajo. De los siete entrevistados con dos personas se hicieron tres entrevistas en el transcurso de tres años (una por año). Por último, en congruencia con el enfoque naturalista<sup>2</sup> (Hammersley y Atkinson, 1994), se abrió un cuaderno de campo<sup>3</sup> (Sánchez, 2003), donde por el lapso de tres años se fueron anotando las frases referente al ejercicio profesional que el investigador escuchaba en conversaciones diarias de la población, en minibuses de transporte público, charlas y conferencias que hacían referencia al tema en cuestión, además de trabajar ciento cincuenta narraciones cortas (Georgakopoulou, 2006). Las narraciones obtenidas de profesionales de diversas áreas, se incorporaron a categorías respecto a los siguientes temas: elección de una vida profesional, la familia y la obtención de un título profesional. Para el análisis se recurrió al empleo del programa de análisis de datos Atlas. Ti en su versión 7.1. generando redes gráficas (*Networks*) que resumen y explican las relaciones entre las categorías.

## 3. RESULTADOS

### LA PROFESIÓN COMO MITO FAMILIAR

Un mito familiar es una estructura mental/familiar que le otorga sentido a la experiencia cotidiana y, dentro de esta estructura mental/familiar, la obtención de un título universitario puede constituirse en un organizador tanto de la identidad de cada persona, así como puede formar parte de las tareas que se proponen las familias a lo largo de su ciclo vital (Vásquez, Posada, Messenger, 2015).

Es así que la obtención de una licenciatura universitaria deviene en un imperativo difícil de juzgar dentro de las familias de los entrevistados pues, no sólo una persona obtiene su título universitario, sino es la familia la que ha cumplido con los hijos.

Los siguientes extractos de entrevistas muestran la existencia del mito:

Por supuesto, en mi casa es así, porque es así,...Ustedes deben ser mucho mejores que nosotros (los padres) y te digo por supuesto porque es obvio que tenía que estudiar. Yo nunca he pensado en dedicarme a la música simplemente, por ejemplo, que antes lo hacía. Realmente lo tenías que hacer, realmente tenías que estudiar, yo no lo he sentido como una obligación, era una meta familiar y lo he sentido personal, ... tenías que estudiar, tenías especializarte y después lo que continúe... (6:12)

En esta transcripción muestra a una persona obligada a estudiar hasta dónde los títulos alcanzan, la frase “porque es así” es muy elocuente: la profesión si no tuviera el carácter de mito familiar,

1 El uso del portafolio lo realiza Rance (2005), como una colección de hechos e historias obtenidos en diferentes fuentes, sobre un caso, asunto o evento, proporcionando la intersección de discursos que se diferencian en cuanto a su origen, forma, organización y función.

2 El enfoque naturalista propone que el mundo social debe ser estudiado en su estado “natural” sin ser contaminado por el investigador. De esta forma se estudia a las personas y a los grupos en su ambiente natural y en la vida cotidiana interactuando con ellos de una manera natural (Rodríguez, 2011).

3 Un cuaderno de campo puede incluir un conjunto de citas o frases tomadas in situ, para luego realizar un análisis de las mismas.

no expresaría la presencia de una instrucción que dirige la vida de las personas y que además es de carácter construida dentro el entorno familiar. Sin embargo el mito puede ir tomando nuevas dimensiones siendo no únicamente necesaria la obtención de una licenciatura, sino ahora las credenciales académicas necesarias tuvieran el carácter de una maestría.

...pero ojo, sí hay un mandato. Todos mis hijos después de profesionales harán maestría, es como una cosa del nuevo bachillerato. Ni siquiera la licenciatura, no significa nada, no te otorga ni siquiera un saber, eso ya se veía venir, porque egresados taxistas, egresados los ves en todo lugar, ahora titulados que un ratito trabajan en un lugar y luego tachean<sup>4</sup> un buen rato es como una especie de una nominación... (12:44).

Los participantes, al ser consultados sobre los motivos de ingreso a la universidad, responden de la siguiente manera: “Eso fue lo que me dijeron tenía que hacer y era lo necesario para vivir bien” (11:60).

El mito se incrusta en la vida familiar, el seguirlo tiene una repercusión importantísima para la vida de quien lo experimenta. Una vez terminada su etapa de formación es imperante buscar un trabajo, el mismo que garantizaría el éxito y el sustento diario.

Un mito familiar se caracteriza no solamente por ser un conjunto de creencias compartidas, sino porque predice el resultado de la conducta prescrita (Bratcher, 1982). La presente investigación se realizó escuchando ideas y pensamientos de diferentes estratos de edad, académicos y sociales. Por tal razón, la comprensión del mito familiar de la profesión es distinta de acuerdo a de qué o a quién se refiere frente al discurso del ser profesional. Por ejemplo, la visión de estudiantes, padres y gente no profesional es que es muy necesaria la profesión para obtener trabajo y por ende para vivir con una adecuada calidad de vida: “Tienes que estudiar, ¿de qué vas a vivir?” (03:08)

O sino, “No pues, cuando eres profesional, puedes ganar, un buen puesto puedes tener, lindas chicas puedes conseguir...”

Por lo anteriormente citado, el objetivo del mito alrededor de la profesión, es una obligación procurarse un título universitario como mínimo a nivel licenciatura<sup>5</sup>. “Yo creo que en la sociedad existe una estigmatización a todo lo técnico y que por algo cultural y social, debes obtener una licenciatura, sino no eres nadie” (08:26). Entonces, la profesionalización del hijo se convierte en un objetivo parental, en una medida de éxito y responsabilidad paterna, dando origen al mito del padre cumplidor: “darles mejores cosas de las que yo he tenido, para mi es más sencillo, debo tener una expectativa para mi hijo, pero para mi hijo que esperaría mínimo mandarle a estudiar a Chile, esa es mi expectativa” (08:32).

Una de las características del mito familiar, es que este conjunto de creencias compartidas no son cuestionadas por ninguna de las personas interesadas (Ferreira, 1963), en este caso particular el mito de la profesionalización tiene matices de mandato (Stierlin, 1979), enmarcándose en una suerte de obligación y por ende de presión familiar, “Siendo el hermano mayor de todo el clan, familiar, paterno y materno, había una presión social de entorno familiar de estudiar...” (03:65). Es la familia la que exige y demanda la profesionalización como posibilidad de un futuro mejor.

La familia se inserta dentro los valores y significados socialmente construidos acerca la profesionalización. Las presiones familiares se caracterizan por tener tres matices bien marcados: una frustración por no serlo, una búsqueda de movilidad social y un esfuerzo por mantener y mejorar lo alcanzado por los padres. Por lo menos estas tres categorías explican el mito de la profesionalización y del ser buen padre. En muchos casos, se rememora la imposibilidad o dificultad en estudiar y obtener un título universitario: “han sufrido mucho. Como te digo, mi mamá tiene la amargura de no haber logrado eso y mi padre con su reproche a su papá” (07:33). Ante esta situación el camino que evita el sufrimiento y las penurias de los padres es el título universitario.

4 Manejar taxi

5 4 a 5 años de estudio en Bolivia, aparte del tiempo de realización de la tesis de grado

Dentro de los significados atribuidos a la obtención de la licenciatura se juega una característica bien marcada entre todos los estratos y personas entrevistadas y es el que la profesión como título universitario de licenciatura o mayor, encubre y manifiesta un estatus social que distingue a uno del resto.

A continuación se muestran algunas de las frases, expresadas por los participantes de este estudio, que manifiestan este hecho:

Tal vez el comerciante tiene la plata que quiere, pero el profesional tiene estatus social. Deben elegir una carrera que les permita mantener a sus familias, dar a sus hijos tal vez lo que ustedes no han tenido (03:40).

La profesión es importante para ambos, para mi papá y mamá es y ha sido siempre importante y me parece que el objetivo por el que han luchado, que sus hijos sean profesionales no por que implique una situación económica superior, sino tal vez social, una posición social (07:12).

Estas citas revelan el núcleo del mito de la profesión como estatus social, porque lo más importante es el “cartón”. De modo que el obtenerlo es un fin en sí mismo, posiblemente la calidad académica sea lo que menos importe al obtener un título: “Por lo menos que estudie, la gente se mira, aunque sea luego de cargador estará, hacen más” (03:50).

Entonces el discurso de la vocación, del ejercicio y de la carrera son los componentes de otro mito, porque el mito de la profesión como estatus contiene el mensaje del título por el título, tal y como fuera un título nobiliario o de normalidad, como lo demuestra la siguiente cita:

También la de un estatus social. En realidad considero que el no tener una profesión a nivel al menos del pregrado, es como ser un paria, sin significación de plusvalía, sin llegar siquiera a la media de la normalidad en una sociedad donde lo ha cuantificado casi todo y aquello que no es cuantificable o está a la orden del deshecho o de lo incomprendido (12:08).

El estatus social alcanzado no sólo implica qué profesión o qué trabajo está desempeñando o en qué institución uno está trabajando, sino lo importante también es en qué universidad se está estudiando. Existen relatos que muestran que la elección de carrera, la vocación está supeditada a la pertenencia a ciertas universidades. Por ejemplo:

Ya pues decidí ya voy a entrar a la EMI, voy a ser ingeniera. Y mis papás no, tienes que entrar a la CATO, y yo era NOO, y de una vez se da el examen y bueno una vez psicología y aquí estoy y no tenía una vaga idea (08:19).

La profesión como mito familiar implica que no sólo sea una meta personal, sino sea un objetivo familiar. En este caso, la importancia de poder ser profesional implica la posibilidad que

mi papá se siente muy feliz cuando se encuentra con sus amigos y me lo ha expresado él. Me dice, yo me siento orgulloso cuando me preguntan, qué es de la xxx, qué es de la yyy. es médico, es ingeniero, entonces en ese sentido sí es importante, es más social”(07:13).

Otra vez se entrecruza el ideal de ser buen padre. Si el hijo es profesional es motivo de alarde y de satisfacción, sino es una carga y hasta un estigma social. Se cree que el padre ha fallado en su labor educativa: “No hizo las cosas bien, voy a mi pueblo y me preguntan qué hacen tus hijos, y yo me callo nomás, de todos son doctores, abogados, médicos...” (03:07).

Entonces la profesión significa mucho más que el saber, mucho más que el trabajar, es un componente social muy importante. No sólo su significado se reduce a su función social, sino el significado atribuido tiene mucho que ver con el “ser padre”. En un mundo donde la evolución es

una teoría muy conocida, la profesión es una oportunidad de crecimiento, de desarrollo de ser “mejor”. Por ejemplo, “entonces desde que yo acuerdo ha sido: ustedes deben ser mucho mejores que nosotros”. Sin embargo quedan muchas preguntas acerca esta idea que se construye alrededor de la idea de mejorar, ¿cuál es el límite?, ¿cómo se puede cuantificar este “ser mejor”? ¿Es una categoría económica, social (ascenso y movilidad social)?; por lo tanto el mandato y la preocupación familiar es de qué uno va a vivir y no cómo uno va a vivir.

Este último aspecto está reflejado en la visión de algunos padres profesionales que no ven importante la profesión en sí, sino lo que importa es:

Bueno ahora ya no me interesa que mis hijas sean profesionales, lo que busco es que se pueda mantener por sí sola, si quiere hacer negocios o no quiere estudiar, que se dedique a algo que le pueda ayudar a mantenerse por sí sola (03:35).

Además, la profesionalización se ha convertido en una tarea más del ciclo vital de la familia. El mito otorga una dirección que no siempre es cuestionada y que permite hilvanar la vida de quienes siguen ese mito:

Bueno ahora ya no me interesa que mis hijas sean profesionales, lo que busco es que se puedan mantener por sí solas. Si quiere hacer negocio o no quiere estudiar, que se dedique a algo que le pueda ayudar a mantenerse por sí sola (03:05).

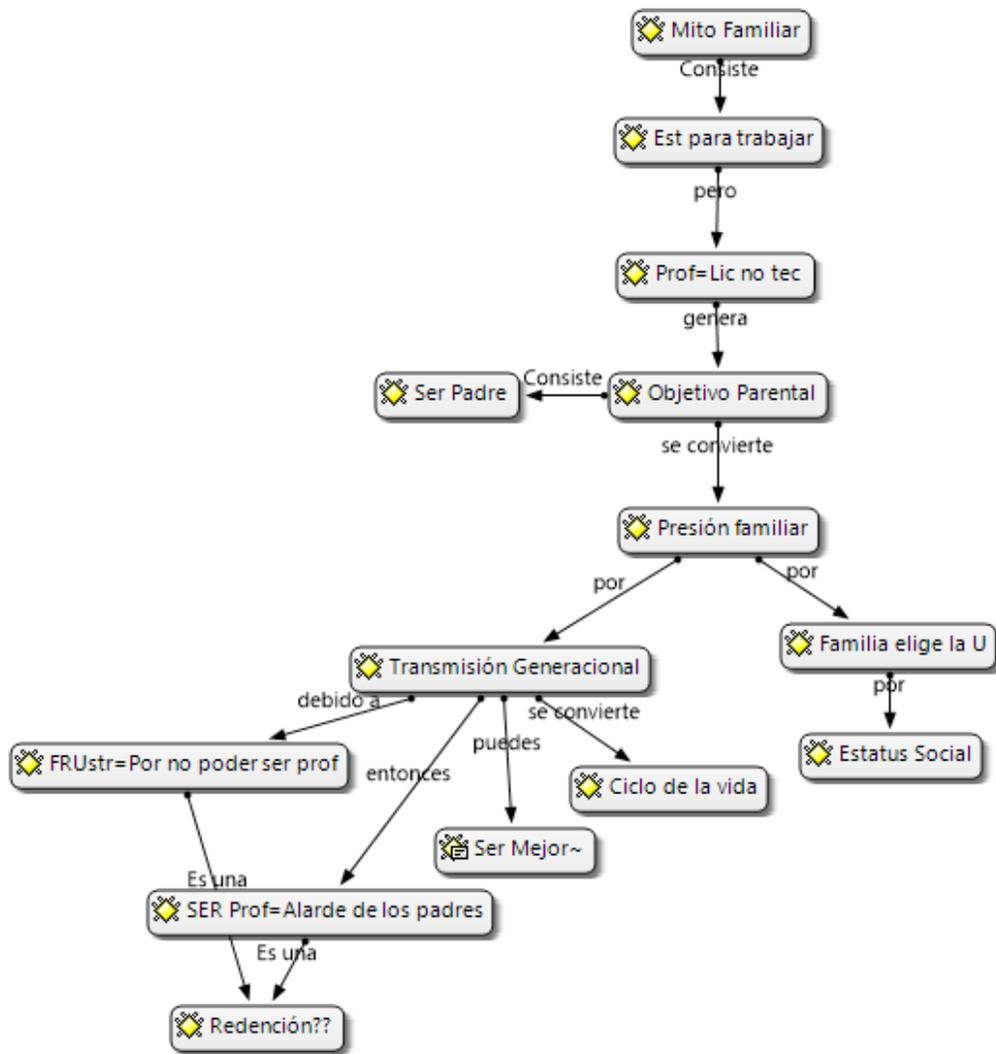


Figura 1. Árbol de Cognemas: La profesión como mito familiar.

Un mito familiar se incrusta en un área donde la realidad e historia personal y familiar se mezclan con la fantasía. En este caso el mito de la profesión encierra un objetivo consistente en la promesa o fantasía de la consecución de metas favorables para quien cree y desarrolla esta creencia, así como la obtención de beneficios que sólo serían posibles en el marco de la obediencia al mito.

La principal meta de elegir una vida profesional es poder mantenerse económicamente, como se anotó en la figura 1. La idea es estudiar para luego trabajar, sin embargo el trabajo del profesional no es cualquier trabajo, es una actividad distinta por tres razones: brinda seguridad de un salario mensual, el tener un ítem se puede alcanzar estabilidad y además la meta es trabajar en una oficina. La siguiente frase viene de una familia en la que la madre es comerciante minorista: “Mi mamá me dijo que tengo que ser profesional, tal vez Doctor, para estar en oficina, no en la calle, vendiendo. Hay veces se vende y hay veces no, hace mucho frío” (03:02).

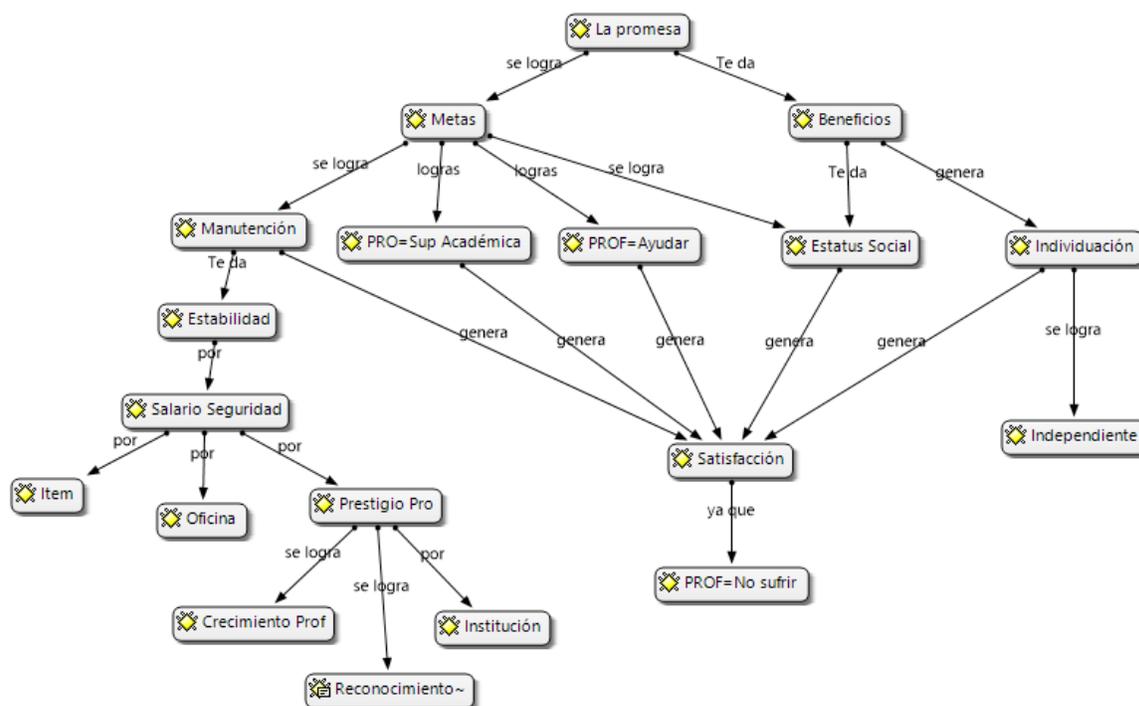


Figura 2. Árbol de Cognemas: la promesa del mito.

LA CONSTRUCCIÓN DE UN IDEAL

El mito de la profesión implica un ideal: la procuración de estabilidad socio económica, movilidad social, independencia y reconocimiento por medio del imaginario prototípico de un profesional con ítem y poder de decisión. Y es que en ninguna parte del mito se hace referencia a un estado de mando y control medio o bajos. El mito de la profesión alude al diseño piramidal del crecimiento jerárquico en una institución, propio de las grandes compañías de la revolución industrial.

En un país que contó con un 73,8% de población con residencia en el área rural a mitades del siglo XX, donde según el censo de población y vivienda de 1950, de 2`704 165 habitantes de Bolivia, un total de 1`995 597 vivían en el área rural, fuera de todo alcance a educación universitaria (INE, 2015). La insignia del “nuevo mundo”, el mundo de ciudad, tenía el nombre de “doctor”, a través del traje terno y el ocupar una oficina, era una marca y distinción de estatus, poder y diferencia.

...(mi papá trabajaba con su chalequito), en cambio mi hermano con traje, eso marcaba la diferencia y tal vez pesaba mucho para mi padre, que mi hermano estaba sentado en una oficina, él tenía su oficina pero supongo que es diferente... (07:05).

El relato anterior es un ejemplo de un ideal acerca “el mundo de ciudad” que se ha ido construyendo producto de la diferenciación campo – ciudad. El mundo de ciudad se erigió alrededor de la idealización del “ser profesional”, quién poseía mayores conocimientos del desenvolvimiento social, jurídico y académico. Alcanzar al ser de ciudad implicaba alcanzar al “ser profesional”.

Pienso que mis papás se sentían con menos conocimiento en relación al mundo de ciudad y, en relación a lo que mi hermano mayor estaba viviendo, imagino que ellos pensaban que había ganado mayor experiencia y cualquier decisión que se iba a tomar era consultada a mi hermano. Mi papá no terminó de estudiar...entró a trabajar a la empresa minera..., pero no (era un) sentimiento de inferioridad. Mis papás han depositado mayor confianza, mayor criterio en él por el hecho que él estaba en el mundo de ciudad. Mis papás tenían un poquito de miedo todavía, un poquito de temor, él ya está viviendo, se da cuenta más, conoce más que nosotros, yo de mi trabajo y la mamá de la casa, supuestamente (mi hermano era) más de mundo (07:07).

Antes que se popularice el acceso a las casas superiores de estudio, el ingreso a una universidad era bastante restringido. El siguiente relato de un profesional al solicitar apoyo para procurar el título profesional es bastante elocuente:

...él se enojó y me dijo, “Yo ya no te podré mantener”. Él estaba enfermo y no teníamos mucho dinero pero aun así continué mis estudios. Luego en la Facultad conseguí trabajo en el juzgado... (03:18).

Con mayor diferenciación social que en los tiempos actuales, con menor inclusión y movilidad social (Carrasco y Gonzáles, 2014) el ser bachiller o ingresar a la Normal de profesores o Policía Nacional, ya era un logro para aquellos que provenían desde el área rural. Poco a poco el mito del “ser profesional” se venía edificando: El sortear las barreras del machismo, de la discriminación y de la pobreza, con el ideal de un futuro mejor para una generación posterior se ha constituido en el objetivo de las familias, poder sacar a sus hijos profesionales.

Las decisiones que debían tomar las segundas generaciones rural-descendientes, tenían el siguiente tenor:

...estudiar (una carrera) implicaba cinco o siete años para luego ejercerla. Los problemas económicos son los primeros en el seno o el hogar de cualquier familia, así, debía buscar una Carrera aunque no me guste pero me genere algunos ingresos y en el menor tiempo posible... (03:70).

Si bien una barrera era la económica, también la barrera del género fue una forma que impedía ser profesional:

El papá no la dejó estudiar, creo que la ha dejado hasta sexto, séptimo. Luego le dijo, tú no tienes que ir a trabajar porque tienes que aprender a cocinar, lavar porque te vas a casar y tienes que saber todo cuando te cases. Mi mamá aún guarda ese sentimiento frustrado, de que hubiera querido estudiar, hubiera querido hacer, pero no la dejaban, la metió a trabajar para que ahí aprenda. Vive bien frustrada, la veo amargada, no es feliz. Me imagino que nunca fue feliz. Nada le gusta, nada le parece. Le das la razón reniega, no le das la razón reniega. Hemos aprendido a vivir con eso, da tristeza y rabia. Nada le gusta. Si no le das nada, tampoco le gusta, parte de ahí. Después tuvo una oportunidad de estudiar nuevamente cuando ya estaba con mi papá. Dice que le dijo o tus estudios o nosotros (07:08).

No todos han logrado cumplir con el objetivo de “ser profesional”. Tal vez en este punto es posible tocar el tema de la presencia de una frustración personal, cuando no se logra el “ser profesional”: “... han sufrido mucho. Como te digo, mi mamá tiene la amargura de no haber logrado eso y por eso no para con sus reproches a su papá” (07:17).

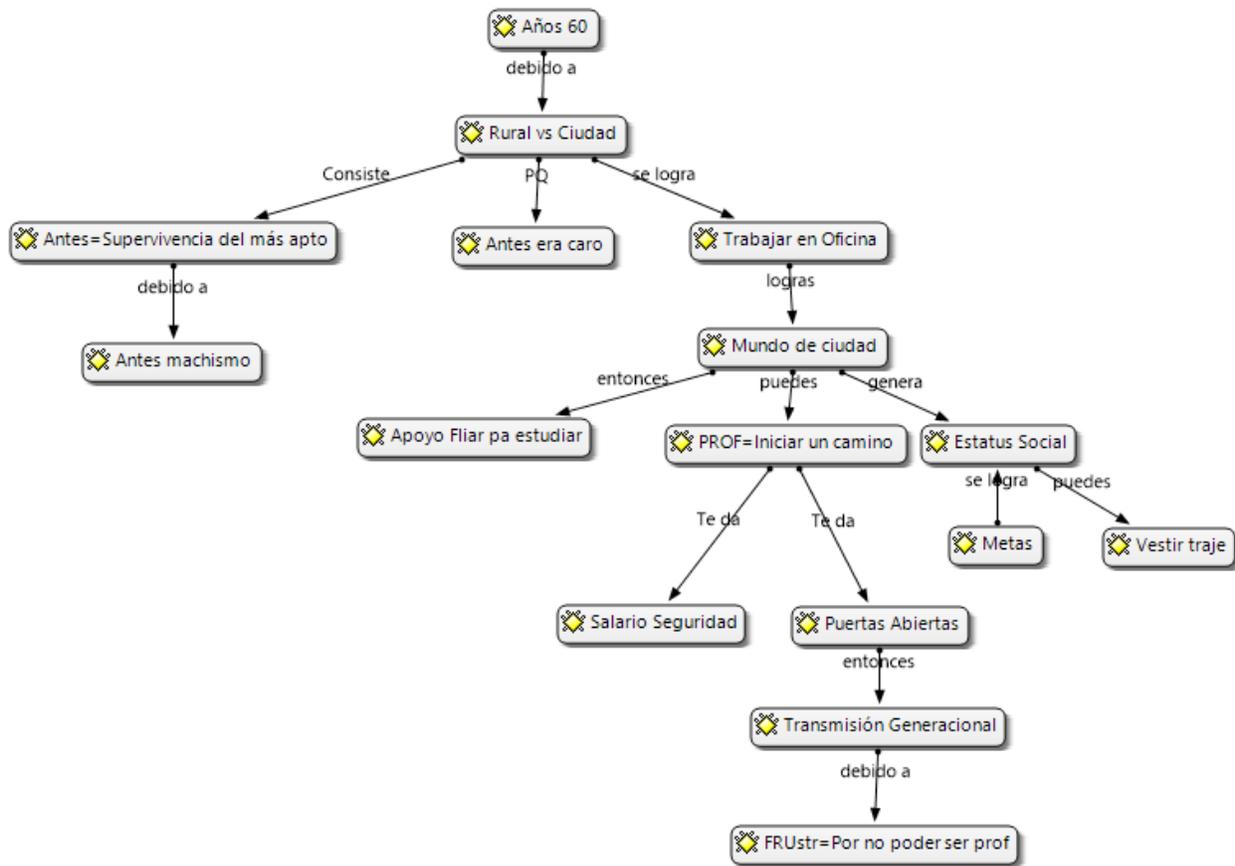


Figura 3. Árbol de cognemas: El desarrollo histórico del mito de la profesión.

En los párrafos precedentes se esbozó una explicación de cómo habría podido surgir el mito de la profesión. Ahora en este punto se esbozará el otro sentido del mito... y es que la profesión, ya cada vez menos, imposibilita el cumplimiento de la promesa que ofrece el mito profesional. Conforme va creciendo el mito, la oferta de profesionales es bastante amplia, generándose una sobreoferta de profesionales en áreas administrativas y mayor demanda de profesionales técnicos (PIEB, 2011), situación donde los recién egresados chocan con la siguiente realidad: “Lastimosamente cuando terminas tu carrera y sales al mundo exterior queriendo encontrar un trabajo en tu profesión te llevas muchas decepciones” (03:11).

El mito ofrece recompensas sociales, económicas y personales. La visión pragmática con que se ha asumido la formación universitaria viene de la idea que sólo es imprescindible un cartón que certifique una habilidad o conocimiento adquirido y, de esa manera, la carrera profesional llenaría los sueños por los que emprendió el esforzado camino de la formación. Sin embargo, cuando se produce el contraste entre lo pensado y lo obtenido, se crea una contradicción:

No para nada. Que el imaginario que uno tiene en la universidad siempre es más allá, mucho más grande. Estoy trabajando en pos de ello, no lo he abandonado completamente, pero estoy viviendo la realidad (05:28).

Aquí surge un factor muy importante en la comprensión del mito de la profesión, el factor de rigidez y homeostasis. Una vez elegido un camino, cada vez se hace menos probable redirigir el rumbo. El ahora profesional evita de mirar nuevos horizontes más allá de la profesión. Uno ha estudiado un área del saber y por tal razón surge el mandato de ejercerla, sin importar los resultados que apareje esta dedicación. Una vez obtenida la profesión la especialización en un área o trabajo se convierte en una barrera: “No me imagino, no me imagino, todo lo que estaba pensando y todo lo que pienso siempre es con referencia a mi profesión” (06:21).

Finalmente el profesional, muchas veces, ha naturalizado el estado de estar sin trabajo o buscando empleo. Planifica su vida en relación a los meses de contrato por lo que atraviesan. Por ejemplo, hay licitaciones para instituciones estatales que contratan cada año a profesionales por el lapso de ocho meses. Entonces entre éstos profesionales se escucha la siguiente frase: “Por el momento nada, bueno esperando... que salga la convocatoria (lleva cinco meses esperando)” (03:8).

#### 4. CONCLUSIONES

Desde esta visión, la sociedad ha cumplido con la educación, los padres han realizado su esfuerzo y no han defraudado su misión y ahora el hijo con título profesional depende de sus capacidades y competencias para desarrollarse en el mercado laboral. El profesional se encuentra aislado de toda consideración de estructuras sociales. El profesional es reflejo de la creencia ciega a la mano invisible. Es el ente perfecto del mercado, su obligación es no sufrir, no quejarse, ser exitoso, porque tanto familia como sociedad han cumplido con el mito de la profesión. La única responsabilidad se la entrega al esfuerzo del ser profesional.

Este conjunto de creencias se ha arraigado en las familias de tal manera, que considera como un indicador de ser buen padre o madre, el “sacar” a los hijos profesionales, caso contrario la familia ha fallado. Por tal razón se concluye afirmando la existencia de un mito familiar de la profesión.

En la actualidad el mito se encuentra en disonancia entre la expectativa y los frutos del trabajo profesional, la apertura educativa de las universidades ha generado una amplia oferta de carreras profesionales, así como la creación de carreras que deben tener tiempo para su asentamiento en el imaginario social de necesidad o consumo, o simplemente las estrategias de instituciones que contratan personales como eventuales, han puesto como un misterio el futuro del nuevo profesional, que lidia entre las presiones de éxito socio/económico que provienen del mito contra contratos muy cercanos a los salarios mínimos nacionales. Por tal razón la profesión parece haber dejado de ser un espacio de seguridad y resguardo del futuro, para devenir en la imagen de un “paracaídas” para el sustento diario.

Sin embargo, la apuesta que tiene el profesional ha ido dando un giro. Estabilidad más que riqueza, seguridad más que incertidumbre, el ideal del ítem y el salario mensual son los componentes más importantes en la elección de trabajo profesional.

En cuanto a la familia, el lograr que el hijo salga profesional se ha convertido en un “indicador” de ser buen padre o madre; sobran las historias de madres solas, viudas o de escasos recursos que “han sacado” profesionales a sus hijos, cuando los hijos provienen de un origen no profesional, el nuevo licenciado adquiere mayor estatus y poder dentro las decisiones de la familia, incluso se puede pensar al hijo mayor que ha estudiado como hijo parental quien asume decisiones incluso sobre los bienes de la familia y de los otros hermanos, en otros casos el “ser profesional” puede ser visto como una estrategia de alejamiento de la familia de origen, en la cual al distanciarse del gremio de sus padres que pueden ser comerciantes, artesanos o choferes o mecánicos, el hijo cumple el sueño de los padres que el hijo trabaje de terno o en una institución, pero no quiera ser asociado a las actividades de sus padres.

Entre los límites de esta investigación se detallan, una metodología comprensiva que no busca la generalización de sus resultados, un muestreo teórico por conveniencia en las entrevistas (las pequeñas narrativas son de todo tipo de profesionales), y un campo de estudio no explorado, en cambio entre sus alcances, los mismos se presentan en el orden del debate, la polémica y la comprensión de facetas no develadas de la complejidad del desarrollo de una identidad, en este caso del profesional, en plenos albores del siglo XXI.

Cuando el mecanismo de ascenso y movilidad social tiene como instrumento de igualdad de oportunidades a la educación y profesionalización (Salazar, 1999), se hace necesario investigar sobre el efecto de una educación sin amplitud de oferta académica y/o laboral, y poder activar políticas

que incrementen la calidad educativa a la par del acceso a la educación. Sino el mito de la profesión puede presionar por exigir estudios académicos que no se relacionen con la vocación/autorealización del estudiante o promover la búsqueda del título como sinónimo de credencial laboral, y estatus, dejando de lado el aprendizaje y vocaciones técnicas que al no cumplir el requisito de generar estatus social son dejados de lado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M. (1989). *Tiempo y mito en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Barrera R., J.A. (2003). *Estudio de economía alternativa. Comunidades aymaras del norte de Chile*. (Tesis de Grado). Chile: Universidad de Chile.
- Botero, M. O., Delgado, X. O., Pinzón, K. J., López, L. E., Garzón, D. C., Collazos, J. F., y Parra, A. (2012). Mitos familiares sobre la adolescencia: experiencia polifónica desde la “conversa-acción”. *Textos y Sentidos*, (5) 97-118.
- Bratcher, W. E. (1982). The influence of the family on career selection: A family systems perspective. *Personnel & Guidance Journal*, 61(2). 87-91.
- Carrasco, G., y Gonzáles, C., H. (2014). Movilidad poblacional y procesos de articulación rural-urbano entre los aymara del norte de Chile. *Si somos americanos*, 14 (2). 217-231.
- Eliade, M. (1962). *Mito y Realidad*. Barcelona, España: Colección Labor.
- Feinstein A.D. (1979). Personal Mythology as a paradigm for a holistic public psychology. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 198-217.
- Ferreira, A. J. (1963). Family myth and homeostasis. *Archives of general psychiatry*, 9(5), 457-463.
- Filomeno, K. (2003). *Mitos familiares e escolha profissional: Uma proposta de intervenção focada na escolha profissional à luz de conceitos da teoria sistémica* (Tesis de maestría). Florianópolis, Brasil: Universidad Federal de Santa Catalina.
- Fouad, N. A., Kim, S. Y., Ghosh, A., Chang, W. H., y Figueiredo, C. (2016). Family influence on career decision making: Validation in India and the United States. *Journal of Career Assessment*, 24(1), 197-212.
- Georgakopoulou, A. (2006). *Thinking big with small stories in narrative and identity analysis*. *Narrative inquiry*, 16(1), 122-130.
- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). ¿Qué es la etnografía? *Etnografía. Métodos de investigación*, (pp.15-40). Barcelona: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística (2015). *Censo de población y vivienda Bolivia 2012. Características de la población*. La Paz, Bolivia: INE.
- Padilla, E. M., y Sarmiento, B. (2007). Mitos y rituales familiares en familias desplazadas reubicadas en Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, (16), 103 – 126.
- PIEB. (2011). *Bolivia aun forma profesionales que ya no necesita*. Periódico Digital PIEB.
- Rance, S (2005). Historias del dolor: cinco construcciones de un evento hospitalario: *En Textos Antropológicos*, 15 (1), pp. 7-20.
- Rodríguez, J. M. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de Investigación Silogismo*, 1(08).
- Salazar, R. A. (1999). El ascensor detenido. La crisis de la movilidad social a través de la titulación *Espacio Abierto*, 8(1), 95-110.
- San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas. ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa*, 16(1), 104-122.
- Sánchez, C. (2003). Voces y escritura: *La reflexividad en el texto etnográfico*. *Revista de dialectología y tradiciones populares*, 58(1), 71-84.
- Stierlin H., (1979). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona: Editorial Icaria.

- 52 Vásquez, N. S. M., Posada, J. J. Z., y Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicología*, 8(2), 103-121.

# Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena

## A correlational study on familiar functioning and severity of symptoms in patients with fibromyalgia diagnosis in a sample of voluntary participants of Chilean nationality

Sandro Giovanazzi Retamal<sup>a</sup>, René Barraza López<sup>b</sup>, Lorena Díaz Zepeda<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Universidad Santo Tomás, Sede La Serena, Chile. Escuela Sistémica de Chile. [sgiovanazzi@santotomas.cl](mailto:sgiovanazzi@santotomas.cl), <sup>b</sup>Universidad Central, Sede La Serena, Chile. [rene.barraza@ucentral.cl](mailto:rene.barraza@ucentral.cl), <sup>c</sup>Psicóloga Clínica. [lorena.diaz.zepeda@gmail.com](mailto:lorena.diaz.zepeda@gmail.com)

### Historia editorial

Recibido: 02-06-2017

Primera revisión: 02-06-2017

Aceptado: 05-06-2017

### Palabras clave

fibromialgia, funcionamiento familia, cohesión, adaptabilidad, severidad de síntomas, calidad de vida.

### Keywords

fibromyalgia, familiar functioning, cohesion, adaptability, severity of symptoms, life quality.

### Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo relacionar el funcionamiento familiar y la severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena en el año 2016. Se utilizó como sustento teórico el *Modelo circunplejo* de David Olson, desprendiendo de ello las dimensiones adaptabilidad y cohesión. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo-correlacional en una población de 91 personas con diagnóstico médico de fibromialgia, muestra adquirida de la población general que accedió de manera voluntaria a participar. Para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario de características sociodemográficas, la escala de funcionamiento familiar FACES 20 esp, y el *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) versión en español. El programa utilizado para el posterior análisis de los datos fue el SPSS V. 21. Los resultados apuntan a que existe una relación significativa entre las variables (cohesión, adaptabilidad, severidad de síntomas), concluyéndose que a mayor adaptabilidad y cohesión en la familia, disminuiría la severidad de los síntomas de quienes padecen el Síndrome de fibromialgia.

### Abstract

This investigation took as a target to relate the familiar functioning and the symptoms severity in patients to fibromyalgia diagnosis in a sample of voluntary participants of Chilean nationality, in the year 2016. The Circumplex Model of David Olson was used as a theoretical support, detaching of it the dimensions adaptability and cohesion. The methodology used was descriptive -correlational in a population of 91 persons with medical diagnosis of fibromyalgia, acquired sample of the general population who agreed in a voluntary way to take part of this. For the collection of data was applied a questionnaire of socio-demographic characteristics, the scale of familiar functioning FACES 20 Esp and Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Spanish version. The program used for the later analysis of the information was the SPSS V. 21. The results suggest that there is a significant relationship between the variables (cohesion, adaptability, severity of symptoms), concluding that to greater adaptability and cohesion in the family it would diminish the severity symptoms of those suffering from fibromyalgia syndrome.

Durante la última década se ha constatado un notorio aumento en un cuadro clínico novedoso y sumamente resistente a la sistematización diagnóstica tradicional, denominado *síndrome de fibromialgia*. Este se define como un “síndrome de dolor crónico, caracterizado por dolores musculoesqueléticos, rigidez matutina, cansancio, trastornos del sueño y afectivos” (Herrmann, Geigges & Schonecke, 1996 en Bornhauser & Csef, 2005). Existe gran desconocimiento de la fisiopatología del síndrome; la teoría más aceptada es que se trata de un trastorno de la modulación del dolor que ocasiona una disminución del dintel de percepción nociceptivo y por tanto, genera una hipersensibilidad dolorosa (Price & Staud, 2002). En cuanto al componente psicológico de este cuadro, gran cantidad de autores cree que es similar al que se observa en otras personas con dolor crónico, considerando que podría tratarse de una patología esencialmente psiquiátrica (Ubago, 2005). El Colegio Americano de Reumatología (1990), señaló tres criterios a considerar para su diagnóstico: la presencia de dolor difuso crónico por más de tres meses, dolor a la presión en al menos once de los dieciocho puntos elegidos y ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas.

Respecto a estadísticas mundiales se considera más frecuente en mujeres (73-78%) que en hombres, con una media de edad en el momento inicial del cuadro, que va desde los 34 a los 57 años. Los síntomas y el curso natural del síndrome son crónicos aunque existen constataciones de que no es una patología progresiva ni mortal (Okifuji, Turk, 1999 en Soucase, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2004).

En Chile, aunque no existen estudios epidemiológicos, se calcula que podrían estar afectados entre el 1% y el 2% de la población general, pudiendo manifestarse a cualquier edad, incluso en niños y adolescentes. La fibromialgia es una de las causas de consulta más frecuente en Reumatología (Janal, Nayak, Schwartz y Gallagher, 2006). En Chile las consultas particulares de reumatología por fibromialgia llegan al 26,75 % (Radrihan, 2010), situación por la que en mayo del 2016, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) publicó las *Orientaciones técnicas del abordaje del síndrome*, donde se expone que afecta al 2-5% de la población general, suele aparecer entre los 30-50 años y se diagnostica unas nueve veces más en mujeres que en hombres.

Según registros internos de la Corporación de fibromialgia de Chile (en Durán, 1996), los casos inscritos entre el año 2000 y septiembre del año 2014 alcanzan un total de 6.559 según la siguiente distribución por rango etario: 6.284 casos entre los 35 y 55 años de edad (5.795 mujeres y 489 hombres), 23 niños y niñas entre los 9 y 12 años, 52 adolescentes entre 14 y 21 años y 200 adultos jóvenes entre 22 y 34 años. La fibromialgia, como otros problemas de salud que presentan dolor crónico, puede producir diferentes consecuencias en la vida de la persona que la padece, como fatiga, trastornos del sueño, problemas emocionales/cognitivos (depresión y ansiedad, alteraciones en la concentración y disminución de la memoria), limitaciones en la actividad, en el trabajo (reducción de las actividades cotidianas y de ocio, reducción de la actividad física, interrupción de la promoción profesional o educativa) y problemas sociales (relaciones familiares y de amistad alteradas y aislamiento social) generando un desequilibrio familiar que pone en riesgo el mantenimiento y calidad de sus relaciones en este contexto (Arnold, Crofford, Mease, Burgess, Palmer, Abetz, 2008).

En consideración a esta problemática, es que se ha determinado generar este estudio con el propósito de investigar si existe relación entre la forma en que funciona la familia y el incremento o aumento en la severidad de síntomas. Lo anterior se basa en el constructo de funcionamiento familiar, el cual es descrito en dos dimensiones, la cohesión y la adaptabilidad de la familia, hipotetizando que a mayor cohesión y adaptabilidad menor severidad de los síntomas de quien padece el síndrome.

Hasta el momento no existen estudios que investiguen las variables funcionamiento familiar y su relación con la severidad de los síntomas, sin embargo existen diferentes estudios que sustentan la importancia de la familia en enfermedades de dolor crónico (Alegre, García, Florez, Gómez, Blanco, Gobbo, Pérez, Martínez, Vidal, Altarriba, y Gómez, 2010). Asimismo Nicasio (2001) en su

estudio sobre el perfil psicológico de pacientes con fibromialgia refiere que en este síndrome como en otros cuadros de dolor crónico, las creencias, estrategias de afrontamiento, estabilidad y tensión emocional, así como la respuesta del entorno familiar y social tienen una gran repercusión en el perfil psicológico de quien padece el síndrome. Nicasio (2001) argumenta que los pacientes con fibromialgia han tenido una red de relaciones sociales mucho más escasa y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la población.

Martínez, González y Crespo (2003) asocian la depresión al 50% de los consultantes con fibromialgia sea previa o concomitante al síndrome, observándose que la psicopatología se puede correlacionar con la duración e intensidad del dolor, atribuyéndose que el significado de la situación, la forma como el consultante construye y atribuye significado a lo que le acontece, también influye en su percepción del dolor, su conducta y las interpretaciones del problema generando repercusiones en la forma en cómo presentan los síntomas a su entorno familiar (Merayo, Cano y Rodríguez, 2008).

García-Bardón (2006), refiere en cuanto a los problemas psicosociales y ambientales que afectan a las personas con fibromialgia, que el 68,7% de los consultantes tiene problemas psicosociales asociados al grupo primario de a lo menos dos años antes de la realización del diagnóstico. El gran desconocimiento sobre el síndrome genera incompreensión en el entorno familiar y social, provocando en el individuo afectado disminución de su autoestima, frustración y ansiedad al ver disminuida su calidad de vida, repercutiendo todo esto en su entorno más cercano (Merayo, Cano y Rodríguez, 2008).

Dichos datos son interesantes para el análisis sobre la repercusión que tiene el síndrome en el entorno familiar y como éste, en su funcionamiento, se relaciona posiblemente con la severidad de los síntomas de quien padece fibromialgia. Existen investigaciones en las que se observa una relación entre los patrones de interacción familiar y algunas enfermedades que implican dolor crónico evidenciando que los miembros de las familias que con mayor frecuencia presentan esta sintomatología, proviene de familias con interacciones en las que predomina una comunicación evitativa y negativa (Sayre, 2005 en Rivero-Lazcano, Martínez- Pampliega, e Iraurgi, 2011).

La familia es, para el individuo, el contexto en donde se entregan las primeras condiciones para el desarrollo favorable y saludable de su personalidad así como para su desarrollo social. Para el logro de este propósito, la familia debe cumplir adecuadamente con sus funciones, ello se conceptualiza como funcionamiento familiar (Arés, 2007 en Ferrer-Honores, 2013). Como señala Hasset (2000), se consideran factores de importancia para la familia, la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia, así como situaciones de abuso y maltrato a lo largo de sus vidas.

Para David Olson (en Ferrer-Honores, 2013), la definición de funcionamiento familiar está relacionada con la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión), y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el propósito de superar dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad) (Olson, Russell, Sprenkle, 1989 en Ferrer-Honores, 2013). Se utiliza como sustento esta teoría, puesto que contempla las situaciones que atraviesa la familia durante el ciclo vital y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr la adaptación y cohesión, que les permita una mejor estabilidad para el desarrollo de sus miembros.

En ocasiones el funcionamiento familiar puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia, como es el caso de que exista uno de los miembros con fibromialgia, considerando que a pesar de que el síndrome se considera un problema médico, podría tratarse fundamentalmente de un problema familiar, ya que el consultante es un miembro de la familia que provocara cambios y transformaciones en el contexto familiar, y que esencialmente necesita el apoyo necesario para obtener una buena calidad de vida (Alegre, et. al. 2010).

Hace interesante el estudio de este cuadro clínico, ya que lo los quiebres, duelos y/o rupturas en el sistema familiar generan gran repercusión psicológica en estos aspectos para los individuos que padecen de FM, y a la vez, existe un aumento significativo en los síntomas cuando no existe apoyo y educación sobre la enfermedad en el entorno familiar (Ubago, Ruíz, Bermejo, Olry y

Plazaola, 2005). Por esto, se plantea como objetivo general de esta investigación, correlacionar el funcionamiento familiar y la severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena en el año 2016.

## 2. MÉTODO

Este estudio tuvo un diseño de investigación no experimental, alcance descriptivo, transversal, utilizando un tipo de análisis correlacional.

### PARTICIPANTES

La muestra fue de tipo no probabilístico y estuvo compuesta por una poblacional total de 91 participantes diagnosticados con fibromialgia que accedieron a contestar los cuestionarios de manera voluntaria y confidencial, siendo el 95,2% de sexo femenino y el 4,8% de sexo masculino, en un rango etario de 25 a 65 años de edad, obteniéndose como media etaria 45,2. Los criterios de inclusión corresponden a toda persona que haya sido diagnosticada en instituciones públicas o privadas con Síndrome de fibromialgia, todos sean mayores de 18 años y menores de 70 años, en cuanto a los criterios de exclusión corresponde a menores de edad con dicho diagnóstico y quienes aún se mantuvieron en sospecha diagnóstica. Se contó con 62 participantes que completaron los cuestionarios de manera presencial tras ser informados sobre su consentimiento y 29 participantes voluntarios de diferentes regiones de Chile que completaron los cuestionarios vía internet previo envío de consentimiento.

### MATERIALES

Se realizó a los participantes una entrevista inicial para la obtención de información sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educacional, situación laboral, tiempo de emisión de diagnóstico, apoyo psicológico, acontecimiento traumático, repercusión de la enfermedad en la familia, redes de apoyo, apoyo familiar).

Asimismo, se administraron los siguientes cuestionarios:

- *Escala breve de funcionamiento familiar* FACES 20ESP adaptado (Garrido y Palma, 2011): Esta prueba consta de 20 ítems, 10 ítems para la dimensión cohesión, y 10 para adaptabilidad (Olson, 1988). En cuanto a la dimensión de cohesión, los ítems corresponden a las siguientes variables del funcionamiento familiar: los ítems 11 y 19, evalúan unión emocional, que se refiere al grado de conexión que el individuo percibe en relación con su sistema familiar; los ítems 1 y 17 refieren el apoyo o soporte emocional; los ítems 5 y 7 apuntan hacia los límites familiares (tanto internos como externos); mientras que los ítems 3 y 9 representan el tiempo dedicado a la familia, el espacio físico disponible para encuentros familiares a los amigos y amigas en común que tenga la familia, etc. Por último, los ítems 13 y 15 implican el grado de participación individual en las actividades e intereses compartidos por el grupo familiar. Mientras que en la dimensión de adaptabilidad se incluyen los ítems 8 y 18 referentes al liderazgo, los ítems 2 y 12 evalúan el grado de control. La variable disciplina es evaluada en los ítems 4 y 10; por último, consideramos los roles y reglas incluidos en los ítems 8, 14, 16 y 20 (Zicavo, Palma y Garrido, 2011).
- *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ): Evalúa el impacto del síndrome de fibromialgia en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en el que ha afectado esta actividad así como ítems subjetivos muy relacionados con el cuadro; dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez y con el estado emocional (ansiedad y depresión). Sus ítems fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos. Incluye 6 escalas visuales analógicas (EVA) para evaluar el dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y la depresión.

Además, se puede obtener una escala total FIQ al sumar las subescalas normalizadas. El FIQ consta de 10 ítems con escalas que van desde 0 (“mejor estado posible o ningún impacto de la enfermedad”) a 10 (“peor estado posible o muy afectado por la enfermedad”; (Garrido y Palma, 2011).

## PROCEDIMIENTO

Previo relleno de los cuestionarios FACES 20 ESP y FIQ versión en español por parte de los participantes tanto de manera presencial como vía internet. Se llevó a cabo el análisis de los datos a través del programa computacional SPSS V. 21 en el que se realizó el análisis de correlaciones bivariadas a través de R de Pearson, análisis por categoría y estadísticos descriptivos de media, desviación típica, asimetría y curtosis.

## 3. RESULTADOS

En cuanto a las variables sociodemográficas, las edades fluctúan entre los 25 y 65 años, siendo la media de edad 45 años, respecto al sexo de los participantes el 95% es de sexo femenino y el 4.8% sexo masculino, en cuanto al estado civil el 32% es soltero, 38% casado, el 6% conviviente y el 12% separado. El nivel educacional de los participantes es en un 44% enseñanza media completa, 35% enseñanza media incompleta y el 21% cuenta con estudios superiores. Respecto a su situación laboral el 19% mantiene trabajo con contrato fijo, 15% realiza trabajos esporádicos, el 42% se encuentra cesante y el 12% se encuentra jubilado por discapacidad. Respecto al diagnóstico de la enfermedad el 92% de los participantes fue diagnosticado hace más de un año, el 58% no cuenta con apoyo psicológico, el 90% ha sufrido algún acontecimiento traumático a lo largo de su vida, el 51% cuenta con redes de apoyo, el 82% consideró que el síndrome ha generado repercusiones en la rutina familiar y el 73% expresa que cuenta con algún tipo de apoyo familiar.

Al establecer los niveles de las variables cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena en el año 2016, se aprecian los siguientes resultados (Ver tabla 1):

Tabla 1. Estadísticos descriptivos en relación a las escalas del cuestionarios FACES 20esp y Fibromyalgia Impact Questionnaire.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.	Asimetría		Curtosis	
						Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
Total cohesión	91	7	40	28,13	9,216	-,556	,253	-,857	,500
Total adaptabilidad	91	3	40	22,90	10,252	-,268	,253	-1,066	,500
Total severidad de síntomas	91	18	91	61,73	14,247	-,618	,253	1,006	,500
N válido (según lista)	91								

En la tabla 1 se observa que la media se ubica en valores entorno a los 28,13 puntos en el total de cohesión, 22,90 en el total de adaptabilidad y 61,73 en el total de severidad de síntomas. Respecto a la desviación estándar se aprecia un total de 9,21 en el total de cohesión, 10,25 en el total de adaptabilidad y 14,24 en el total de severidad de síntomas evidenciando una distribución simétrica y curtosis dentro de los parámetros de normalidad (-2, +2).

Respecto a la categoría cohesión, se arrojaron los siguientes resultados (Ver tabla 2):

Tabla 2. Resultados categoría cohesión

**Categoría cohesión**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESLIGADA	23	25,3	25,3	25,3
	SEPARADA	15	16,5	16,5	41,8
	CONECTADA	11	12,1	12,1	53,8
	AGLUTINADA	42	46,2	46,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

En los resultados de la tabla 2 se aprecia que el 25,3% de los participantes encuestados consideran que su familia es de tipo desligada, el 16,5% separada, el 12,1% conectada y el 46,2% considera que su familia es de tipo aglutinada.

En la categoría adaptabilidad, se apreciaron los siguientes resultados (Ver tabla 3):

Tabla 3. Resultados categoría adaptabilidad

**Categoría adaptabilidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	RIGIDO	31	34,1	34,1	34,1
	ESTRUCTURADO	17	18,7	18,7	52,7
	FLEXIBLE	26	28,6	28,6	81,3
	CAOTICO	17	18,7	18,7	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

La tabla 3 muestra que el 34,1% de los participantes encuestados consideran que su familia se comporta de manera rígida al momento de generar adaptación frente a los cambios, el 18,7% se comporta de manera estructurada, el 28,6% flexible y el 18,7% caótico. En la categoría severidad de síntomas, se observaron los siguientes resultados (Ver tabla 4):

Tabla 4. Resultados categoría severidad de síntomas en fibromialgia

**Categoría severidad de síntomas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	LEVE	15	16,5	16,5	16,5
	MODERADO	33	36,3	36,3	52,7
	SEVERO	37	40,7	40,7	93,4
	EXTREMO	6	6,6	6,6	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

En la tabla 4 se aprecia que el 16,5% de los participantes considera que la fibromialgia ha impactado de forma leve su calidad de vida, el 36,3% considera que ha impactado de manera moderada, el 40,7% de forma severa y el 6,6% consideran que ha impactado en forma extrema.

Al determinar la relación las variables de cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena en el año 2016 se obtuvieron los siguientes resultados. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Resultados análisis correlacional entre las variables cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas (R de Pearson)

		Total cohesión	Total adaptabilidad
Total severidad de síntomas	Correlación de Pearson	-,239*	-,235*
	Sig. (bilateral)	,023	,025
	N	91	91

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

La tabla 5 muestra que existe una relación inversamente proporcional y significativa entre el funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión ( $r=-,239$ ;  $p<0,05$ ) y adaptabilidad ( $r=-,235$ ;  $p<0,05$ ) en relación a la severidad de síntomas de personas con diagnóstico de fibromialgia.

#### 4. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena, a partir de este objetivo se hizo necesario corroborar la hipótesis de que a mayor cohesión y adaptabilidad menor severidad en los síntomas en las personas con diagnóstico de fibromialgia. Los resultados obtenidos indican que se acepta la hipótesis de trabajo en cuanto fue posible demostrar la existencia de una relación entre la variable adaptabilidad, cohesión y severidad de síntomas.

Esto es concordante con lo propuesto por quienes refieren que el síndrome al generar incompreensión por parte del entorno familiar provoca en el individuo una serie de afecciones tales como ansiedad y frustración al ver disminuida su calidad de vida. Garrido y Palma, (2011) constatan la existencia de una relación entre los patrones de interacción familiar y enfermedades que implican dolor crónico advirtiendo que los miembros de las familias que con mayor frecuencia presentan esta sintomatología provienen de un entorno familiar con interacciones negativas. Ubago et al. (2005), refieren que los quiebres, duelos y/o rupturas en el sistema familiar generan gran repercusión psicológica en los individuos que padecen de fibromialgia, a la vez que aumenta significativamente los síntomas cuando no existe apoyo y educación sobre la enfermedad en el entorno familiar. Ante ello la comprensión de esta problemática a través del modelo circuplejo de Olson pueden ser útiles para el trabajo multidisciplinario del síndrome tanto en instituciones públicas como privadas en razón de que la adaptabilidad de una familia entendida como “la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo” (Polaino y Martínez Cano, 2006 en Ferrer- Honores, 2013).

Por lo anterior, si se logra generar de manera flexible la adaptación, traería aparejado un beneficio en la disminución de los síntomas del miembro del sistema que se encuentra incapacitado para realizar sus actividades de la vida diaria de manera eficiente, por lo que, se asume que a mayor adaptabilidad de la familia a la enfermedad disminuye la severidad en los síntomas puesto que el generar cambios en los estilos de negociación, asertividad, control, relación de roles y reglas en las relaciones favorecería la calidad de vida tanto de quien padece el síndrome como de su entorno familiar. En cuanto a la cohesión definida como “el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan” (Polaino y Martínez Cano, 2006 en Ferrer- Honores, 2013), si se logra generar de forma saludable, es decir, que permita

que los miembros de la familia se encuentren conectados entre sí, generaría que el integrante de la familia con fibromialgia se sienta acogido y apoyado por el sistema familiar de acuerdo a una adecuada vinculación emocional, límites, tiempo, espacio y toma de decisiones en este contexto.

Los resultados obtenidos en el presente estudio deben ser interpretados con cierta cautela dadas algunas limitaciones, como el diseño elegido, al ser un estudio correlacional podemos conocer que existe relación entre las variables adaptabilidad, cohesión y severidad de síntomas, sin embargo, no se logra conocer en los resultados la relación causa - efecto, esta dificultad es la razón por la que muchos investigadores abogan por el empleo de experimentos, donde las inferencias causales pueden realizarse con mayor seguridad. A propósito de este respecto se sugiere añadir variables como tipo de comunicación, satisfacción familiar o nivel de bienestar emocional con la finalidad de enriquecer los estudios acerca de esta patología, además de explorar las variables desde un enfoque cualitativo con la intención de recopilar datos acerca de la comprensión individual de la problemática en base a la familia y ampliar la perspectiva hacia el conocer la visión del entorno familiar acerca del miembro que padece el síndrome.

Como conclusión, en relación a la muestra estudiada se puede establecer que las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas se relacionan con variables sociodemográficas como la falta de apoyo psicológico, el acaecimiento de acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida, escasez de redes de apoyo y las repercusiones que ha generado el síndrome en la rutina familiar, variable de gran relevancia para el estudio en consideración, ya que se encontró en el 82% de los participantes, situación ante la que se reitera la importancia del tratamiento psicológico para este síndrome. Aun cuando no existan todavía aproximaciones que permitan conocer su etiología, el tratamiento psicológico es clave para la disminución de problemáticas incluso desde la perspectiva biopsicosocial, lo que implica la necesidad de mantener apoyo psicológico y proponer como línea de intervención la terapia familiar sistémica con el propósito de disminuir las afecciones psicológicas y en la historia vital de quienes padecen el síndrome, además de generar espacios de psicoeducación donde se pueda entregar información a la familia sobre dicha patología, ello puede contribuir a generar movimientos en la familia y a prevenir y disminuir la sintomatología de carácter psicológico ayudando a quien la padece a integrar incluso estrategias de afrontamiento en colaboración de la familia, guiándonos por las directrices entregadas por el modelo circumplejo de Olson en relación a mejorar y prevenir dificultades en el funcionar de las familias con alguno de sus integrantes con fibromialgia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre, C., García, J., Florez, M., Gómez, J., Blanco, E. Gobbo, M., Pérez, A., Martínez, A., Vidal, J., Altarriba, E. y Gómez, A. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 108-120.
- Arnold, M. Crofford, D. Mease, T. Burgess, N. Palmer, J. Abetz, F. (2008). Development of responder definitions for fibromyalgia clinical trials. *Arthritis Rheum.*, 64(3), 885-94. doi: 10.1002/art.33360.
- Bornhauser, N., Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicossomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(1): 41-50.
- The American College of Rheumatology. (1990). *Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee*, 33 (2), 160-172.
- Durán, J. (1996). Motivo de consulta en la clínica psicossomática. *Revista Redes*, 1(1), 36-43.
- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M. y Peréz -Saavedra, V. (2013). Funcionamiento

- Familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista Enfermería Herediana*, 6(2), 51-58.
- García-Bardón, F., Castel-Bernal, B. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43.
- Garrido, G. y Palma, C. (2011). Estudio comparativo de la percepción del funcionamiento familiar entre familias ensambladas y familias nucleares de la ciudad de Chillán. (Tesis de licenciatura) Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.
- Janal, F. Nayak, M. Schwartz, H. y Gallagher, J. (2006). *Treatment of Chronic Fatigue Syndrome: Findings, Principles and Strategies*.
- Martínez, E., González, O. y Crespo, J. (2003). Fibromialgia, definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Revista Salud Global*, 3(4), 2-8.
- Merayo A., Cano, G., y Rodríguez, F. (2008). Motivación para el cambio como predictor de la Adherencia terapéutica en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 331 - 339.
- Nicasio, P. M.(2001). Perspectives on stress in fibromyalgia. *Annals of Behavioral Medicine*.
- MINSAL. (2016). *Orientaciones técnicas abordaje de la fibromialgia*. Recuperado de <http://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/06/OT-fibromialgia-2016.pdf>
- Price, D. y Staud R. (2002). Enhanced temporal summation of second pain and its central modulation in fibromyalgia patients. *Pain*, 99 (11), 49–59. doi: 10.1016/S0304-3959(02)00053-2.
- Radrigan, R. (2010). New and Modified Fibromyalgia Diagnostic Criteria. *Family Practice*, 14, 238-241.
- Rivero-Lazcano, N., Martínez- Pampliega, A. y Iraurgi, I. (2011). El papel del funcionamiento familiar y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos. *Revista Clínica y Salud*, 22(2), 175-186.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. y De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 11(6), 353-359.
- Ubago, M., Ruiz, I., Bermejo, M., Olry, A. y Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 6(79), 683-695.
- Zicavo, N., Palma, C. y Garrido, G. (2011). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Reconociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 10(1), 219-234.

## LECTURAS SUGERIDAS

- Ayats, M., Martín, M. y Soler, P. (2006). *Fibromialgia y estilo de funcionamiento*. *Psiquiatría Biológica*, 13(6), 193-7.
- Berbesí, D., García, M., Segura, A., Posada, R. y Serna, P. (2013). Efectividad de un programa de terapia de familia en niños asmáticos con familias disfuncionales. *Revista Clínica Médica Familiar*, 6(3), 138-143.
- Buskila D, Neumann L, Sibirski D, Shvartzman P. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Fam Pract*. 1997;14:238-241.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Rev. PSYKHE*, 17(1), 81-90
- Holmgren, D., Lermenda, V., Cortés, C., Cárdenas, I., Aguirre, K. y Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría*, 43(4), 275- 286.

- Luna, A. (2012) Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. *Acta Colombiana de Psicología*, 15 (1), 77-85.
- Máñez, I., Fenollosa, P., Martínez, A. y Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 491-500.
- Niklas, N. y Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(1), 41-50.
- Pastor, M., López, S., Rodríguez, J. y Juan, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Revista Psicothema*, 7(3), 627-639.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Revista Psicothema*, 16(3), 415-420.
- Retamales, J., Behn, V. y Merino, J. (2004). Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano, Chile, año 2003. *Revista de Ciencia y Enfermería*, 10(1), 23-30.
- Tomas-Carus, P., Gusi, N., Leal, A., García, Y. y Ortega-Alonso, A. (2007). El tratamiento para la fibromialgia con ejercicio físico en agua caliente reduce el impacto de la enfermedad en la salud física y mental de mujeres afectadas. *Revista de Reumatología Clínica*, 3(2), 33 -7.
- Vidal, A. y Matamala, M. (2013). Asma infante - juvenil y trastornos psiquiátricos. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 2(29), 14-23.
- Vilches, v., Paravic, T. y Valenzuela, S. (2013). Contribución de enfermería al abordaje de los trastornos psicósomáticos de la mujer trabajadora. *Revista Trimestral de Enfermería*, 31(31), 254-264.

Variables Sociodemográficas	Edad	25 -35	
		36 - 45	
		46 - 55	
		56 - 65	
		65 a mas	
	Sexo	M	
		F	
	Estado Civil	Soltera	
		Casada	
		Conviviente	
		Separada	
		Viuda	
	N° de Hijos	1	
		2	
		3 a mas	
	Nivel Educacional	Media Incompleta	
		Media completa	
		Estudios superiores	
	Situación Laboral	Contrato Plazo Fijo	
		Trabajos Esporádicos	
Cesante			
Jubilada			
Jubilado por Enfermedad			
Factor Clínicos	Hace cuánto le diagnosticaron la enfermedad	6 meses -1 año	
		1 año a mas	
	Actualmente está con algún tratamiento farmacológico	Si	
		No	
	Ha sido diagnosticada con algún otro trastorno o enfermedad	Si ¿Qué tipo?	
	NO		

Factores Psicosociales	¿Tuvo algún acontecimiento traumático en su vida?	Si (Especifique)	
		No	
	¿Tiene a alguien con quien desahogarse, a quien contarle sus problemas?	Si ¿Quién?	
		No	
	¿Cree que su enfermedad ha repercutido en la rutina diaria con su familia cercana?	Si ¿En qué?	
		No	
	¿Cuenta con el apoyo de sus familiares cercanos en relación a su enfermedad?	Si ¿Quién?	
		No	
	¿Cuenta con una red de apoyo fuera de su familia?	Si ¿Quién?	
		No	

**APÉNDICE B**  
**ESCALA BREVE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES 20ESP**

ADAPTADO (GARRIDO, PALMA, ZICAVO)

A continuación se presenta una serie de enunciados acerca de situaciones que ocurren en la vida familiar, indique por favor en qué medida las afirmaciones siguientes representan su caso particular

	O=Nunca; 1=Casi nunca; 2=Pocas veces; 3=Con frecuencia; 4=Casi siempre	0	1	2	3	4
1	Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos					
2	Los hijos participan en la resolución de problemas					
3	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.					
4	Todos los miembros de la familia participamos en la toma de decisiones					
5	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente					
6	En cuanto a la elaboración de pautas de disciplina (normas, obligaciones) tomamos en cuenta la opinión de los hijos					
7	Cuando surgen problemas negociamos para encontrar una solución					
8	En nuestra familia realizamos actividades juntos regularmente					
9	Los miembros de la familia tienen libertad para expresarse					
10	En nuestra familia solemos reunirnos en el mismo lugar (cocina, living u otro espacio)					
11	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos					
12	En nuestra familia a todos nos resulta fácil expresar su opinión					
13	Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles					
14	En nuestra familia intentamos nuevas formas de resolver los problemas					
15	Los miembros de la familia compartimos intereses y pasatiempos					
16	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares					
17	Los miembros de la familia consultamos unos a otros acerca de nuestras decisiones personales					
18	Padres e hijos hablamos acerca de los castigos y las reglas					
19	La unidad familiar es una preocupación principal					
20	Los miembros de la familia comentamos nuestros problemas y nos sentimos bien con las decisiones tomadas entre todos					

## FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ) VERSIÓN EN ESPAÑOL

Instrucciones: de la pregunta 1 a la 3, encierre en un círculo el número que mejor describa su estado en general durante la última semana. Si no suele realizar alguna de las estas actividades, táchela.

1. Ha sido Ud. Capaz de :	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
a. Hacer compras	0	1	2	3
b. Lavar ropa en lavadora	0	1	2	3
c. Cocinar	0	1	2	3
d. Lavar la loza	0	1	2	3
e. Pasar la enceradora o la aspiradora	0	1	2	3
f. Hacer las camas	0	1	2	3
g. Caminar varias cuadras	0	1	2	3
h. Visitar parientes o amigos	0	1	2	3
i. Usar Transporte publico	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0    1    2    3    4    5    6    7

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó Ud. al trabajo a causa de la fibromialgia (fibromialgia)?  
: Si Ud. no trabaja fuera de su casa, deje la pregunta en blanco

0    1    2    3    4    5

**En las siguientes preguntas, marque con una línea vertical (I) en el punto de la línea que mejor indique como se sintió en general, en la última semana:**

4. Al trabajar, ¿cuánta dificultad le causaron el dolor o los otros síntomas de la fibromialgia en el desempeño de su trabajo?

Sin problema----- Mucha dificultad

5. ¿Cuán fuerte o intenso ha sido el dolor?

Nada de Dolor----- Dolor Insoportable

6. ¿Qué tan cansada (o) se ha sentido?

Sin Cansancio----- Cansancio extremo

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse en las mañanas?

Bien----- Muy Agotada (o)

8. ¿Qué tan rígida(o) o agarrotada(o) se ha sentido?

Sin Rigidez----- Rigidez extrema

9. ¿Qué Tan nerviosa(o) se ha sentido?

Nada Nerviosa(o) ----- Muy nerviosa(o)

10. ¿Cuán deprimida (o) o triste se ha sentido?

Sin depresión----- Extrema depresión Para

Calcular FIQ, sume los resultados desde la pregunta 1(a,b,c,d,e,f,g,h,i) a la 10 y anótelos en la ficha del paciente, (use una regla para asignarle el número a las escalas visuales)

Categorías de Intensidad:

0-15= Normal

16- 50= Leve

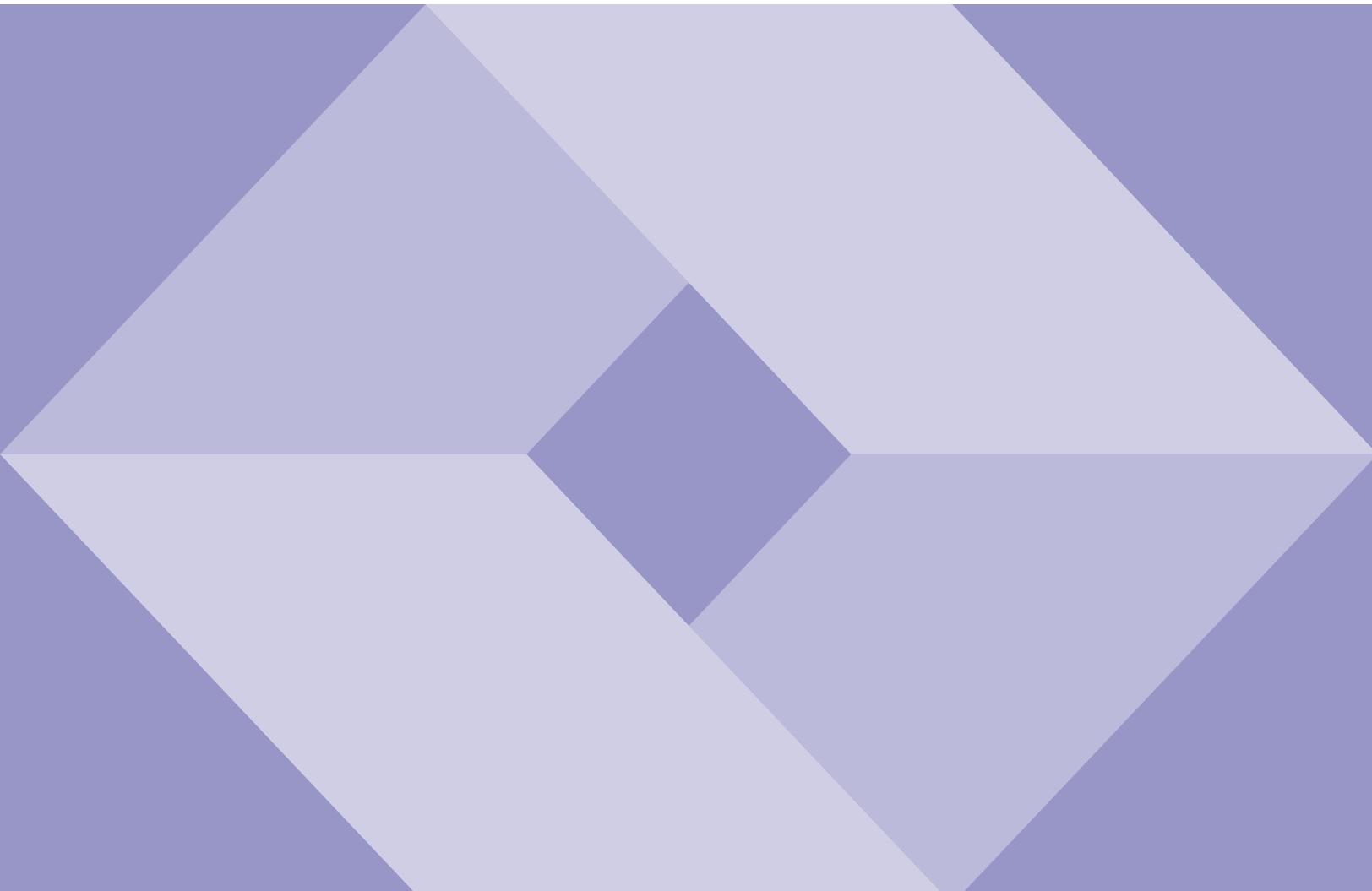
51-65= Moderado

66-79= Severa

>80= Extrema



# Intervención





# El estado actual de la investigación y la intervención sobre la vivencia emocional de los hermanos ante la discapacidad intelectual

## The current state of the investigation and the intervention on the emotional experience of the siblings in the face of intellectual disability

Daniela Valverde Watson<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Instituto Tzapopan, México.

### Historia editorial

Recibido: 14-02-2017

Primera revisión: 07-04-2017

Aceptado: 26-05-2017

### Palabras clave

discapacidad intelectual, fratría, necesidades de los hermanos, grupos de apoyo

### Keywords

intellectual disability, siblings, needs, support groups.

### Resumen

En el presente trabajo expongo los resultados de una exploración exhaustiva de la literatura disponible respecto al tema de los hermanos de personas con discapacidad intelectual, realizados sobre todo en España. Por lo que pude observar, en general los trabajos muestran una evolución, en los últimos años, sobre la manera de entender y abordar este tema. Así mismo, la información que hay sobre las necesidades de los hermanos de personas con discapacidad intelectual, es todavía limitada y existen contradicciones sobre el carácter positivo o negativo de sus efectos. Después de una revisión del estado del arte, me propongo con este trabajo ofrecer una visión global sobre el tema y aportar al desarrollo de nuevas propuestas de intervención (susceptibles de ser aplicadas en un contexto como el mexicano) que mejoren la capacidad de adaptación de los hermanos ante esta circunstancia.

### Abstract

In the present work, I present the results of an exhaustive exploration of the available literature on the topic of the siblings of people with intellectual disabilities, especially in Spain. As far as I can see, in general, the works show an evolution in the last years, on the way of understanding and approaching this subject. Likewise, information about the needs of siblings of people with intellectual disabilities is still limited, and there are contradictions about the positive or negative nature of their effects. After a review of the state of the art, I propose with this work to offer a global vision on the subject and to contribute to the development of new intervention proposals (susceptible of being applied in a context like the Mexican one) that improve the capacity of adaptation of the brothers to this circumstance.

En el presente artículo me propongo exponer los resultados de una exploración documental del estado del arte sobre el estudio de la vivencia emocional de la discapacidad intelectual (en adelante DI), vivida por parte de los hermanos. Mi interés se centra en conocer lo que se ha hecho en el campo de la investigación y la intervención orientada a la promoción del desarrollo y bienestar psicosocial de los hermanos de personas con DI. A partir de ello, me interesa identificar las pautas para desarrollar estrategias de intervención que se puedan implementar y promover en los distintos centros de trabajo para familias de personas con DI que existen en México.

Durante mucho tiempo, la literatura científica ha relacionado el hecho de que los hermanos de niños con discapacidad eran más propensos a sufrir trastornos y desajustes psicológicos, en comparación con los hermanos de niños “sanos” o con un desarrollo normal (Mc Hugh, 2003; Lizasoain, O. y Onieva, C. E. 2010).

La educación e intervención de las personas con DI tradicionalmente estaba en manos de los especialistas, dejando la participación de la familia en segundo plano (González, 2011, p. 229). En la actualidad hemos evolucionado hacia una visión mucho más global y sistémica, en donde los padres y los especialistas en la salud se unen para trabajar en común beneficio de los hijos.

La evolución del papel de la familia como principal implicada respecto al abordaje de la DI y su tratamiento, deja un nuevo enfoque centrado en la familia que asume la discapacidad, en el ambiente familiar, como una oportunidad positiva para el desarrollo, identificación de fortalezas y enriquecimiento vital de todos sus miembros. El contexto familiar adquiere entonces importancia para la investigación, pues a pesar del cambio paradigmático que se ha dado a través de los años en su conceptualización, es incuestionable que la presencia de una discapacidad, modifica considerablemente el entorno familiar (Lizasoain et al., 2011).

Se ha escrito mucho sobre la vivencia de los padres ante la llegada de un hijo con DI, y aunque ninguna discapacidad es igual y cada familia es diferente, Joaquín González-Pérez (2011) señala que existen pruebas que evidencian una reacción similar en la mayoría de los padres ante el nacimiento de un hijo discapacitado, pasando por tres fases: fase del shock, fase de reacción y fase de adaptación y orientación. Así mismo, el nacimiento de un niño con discapacidad implica una pérdida, pues significa el fin del hijo sano que se estaba esperando. Una respuesta normal y saludable ante la enfermedad o la pérdida de un ser querido es el duelo, al cual se hace referencia la mayoría de las veces como un proceso de cinco etapas identificadas por Elisabeth Kübler-Ross (1975); negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Esta misma pérdida la viven no solo los padres, sino también los hermanos, lo que influye directamente en la construcción de su psicología y afectividad. (Lizasoain et al., 2011). Existen en la actualidad diversos estudios que centran su atención en la manera como éstas consecuencias afectan a las personas con discapacidad y a los padres. Sin embargo, aunque existe evidencia de que los hermanos de los niños con necesidades especiales tienen mayor tendencia a presentar dificultades de identificación y socialización, necesidades de compensación, adopción de grandes responsabilidades a temprana edad, y sentimientos de abandono, culpa, vergüenza o tristeza (Hodapp, Masters, y Kaiser, 2006), no hay mucha investigación centrada en ellos y no es sino hasta la década de los ochenta que aparecen los primeros estudios centrados en los hermanos (Lizasoain, 2010). En contraposición y retomando el término que se ha utilizado en la literatura para referirse a los hermanos de personas con DI, “hermanos olvidados”; si sus necesidades son atendidas, la discapacidad se puede convertir en una fuente de desarrollo y enriquecimiento personal y familiar (Iriarte, C. e Ibarrola-García, S. (2010).

La tendencia hoy en día consiste precisamente en distinguir que la influencia de un niño con discapacidad sobre sus hermanos trae consigo resultados tanto positivos como negativos. La mayoría de las investigaciones existentes ponen su atención en los aspectos negativos que supone tener un hermano con discapacidad, pero también existen trabajos que destacan los factores de protección, las fortalezas familiares y personales para la prevención. Cada vez hay más evidencia de que

las familias, donde uno de sus miembros tiene discapacidad, son más fuertes, flexibles y positivas (Lizasoáin, O. y Onieva, C. E. 2010; Lizasoáin, González-Torres, Iriarte, Peralta, Sobrino, Onieva y Chocarro, 2011).

## 2. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL: UN CONCEPTO EN CONSTRUCCIÓN

La formulación de un concepto consensuado para referirnos a las personas con limitaciones intelectuales ha tenido grandes dificultades a lo largo del tiempo y hasta el día de hoy continuamos en un proceso de delimitación (De Pablo-Blanco y Rodríguez, 2010). Estas denominaciones han ido cambiando sobre todo por las connotaciones negativas que se les atribuye como bien lo ilustra la siguiente cita de González "...Se les ha nombrado de distintas formas: débil mental, subnormal, deficiente mental, retrasado mental, oligofrénico y otras" (González, 2011, pág.19).

Asimismo, González (2011) hace la siguiente distinción sobre la evolución de la terminología de la discapacidad intelectual:

La discapacidad intelectual es una categoría diagnóstica definida arbitrariamente, que a lo largo de los años ha cambiado de manera significativa. Así, de las concepciones orgánicas iniciales (Equirol, 1818), se pasó a las exclusivamente psicométricas a principios del siglo XX (Binet, 1905), las cuales establecieron un límite arbitrario para considerar la discapacidad intelectual. Posteriormente se incorporó el criterio de incompetencia social (Tredgold, 1937; Doll, 1941; Kanner, 1957), hasta finalmente avanzar hacia una concepción multidimensional, que tiene su reflejo en la última definición de la Asociación Americana de Retraso Mental (Luckasson et al., 2002, p. 26).

Tras esta evolución, las definiciones más aceptadas sobre las limitaciones intelectuales por la comunidad científica y profesional son precisamente las propuestas por la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMD, por su título en inglés: *Association in Mental Deficiency*) que cambió su nombre a *American Association on Mental Retardation* (AAMR) a mediados de los ochenta. Esta misma, desde que fue fundada en 1876, ha actualizado su definición por lo menos diez veces. En 1992 propuso una definición utilizando la terminología "retraso mental", lo cual, según el investigador Verdugo (2003) supuso un cambio radical del paradigma tradicional, pues hasta ese entonces se había entendido como un rasgo propio del individuo y no como la interacción de la persona con su contexto, lo cual ya implica una visión sistémica que involucra a la familia de la persona con discapacidad. La principal aportación que realizó esta definición de la AARM consistió en la modificación del cómo conciben los profesionales, familiares e investigadores, el diagnóstico que se aleja de ser exclusivamente una categoría y se entiende más bien como un estado. Diez años después de esta propuesta de definición, se replantea el concepto con cambios importantes, y para dar respuesta a los avances sociales y teóricos de los últimos años, junto con las necesidades de las personas con discapacidad.

La AAMR define la discapacidad intelectual de la siguiente manera: "[...] es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas." (Luckasson et al., 2002, p.31).

Diferentes investigaciones señalan la importancia de preferir usar otro vocablo que resulte más apropiado (Govela, 2012). La nueva *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud* (OMS, 2001) propone un concepto de discapacidad que abarca las deficiencias, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación. Por todo ello, recientemente organizaciones y asociaciones como la FEAP (Confederación española de Organizaciones a favor de la Persona con Discapacidad Intelectual) y la IASSID (*International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities*) utilizan el término "discapacidad intelectual" frente al de retraso mental.

Por otro lado, en Estados Unidos, la ley de educación especial (“IDEA” Individuals With Disabilities Education Act) cambió del término “retraso mental” al de “discapacidad intelectual” y en octubre de 2010, el Presidente Obama firmó la Ley Rosa (*Rosa’s Law*), indicando que todas las leyes federales deben usar el término “discapacidad intelectual” (*Center for Parent Information And Resources*, 2017), que debe concebirse hoy desde un enfoque que subraye en primer lugar al individuo como cualquier otro individuo de la sociedad.

### 3. LAS DISCAPACIDADES Y SUS EFECTOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL

En el mundo hay aproximadamente mil millones de personas afectadas con algún tipo de discapacidad (física, mental o sensorial). Esta cifra representa al 15% de la población global, por lo que se considera como una de las minorías más amplias que existen (Nafría, B., Pérez, B. 2015). El ser parte de esta minoría causa múltiples cambios en la vida de una persona y sus familiares y es común que se asocie a una condición de dependencia por alguna limitación física o mental. Como tal, la discapacidad se ha considerado como una problemática que tiene consecuencias personales, familiares y sociales, que llevan a la exclusión social.

#### LA FAMILIA ANTE LA DISCAPACIDAD

Al referirnos a personas con DI, es común que surja el pensamiento de que son seres poco evolucionados, dependientes e incapaces para tener una vida autónoma, por lo que se condena al pensar en ellos como necesitados y dependientes de un cuidador o una institución, lo cual remite a considerarlos como una carga, por supuesto, una carga que se adjudica a la familia y en un futuro, a los hermanos (Govela, 2012).

Los familiares más cercanos también afrontan cambios importantes en su estilo de vida y la adaptación a estos cambios dependen de diferentes variables, como sus características personales, la severidad de la DI, los ajustes que deben hacer al cambio en su estilo de vida y en su rol familiar para satisfacer demandas del cuidado. También es común que las personas con DI y sus familiares se describan a sí mismos en términos negativos y sus aspiraciones y expectativas hacia el futuro sean menores en comparación con familias en donde no se presenta la discapacidad, ocasionándoles ansiedad y depresión (Barrera, Gutiérrez, Rodríguez, Ramírez, Yorladi, Moreno, y Elisa, 2006).

Al respecto González (2011) hace la siguiente distinción sobre la familia:

La familia es el escenario fundamental en la que los niños construyen sus hábitos, valores, actitudes y creencias más íntimas en relación con la sociedad y las normas de convivencia. Dentro de la familia el niño realiza sus primeras experiencias de aprendizaje del lenguaje, habilidades cognitivas y valores sociales. Los padres son los primeros maestros del niño, son las personas que los cuidan y les enseñan. Nadie conoce tan bien como los padres al propio niño y nadie tiene tanto interés porque aprenda como ellos (p. 229).

Para los cuidadores o familiares de personas con DI, según una investigación realizada en Colombia (Barrera et al., 2006), el significado de discapacidad representa asumir un rol que cambia el estilo de vida de manera radical. En el estudio, realizado por medio de entrevistas, los familiares dicen que para ellos representa una tarea adicional a lo cotidiano, pues tienen la necesidad de cuidarlos, lo cual desarrolla en ellos habilidades que reflejan creatividad e imaginación, con el fin de poder aprovechar al máximo los recursos que tienen disponibles. En las mismas entrevistas, manifiestan tener pocas oportunidades para recrearse y, por tanto, se sienten en general cansados y dicen tener problemas de salud como consecuencia de las múltiples exigencias que requiere el cuidado de alguien con discapacidad (Barrera et al., 2006).

## LA SOCIEDAD ANTE LA DISCAPACIDAD

En cuanto a la conciencia social y los derechos de las personas con discapacidad y sus familias, durante los últimos años se ha observado una evolución positiva. Algunos factores que han influido en ésta evolución son, por ejemplo, la emergencia de los modelos positivos de discapacidad, la desinstitutionalización de los cuidados, el poner como meta a la calidad de vida, la aparición de los movimientos de autodeterminación y autodefensa, entre otros. También se han transformado las prácticas profesionales dirigidas a los servicios y atención de las necesidades de personas con discapacidad y sus familias (Peralta y Arellano, 2010). Se puede decir que los modelos de intervención centrados en el profesional se sustituyeron por modelos de intervención centrados en la persona y su entorno, pasando así de tener una visión fatalista de la discapacidad, a una visión sistémica.

En éste nuevo paradigma, la persona con discapacidad y su familia ocupan un lugar central, como protagonistas del proceso. La diferencia principal que distingue a estos modelos de intervención, en opinión de López y Torres (2010), es el cómo se hace el servicio que se presta, fomentando la calidad de vida familiar como principal meta de los servicios profesionales y reconociendo las necesidades de cada miembro de la familia con igual importancia. Esto porque se distingue la influencia de cada uno sobre los procesos de desarrollo y de aprendizaje de la persona con discapacidad.

En Estados Unidos, Don Meyer fundó en 1990 el primer programa nacional Proyecto Soporte para Hermanos (*Sibling Support Project*), dedicado a la atención de hermanos y hermanas de personas con necesidades especiales. Meyer ha publicado ya varios libros acerca de hermanos y hermanas de personas con necesidades especiales y a través de su proyecto se han creado grupos que trabajan en línea para hermanos adolescentes y adultos. Se han abierto lugares de entrenamiento del modelo en diversas partes del mundo para el trabajo con hermanos, padres y abuelos de niños con necesidades especiales (Plone Foundation, 2016).

A pesar de los grandes cambios sociales que se han dado a lo largo de la última década en torno al tema de la discapacidad, todavía queda mucho camino por andar, pues en países como México, todavía no hay un reconocimiento claro de los efectos y de la necesidad de atender a los hermanos y a las familias de personas con discapacidad intelectual.

## FRATRÍA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El conocimiento sobre el impacto psicosocial y el ajuste de los hermanos de niños con un rango variado de discapacidades, sigue siendo limitado. Entre los pocos trabajos que he identificado se encuentran el de Zolinda Stoneman (2006), quién destaca en su artículo “Hermanos de niños con discapacidad” la presencia de mayor depresión en los hermanos de niños con autismo, mientras reconoce que otros investigadores no identifican diferencias en depresión entre hermanos de niños con algún daño cerebral adquirido y sus iguales. Así también, Kaminisky y Dewey (2002) no encontraron diferencias en el sentimiento de soledad entre los hermanos de niños con autismo. Por otro lado, Ponce (2007) menciona en el manual *Apoyando a los hermanos*, que desde 1990 los investigadores que estudian a los hermanos de niños con discapacidad, no han encontrado diferencias en el autoconcepto o competencias que se perciben entre los hermanos.

## VIVENCIA EMOCIONAL DE LOS HERMANOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

A menudo se asume que tener un hermano con DI implica un daño en el autoconcepto y se cree que mostrarán problemas de conducta. A este respecto, hay investigadores que han encontrado mayores problemas de conducta en hermanos de niños con autismo, síndrome de Down, retraso mental severo y plurideficiencias (Ponce, 2007) en comparación con las otras discapacidades. En la literatura revisada para ésta investigación, encontré indicadores de que los hermanos de personas con DI tienen mayor tendencia a mostrar problemas psicológicos, de identificación y socialización,

compensación y adopción temprana de grandes responsabilidades. Así también un posible desarrollo de sentimiento de abandono, culpa, vergüenza o tristeza (Hodapp, Masters y Kaiser, 2006).

Las conclusiones llegan a ser contradictorias, puesto que se observan por un lado resultados que indican desajustes psicológicos, conductuales y de desarrollo, por el simple hecho de ser hermano de una persona con necesidades especiales, (Peralta y Arellano, 2010) y por otro lado, resultados que indican sobre todo ventajas por ser hermano o hermana de una persona con discapacidad, pues desarrollan un nivel mayor de madurez en comparación a niños que no tienen hermanos con DI, así como otras habilidades sociales y beneficios (Peralta y Arellano, 2010; Stoneman, 2006; Lizasoain (2000), explica que éstas contradicciones se deben a que es difícil que las familias de personas con DI participen en estudios de este tipo, lo que hace que las muestras existentes sean heterogéneas y difíciles de comparar unas con otras, añadiendo que normalmente la información reunida en las investigaciones suele tener como fuente principal a los mismos padres de personas con DI, pues es a ellos a quienes se les pregunta respecto del impacto de la discapacidad en el núcleo de la familia, y no a los hijos y sus percepciones individuales como hermanos de personas con discapacidad. También las discrepancias se indican por problemas metodológicos, debido a que algunos datos recabados pertenecen a investigaciones de hace años que dejaron de ser pertinentes en la actualidad, ya que en la última década han habido importantes cambios mencionados con anterioridad, en torno a la percepción social de la discapacidad y dando lugar a la transformación del modo de percibir también a las familias de niños con necesidades especiales.

Con lo anterior, la literatura existente no termina de ser clara en cuanto a si contar con un hermano o hermana con DI, implica tener algún grado de dificultad en el ajuste psicológico o no (Barrera, et al., 2006). No hay datos significativos para estar a favor o en contra de la relación entre personas con discapacidad y su incidencia general en el ajuste psicológico de los miembros de la fratría. Así que, el hecho de tener un hermano con DI, no es una variable suficiente para poder determinar efectos positivos o negativos en la vida del hermano o hermana (Barrera, et al., 2006).

Las emociones que los hermanos de personas con DI viven desde el momento del diagnóstico, son ambivalentes y es importante que cada una de ellas sea expresada. Mientras más información haya, más fácil es acomodar y actuar hacia la búsqueda de conductas sanas y la construcción de una relación filial favorable. Las emociones más señaladas en las fuentes consultadas fueron la preocupación y el malestar, que se refieren a la preocupación por el futuro del hermano con discapacidad intelectual y el malestar por el trato diferenciado a favor del hermano con discapacidad en la familia y los conflictos por discriminación hacia el hermano con discapacidad en el contexto escolar y social.

Lizasoain (2011), destaca en las conclusiones de su investigación, la necesidad de los hermanos de niños con discapacidad de expresar sentimientos como tristeza, miedo, agresividad o abandono, que afectan su adaptación personal, escolar, familiar o social. Así mismo, la necesidad de ser escuchados, compartir, sentirse comprendidos y de encontrar su propio espacio siendo respetados en su individualidad. Su propuesta final es diseñar un programa educativo de desarrollo socio-afectivo, que favorezca precisamente la expresión de sentimientos, la toma de conciencia y el ajuste positivo de emociones y de conductas en torno a los hermanos con discapacidad, que considere como un factor importante de protección y de resiliencia, el ofrecer a los hermanos la oportunidad de hablar de sus problemas. Esto preferiblemente con una tercera persona (no miembros de la familia), para que se sientan libres de expresar sus sentimientos.

Iriarte, C. e Ibarrola-García, S. (2010), señalan entre las emociones negativas encontradas en los hermanos de personas con DI, el enfado, la inhibición y el ocultamiento del enojo, irritabilidad, aislamiento social-soledad, agresividad, privación de la atención paterna, estrés, cansancio por incremento de responsabilidades- sobreprotección, malestar, frustración por reducción de actividades sociales o extraescolares, resentimiento, culpabilidad, indiferencia, depresión-tristeza, temor-angustia, celos, confusión- desconcierto, preocupación, ira-rabia, vergüenza, inseguridad (falta de autoestima), ansiedad, odio-hostilidad, rivalidad, presión por compensar la limitación del hermano. De

estas emociones, en su estudio en particular sobresalen la preocupación y el malestar, siendo los motivos más frecuentes el futuro del hermano, el trato diferenciado a favor del hermano con discapacidad en casa y los conflictos por discriminación e insultos al hermano en el contexto escolar y social.

Hay sufrimiento en los hermanos de personas con DI, pero también mucho enriquecimiento, y para que este sea el caso, los padres y profesionales involucrados deben ser conscientes de las implicaciones que puede conllevar tener un hermano o hermana con discapacidad. A pesar de las dificultades y el dolor que implica el ser hermano de una persona con DI, si las necesidades de estos hermanos se afrontan, la discapacidad puede convertirse en fuente de desarrollo personal y de enriquecimiento familiar (Lizasoáin, González-Torres, Iriarte, Peralta, Sobrino, Onieva y Chocarro, 2012). Por tanto, la discapacidad les da a los hermanos un sentido de diferencia que puede desencadenar una serie de necesidades específicas en ellos. Así mismo, al tratarse de un tema no muy desarrollado, se insiste en que los profesionales de la salud cuenten con cursos de formación, mientras que las familias con orientación y asesoramiento.

#### **4. EL ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE LOS HERMANOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

La discapacidad constituye un factor potencialmente estresante para las personas que conviven con ella y el nacimiento de un hijo con DI puede afectar la dinámica familiar de manera negativa. Sin embargo, en la exploración documental del estudio del arte revisada sobre la vivencia emocional de la DI por parte de los hermanos, en la evolución que se ha dado en los últimos años hemos pasado de una postura fatalista, a una postura sistémica donde la meta principal es la calidad de vida de la familia.

En la distinta bibliografía consultada, fue frecuente que se señalara la necesidad de impulsar la investigación sobre la fratría y la DI, ya que al día de hoy no hay suficiente investigación realizada al respecto (Barrera et al., 2006; Lizasoáin, 2010; Ibarrola-García e Iriarte Redín, 2010, Hodapp, Glidden y Kaiser, 2006, Núñez y Rodríguez, 2004; Rivas, 2006).

Actualmente, la tendencia se orienta a superar el modelo de afrontamiento-estrés y llevarlo hacia un modelo proactivo. Sin embargo, tanto en la literatura especializada, como las narrativas de las familias, persiste la visión negativa de los efectos de la discapacidad, sus preocupaciones y necesidades específicas que son precisas expresar y tratar con los hermanos que así lo requieran.

En los trabajos realizados en España, promueven la toma de conciencia sobre las principales necesidades de los hermanos, lo que imprime un giro que va de los efectos negativos a las fortalezas (Lizasoáin, 2000). Asimismo, observé propuestas que tratan de abarcar las etapas del ciclo vital; infancia, adolescencia, juventud y madurez (véase tabla 1), con la intención de crear espacios en donde los hermanos de personas con discapacidad puedan hablar de sus miedos y esperanzas, y compartirlos con otros hermanos de personas con discapacidad, lo que ofrece una perspectiva beneficiosa en su vida y en sus situaciones familiares.

Tabla 1. Necesidades identificadas de los hermanos que trabajan en grupos de apoyo.

Infancia	Adolescencia	Edad Adulta
Desconcierto	Diferencia	Pareja
Malestar	Soledad	Descendencia
Angustia	Rabia	Preocupación por el futuro
Celos	Instinto de protección	
Deseo de curación del hermano	Vergüenza	
Protección	Culpabilidad	
Sentimiento de diferencia		
Vergüenza		
Rabia		

Fuente: Iriarte-Redín, (2011, p.79).

Los grupos de apoyo para los hermanos, aunque bien han demostrado ser un excelente apoyo para facilitar la expresión de las emociones y por tanto un mejor manejo de las mismas, no todos los hermanos requieren de estos grupos. Lo recomendado sigue siendo la asistencia temporal a los grupos, de otro modo se corre el riesgo de continuar otorgando demasiada importancia a la patología. Se da a entender que es posible que los hermanos de personas con DI puedan vivir sentimientos, emociones y experiencias muy positivas en torno a la discapacidad y a la vez, vivencias y emociones negativas y estresantes.

Esta misma intención de promover el encuentro por medio de grupos de apoyo las destacan Lizasoain (2011) y el grupo de Investigación del departamento de Educación de la Universidad de Navarra, en su guía para el análisis de necesidades y propuestas de apoyo para hermanos de personas con DI. Igualmente, trabajan con la toma de conciencia de las principales necesidades de los hermanos y menciona Lizasoain (2011) que para lograr este reconocimiento, es fundamental identificar claramente los aspectos positivos y negativos que el diagnóstico de DI puede tener sobre sus hermanos. Las principales necesidades que encontraron en su investigación son: la necesidad de recibir información sobre la discapacidad y sus repercusiones, la necesidad de poder expresar sus sentimientos en torno a las implicaciones de la misma en sus vidas, y la necesidad de establecer un claro y consensuado pacto de responsabilidad en relación a su hermano o hermana con discapacidad.

Las investigaciones en España sobre la educación de las familias de personas con DI insisten en apoyar el estudio de las necesidades psicosociales que tienen los hermanos y así poder contrastarlos con otros estudios. Una de las aportaciones más interesantes fue que las pocas investigaciones que apoyan la creencia de que los hermanos de personas con DI están negativamente implicados por sus hermanos con necesidades especiales, sugieren al mismo tiempo, que hay que tener en cuenta la necesidad de sensibilizar y hacer consciente el impacto de la discapacidad sobre la fratría. Esto es, que se deben identificar sentimientos como los celos, la culpa y la vergüenza, entre otros (Lizasoain, et al., 2011).

En su aproximación metodológica sobre la intervención emocional con hermanos de niños con discapacidad, Iriarte, C. e Ibarrola-García, S. (2010), reconocen que cada patología tiene sus problemas específicos y que hay que tener en cuenta el amplio abanico de aspectos emocionales, positivos y negativos, que puede conllevar tener un hermano con DI. En esta investigación, se abordó la vivencia emocional de los hermanos desde una perspectiva global en que se reconocen todas las emociones en igualdad de importancia, así sean positivas o negativas. Dykens (2006), señala que los hermanos de personas con DI pueden tener respuestas emocionales positivas y negativas de forma simultánea. Las diferentes respuestas están ligadas a la experiencia personal y exige de adaptación, lo que es indicador que los hermanos pueden tener necesidades específicas durante este proceso

adaptativo. Estas emociones se utilizaron como categorías para el análisis de los datos recogidos en entrevistas semiestructuradas que realizaron a una muestra de 33 hermanos de personas con DI del Colegio el Molino de Pamplona, de los cuales 22 eran hermanas y 11 hermanos, con edades entre los ocho y los treinta y cinco años. El resultado que obtuvieron fue que las emociones más señaladas por los hermanos eran la preocupación y el malestar. Los motivos que las generan son: el futuro del hermano, el trato diferenciado a favor del hermano con discapacidad en casa y los conflictos por discriminación e insultos al hermano en el contexto social y escolar. Al final de su investigación los autores insisten en la necesidad de abordar las emociones negativas que surgen en los hermanos. Desde esta perspectiva se suman a quienes apuestan por el reconocimiento de los grupos de apoyo o talleres con hermanos como herramienta para trabajar con las emociones y que es importante conseguir que la fratría adquiera un papel positivo (estructurados y armónico) dentro de la familia para la construcción de un futuro positivo. Para ello, es importante resolver situaciones de estrés e integrar en la identidad de los hermanos, de los padres y de toda la familia, los aspectos resilientes o fortalezas derivadas de la condición de tener un miembro con discapacidad (Iriarte, C. e Ibarrola-García, S. 2010).

En los trabajos realizados en Estados Unidos, Don Meyer (2000), realizó un estudio en Seattle sobre lo que los hermanos quisieran que los padres y prestadores de servicios supieran (*What Siblings Would Like Parents and Service Providers to Know*) desde su proyecto Sibling Support. Se trata de un esfuerzo nacional en EU dedicado a los intereses de más de seis millones de hermanos y hermanas con personas con algún tipo de discapacidad.

En su investigación resaltaron las siguientes razones por las cuales debe darse importancia a los hermanos y hermanas:

- Ellos estarán en la vida de las personas con DI por más tiempo que ningún otro miembro de la familia. Al proporcionarles apoyo e información, pueden ayudar a sus hermanos con discapacidad a vivir una vida digna.
- Los hermanos y hermanas comparten las preocupaciones de los padres y de las personas con necesidades especiales, entre ellas el aislamiento, la necesidad de información, el sentimiento de culpa y la preocupación sobre el futuro. Así como sentimientos únicos de hermanos como el resentimiento, la vergüenza y la presión de expectativas hacia ellos.

Por otro lado, encontré también el trabajo de Naylor (2004) en Pennsylvania, quién realizó un estudio dirigido a los consejeros escolares. En este subraya la utilidad de los consejeros escolares para el desarrollo de conocimientos y competencias en responder a las necesidades socio-emocionales de los hermanos de personas con DI.

## 5. MODELOS DE INTERVENCIÓN

En el campo de la intervención, los grupos de apoyo a hermanos de personas con DI, han demostrado ser un elemento protector y predictor de un mejor ajuste psicológico (Lizasoáin, et al., 2011), ya que les da un espacio para expresar sus emociones y dejar de ser “niños olvidados”. Los grupos de apoyo pueden ser mediadores de las relaciones y ayudar a reducir los aspectos negativos. Se considera que la labor principal de estos grupos es el facilitar la expresión de emociones positivas y negativas. Sirven también para darle a los hermanos información y poder detectar si existe alguna dificultad en la vivencia de la discapacidad de su hermano o hermana, para así ofrecer orientación a los padres y que sean ellos quienes los acompañen o los deriven.

Los modelos de intervención que se registran desde 1990 en Estados Unidos, propuestos por Meyer, quien junto con Gordillo y Ponce pusieron en marcha talleres con hermanos de personas con DI, entre los cuatro y los 10 años, dirigidos por hermanos voluntarios, y adultos también, de personas con alguna discapacidad que ya han tenido una formación específica del modelo.

Los diseños de las intervenciones revisadas se orientan en dos propósitos: el primero, es trabajar respecto al hermano y el segundo, respecto a la discapacidad. En cuanto al primero, se busca

evitar sentimientos de soledad; crear condiciones para intercambiar información sobre la discapacidad, promoviendo que los niños hagan preguntas y puedan expresar lo que ya saben; promover la autoestima y el crecimiento personal; favorecer el intercambio entre los participantes fuera del juicio de los adultos; adquirir nuevos conocimientos y habilidades que les resulten útiles en la vida cotidiana y alentar a los padres a pasar tiempo con sus hijos sin discapacidad.

Respecto del segundo, procura mejorar su comprensión, reconocer las capacidades y limitaciones de sus hermanos con DI; intercambiar información sobre la DI; aclarar dudas y garantizar que los hermanos se sientan reconocidos y apoyados en las experiencias que viven.

Otros temas que pueden abordarse en los grupos, son los relativos a los padres, a la vida social y a los aspectos personales (Lizasoáin, et al., 2011).

La promoción de la autodeterminación de los hijos es una manera de intervenir que se ha estado dando en los últimos años (Peralta, 2011). Se trata de un enfoque centrado en la familia (ECF) que reconoce las necesidades de cada uno de los miembros, buscando su bienestar y respetando las prioridades. La dinámica familiar puede ser facilitadora de la autodeterminación en los hermanos, en la medida en la que les permite compartir experiencias positivas y recibir apoyo social, así como enfrentarse a los problemas, no evadirlos. El papel de los padres en el desarrollo de la autodeterminación de sus hijos, (Peralta, 2011) consiste en:

- Mantener con los hijos una relación respetuosa, comprensiva y estimuladora.
- Tomar sus cualidades como punto de partida.
- Ayudarles a identificar y comprender sus necesidades y limitaciones.
- Contribuir a priorizar sus metas, preferencias y tareas.
- Animarles y apoyarlos en la toma de decisiones.
- Otorgarles responsabilidades.

Cuando las familias se comunican para resolver sus problemas, los hermanos tienen mejor ajuste y se sienten menos aislados, así los padres pueden reforzar en estos hijos conductas de afrontamiento adaptativo positivo que les ayude a superar las barreras y obstáculos que sin duda van a encontrar (Burke, 2004).

Solo cuando los hermanos cuenten con apoyos que respondan a sus necesidades podrán superar sentimientos, a veces negativos, que la discapacidad de su hermano puede generar y lograr o desarrollar las habilidades que les permita asumir el control de su propia vida de acuerdo con sus preferencias e intereses, sin tener que vivirla a través de la vida de su hermano (Peralta, 2011, p. 200).

Es importante adoptar enfoques de intervención centrados en la familia, pues persiguen el bienestar y la mejora de sus relaciones, y obligatoriamente son parte de las necesidades específicas de los hermanos de personas con DI (Peralta, 2011).

## **6. CONCLUSION: APUNTES PARA UN MODELO DE INTERVENCIÓN CON HERMANOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL CONTEXTO MEXICANO**

Según pudimos observar en la revisión teórica, el lazo fraternal es un factor que no determina si los hermanos de personas con DI tendrán un desajuste psicológico. Sin embargo, sí vivirán emociones tanto positivas como negativas, incluso de manera simultánea. A partir de esto, una propuesta de intervención para implementarse en un contexto como el mexicano en grupos y organizaciones que trabajan con personas con DI y sus familias, debería de considerar lo siguiente:

- Los grupos de apoyo como contexto favorecedor para los hermanos de personas con DI.

Las intervenciones más efectivas para el acompañamiento y la expresión de emociones positivas y negativas de la fratría de personas con DI incorporan el trabajo y la formación de grupos

de apoyo o talleres con hermanos, dándoles un espacio para expresar sus emociones y sentimientos fuera de sus padres y persiguiendo objetivos como compartir sus experiencias, aprender más sobre la discapacidad y los apoyos necesarios, intercambiar ideas, hablar de los problemas que les afectan, fomentar el cuidado personal y tomar conciencia de que no son los únicos. Hasta ahora en España y Estados Unidos ha funcionado de esta manera.

- Promover la autodeterminación de los hijos y un Enfoque Centrado en la Familia (ECF).

Si bien es cierto que la discapacidad puede ser una fuente de estrés para las familias, la evolución que se ha dado en torno al entendimiento de la discapacidad reconoce a la familia como principal implicada para su abordaje y tratamiento. Al asumir esta visión sistémica, los modelos actuales de intervención consideran prioritario la participación de todos los miembros en los procesos de tomas de decisiones y nos conduce a enfoques de intervención centrados en ellos, que asume la discapacidad y su entorno familiar como una oportunidad para el desarrollo e identificación de fortalezas, con la meta de mejorar la calidad de vida y empoderar la individualidad de cada uno de la familia.

- Favorecer la expresión de sentimientos, positivos y negativos, de los hermanos de personas con DI.

Para que los hermanos tengan un mejor desarrollo psicosocial y afrontamiento a lo que implica la discapacidad, es necesario abordar las emociones que surgen en ellos, tanto positivas como negativas, y promover su expresión e información.

- Reconocer las necesidades de los hermanos de personas con DI, fomentando la información, expresión de sentimientos y la realización de su proyecto de vida.

Para procurar que los hermanos tengan un mejor desarrollo psicosocial, es necesario la consideración y atención de las necesidades específicas de los hermanos con DI, permitiéndoles asumir el control de su propia vida de acuerdo con sus preferencias e intereses y superar sentimientos, muchas veces negativos, que la discapacidad de su hermano les genera.

Es de suma importancia seguir investigando acerca del tema de discapacidad y fratría, pues como se muestra en los estudios revisados en la presente investigación, la toma de conciencia sobre el tema conduce a los investigadores a insistir en que se siga profundizando y estudiando, pues existen todavía contradicciones entre las investigaciones, hay poco acceso a muestras grandes de hermanos de personas con DI y en países como México, es escasa la exploración en este campo. El ahondar en las necesidades, vivencias y sentimientos de los hermanos de personas con DI, puede permitirles afrontarlo de una mejor manera y que la discapacidad se convierta en una fuente de desarrollo y enriquecimiento personal y familiar, a pesar de las dificultades y el dolor que puede suponer el ser hermano de una persona con DI.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrera, O., Gutiérrez, D., Rodríguez, M., Ramírez, M.C., Yorladi, L., Moreno, F., y Elisa, M. (2006). ¿Qué significa la discapacidad?. *Aquichan* 6. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160109>
- Burke, P. (2004). *Brothers and sisters of disabled children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Center for Parent Information and Resources. (2017). [En línea] Recuperado de: <http://www.parent-centerhub.org/repository/discapacidadesintelectuales/>
- González, J. (2011). Discapacidad Intelectual. *Concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Madrid: CCS.
- Govela, R. (2012). Obstáculos epistemológicos y metodológicos para acercarse a la realidad de las personas con discapacidad intelectual: algunas propuestas. *Intersticios Sociales*, 1-33, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421739491003>
- Iriarte, C. e Ibarrola-García, S. (2010). Bases para la intervención emocional con hermanos de niños con discapacidad intelectual. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 8

(20), 373-410. Recuperado de [http://www.investigacion-psicopedagogica.com/revista/articulos/20/espanol/Art\\_20\\_393.pdf](http://www.investigacion-psicopedagogica.com/revista/articulos/20/espanol/Art_20_393.pdf)

Hodapp, R., Masters, L. y Kaiser, A. (2006). Hermanos/as de personas con discapacidad: hacia una agenda de investigación. *Siglo Cero* 37 (219), 5-12.

Kamisnky, L. y Dewey, D. (2002). Psychosocial adjustment in siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 225-232.

Kübler-Ross, E. (1972). Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona, España: *Grijalbo Mondadori, S.A.*

Lizasoáin, O., González-Torres, M., Iriarte, C., Peralta, F., Sobrino, Á., Onieva, C., Chocarro, E. (2011). *Hermanos de personas con discapacidad intelectual: Guía para el análisis de necesidades y propuestas de apoyo*. España: Síndice.

Lizasoáin, O. (2000). *Discapacidad y familia: el papel de los hermanos*. España: Departamento de Educación. Universidad de Navarra.

Lizasoáin, O. y Onieva, C. E. (2010). Un estudio sobre la fratría ante la discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, 19(1), 89-99. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592010001100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010001100009&lng=es&tlng=es).

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

McHugh, M. (2003). *Special siblings: Growing up with someone with a disability*. Baltimore: Brookes.

Meyer, D. (2000). *What Siblings Would Like Parents and Service Providers to Know. Sibling Support Project*. [En línea]. Recuperado de: <https://www.siblingsupport.org/documents-for-site/WhatSiblingsWouldLikeParentsandServiceProviderstoKnow.pdf>

Naylor, A. (2004). Invisible children: The need for support groups for siblings of disabled children. *British Journal of Special Education*, 31(4), 199-206.

Núñez, B. y Rodríguez, L. (2004). *Los hermanos de personas con discapacidad: una asignatura pendiente* (2ª ed.). Buenos Aires: Asociación AMAR- Fundación Telefónica.

Peralta, F. y Arellano, A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del enfoque centrado en la familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1339-1362.

Ponce, A. (2007). *Apoyando a los hermanos. Tres propuestas de intervención con hermanos de personas con discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS.

Plone Foundation. (2016). *Sibling Support Project. Our brothers, our sisters, ourselves*. Recuperado de <https://www.siblingsupport.org/>

Stoneman, Z. (2006). Hermanos de niños con discapacidad: temas de investigación. *Siglo Cero*, 37 (3), 13-30.

Verdugo, M. A. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental*. España: Siglo Cero.

**The challenge of including children  
in Family Therapy**

**María Teresa Castillo-García<sup>a</sup>, Liliana Castillejos-Zenteno<sup>b</sup>,  
Lidia Karina Macias-Esparza<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica, <sup>b</sup>Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente ITESO, <sup>c</sup>Centro Universitario de Los Valles, Universidad de Guadalajara. Instituto Bateson de Terapia Sistémica.

**Historia editorial**

Recibido: 10-04-2017  
Primera revisión: 29-05-2017  
Aceptado: 01-06-2017

**Palabras clave**

psicoterapia familiar,  
inclusión de niñas y niños;  
adultocentrismo, juego  
terapéutico

**Resumen**

En este texto se reflexiona acerca de la cultura adultocéntrica que permea las prácticas en la psicoterapia familiar, así como las implicaciones que tiene en la formación y práctica del psicoterapeuta, el cual brinda atención a familias con niños y niñas. Si bien, la literatura en terapia familiar sistémica ha resaltado la importancia de incluir a todos los miembros de la familia, existe evidencia de que la inclusión de los niños y niñas en este campo es marginal. Por ello, se propone su inclusión, señalando los desafíos que enfrenta un psicoterapeuta al hacerlo y se recomiendan algunas alternativas para el trabajo.

**Abstract**

This paper discusses the adult-centric culture that permeates the practice of family psychotherapy and the implications that it has on the training and exercise of psychotherapists providing attention to families with children. Family therapy literature has underlined the importance of providing attention to each and every family member yet the inclusion of children in the field is marginal. Consequently, this paper advocates greater inclusion of children, identifies the potential challenges psychotherapists might face in doing so and recommends alternative practices.

**Keywords**

family psychotherapy, children  
inclusion, adultcentrism and  
therapeutic game.

Hablar de la inclusión de los niños y niñas en la terapia familiar aparentemente es un contrasentido, ya que los niños y niñas forman parte del sistema familiar, lo que supone que *de facto* deberían estar incluidos. Sin embargo, existe evidencia de que la presencia de un miembro en una sesión de psicoterapia no garantiza su participación, y por ende tampoco su inclusión. En este texto reflexionamos sobre la cultura adultocéntrica en la cual se desarrolla la práctica de la psicoterapia; la noción de inclusión de los niños y las niñas en la psicoterapia familiar; las implicaciones derivadas de ello en la formación de las y los psicoterapeutas para hacer frente a esos desafíos; los momentos en que es pertinente incluir a los niños y niñas en las sesiones, así como el reto que implica hacerlo. Por último, proponemos al juego como una alternativa para el trabajo psicoterapéutico familiar con niños y niñas, sumándonos a diversas propuestas que se han hecho al respecto.

### ¿ES NECESARIO HABLAR DE INCLUSIÓN?

La noción de inclusión emerge del contexto educativo, aunque posteriormente ha permeado a otras disciplinas, como es el caso de la atención en salud mental. La inclusión pone de relieve el interés de los centros educativos de “aumentar la participación de los niños y jóvenes y reducir su exclusión de las culturas, las actividades y los grupos locales” (Booth y Ainscow, 2015, p. 4). Dicha idea se cimenta en el enfoque de derechos que afirma como principio la igualdad y la no discriminación de las personas por razones de género, raza, clase social o como en el caso que nos interesa, por cuestiones de edad. Así, la inclusión y los derechos de niños, niñas y adolescentes, están recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 1989) y casi todos los países cuentan con leyes propias que garantizan estos derechos. Dentro de éstos, se destacan el derecho a no ser discriminado, el derecho a la libertad de expresión y a la participación.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2004) menciona que la exclusión y la marginación son factores de riesgo para la salud mental en la generalidad de la población, y particularmente en la niñez, Prilleltensky (2010) señala que la inclusión contribuye a su bienestar personal.

### EL ADULTOCENTRISMO Y LA EXCLUSIÓN CULTURAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS.

La exclusión de niñas, niños y adolescentes como un patrón cultural basado en la diferencia generacional se ha denominado *adultocentrismo*, término que se refiere a pensar en ellos desde una posición de inferioridad, lo que se convierte en

un elemento clave que obstaculiza la participación infantil en los diferentes escenarios en que se halla en tanto puede impedir que se tome en consideración la opinión de los niños en asuntos que los involucran dentro de los grupos y comunidades de los cuales hacen parte (Jaramillo, Ruiz, Gómez, López, y Pérez, 2014, p. 486);

por lo que se excluye a las niñas, niños y adolescentes ya que los adultos piensan que “no están listos, no saben o no tienen la suficiente experiencia” (UNICEF, 2013, p. 25). Queremos resaltar la idea de que la exclusión de las niñas y niños sucede como un fenómeno en la cultura y, por tanto, atraviesa todas sus prácticas, por lo que no es un hecho que se circunscriba al ámbito educativo o incluso, al de la terapia familiar.

El adultocentrismo también se encuentra presente en las teorías psicológicas contemporáneas, como se menciona a continuación:

Es significativo que, en buena parte, las teorías más influyentes de la psicología evolutiva hayan abrazado también la concepción según la cual el desarrollo cesa al alcanzarse la adultez. La preponderancia de estas teorías en la construcción de un modelo de niñez incompetente ha proporcionado una justificación ‘científica’ para la exportación de un marco universal de protección del niño que se opone a su participación en el mundo adulto (Lansdown, 2005, p. 26).

La inclusión de niñas y niños en el campo clínico no es solo una cuestión ética o de derechos, sino que trasciende más allá, dado que existen datos que afirman que su participación se asocia al éxito terapéutico (O'Reilly y Parker, 2013); por lo cual, incluirlos proporciona a las y los psicoterapeutas mayores probabilidades de eficacia, como se revisará más adelante.

La literatura en terapia familiar sistémica ha resaltado la importancia de incluir a todos los miembros de la familia, no obstante, existe evidencia de que la inclusión de los niños y niñas en este campo, o bien, no existe o es marginal, lo cual puede entenderse como producto de la cultura adultocentrista que impregna también este abordaje.

Ya que las y los terapeutas han sido socializados en una cultura adultocéntrica, es de esperar que, si no cuentan con una formación que los desafíe para adoptar nuevos valores y prácticas, sigan reproduciendo en su práctica clínica situaciones de exclusión y marginación de las niñas y niños. Otras situaciones de exclusión, como por ejemplo, los referidos a la cultura en relación al género y sus implicaciones en la formación de los y las psicoterapeutas familiares, han sido abordados por Macias-Esparza y Laso (2017).

Existe otra cuestión a dirimir acerca del significado de la inclusión, ¿un miembro puede estar presente y a la vez, ser excluido sistemáticamente de participar?, es decir ¿su sola presencia garantiza su inclusión? Para responder esta pregunta es necesario remitirse a la distinción entre los conceptos educativos de integración y de inclusión.

El concepto de integración proviene del campo de la educación y hace referencia a la incorporación de niños y niñas al sistema educativo sin que para ello se realicen adecuaciones sustanciales a las prácticas, obligándoles tácitamente a que se adapten con sus propios medios, mientras la cultura, la organización y las prácticas permanecen básicamente intactas. Por el contrario, la noción de inclusión hace referencia a aquellas prácticas educativas que contemplan adecuaciones necesarias para que niños y niñas participen plenamente en el sistema educativo, lo que supone transformar la cultura, la organización y las prácticas (Blanco, 2006).

Por lo anterior, creemos que aun cuando se convoque a todos los miembros de una familia a asistir a una sesión de terapia, en otros términos, se integre a todos los miembros en la sesión, esto no garantiza que la voz de todos sea escuchada y de que todos participen, sobre todo, considerando que los terapeutas han sido formados mayoritariamente en habilidades de comunicación que privilegian el lenguaje verbal/digital y la introspección, mismas en las que los adultos tienen más experiencia, frente a otras competencias que las y los niños ya han desarrollado y de las que se hablará más adelante.

Por tanto, hablar de inclusión tal como la entendemos, no se limita a asegurarse que todos los miembros acudan a las sesiones de psicoterapia familiar, deduciendo que con ello todos contarán con las mismas capacidades para participar. Por el contrario, la noción de inclusión que sostenemos implica que el o la psicoterapeuta cuente con las habilidades para ajustar su práctica a las necesidades, recursos y etapas evolutivas de quienes acuden, garantizando con ello la oportunidad de que todos puedan expresarse y participar, haciendo para cada uno, como dice Robles (1994) en relación a la terapia de Zeig, una “terapia cortada a la medida”.

## LA FORMACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS PARA LA INCLUSIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS

Hemos podido confirmar que la práctica y la formación en terapia familiar sistémica tienden a centrarse mayormente en los adultos y casi de forma inexistente en el trabajo con niños. De acuerdo a una revisión realizada para el presente escrito, se aprecia que la mayoría de los programas actuales de formación en psicoterapia familiar sistémica no contemplan el desarrollo de habilidades para atender niñas, niños y adolescentes. La revisión incluyó 58 programas formativos en terapia familiar sistémica en habla hispana, de los cuales 40 se ofertan en España, 15 en México y 3 en el contexto de la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES y Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar). Se observó que únicamente 11 de los programas españoles (19%) cuentan con alguna asignatura relativa al trabajo con niños, niñas y adolescentes, mientras

que en el contexto mexicano únicamente existen 2 programas (3% del total) y ninguno en el resto de programas latinoamericanos; lo anterior confirma que los programas formativos se enfocan de manera tácita en la atención a adultos.

Llama la atención que los programas formativos no contemplen espacios para que las y los psicoterapeutas familiares desarrollen habilidades específicas para atender esta población, a pesar de que se ha reportado una alta incidencia de problemática infantil como motivo de consulta. Pérez Grande, 1991 (citado en Espina y Cáceres, 1999) menciona que el motivo de consulta en terapia familiar fue en un 22.7% por comportamiento infantil y juvenil. Por su parte, Beyebach et al. 1994 (citados en Espina y Cáceres, 1999) encontraron que un porcentaje similar de familias acuden a buscar atención por dificultades de conducta de los niños (as) (26.8 %) y otro tanto, por problemas de comunicación padres-hijos (15,6%).

De acuerdo a la revisión de programas realizada, se pudo constatar que la mayoría de los programas formativos incluyen por lo menos una o hasta tres asignaturas que contemplan la atención a la pareja. Así pues, para la atención de la conyugalidad se proponen espacios suficientes de formación, más no está claro que suceda lo mismo en la parentalidad, y menos aún, que se forme a los terapeutas para atender a parejas con dificultades referidas a las y los hijos.

Miller y McLeod (2001) plantean que:

La práctica de incluir o excluir intencionalmente a los niños en la terapia se encuentra ausente en los programas de formación, en la literatura y en las conferencias educativas profesionales. A menudo, la terapia familiar (tanto en la práctica como la investigación) ha ignorado a los niños en su conjunto y se ha centrado en la relación de pareja y adultos, o ha incluido a los niños de una manera periférica que puede entenderse como “no ver a los niños en absoluto (p. 375).

Con estos datos podemos afirmar que al menos las formaciones en España, Latinoamérica y México, no contemplan como prioritario el desarrollo de habilidades específicas para atender a niñas, niños y adolescentes.

Lo anterior tiene varias implicaciones:

- Las y los terapeutas no tienen una guía clara para saber bajo cuáles situaciones se debe convocar o excluir a los niños y niñas de una sesión de psicoterapia.
- El trabajo en sesiones conjuntas con las madres y padres, así como con sus hijas e hijos, implica un conjunto de habilidades diferentes a las que se desarrollan para el trabajo con adultos (psicoterapia de adultos o de pareja) o con niños exclusivamente (psicoterapia infantil).
- Si las y los psicoterapeutas no son formados en estas habilidades específicas, es más probable que debido a su incapacidad, excluyan a las y los niños, y con ello, disminuyan la eficacia de sus intervenciones.
- Que se privilegie la comunicación digital en las sesiones de psicoterapia (porque es en la que los terapeutas han sido prioritariamente formados).

Tomando en cuenta dichas implicaciones, es importante revisar la utilidad de la presencia de los niños en la consulta, los sustentos teóricos y epistemológicos para incluirlos de manera adecuada, las ventajas que esto supone a nivel terapéutico y por supuesto, las alternativas para realizar un trabajo en conjunto con la familia completa.

## LOS PROBLEMAS DE LOS NIÑOS(AS) Y SUS FAMILIAS.

Carrasco et al., (2011) hacen referencia a que la riqueza y utilidad que tiene la presencia de los niños(as) en las sesiones de familia, es que se dé un cambio en los patrones de interacción cuando el niño presenta algún síntoma que lo ha llevado a ser el motivo de consulta o preocupación de los padres, buscando que deje de ocupar dicho rol en la familia. Por otro lado, Paz y Carrasco, 2005

citan a Wachtel, 1997 quien menciona que comúnmente se hace demasiado hincapié en la influencia de la familia (sistema familiar y conyugal) sobre los niños y no se considera lo que el mismo niño produce en la interacción familiar. Se privilegia el rol del niño como aliado o incluso como paciente identificado a pesar del principio de totalidad: “cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total” (Watzlawick et. al., 1971, p. 120).

Desde la circularidad en donde cada uno de los subsistemas y miembros afectan al todo (interconexión) y se refuerzan entre sí, el trabajo con hijos(as) y padres en el consultorio permitirá al terapeuta trabajar ambos puntos: aquello que el conjunto familiar mueve en el niño y aquello en lo que él(la) niño(a) mueve en el sistema familiar. El terapeuta que incluye a la familia completa tendrá la riqueza de poder trabajar ambos aspectos de tal forma que le dará la facilidad para realizar un verdadero trabajo sistémico, el cual tiene como meta: “introducir un cambio significativo en la interacción de los miembros de la familia de tal manera que rotación del síntoma en la fratría o en otros miembros del sistema se haga innecesaria” (Salucci et al., 2015, p. 5).

Tomando en cuenta el porcentaje en el que el motivo de consulta tiene que ver con los niños es significativa, al ver que la familia y niños son parte de la problemática a un mismo nivel y que el tener a la familia en el consultorio permitirá tener una visión más completa y circular de la situación familiar, podemos identificar relevancias en dicha inclusión, pero es conveniente que el terapeuta comprenda cuando es pertinente y cuál es la forma adecuada de trabajar con la familia en conjunto.

#### PERTINENCIA DE INVOLUCRAR A NIÑOS Y NIÑAS EN TERAPIA DESDE LA VISIÓN SISTÉMICA

La terapia sistémica es estratégica cuando utiliza los estilos, herramientas y formas adecuadas para atender la problemática que lleva la familia al consultorio. El ser estratégico implica saber cuándo es pertinente que algún miembro u holón de la familia esté presente en la consulta y la forma en la que se aproveche la presencia de los miembros. Entonces, ¿cómo poder saber que es adecuado incluir a los niños en una terapia familiar?; si la situación en la familia se centra en una problemática complicada ¿es sano que el niño esté presente?; si la familia va a terapia porque el niño presenta algún síntoma ¿es conveniente que la familia también participe o sólo el niño?

A nivel teórico los cuestionamientos que se han realizado sobre la presencia de los niños en las sesiones terapéuticas son: a) tenerlos en la sesión podría llevarlos a una experiencia negativa o traumática por los temas, conflictos y carga emocional que una sesión puede tener (Carrasco et al., 2011); b) el adulto puede tener dificultad para comprender la comunicación del niño desde el lenguaje verbal, por lo que se prefiere que sea el menor el que se ponga en el nivel del adulto y no al revés, (Salucci, Vergara, y Wilson, 2015); c) la dificultad que puede implicar para el terapeuta el tener a miembros de una familia con diferentes estilos comunicativos y etapas de desarrollo (Carrasco et al., 2011); e incluirlos de manera adecuada a la terapia ante las diferencias comunicacionales (Lengua, 2001); y por último d) la falta de pericia de los terapeutas para trabajar con los menores de edad (Andolfi, 1984).

Aún con los retos que implica lo anterior, es importante que el(la) terapeuta tenga clara la epistemología sistémica que fundamenta su quehacer para reflexionar sobre ¿cómo puede la inclusión o exclusión de los niños ayudar en la generación de un cambio sistémico?

Para lo anterior revisaremos una idea central de la epistemología sistémica que plantea que un sistema es un “un conjunto organizado e interdependiente de unidades que se mantienen en interacción” (Umbarger, 2008, p. 25). Por lo tanto, cada elemento de un sistema es importante para entender la totalidad y la forma en la que se estructuran las relaciones.

Andolfi (1984) hablan sobre cómo la presencia del núcleo familiar completo da la verdadera posibilidad de generar un entendimiento de la dimensión sistémica, la historia de la familia y la problemática por la que están pasando. Tomando esto como punto de partida, para el terapeuta debe

haber una premisa básica: se requiere conocer la estructura, síntoma, pauta de interacción; así como el problema y queja para poder comprender el tipo de dinámica que presenta la familia y con base en ello determinar en qué momentos del proceso se requiere la presencia de cada uno de los miembros u holones. Excluir a un miembro u holón familiar sin un sustento, podría llevar a disminuir la efectividad de la intervención.

Si en una familia se está presentando una dinámica que impacta a distintos subsistemas como por ejemplo a nivel parental y de pareja, se podrán determinar etapas en la terapia en las que se trabajen únicamente los aspectos de la pareja sin incluir a los niños, revisando con ello cuestiones de intimidad, sexualidad, acuerdos, etc.; aspectos en donde, los menores no tienen injerencia por ser cuestiones de pareja. En este mismo espacio, pero enfocando el rol de padres se puede hacer foco en las cuestiones de parentalidad. Dentro de esta etapa, se puede incluir un taller psicoeducativo que les dé información y herramientas para dicha labor, y en una etapa posterior, podrán colaborar padres e hijos con el fin de abordar problemáticas sobre límites, estilos de comunicación, autoridad, etc.; temas que impactan e involucran al sistema completo. Cada terapeuta evaluará la necesidad familiar y tomará las decisiones respecto a los miembros que conviene integrar en cada momento, de forma sustentada.

Para ilustrar la utilidad de tener momentos de trabajo en conjunto con padres e hijos, pero a la vez la utilidad de tener momentos en donde se separen a los subsistemas, se muestra un fragmento del trabajo con una familia en la que se presentaban interacciones violentas. Con el objetivo de no validar dichas acciones se les cita de forma independiente:

Les expliqué que los cité por separado [a los padres] por lo sucedido en la última sesión, pues ellos trajeron a Juan con la intención de hacer cambios, y en verdad los están haciendo, pero todavía estando los tres juntos, caen en su patrón anterior de acusarse, hacer ver mal a los demás, etc. Por lo que seguiremos un tiempo por separado. Hablamos sobre las formas en las que nuestra cultura y situaciones cotidianas nos llevan a ejercer la violencia. El papá se sobrealta diciendo que no llegan a la violencia, y que ahora puede hablar con sus hijos, cuando antes les decía groserías o los golpeaba. Me relata algo que sucedió el día anterior en el que Juan no dejó que él hiciera cosas que tenía que hacer, y sin embargo él se controló, y Juan permaneció con cara de molestia. Hablamos de un estilo de interacción familiar, en el que con facilidad “el enojo” los domina y los lleva a hacer cosas que no quieren, y también en las formas en que las circunstancias y cultura apoya a estas reacciones.... (Castillejos-Zenteno, 2006, pp. 42-43).

La sesión en conjunto permite identificar la recursividad de las interacciones violentas, pero hacer la separación permitió trabajar la situación con el fin de generar una diferencia.

La pertinencia de la inclusión, por lo tanto, radica también en el establecimiento de límites ya que, como lo establece Carrasco et al., (2011) “la inclusión de los niños requiere una cuidadosa construcción de fronteras entre un contexto ‘entre adultos’ y un contexto compartido por niños y adultos” (p. 101). Podemos entender como frontera aquel espacio que se requiere tener entre subsistemas para marcar los roles de cada uno; es por esto que no se pretende tener siempre a los niños en consulta, sino integrarlos en los momentos en los que se revisarán aspectos de los subsistemas en los que son parte o donde su presencia es necesaria en la situación a trabajar.

Tener claridad sobre las fronteras entre el espacio conyugal, parental y el fraternal, es necesario terapéuticamente ya que delimita el territorio de cada uno de los subsistemas, sobre todo en las familias en donde éstos no están bien diferenciados. No es conveniente involucrar a los hijos en las cuestiones de la pareja, pero si hay momentos en donde cuestiones de la familia se tienen que revisar con los hijos presentes.

Ahora, ¿qué pasa si no se incluye a los niños cuando pueden aportar elementos relevantes al proceso? Si no se tiene a los niños en la sesión cuando es necesario o no se desarrolla un plan claro sobre los momentos en los que cada miembro es útil, el terapeuta corre el riesgo de estar haciendo “más de lo mismo” Watzlawick, Weakland, y Fisch, (1989); es decir, se corre el riesgo de estar apo-

yando a perpetuar la pauta familiar, a no generar procesos de comunicación padres-hijos, a apoyar la idea de un paciente identificado o a generar división en la familia, en lugar de transformarla. Se puede promover que el sistema realice cambios tipo 1, que son aquellos que sólo crean movimientos sin alterar al sistema, pero sin llegar a un cambio tipo 2, que son los que llevan a un verdadero cambio de estado (Watzlawick et al., 1989)

Toda familia opera a través de pautas transaccionales, las cuales establecen las reglas sobre la manera de relacionarse. Existen pautas que no son sanas para el sistema familiar porque lo llevan a interacciones patológicas. ¿Cómo puede la exclusión de los niños perpetuar una pauta o dificultar cambios en la misma? En el siguiente caso ilustramos dicha situación:

Se recibe en el consultorio a una familia conformada por los padres y un hijo de 4 años. El motivo de consulta refiere que el niño es sumamente introvertido y casi no se comunica con la familia. Se le pide a la familia realizar una historia en conjunto y actuarla, el padre menciona que en la historia él sería el rey, la mamá la reina y el niño el príncipe y que padre e hijo se irían de aventura cazando dragones. La madre menciona que no está de acuerdo porque el príncipe no debe ser violento. El hijo toma el disfraz de mago mostrándose emocionado, ante lo que el padre le dice que no lo haga, que tiene que tomar el disfraz de príncipe. La madre le reclama al padre y le dice que lo deje ser lo que quiera, a lo que el padre contesta que podrá ser mago pero que irían juntos a la caza de dragones. La madre se molesta con el padre y le dice al hijo: ¿verdad que quieres ser mago y no quieres cazar dragones? (Castillo-García y Macías-Esparza, 2017).

Al tener a la familia completa y proponerles la actividad, se observa que los padres toman las decisiones sobre lo que se hace sin hacer partícipe al hijo en ninguna decisión, a pesar de ser parte de la actividad. Al niño se le dice cómo jugar, qué vestir y quién ser en el juego. Los padres mediante discusiones, enojos y descalificaciones van definiendo lo que debe hacer el hijo. Si no se incluye al niño en un caso como el presentado, se podría apoyar en el reforzamiento de la pauta en donde el hijo es triangulado por los padres y no se le permite tener voz y voto.

Ante esto es sin duda relevante reflexionar: ¿Estamos tomando las decisiones adecuadas como terapeutas sistémicos para promover un cambio significativo? ¿La forma en la que estamos trabajando con las familias que tienen hijos pequeños es la más adecuada?

## EL RETO DE TRABAJAR CON LA FAMILIA Y LOS NIÑOS(AS)

Cuando una familia con hijos(as) en edad preescolar o escolar decide ir a terapia, en muchas ocasiones ocurre porque desde la escuela piden la asistencia a terapia por alguna situación, ya sea de indisciplina, académica, etc.; porque los padres identifican alguna situación con los hijos que ya es insostenible o porque se está dando alguna problemática que la familia no sabe manejar. Se acostumbra que los padres lleven al niño a consulta esperando que se resuelva la problemática del niño, pero gracias a la epistemología sistémica sabemos que las cosas no funcionan de esa forma. Ver al sistema desde el principio de la totalidad nos permite no caer en las trampas culturales ya revisadas sobre la minimización de los niños, ni en el etiquetado del paciente identificado ya que nos permite atender a la familia como conjunto interrelacionado en donde la conducta de cada miembro es reforzada entre sí.

Dentro de las características de ambos grupos de edad, probablemente las que incidan de mayor manera en la dificultad de atenderlos de forma conjunta en la terapia, sean: la forma de procesar sus dificultades, el foco de atención y el nivel de actividad. La mayor parte de adultos al enfrentar una dificultad utilizamos de forma predominante el lenguaje para organizar nuestra experiencia e intentar darle solución; es así que solemos armar una historia sobre lo que está pasando y hablamos para intentar solucionar lo que nos pasa. Por otro lado, el(la) niño(a) muestra lo que le sucede por medio de su comportamiento y únicamente cuando es mayor comienza a utilizar las palabras para hablar de sus conflictos.

Respecto a lo que les interesa a niños y adultos, el(la) niño(a) se centra en sus propias necesidades e intereses y aunque en los años escolares se incrementa de forma importante su desarrollo moral (Kohlberg 1969; Piaget e Inhelder, 1969), por lo general sigue muy atento a lo que siente y piensa. Por otro lado, los adultos suelen tomar muy en cuenta lo que los otros piensan y muchas de sus actividades tienen que ver con los diferentes roles que desempeñan.

En cuanto el nivel de actividad, aunque sabemos que éste es un atributo individual, es común que el adulto permanezca periodos considerables de tiempo sentado o tranquilo, mientras que el niño está en constante movimiento.

Aunado a lo anterior, Rotter y Bush (2000) afirman que es importante tener a los niños en terapia por sus necesidades de desarrollo y que las familias necesitan la presencia de los niños para tener un compromiso verdadero. Mencionan que en repetidas ocasiones han podido corroborar que el cambio en las familias es menor y más lento cuando los niños(as) no son parte del proceso terapéutico.

Hasta este punto, hemos reflexionado sobre la paradoja de la inclusión de los niños en terapia familiar, los huecos en la formación de terapeutas sistémicos en la atención de familias con niños, las ventajas de tener la familia completa para el entendimiento del problema, así como los sustentos desde la visión sistémica de adecuar el tratamiento por etapas dando espacio a todos los miembros y subsistemas. Ante esto es relevante revisar ¿cuáles son las estrategias que como terapeutas podemos emplear para lograr el trabajo con la familia en conjunto?

#### ALTERNATIVAS PARA INCLUIR AL NIÑO(A) EN LA TERAPIA

De acuerdo con lo revisado, son claras las ventajas de incluir a los niños(as) en el proceso terapéutico. Algunos terapeutas familiares han buscado formas de involucrarlos en el proceso terapéutico para lo que han planteado diferentes técnicas y estrategias, como en el caso de la terapia narrativa (por ejemplo: Freeman, Epston, y Lobovits, 2001); mientras que algunos terapeutas infantiles han buscado formas para incluir a la familia en el proceso (Castillejos-Zenteno, 2006). Las ventajas son claras, pero ahora surge la inquietud: ¿cómo haremos para incluir al niño de forma que participe activamente en el proceso?, pues tanto terapeutas familiares como infantiles coinciden en la dificultad que implica el involucrar a personas de distintas etapas de desarrollo en un proceso conjunto; una alternativa ante este panorama es el juego (Miller, 1994).

El juego puede ser una opción de abordaje para las familias, pues es una excelente opción para las características de desarrollo del niño, y además, los adultos también pueden acceder a él. Aunado a lo anterior, diversas propuestas de comunicación han enfatizado en la importancia de considerar de forma amplia los procesos de interacción y no limitarnos a los aspectos verbales. Visto de esta manera, la limitación en el uso del lenguaje verbal de los niños puede convertirse en una ventaja, dado que el juego aporta además del lenguaje verbal, elementos no verbales a la comunicación, por lo que puede ser un abordaje que amplíe posibilidades en vez de limitarlas. Al respecto Axline (1975) expresó “el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño” (p. 18), a lo que nosotros agregaríamos que también puede ser un medio de expresión muy importante para los adultos.

En la siguiente viñeta se presenta un extracto de una sesión en la que una familia reflexiona sobre los cambios que el hijo ha tenido, utilizando la narración de historias. Además de la actividad planteada, en el siguiente extracto se aprecia la utilidad del juego como forma de comunicación de los niños:

El niño escribe: “Cuando llegué era muy silencioso y pensativo,” termina pronto y se pone a jugar con la familia [de juguete] [en el juego]. El papá y la mamá se golpean y de pasada le pegan a los niños. Ambos padres caen al suelo varias veces. La mamá y el papá [fuera del juego] siguen dibujando sin hacer mucho caso de lo que Juan juega. Juan [fuera del juego] dice viendo a la mamá: “Golpeó a tu hija” (como comúnmente se refiere a su hermana). El papá jala del pelo a la mamá, Juan [fuera del juego] ríe y su mamá lo sigue. Los niños jalan el

pelo a la mamá, que al caer golpea al niño....

.....Le pido a Juan que lea las historias. Él lo hace comenzando por decir que la primera la hizo su mamá. Al terminar sigue [el juego] con la familia golpeándose. Pregunto a los padres si vieron el juego de Juan, la mamá dice que sí que los padres se golpeaban, pregunto si eso tiene que ver algo con su familia, a la mamá se le llenan los ojos de lágrimas y parece sorprendida, me dice que no sabe si eso pueda afectar a Juan pues él parece jugar y no darse cuenta, pregunto a Juan si oye cuando juega, y él rápidamente y en voz baja dice “sí” (Castillejos-Zenteno, 2006, pp. 40-41).

Sobre las características del juego, Bundy (1997) agrupa sus atributos, en tres aspectos principales: motivación intrínseca, control interno y libertad para salir de la realidad.

La motivación intrínseca se refiere al aspecto del juego que implica que la persona elige y quiere realizar la actividad, es decir a una motivación más interna que externa (Bundy, 1997). Dicha motivación interna conlleva a que el niño se mantenga atento a la situación y a que con frecuencia se privilegie el proceso sobre el resultado. Esta característica contribuye a que el juego suela percibirse como divertido. En este sentido, Freeman et al., (2001) comentan que el juego es una forma divertida de abordar las problemáticas, frente a la conversación seria y la resolución metódica de los mismos que han visto que más bien dificultan que se exprese la voz de los niños, el pensamiento lateral y la expresión de los recursos de los miembros de la familia.

En el siguiente fragmento se hace patente la importancia de la diversión para poder enfrentar situaciones problemáticas para los niños:

Juan recrea [por medio del juego con muñecos] la historia en la que el tiburón se va comiendo a todos, como en aquella [otra] ocasión, se va comiendo a uno por uno, aunque ellos busquen negociar o refugiarse, toma la caja donde guardamos los títeres y dice que será su panza. Va metiendo ahí a los que se va comiendo, recordando diferentes sesiones y las cosas malas que les ha pasado a los diferentes personajes. Ya se va a terminar el tiempo, por lo que le pregunto si quiere darle otro final, Juan me dice que no, que prefiere seguir así, yo pensando que habla del enojo le pregunto si quiere que el enojo siga así, él me dice que sí, entonces le pregunto que si prefiere que el enojo siga así ¿para qué estamos trabajando con el enojo? Juan me aclara que quiere que siga así en el juego, pues es más divertido. En ese momento, me doy cuenta de que los juegos que plantea Juan, para él son más “emocionantes”, que las “historias rosas”.

Continuamos hablando de que en las películas los buenos son aburridos o tontos, y le digo que él que es un “experto de la imaginación”, tendrá que encontrar las opciones para el tiburón. Juan dice que el tiburón será el policía, y me da a la bruja. Me dice que ella está haciendo algo malo, por lo que el tiburón la atraparé. Yo tomo la bruja y hago un conjuro, para “dominar a todos”, Juan toma las hadas, dice que me lanzarán magia para atontarme y que el tiburón me pueda atrapar. Lo hace y yo actúo diciendo “cosas bonitas”, que no checan con la bruja, Juan me pide que les mande conjuros a las hadas, luego me vuelve a lanzar magia, y yo hago notar que al parecer con sus “magias”, se están combinando... (Castillejos-Zenteno 2006, p. 47).

Otro de los elementos del juego, el control interno, se refiere a la capacidad del individuo de hacerse cargo de sus acciones (Bundy, 1997). En el juego las personas deciden a qué jugar y cómo hacerlo. En el juego niños y adultos tienen mayores capacidades que las percibidas en la vida real, y la posibilidad de elegir dichas capacidades potenciales, incrementa la factibilidad de que, al desarrollarlas, las pongan al servicio de la solución del problema. En este sentido es un espacio seguro para probar nuevas capacidades, en el que existe menor riesgo que en la vida real.

En el siguiente fragmento se muestra como una familia que ha pasado por la muerte de la madre, reorganiza su nueva forma de vida y exhibe mediante el juego vivencias que incluso al padre le cuesta trabajo poner en palabras:

... Isac se dirige rápidamente a tomar las masitas y su hermana a jugar con la casita. Yo [terapeuta] permanezco cerca de Isac, Patty [terapeuta] cerca del papá y la hermana. Evidentemente son dos escenarios, que quedan

incluso de espaldas. La niña acomoda los muebles en la casa, después pone los muñecos. Patty realiza preguntas y comentarios sobre lo que hace, el papá se mantiene cerca y también hace comentarios, menos frecuentes, que principalmente consisten en preguntas sobre cómo o donde pondrá las cosas. La niña ríe. Isac toma los moldes de las casitas y las modela. Comento que también hace casa como la hermana, el niño hace dos casas, se habla de que es como le pasa a él, una donde vivía antes y donde vive ahora. Dice que la de ahora es un castillo y la hace más grande, también hace árboles. Por el exceso de muebles la hermana los deja de lado, lo que asemeja otra casa, se hace el comentario de que ambos tienen dos casas. El manejo del espacio se hace más circular. El papá ríe nerviosamente, no se involucra en ningún juego, aunque ha estado más cerca de la niña apoyándola con movimientos de la casa o acomodando muebles... (Castillejos-Zenteno, 2006, p. 112).

La libertad de poder ampliar la realidad o de salir de ella, también se relaciona con los atributos del juego comentados antes, ya que se refiere al poder de elección sobre la cercanía que decidimos tener con la realidad (Bundy, 1997). En el juego se pueden hacer juegos de roles, en los que los hijos actúan como los padres y viceversa, lo que puede incrementar la empatía entre ellos; se puede utilizar la imaginación para estar en una situación hipotética utilizando las posibilidades de actuar “como si” estuviéramos en dicha situación o podemos actuar nuestros peores miedos sin que estos sucedan en realidad; elementos utilizados en la hipnosis y el modelo estratégico.

En el siguiente fragmento (tomado de las notas de la sesión) se presenta el trabajo con dos familias atendidas por una de las autoras con el abordaje de la Terapia Narrativa:

Hablamos acerca de los monstruos caseros y leímos parte del manual (Marijanovic, 1997). Les pedimos a cada familia que hiciera su monstruo y su domador.

La familia de Axel hizo al “monstruo del enojo”, comentando que los invade cuando Axel no hace la tarea, por estar jugando fútbol. El domador “El Señor Alegría”, llega cuando Axel hace las cosas bien. Buscamos las historias alternativas hablando de otros momentos en que están contentos.

La familia de Dana habló de varios monstruos que cada uno tiene. “Violencín”, el del papá; el de ella, que es desordenado, manipulador, entre otras cosas, “distráidín”, “chismosín” y “grititos”. Los de la mamá “enojón”, “distráida”, “gritona” y otro. Comentamos que todos estos monstruos son de toda la familia, y no solo propiedad de uno.

Las viñetas anteriores ponen de manifiesto la oportunidad que brindan las acciones lúdicas en el contexto terapéutico, por lo que se identifica al juego como el lenguaje de los niños; pues los niños son muy cercanos a sus motivaciones, funcionan muy bien cuando pueden tener control en las situaciones y son expertos en utilizar su imaginación para idear diferentes mundos.

Aunado a lo anterior, las características del juego descritas pueden manifestarse tanto en niños como en adultos, lo que abre la posibilidad de que sea un recurso utilizado por diferentes grupos de edad como un lenguaje común

Es importante mencionar que, al hablar del juego, proponemos en general una aproximación lúdica, no exclusivamente el juego propiamente dicho, pues terapeutas que trabajan con juego, incluyen en sus propuestas diversas actividades (arte, movimiento, arenero, etc.), pero siempre conservando un contexto lúdico. Al mencionar la característica lúdica nos referimos a la posibilidad de que una actividad resulte divertida y a la oportunidad de cambiar nuestras realidades. De forma particular la terapia Narrativa ha utilizado historias y rituales (Morgan, 1999; Freeman et al., 2001); la Terapia Gestáltica ha utilizado el dibujo, las experiencias sensoriales y el arte (Oaklander, 2009); y la Terapia centrada en la persona ha utilizado un espacio de juego libre de juicios (Axline, 1975).

Una ventaja más de las opciones lúdicas, es que al utilizarlas es más posible que se le dé la palabra a las niñas y a los niños, es decir, que el adulto (tanto los padres, como él o la terapeuta) no caigan en la tentación de interrumpirlos o de tomar su turno. Como se mencionó arriba, O’Reilly (2006) presenta un análisis que muestra que cuando el terapeuta familiar interrumpe a un adulto, suele pedir una disculpa o utilizar alguna otra estrategia cortés, mientras que cuando lo hace con un

niño no lleva a cabo estas estrategias, lo que la autora interpreta como una diferencia de trato que tiene que ver con la percepción de la diferencia de poder entre los adultos y los niños. Al utilizar una opción lúdica es más factible que los adultos tomemos una posición más horizontal, favoreciendo así que se escuchen todas las voces de la familia.

## II. CONCLUSIÓN

A lo largo de este capítulo se ha reflexionado sobre la relevancia de la inclusión de los niños y las niñas en terapia familiar, ya que a pesar de que se da por sentado su participación, encontramos elementos culturales como el adultocentrismo y el tipo de formación que reciben los terapeutas familiares, que demuestran que aún falta mucho por hacer

A su vez, se ha analizado que no podemos asegurar la presencia activa de los niños por el sólo hecho de tenerlos dentro del consultorio, así como la necesidad de incluir en los programas de formación las asignaturas que preparen a los terapeutas para la atención del sistema familiar completo, lo que les permita integrar a los y las niñas; esto ante la evidente utilidad que la propia epistemología sistémica nos presenta desde su principio de totalidad.

También se abordó la importancia de incluir momentos de intervención para los distintos subsistemas familiares dependiendo de la problemática familiar, con el objetivo de dar la atención a todos los miembros de la familia y permitiéndoles ser parte del proceso de crecimiento de la misma.

Por último, se analiza la aplicabilidad de recursos lúdicos ya que permiten tener un lenguaje en común entre los diferentes miembros de la familia, dan la posibilidad a los adultos de comunicarse y ponerse en el lugar de los niños y son un excelente recurso terapéutico.

Ante todas estas reflexiones valdría la pena cuestionar: ¿Qué cosas se podría hacer a nivel cultural para dar a los niños el lugar que merecen? ¿Cómo podrían los programas de formación en terapia familiar dar un entrenamiento formal a los terapeutas familiares en estos temas? ¿Cómo podríamos como terapeutas familiares ser más sensibles al tema con el objetivo de aumentar la efectividad de los procesos?

Por lo tanto, al ser la terapia un espacio de cambio y crecimiento podemos favorecer un cambio en nuestra sociedad, evidenciando la importancia de la figura de los niños y niñas, al incluirlos de forma activa. Lograr esto, supone cambios medulares en la atención a la familia, que estamos seguras se pueden llevar a cabo.

Querría detenerme sobre la eficacia reestructurante del juego, partiendo de la consideración de que éste tiene el poder de la simplicidad y de la inmediatez. Si se transmuta en un juego la conflictualidad de la pareja, la ambivalencia o la rigidez de una relación, [...] la presencia de comportamientos reiteradamente negados en el plano verbal o ignorados, etc. y si el terapeuta logra evidenciar algunas de las reglas disfuncionales del sistema y está en condiciones de convertirlas en reglas del juego, esto no será una simple actividad lúdica sino que pondrá al desnudo con extrema claridad los límites y la inutilidad de ciertos comportamientos relacionales, impulsando el redescubrimiento de modalidades transaccionales nuevas (Andolfi, 1984, p. 146)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M.(1984). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Axline, V. M. (1975). *Terapia de Juego*. México: Editorial Diana.
- Blanco, G. (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. (4)3, 1-15.

- Booth, T. y Ainscow, M. (2015). *Guía para la educación inclusiva: desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares*. FUHEM, OEI.
- Bundy, A. C. (1997). Play and Playfulness: What to look for. En L. D. Parham, y L. D. Fazio (Eds.), *Play in Occupational Therapy for Children*. St. Louis, MO.: Mosby.
- Cámara de Diputados. (2017). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación*, 24 de febrero de 2017. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
- Carrasco, E., Céspedes, L., Álvarez, P., Paz Puentes, C., Yanjarí, R., Castro, P. y Aberg, S. (2011). Terapia familiar ¿con niños? Una mirada desde la intersubjetividad. *De Familias y Terapias*, 20(30), 97-104.
- Carrasco, E. Puentes, C.P. (2005) ¿Juguemos?. Posibilidades terapéuticas del uso del juego en terapia familiar con niños. *Revista De Familias y Terapias* 13(20), 23-33.
- Castillejos-Zenteno, L. (2006). *Un traje hecho a la medida para los niños y sus familias. ¿Cómo incluir a las familias en la Psicoterapia Infantil?* (Reporte de experiencia profesional). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castillo-García, M. T. y Macías-Esparza, L. K. (2017). *Estrategias lúdicas para la elaboración de un diagnóstico estructural en familias con hijos en etapa preescolar y escolar*. Manuscrito en preparación de tesis de Maestría, Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica, Guadalajara, Jalisco.
- Diario Oficial de la Federación. (2014) *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. 4 de diciembre de 2014. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php%3Fcodigo%3D5374143%26fecha%3D04/12/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo%3D5374143%26fecha%3D04/12/2014)
- Espina, J. A., y Cáceres, J. L. (1999). Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIX (69), 23-38
- Freeman, J., Epston, D., y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Jaramillo, J. M., Ruiz, M. I., Gómez, A. N., López, L. D., y Pérez, L. (2014). Estrategias para la inclusión de niños, niñas y adolescentes en contextos familiares. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 477-493.
- Lansdown, G. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF. Florencia, Italia:
- Lengua, J. C. (2001). El Juego en la Terapia Familiar Sistémica con Niños. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 2(1,2). Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/jueterapia.htm>
- Macías-Esparza, L.K. y Laso, E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: La terapia familiar crítica sensible al género. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 129-148.
- Marijanovic, S. (1997). *Manual de monstruos caseros*. Estado de México: Publicaciones Citem.
- Miller, L. D., y McLeod, E. (2001). Children as participants in family therapy: Practice, research, and theoretical concerns. *The Family Journal*, 9(4), 375-383.
- Miller, W. M. (1994). *Family play therapy: history, theory and convergence*. USA: Editorial Johnson Arson Book
- Morgan, A. (1999). *Once upon a time: a narrative therapy with children and their families*. Adelaide: Dulwich Publications.
- Oaklander, V. (2009). *El Tesoro Escondido* (2º Edición). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- O'Reilly, M. (2006). Should children be seen and not heard? An examination of how children's interruptions are treated in family therapy. *Discourse Studies*, 8(4), 549-566.
- O'Reilly, M. (2008). What value is there in children's talk? Investigating family therapists' interruptions of parents and children during the therapeutic process. *Journal of Pragmatics*, 40(3), 507-524.

- O'Reilly, M., y Parker, N. (2013). You can take a horse to water but you can't make it drink: Exploring children's engagement and resistance in family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 491–507.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Prilleltensky, I. (2010). Child wellness and social inclusion: Values for action. *American Journal of Community Psychology*, 46(1–2), 238–249.
- Robles, T., y Zeig, J. K. (1994). *Terapia cortada a la medida: un seminario Ericksoniano con Jeffrey K. Zeig*. México, D.F. Instituto Milton Erickson.
- Rotter, J. C., y Bush, M. V. (2000). Play and family therapy. *The Family Journal*, 8(2), 172–176.
- Salucci, F., Vergara, L., y Wilson, N. (2015). Modelo sistémico relacional y terapia con niños: Sobre el uso del juego en la terapia sistémica. *Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*. (s.p.)
- Umbarger, C. (2008). *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- UNICEF (1989). *Convención de los derechos del niño*. Recuperada de: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobrelosderechos.pdf>
- UNICEF. (2013). Superando el adultocentrismo. *Serie Participación Adolescente Ahora, Cuadernillo, 4*.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1989). *Cambio*. Barcelona: Herder.



# Invitados





## Wanting and not achieving: failed attempted solutions

Marcelo R. Ceberio<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Flores. Escuela Sistémica Argentina

### Historia editorial

Recibido: 26-05-2017

Primera revisión: 29-05-2017

Aceptado: 29-05-2017

### Palabras clave

cambio, solución, resistencia, psicoterapia, síntoma.

### Resumen

Una de las grandes preocupaciones y objetivos de la psicoterapia, es la resolución de los problemas humanos. Son diversos los modelos teóricos que han llevado a cabo por distintas estrategias, la posibilidad del cambio. El *insight*, la explicación, la prescripción de tareas, la actuación y dramatización, la interpretación, han sido algunas de los vehículos intervencionistas que apuntaron al solucionar.

No obstante, una exploración exhaustiva de las tentativas de solución, revela las formas ineficaces de tratar de encontrar el equilibrio y cómo mediante la aplicación de la misma fórmula, se pretende obtener un resultado diferente. La gran pregunta que intenta responder el presente artículo, es ¿a qué se debe que continuamos repitiendo una solución memorizada a pesar de su ineficacia y pretendemos obtener un resultado favorable al cambio?

### Abstract

One of the major concerns and objectives of psychotherapy is solving human problems. There are various theoretical models that have achieved, using different strategies, the possibility of change. The insight, explanation, prescribing tasks, the performance and dramatization, interpretation, have been some of the interventionists vehicles that aim to a resolution.

However, an exhaustive exploration of the attempted solutions, reveals the ineffective ways of trying to find balance and how by applying the same formula, a different result is expected to be found. The big question this article attempts to answer is: Why do we continue repeating a memorized solution despite its inefficiency trying to obtain a favorable outcome towards change?

### Keywords

change, solution, resistance, psychotherapy, symptom

Una de las características originales del modelo breve de Palo Alto es la exploración exhaustiva de los intentos de solución. La base de acciones y retroacciones, según se describe cibernéticamente, hacen a la producción y sostén del problema en la medida que no se resuelve.

El pasaje de atribuirle a un hecho una semántica de dificultad y transformarlo en problema, está mediatizado por lo que puede llamarse las verdaderas protagonistas de tal transformación: *las soluciones intentadas fallidas*. Los intentos de solución son una serie de acciones e interacciones que están dirigidas a resolver la dificultad. Estas acciones son los mecanismos típicos, a los cuales la persona recurre cuando se encuentra frente a un obstáculo, una situación que impide la posibilidad de libre paso, de la experiencia. Cuando estas tentativas no proporcionan los resultados esperados, la dificultad comienza a estancar el proceso de crecimiento, estableciéndose un cambio de nivel lógico: se convierte en problema. Las acciones parten de estructuras ideacionales que desenvueltas en un contexto generan interacciones en el seno de la pragmática del mismo y a la vez adquieren nuevos significados mediatizados por las reglas del contexto. Estos nuevos significados son codificados por el protagonista retroalimentando nuevas ideas en pos de solucionar el problema.

En otras palabras, la adjudicación del estatus de problema y su perpetuación, es el resultado del fracaso de los intentos por solucionarlo, con el agravante de que dichas tentativas –en sí mismas– se han convertido en problema, ya que cuanto más se intenta solucionar, más del mismo resultado se obtiene, por ende, más se instaura en el sistema el problema original.

En general, los seres humanos no explotamos nuestra creatividad al servicio de los intentos de solución. Nuestros marcos conceptuales regidos por la lógica racional (y numerosas son las oportunidades en las que la lógica resulta ineficaz), ciñen un repertorio muy estrecho que no favorece a la variación en términos cualitativos. Pero es lo cuantitativo, el terreno donde nos movemos mejor: tendemos a hacer más de lo mismo a pesar de que los resultados no apunten en la dirección esperada y se obtenga el fracaso.

A pesar de que el niño continúe con problemas de estudio, los padres siguen recurriendo a profesores particulares obteniendo leves modificaciones o ninguna. El hijo no quiere comer y la madre continúa presionándolo con sendos platos de comida, generándole mayor aversión a la comida. El jefe sigue utilizando la reprimenda frente a la ineficacia de un empleado, produciéndole mayor tensión y nerviosismo, con lo cual aumenta su insuficiencia. Los padres le ordenan al hijo que no grite, gritándole. Estas formas de actuar en pos de resolver el problema, genera sendas profecías que se autocumplen: tanto se trata de evitar un tema que se termina produciendo en la acción (Watzlawick, 1988; Pérez Grande et al., 1999; Laso, 2015; Wurm, Warner, Ziegelmann, Wolff y Schüz, 2013).

Las profecías autocumplidoras (Watzlawick, 1988) parten de la cognición y terminan construyendo en lo pragmático aquello que en lo cognitivo se predice. En este caso, se realizan acciones que incrementan y sostienen el problema, a pesar que tales acciones se intentan suprimirlo.

Por otra parte, como hemos señalado, el problema recorta un sistema. En ocasiones, este postulado lleva a la confusión, puesto que generalmente se piensa que un problema se produce en un sistema determinado. Si bien es cierto, puesto que es obvio que vivimos en sistemas y el problema se desarrolla en un contexto que involucra un sistema social, familiar, marital, etc., pero no siempre afecta a todos los integrantes pero sí a un núcleo determinado.

A partir del problema, se delimita un perímetro que compromete a algunos miembros del sistema a una modalidad interaccional, a diversas construcciones cognitivo-perceptivas, al contexto en que se desenvuelve y a una serie de acciones destinadas a resolverlo. En síntesis, *el problema crea una realidad propia*.

Pero a esta altura de la descripción de los intentos de solución, cabe la pregunta acerca de ¿cuáles son los motivos por los que la persona continuando aplicando la misma fórmula a pesar de la inefectividad?, ¿Por qué se reitera y se incrementa las tentativas de solución aunque se obtiene el resultado contrario?

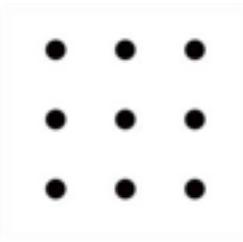
La respuesta se halla en nuestra propia estructura cognitiva. Nuestro modelo de conocimiento está patrocinado por los preceptos de las ciencias positivistas, ver para creer –paradigma obsoleto de la ciencia pero que conserva su estatus en la sociedad posmoderna– razón más que suficiente para avalar los intentos infructuosos. Tendemos a realizar procesos basados en:

- Ecuaciones lineales y la búsqueda de las causas: nuestro pensamiento se basa en la lógica del porqué lineal, causa efecto, es decir cada vez que vemos un resultado tratamos de explicarnos porqué sucede.
- Principio explicativo: la tendencia a explicarnos pero de manera unidireccional y simplista (Morin, 1984, 1986).
- El método *analítico sumativo* (Onnis, 1999): de descomposición de partes, analizar cada una y sumarlas con la ilusión de captar y entender el todo.
- Pensamiento binario: que oscila linealmente entre polaridades
- La lógica matemática: aplicar componentes de la lógica deductiva al territorio de las emociones, basamento fundamental de todo problema humano, más allá de la construcción cognitiva.
- Realidad objetiva: sostener a ultranza la búsqueda y creencia en una realidad única, externa a la mirada y creer que puede observarse con objetividad (Ceberio y Watzlawick, 2003).
- Busca de la verdad única: entender que existe una sola verdad y que debe ser develada en la ilusión de solucionar el problema.
- El *insight*: creer que el “descubrir” esa realidad externa, esa única verdad, explicarla y comprenderla, es la posibilidad de resolver el problema.
- Inercia cognitiva: tendencia a aplicar esquemas de pensamiento repetitivos, a estereotipar procesos tipo efecto *dominó cognitivo*.

Todos estos componentes conforman las bases epistemológicas de un modelo clásico de conocimiento, más claramente de las ciencias modernas positivistas. Cuantas veces tendemos a aplicar soluciones memorizadas y reiteramos el más de lo mismo, mientras que continuamos aplicando fórmulas con esquemas repetitivos.

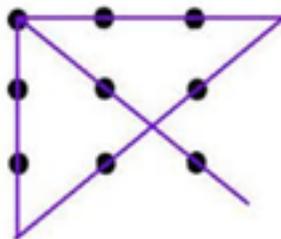
Esta rigidez de los esquemas mentales conforman nuestro modelo cognitivo, del cual somos presos si no logramos ejercitarnos en la creatividad y excedemos los límites de nuestras fronteras mentales. El hemisferio izquierdo, racional y lógico, es el que predomina en el análisis de la situación para una probable solución. Mientras que el derecho, creativo y más emocional, se relega cuando es el momento que más hay que activarlo.

Este proceso se observa claramente en los problemas de ingenio, por ejemplo en el problema de los *nueve puntos*. Este es un problema simple y dificultoso de aprender pero que es un claro ejemplo de soluciones intentadas fracasadas. Se colocan nueve puntos (como indica la próxima figura) y la consigna es atravesarlos sin levantar el lápiz con cuatro líneas rectas.



Cuando analizamos el proceso, después de la pautaación de la consigna y mirando los nueve puntos es imposible no ver el cuadrado (por la ley gestáltica de la proximidad: una sucesión de puntos conforman una línea recta). Entonces, la persona queda atrapada dentro de la cuadrícula, con lo cual los ensayos se hallan circunscriptos al perímetro del cuadrado. Para lograr resolver el problema

102 se debe exceder la ilusión de ese perímetro. Porque al final eso es, una ilusión. Las líneas que trazaremos para solución de la propuesta deben traspasar los límites del cuadrado imaginario.



El cuadrado que vemos no solo es concreto sino que es una metáfora de nuestra propia cuadratura conceptual, nuestros esquemas rígidos que no nos permiten salir de nuestro modelo de procesar información. Para exceder el perímetro de nuestro modelo, hace falta creatividad. Si realizamos una asociación con la teoría de los dos hemisferios, la cuadratura es nuestro hemisferio izquierdo, racional, de cálculo matemático; mientras que el derecho, (las líneas que exceden el perímetro) es más emocional y es el que nos indica el camino de la creatividad.

El mismo fenómeno sucede con los cálculos matemáticos. Una simple cuenta de multiplicar de tres cifras nos puede servir como ejemplo. Hemos experimentado en el Laboratorio de Neurociencias y Ciencias sociales (LINCS) de manera no sistematizada este ejemplo, explorando las diversas reacciones que expresan el desconcierto en los participantes, con el objetivo de indagar acerca de los constructos rígidos y la estereotipación de fórmulas mentales. Le presentamos a un grupo de personas una cuenta de multiplicar de tres cifras, pero alteramos el proceso de iniciar por la secuencia unidad, decena y centena. En general, iniciamos con centena, seguimos con unidades y terminamos con decena.

Cuando iniciamos el proceso, las más diversas caras de confusión se han detectado, hasta expresiones como *No, te equivocaste / Me parece que no es correcto / Hummm no está bien*. Inmediatamente después instamos a reflexionar sobre el tema, estimulando a ver el modelo personal que se coloca en la prueba. A posteriori, realizamos la prueba con el modelo tradicional (comenzando por unidad, decena y centena). En general los grupos experimentan una tranquilidad y descompresión al encontrarse con esquemas conocidos, a pesar que conocen el axioma matemático que dice *El orden de los factores no altera el producto*:

324	324
<u>x 132</u>	<u>x132</u>
32400	648
648	9720
<u>9720</u>	<u>32400</u>
42768	42768

Todos estos mitos son correctores de desvío, hacen a la construcción rígida y no permiten cuestionamiento, son *per se*, mejor dicho esa es la creencia que no nos permite atrevernos al cambio. Al final de cuentas, no solo somos presos de sistemas -puesto que integramos y vivimos en sistemas- sino que estamos atrapados en nuestros modelos mentales, pero aún más, estamos a la debacle de nuestra biología. En este sentido epistemológico, la libertad es una falacia.

Es que nuestro cerebro sistematiza no solo contenidos sino procesos, más precisamente formas de procesar la información. Por otra parte, estamos tan imbuidos en la lógica racional que aplicamos fórmulas basadas en ella y nos olvidamos de que los problemas humanos están regidos principalmente por las emociones. Con esta base y haciendo honor a la frase *el hombre es un animal de costumbre*, aplicamos una y otra vez la misma fórmula a pesar de obtener el resultado contrario al

que deseamos obtener. Mientras tanto cuestionamos los resultados y no las premisas que nos llevan a los mismos.

Entonces, no solo se deberá prestar importancia al miembro problema o sintomático, sino también al resto del sistema, puesto que los intentos de solución exceden el marco del protagonista. En una oportunidad, una familia consultaba por la madre, una señora diagnosticada como una depresión psicótica que permanecía todo el día sentada en un sillón y se quejaba de su sequedad bucal, producto de la administración de cantidad de psicofármacos. Vino a la sesión acompañada de su marido, un señor pelado y retacón y sus dos hijas, la mayor casada y la menor que vivía con ellos. Cuando les pregunté qué habían intentado para solucionar la postración de la madre, me contestó el señor, quien le insistía en que se levantara, fuera a enseñar catequesis y pasear. Las hijas le hacían alternativamente la comida y la invitaban a salir de paseo, a ver el sol, en los días cálidos, la invitan a tomar un café al bar, etc.. Todos intentos que habían caído en saco roto. Ellos quería que esta señora se levante de ese sillón, pero todo lo que habían intentado había resultado ineficaz.

Como se verá, todas las sugerencias están sostenidas por la lógica racional: es lógico que si la mujer está postrada, se la inste a levantarse, si está inactiva se le proponga una actividad. Pero, sin embargo, cuanto más se le sugiere este tipo de proposiciones lógicas, menos se obtiene el producto deseado. Es más, podríamos afirmar que si cuanto más se le dice menos hace, quiere decir que las propuestas refuerzan su postración. Es algo así como *si quieres que no se levante proponle que se levante*.

Todos estos intentos estaban poblados de negativas por parte de la señora, quien insistía en su sequedad bucal y que no quería abandonar en absoluto su cetro desde donde dirigía a todos. Cuanto más se le decía que se levantara, más se quedaba abroquelada al sillón, razón por la que este estado no solo lleva años sino que fue progresivo. La terapeuta que dirigía el caso estaba casi resignada.

Quando entramos en la consulta, se desarrolló una maniobra paradójal (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Watzlawick y Nardone, 1999; Ceberio y Watzlawick, 2010) muy directiva y en up. Le dije que habíamos deliberado con el equipo y teníamos un par de encargos que debían cumplirse al pie de la letra. No mostró mucho asombro cuando le recomendé comer caramelos ácidos para estimular la salivación, pero puestos en una caramelera que se encontraría situada en el lateral del sillón y que le permitirían extraer los caramelos con el mínimo esfuerzo. Tan solo estirando el brazo, una leve flexión le permitiría recoger la golosina.

Pero experimentó una rara reacción (que fue la primera que mostró en la sesión), cuando le pregunté desde que hora y hasta que hora ella estaba postrada. Entonces le ordené que tenía prohibido levantarse del sillón, que debía permanecer sentada desde las 8 de la mañana hasta las 9 de la noche, hora que ella se retiraba a la cama. Fue una enérgica proposición, que me llevó a ponerle especial énfasis a la orden. Le dije además que debía hacer desayuno, almuerzo, merienda y cena, en el sillón y que tenía permitido levantarse en tres oportunidades para ir al baño.

Mientras que describía vehementemente la tarea, la mujer por primera vez se rebeló: comenzó a mover su cuerpo y se cambiaba de lado una y otra vez en su silla, hasta que por fin dijo algo y ese algo fue *¡¡¡Nooo!!!... ¡¡¡Yo no voy a hacer esto que me manda!!!*: la mujer había reaccionado a la intervención paradójal de manera alevosa. Ese fue el tenor del resto de la sesión, mientras continuaba moviéndose en la silla, refunfuñando y diciendo que no iba a hacer lo que yo le prescribía. Lo más impresionante recuerdo, fue la reacción de su esposo y sus hijas.

Ellos, quienes hacía tan solo cinco minutos atrás le insistían a su madre que debía levantarse del sillón y todas sus tentativas (vanas) estaban dirigidas a sacarla de su aposento, ahora comenzaron a imputarle lo contrario. Las dos hijas, casi al unísono, le decían: *¡Mamá te tienes que quedar en el sillón, no seas cabeza dura!* El esposo, en un arranque de rabia, me dijo: *¡¡Se da cuenta Doctor que es una borrica!!!... ¡¡Si el Doctor te dice que te quedas en el sillón, te quedas en el sillón, coño!!* La cara de la co-terapeuta expresaba su asombro. Esa misma gente que consultaba por la madre ostrá-coda y postrada y negada a levantarse de su sillón, ahora le reclamaba que se quedara en ese mismo lugar, sin siquiera tomar conciencia de lo que decía.

La sesión culminó en un clima inverso al que había comenzado. La mujer continuaba diciendo que no se quedaría en el sillón todo el día, y la familia continuaba reclamándole que se debía quedar. Más aún, en los últimos minutos de la sesión, la señora se puso de pie al lado de su silla, en señal de rebeldía a todos los afanosos intentos por convencerla que se quedara postrada.

Por supuesto que este tipo de consultas y de efectos de intervenciones, no siempre se producen de manera tan *alevosa*, pero este ejemplo sirve para mostrar que la resistencia al cambio no solo se halla tanto por parte del protagonista del síntoma, como del sistema que lo sostiene, es decir, el síntoma es alostático (Mc Ewen B, 2006) puesto que anuncia la necesidad de restablecer el equilibrio: aparece en uno de los miembros pero es apareado de manera complementaria al resto.

En la vida cotidiana realizamos intentos de solución ineficaces y reforzamos el malestar en cambio de solucionarlo. Así se puede estar años acarreado un problema, hasta que se finaliza conviviendo con él. Acomodando el nicho ecológico al problema.

## SÍNTOMAS Y PROBLEMAS

Cuando un terapeuta explora acerca del problema del consultante, deberá explorar diferentes variables que se encuentran implicadas en el sostén del problema y que se interinfluencian interpotenciándose. En principio deberá delimitar si es un síntoma o un problema. Es decir, un problema puede deberse a cuestiones intersistémicas, cuestiones arbitrarias del contexto que pueden ser resueltas o no de acuerdo a la tipología de funcionalidad o disfuncionalidad sistémica del sistema que enfrenta el problema. Un hecho, producto del contexto, podrá ser resuelto de manera rápida por un sistema abierto y flexible, o podrá transformarse en un síntoma de la disfuncionalidad del sistema en un sistema rígido u homeostático. Mientras que un síntoma, emerge de las *fauces* del sistema. Surge de las variables intrasistémicas como una forma patológica de denuncia de la disfunción del sistema. Un síntoma es una metáfora que debe ser codificada a la luz del sistema y se constituye en una forma de expresión del desajuste del sistema. Un síntoma siempre es un problema, pero no todo problema es un síntoma.

Esta disquisición implica trabajar el sistema con diferentes estrategias. Se espera mayor resistencia si el sistema ha debido recurrir al síntoma como una forma de expresión de su disfunción. Desde esta óptica, es posible entender que numerosas conductas sintomáticas son el resultado de los problemas que acaecen en el sistema. Esta definición gira copernicanamente las ópticas tradicionales que centralizan la conducta anormal en una persona, negando al resto del grupo: para observar el todo del cual una parte es emergente, un miembro que representa la evidencia de que algo está fracasando o no funciona de manera correcta.

No son pocos los niños que hacen trastornos de aprendizaje o de conducta, de cara a los problemas conyugales de los padres; o las ausencias de figuras paternas, de autoridad o de falta de límites, pueden encontrarse detrás de una persona adicta; o como bien observaron en los años '60 Bateson y su grupo, los dobles mensajes –como una modalidad de comunicación– que una madre le proporcionaba a su hijo, generaban a lo largo de su crecimiento la posibilidad de un trastorno esquizofrénico. Comunicación que llamaron *Teoría del doble vínculo* (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1962).

No obstante, no quiere decir que siempre sea así. Siempre, es un término que en psicología es muy difícil de aplicar. Un síntoma es muy controvertido de definir o explicar, puesto que es el resultado de múltiples variables: Factores inconscientes, comunicacionales e interaccionales, experienciales, históricos, bioquímicos, orgánicos, endocrinos, neurofisiológicos, inmunitarios, cognitivos y emocionales, convergen para constituir un trastorno bulímico, de pánico, anoréxico, depresivos, de obesidad, de drogadicción, psicótico, obsesivo compulsivo, familiar de pareja, etc. Solamente es factible construir una hipótesis que concatena diferentes observaciones (distinciones) que el psicoterapeuta realiza en ese momento único e irrepetible de la interacción que establece en la sesión.

Una hipótesis que será tramitada por alguna vía (pragmática, emocional o cognitiva) que el terapeuta considere apropiada para que el paciente pueda generar un cambio.

Es importante que el paciente concencie que al integrar sistemas, es participe en mayor o menor grado de los trastornos o de los síntomas que puedan encarnarse en un miembro. Es decir, poseemos un nivel de responsabilidad (no de culpabilidad) cuando aparece un problema en el sistema. Cuáles son las acciones e interacciones que se desarrollan para colaborar en la producción sintomática, intencionadamente o no. Reiteramos, inclusive hasta cuando se trata de resolver el problema y se insiste aplicando la misma fórmula que da el resultado contrario al que se desea obtener: la lógica racional y el pensamiento convencional, deja atrapado al paciente en un proceso de razonamiento sistematizado que continúa repitiendo una y otra vez, aunque sea inefectivo.

La estructura familiar, como la estructura del sistema eléctrico posee diferentes circuitos con diferentes funciones. Cada una de las partes contribuye al funcionamiento total del sistema. Pero hay una parte del circuito que antiguamente se la denominaba fusible, cuya función era preservar a todo el sistema en el caso que existiese una anomalía o una sobrecarga de electricidad que pudiese quemar literalmente el circuito en totalidad. En numerosas familias, la aparición de un miembro sintomatizado cumple esta función. Es decir, es el que denuncia de una manera patológica lo que la familia está disfuncionando, solamente hay que tener la pericia de darse cuenta que no es un miembro enfermo sino es la expresión de un sistema enfermo.

Este es el sentido cuando nos referimos a que *todos somos responsables*, puesto que el integrante con el síntoma es el que se hace cargo el que toma la papa caliente de un sistema familiar que algo está haciendo de manera errónea. Y esto se puede aplicar a cualquier sistema (grupos, empresas, escuela y demás organizaciones). Claro que sería mucho más sencillo denunciar los problemas del sistema explícitamente y no necesitar recurrir a semejante sacrificio sintomático: pero cada uno hace lo que puede y llora por donde puede. Algunas familias niegan barriando debajo de la alfombra y diciendo *aquí no ha pasado nada*, otras se mantienen aglutinadas rígidamente, otras se disgregan, otras –las familias *American Express*– que aparecen sonrientes y radiantes en la foto, sosteniendo las locuras a costa de la imagen. En fin, son numerosas las formas a que los sistemas recurren para sostener su estructura incólume.

Por ejemplo, en los últimos años, en Buenos Aires han aparecido en consulta numerosas parejas de padres de adolescentes, que reclamaban un cambio en uno de sus hijos. Este cambio aludía a que estos hijos (cuya edad oscilaba entre los 21 y 28 años) *no hacían nada*, es decir, algunos eran estudiantes crónicos con poco avance en sus estudios y no trabajaban, otros ni siquiera estudiaban. La crítica estaba referida a que con esta actitud no tendrían futuro, no tenían una posición activa y de iniciativa en la construcción de proyectos de vida.

La mayoría de estos padres –de clase media-media y media-alta– habían buscado hablarles a sus hijos, dándoles los consejos tradicionales sobre como conducirse en sus actividades, cómo debían cambiar de actitud, crecer, hacer proyectos, trabajar para ser independientes, empezar de abajo, proponerse metas, estudiar para consolidar un futuro, en síntesis todo un glosario de lecciones de vida. Por supuesto que la consulta tenía por objetivo que estos hijos hicieran terapia para poder evolucionar y concretar el anhelo de sus padres. Estos padres habrían pedido la consulta, dado que los intentos coherentes y racionales que habían implementado, no les dieron el resultado esperado.

Estas familias eran de clase media alta y clase alta y explorando su estructura e historia, observa que estos padres eran hijos o nietos de inmigrantes (españoles, judíos polacos, rusos y sefaradíes, italianos), cuyos antecesores habían llegado al país, pobres y con muchas ganas de trabajar –*de hacer la América*. Estos padres, en su infancia y adolescencia habían vivido la vida de sacrificio y trabajo de sus propios padres, de restricciones y limitaciones, no de pobreza pero si de poca holgura económica, cuyos padres les impusieron la profesión y el trabajo (la mayoría pertenecían a la generación de la década del '40 –*Mi hijo el Doctor*–). Ahora estas parejas de padres, eran en general, ambos profesionales que habían ejercido prósperamente la profesión y no deseaban que sus hijos pasen por las mismas restricciones que ellos habían vivido.

Paralelamente al reclamo inefectivo hacia sus hijos, que se había transformado en exigencia y había llegado a enojos y desplantes subidos de tono en la familia, estos padres nunca dejaron de abastecerlos económicamente. En la mayoría de los casos, a estos adolescentes tardíos se les pasaban una especie de *sueldo de hijos* semanal o mensual, algunos tenían automóvil que no era mantenido por ellos sino que sus padres les pagaban el seguro, patente y combustible, también había llegado a inventar puestos de trabajo en empresas de amigos que eran pagados por ellos subrepticamente, en algunos casos, estos hijos vivían solos en casas alquiladas por los padres, o vivían con los padres usufructuando de todas las comodidades del hogar y sin colaborar ni en gastos, ni limpieza y menos cocinar.

Con respecto a las soluciones intentadas, se observaba un doble juego para resolver el crecimiento de los hijos. Se basaban en una parte, en que se les reclamaba independizarse y en otra, retenerlos mediante todas atenciones hacia ellos. Ninguno y hasta es lógico, iba a levantarse temprano y revisar las ofertas laborales en el diario o Internet, sino no sentían realmente la necesidad. Se les decía a estos padres, en terapia, que si se estuviese en el lugar de estos hijos, costaría mucho independizarse y renunciar a todas las comodidades: cama *calentita*, comida, mucama, auto, ropa, sueldo y otros extras.

Los hijos estaban en una encrucijada puesto que la propuesta de evolución implicaba dejar el paraíso y entrar en el territorio del sacrificio. El terapeuta les señalaba irónicamente *no me quieren adoptar!!*, porque nadie querría salir de semejantes comodidades. Estos padres no quieren que sus hijos pasen lo mismo que pasaron ellos en la infancia: ciertas limitaciones en la posibilidades de hacer, adquirir, comprar, viajar, etc. Ni siquiera esta actitud es consciente. Este complejo conlleva la falta de límites en el dar y a que se sientan culpables si intentan colocarlos. Es una actitud que entrapa a los hijos pero también a ellos mismos.

El cambio de los intentos inefectivos implicó un cambio en el sistema de creencias de los padres, es decir, una reformulación de su propia historia y que no eran *malos padres* si restringían el dar a los hijos. Se trató de coherentizar la demanda que ejercían con el propósito de que sus hijos se independicen, con las acciones consecuentes. Por lo tanto, pidieron menos y accionaron más, generando limitación en los hijos en lo que respecta al dinero y a la manutención personal, lo que provocó que los hijos se activaran de cara a la firmeza de los padres en la restricción. Con estos padres se implementaron una serie de prescripciones sobre la base del famoso dicho popular que dice *que no hay que darles el pescado, hay que darles la caña y enseñarles a pescar*. Ellos les daban el pescado no crudo sino preparado como un plato exquisito, y pretendían que sus hijos, salieran a pescar y, más, fuesen duchos en la pesca.

Como se observa en este ejemplo de práctica clínica, que forma parte de una investigación, no solo está la responsabilidad sintomática de los hijos, sino los intentos frustrados de los padres que colaboran con el más de lo mismo de los intentos repetitivos basados en la misma creencia. O sea, un todo disfuncionante que genera, interacciones, cogniciones, emociones y un pull neuroquímico que alienta a mantener el cuadro.

En la labor terapéutica, entonces, se desarticulará (redefiniendo por medio de intervenciones o prescripciones) la visión y el circuito que sostiene el problema-queja. Si las soluciones intentadas son sus sostenedoras y agravantes, el terapeuta tratará de dismantelar el más de lo mismo, bloqueando así, en principio, la recurrencia originada por las tentativas ineficaces. Apelaré al recurso de la creatividad, para colocar en su lugar una nueva opción que posibilite la ruptura de la redundancia.

En numerosas ocasiones, las intervenciones o prescripciones *paradojales* (Watzlawick, Wealkland y Fisch, 1974; Ceberio y Watzlawick, 2010; Beyebach, 2010) son los giros copernicanos en los intentos de solución, ya que desafían a la lógica racional, modificando los circuitos recursivos que sostienen el problema. Por ejemplo, es el caso de los pacientes que padecen ataques de pánico, trastornos fóbicos y diversas obsesiones, cuyas soluciones intentadas apuntan al control sintomático. Del típico y constante repetirse *no me va a pasar nada*, se obtiene el fracaso y la acentuación cada vez mayor de la disfunción.

El terapeuta estratégico breve –en una de las llaves más utilizadas en este tipo de casos–, luego de explorar los pasos secuenciales de su ataque (por ejemplo: mareos, náuseas, taquicardia, sudación, angustia, temblores, calores, desmayo, etc.), le pide que se esfuerce concentradamente en realizar los dos primeros pasos de la secuencia; mientras que intenta ir hacia la esquina de su casa a comprar una golosina. Estas prescripciones arrojan como saldo que –sorpresivamente (para el cliente)√ a pesar de haberlo intentado y reintentado, solamente sintió una leve sensación de vacío estomacal (y sus subsecuentes sensaciones de mayor seguridad, valorización y extrañeza por el cambio; Ceberio, 2011).

Este puede ser uno de los dividendos de la paradoja, en donde la opción de una alternativa diferente a los intentos fracasados –que en términos cibernéticos son acciones correctoras homeostáticas–, genera la desviación de la reverberancia rígida, induciendo a una crisis en el sistema, de lo que se espera un cambio pragmático. Esta inducción de entropía, desestructura la acción sintomática. El cambio de las soluciones intentadas, provoca una diferencia en la respuesta del síntoma, redimensionando así la perspectiva de realidad de la persona. De cara al paciente, que extrañado y entusiasmado comenta que *notablemente no apareció su síntoma como esperaba*, el terapeuta se mostrará escéptico y restringirá el cambio frente a tal alegría: *Hummm, no se cambia tan rápido...*, en el intento de prevenir cualquier retroceso resistencial de la sistematización de las nuevas acciones, a pesar de que ya el paciente ha comenzado a sentirse más seguro. El resultado posible es un cambio a nivel lógico, un cambio de estatus epistemológico: es la transformación del problema en dificultad y es la dificultad la que puede ser resuelta.

En general, el pasaje constructivo del problema hacia el estatus de dificultad es casi imperceptible, puesto que, frecuentemente, la constitución de una nueva percepción sobre la situación conlleva la solución en lo pragmático (o viceversa), pero lo que en realidad se resuelve es la dificultad, o sea, el problema transformado en no problema. De acuerdo a la nueva perspectiva, hay un cambio de categoría: se logra ver *no tan grave*, lo que se calificaba como *muy grave*, hasta llegar a la *ausencia de gravedad* de la situación. Por lo tanto, desde esta última construcción se encuentra el camino a la resolución.

Así, el terapeuta –especialmente en el modelo de Palo Alto–, no ofrece una gama de soluciones como si fuese un consejero o asesor. Pone en marcha una serie de intervenciones que inducen a ejecutar una deconstrucción y a proponer, mediante una acción alternativa a las implementadas, una construcción nueva que supone un acto co-constructivo resultado de la interacción terapeuta-paciente. El trayecto que va, desde el problema hasta la solución (deconstrucción y nueva construcción), conduce a la baja de tensiones y angustias. Pero no sólo esto, fortalece los parámetros de autovaloración y seguridad perdidos o nunca encontrados por el paciente, puesto que la desvalorización y la baja autoestima son sentimientos que aparecen frecuentemente en los seres humanos, cuando no se encuentran los referentes adecuados para los resultados esperados.

Podríamos resumir –constructivista y cibernéticamente– que el cambio de realidad y la modificación de reglas de un circuito redundante, se basan -desde la terapia estratégica breve- trabajando sobre dos flancos a saber: el cognitivo y el pragmático:

- Intervenciones reestructurantes: desarrolladas en el juego dialogal terapeuta-cliente en la sesión, dentro del contexto del consultorio.
- Prescripciones de comportamiento: acciones dirigidas que se llevan a la práctica fuera del ámbito de la sesión, en el escenario *real* y con los integrantes que participan en el sostenimiento del problema.

No obstante, ambos recursos se entrecruzan y cooperan sinérgicamente con el objetivo de la solución, desestructurando los intentos fallidos y aportando la pauta cognitiva nueva en la percepción que logra el cambio de óptica y la ruptura del statu quo. De esta manera, podría pensarse que la conocida técnica sistémica del *reframe* (reestructurar), no sólo se remite a ser una herramienta específica dentro de la gama de estrategias que cuenta el terapeuta, sino que todas las intervenciones provocan un cambio de las atribuciones de sentido acerca de la problemática planteada. Se construirá

## VARIABLES QUE SOSTIENEN EL PROBLEMA

Al investigar el motivo del mantenimiento de los intentos de solución, además de la sistematización de operaciones mentales, se encuentra una posible explicación que afirma que algunas soluciones intentadas ofrecen un alivio momentáneo a la persona que sufre trastorno de pánico. Laborit (1981) ofrece una ilustración ligada a la neurobiología. Según su modelo, con la corteza cerebral se llega a la anticipación gracias a la experiencia memorizada de los actos gratificantes o nociceptivos y a la elaboración de una estrategia capaz de satisfacerlos o evitarlos. La organización de la acción se produce a tres niveles.

El primero, a través de una estimulación interna y/o externa, organiza la acción de manera automática sin capacidad de adaptación. El segundo organiza la acción teniendo en cuenta la experiencia anterior, gracias al recuerdo de la cualidad agradable o desagradable de la sensación que de ella se ha derivado. El tercer nivel es el del deseo, y va ligado a la construcción imaginaria que anticipa el resultado de la acción y la estrategia que hay que seguir para asegurar la acción gratificante, o la que evita el estímulo nociceptivo. De ésta manera, si una acción produjo un efecto en ese momento deseable o gratificante, existirá una tendencia a repetirla, por más que la misma no traiga una solución real al problema.

A partir de este mecanismo es posible comprender que lo que en un comienzo es una forma aprendida para resolver un problema, confirmada y reforzada por las experiencias y relaciones sociales, se convierte en una reacción espontánea e incontrolada: un sistema de percepción y de reacción frente a la realidad, rígido e incapaz de ser modificado por la razón (Nardone, 1997). Sin embargo, no debe olvidarse que se debe considerar a la conducta-problema en contexto, es decir, mantenida por acciones entre individuos de un sistema, que, al intentar resolver esta situación difícil o molesta, la fijan (Casabianca y Hirsch, 1992). Es por esto que deben tenerse en cuenta las acciones, actitudes y pensamientos del núcleo familiar/social del individuo.

Cuando un terapeuta breve trabaja tanto con el problema o con el síntoma-problema (es decir, el problema sea sintomático o no) no solamente focaliza e intenta buscar la estrategia para su solución, sino que sobre el sistema original se asienta una serie de factores que dificulta la rápida resolución. Es que en torno al problema original, existen en simultáneo toda una serie de variables que asientan al problema y lo dificultan y traban en su resolución. Estas variables se encuentran implicadas en el sostén del problema y se interinfluencian potenciándose.

La primera variable es el problema original que es el inicio del trabajo terapéutico. Se trata de localizar y focalizar al problema y entender si es sintomático o eventual en el sistema y es el primer paso para entenderlo y buscar opciones para el cambio. En principio se trata de analizar si el problema principal es un síntoma (intrasistémico) o un problema (extrasistémico). Es decir, un problema puede deberse a cuestiones intersistémicas, cuestiones arbitrarias del contexto que pueden ser resueltas o no de acuerdo a la tipología de funcionalidad o disfuncionalidad del sistema perjudicado. Un hecho, producto del contexto, podrá ser resuelto de manera rápida por un sistema abierto y flexible, o podrá transformarse en un síntoma de la disfuncionalidad del sistema (en sistemas cuya rigidez y poca disposición al intercambio llevan a que se cristalicen sus funciones e interacciones).

Mientras que un síntoma, emerge del interior del sistema. Surge de las variables intrasistémicas como una forma patológica de denuncia de la disfunción del sistema. Un síntoma es una metáfora que debe ser codificada a la luz del sistema. Por ejemplo, un terremoto puede ser un problema que deberá resolver un sistema familiar si se encuentra en la zona del desastre. Este es un factor extrasistémico, un evento que acaece fuera de la funcionalidad de la familia. Un trastorno de conducta de un niño pequeño en la escuela, puede ser el síntoma –y como tal intrasistémico– denunciante de

un clima de tensión y agresión constante del grupo familiar. Cabe agregar que el problema puede ser extrasistémico como en el ejemplo del terremoto, pero la manera en que el sistema maneja la situación puede mostrar su funcionalidad o disfuncionalidad, en cuyo resultado puede hallarse el emergente sintomático.

Esta disquisición implica trabajar el sistema con diferentes estrategias. Se espera mayor resistencia si el sistema ha debido recurrir al síntoma como una forma de expresión de su disfunción. Diferente resulta si es una variable externa que el sistema ha debido afrontar. No obstante, el terapeuta evaluará las resistencias al cambio de acuerdo a cuatro variables: cantidad de síntomas, calidad de síntomas, intensidad y tiempo desde la aparición (Ceberio en Kerman y Ceberio, 2014).

La segunda variable de análisis son los problemas originados por el problema que crean diferentes frentes que enrarecen otras áreas de la vida de la persona. Los llamamos *satélites* porque son problemas que se originan a partir del problema original y se mantienen en torno a él y se reproducen en la medida que el problema original se sostiene. No son pocas las oportunidades en que el problema original logra resolverse y algunos de estos problemas quedan como remanentes disfuncionales del sistema.

Estos problemas entorpecen el proceso de solución pero a la vez lo pueden facilitar, puesto que en muchas oportunidades son la vía de acceso a la solución del problema original. Es decir solucionando el satélite, por efecto dominó se desbarata el problema madre.

La tercera variable, es un factor que refuerza pero que además puede desencadenar otros síntomas: el estrés. Todo problema o síntoma genera un factor estresor, altera y activa ciertos neurotransmisores y hormonas, y carga de ansiedad y angustia al problema original. La sintomatología estresora que provoca el problema es un problema que entorpece la resolución. (Mc Ewen, 2006). El estrés se hace presente en la medida que el problema no se resuelve. La ansiedad activa y es activada por el eje hipotalámico hipofisiario que termina estimulando la suprarrenal y segregando cortisol y adrenalina de cara a la incertidumbre que se produce ante el no cambio.

La cuarta variable son los intentos de solución fallidos que se han constituido en problemas al no resolver el problema. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) Constituyen, como lo observamos en el presente artículo, la matriz del sostenimiento del problema en el sistema. Los intentos fracasados tiene su base en procesos de la lógica binaria y lineal patrocinada por el hemisferio izquierdo. Se aplican cambios cuantitativos de la misma tipología, a pesar que se produce el resultado contrario al que se desea obtener.

Todas las tentativas de romper con la dominación y hegemonía del síntoma, son fracasadas y han sostenido, por ende, al problema. La forma sistematizada de procesar la información y el contenido, o sea, lo que se intenta por resolverlo, siempre están enmarcados en el mismo repertorio de soluciones lo cual perpetúa y refuerza la producción sintomática. Se anula la creatividad y después de la infructuosidad de los resultados, los intentos de solución se han convertido en problema por la ineficacia.

La quinta variable de análisis es la baja autoestima. La desvalorización personal producto de la ineficacia de solución incrementa la posibilidad de afrontamiento y creatividad necesaria para el cambio. Es indefectible que en la medida que el problema se afianza en el sistema, genere inseguridad e impotencia en el protagonista. Dos razones que tienen su raíz en la desvalorización. La persona que fracasa sistemáticamente en solucionar el problema, se autogenera su propia desvalorización y este sentimiento entorpece y retroalimenta la minusvalía frente al problema. (Cyrulnik, 2013; Ceberio, 2013).

Es importante observar la dominación del síntoma por sobre la persona. Esta *tiranía sintomática* hace que la persona se encuentre en una posición por debajo y a merced del síntoma, lacerando su propia autoestima. La desvalorización personal es uno de los puntos que deja como secuela el síntoma. Los intentos de solución ineficaces hacen a la impotencia del protagonista y a su consecuente baja autoestima.

La sexta variable remite a la disfunción que generó el problema en el sistema original. Todo problema modifica sustancialmente al sistema que lo vio nacer: *el problema nace en un sistema pero crea un sistema* (Weakland, 1994). Cuales fueron las alteraciones (en funciones y reglas) que produjo el problema en el sistema original, creando un nuevo sistema. Siempre deberá analizarse, puesto que es una disfunción del sistema original de la cual ha emergido el problema-síntoma. Explorar sus distintas fracciones y describir una puntuación de secuencia de interacción (Watlawick, Beavin y Jackson, 1967) en pos de comprender cómo surge el síntoma/problema.

La séptima variable analiza el sistema creado por el problema. Cómo es cualitativamente el sistema creado por el problema y cuales fueron las modificaciones en reglas y funciones que se han modificado del problema original. Establecer también una puntuación de secuencia de interacción aclara y explica el porqué y el para qué del síntoma, permite observar las posibilidades de ingreso al sistema en pos de provocar un cambio. Es decir, cuales son las fracciones del sistema por donde el terapeuta puede colocar una cuña pragmática mediante, por ejemplo, una prescripción para generar un cambio mínimo que devenga por efecto dominó en un cambio mayor.

La octava variable es lo que llamamos pensamientos *basura*. Es decir; cuales son los pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas que proliferan en torno a los problemas. Estos pensamientos, tan bien descritos por los cognitivistas (Beck y Emery, 1985; Beck 2000; Risso, 2009), son automatismos cognitivos que se sistematizan y que aparecen en el protagonista en los momentos de enfrentarse con el problema. Estas rumias catastrofistas acentúan la desvalorización y entorpecen la posibilidad de resolución perpetuando al problema en el tiempo y nublan aún más las posibilidades de cambio. Frente a este grado de vulnerabilidad, es inevitable la aparición de pensamientos automáticos negativos que sumergen a la persona en la más profunda impotencia y paralización.

La novena variable son las emociones que predominan en el problema y, si el problema desborda la vida de la persona y adquiere un gran protagonismo, también las emociones que predominan en su vida en general. Cuales son las emociones que surgen del problema y que perturban y obturan no solo la solución sino la vida de la persona. (Pert, 1985, 2007). Entender aquellas emociones que se sistematizaron en torno al problema es observar que las emociones son identitarias y como tales, no proporcionan un estilo comportamental en la medida que se instaura el problema en la vida de la persona.

Por último, la variable décima, es la evaluación de la resistencia al cambio. Se trata de la sistematización del problema en la vida de la persona y se analizan cuatro factores (intensidad del síntoma/problema, cantidad de problemas del problema, frecuencia de aparición y tiempo de convivencia con el problema) en una fórmula que analiza la resistencia al cambio que va de Leve, moderado, medio, alta y muy alta. , tanto en intensidad como cantidad sintomática, tiempo de permanencia del problema y frecuencia de aparición. (Ceberio, 2014). En la medida que el problema evoluciona y se desarrolla crea un mayor afianzamiento a múltiples niveles. Provoca resistencias al cambio: cuanto más tiempo persista el problema en el sistema mayor será la resistencia.

Esta fórmula analiza cuatro áreas de la vida de la persona: la interaccional-relacional, la emocional, la cognitiva y la neurobiológica. Se observa el grado *adictivo* al problema que impide el cambio. (Ceberio, 2014).

## MUCHOS SISTEMAS INTENTAN FALLIDAMENTE

Los intentos de solución no se remiten únicamente a las iniciativas personales. Una persona se halla imbuida en una serie de intentos personales fracasados, luego que pasa años sistematizando el mismo proceso, se ha vuelto más vulnerable y por ende más dependiente de su entorno, y ha comenzado insistentemente a recurrir a éste en la búsqueda de respuestas que lo acerquen a la mejoría. Dentro de los intentos fallidos se observan:

1. Intentos personales
2. Intentos profesionales
3. Intentos de personas afectivamente cercanas (P.A.C.)
4. Intentos de referentes afectivos principales

## INTENTOS PERSONALES

Una de las soluciones intentadas fracasadas (Ceberio, 2005) es intentar enfrentar el problema, diciéndose a sí mismo que puede superarlo, que nada le va a suceder, que es capaz y nada le puede pasar. Pero cuanto más se lo repite, más se produce el efecto contrario, ya que al intentar controlar se intensifica y sostiene el problema. Le resulta difícil comprender qué le sucede y se llena de preguntas que acentúan su incertidumbre.

Estas numerosas tentativas tienen como corolario el incremento de su sintomatología, potenciando la angustia inicial y desarrollando un aumento de la incapacidad, la impotencia, la desvalorización y la inseguridad que detonan aún más angustia. Los trastornos de pánico (Ceberio 2014), nos sirve para ilustrar cómo la persona reacciona intentando escapar de donde se encuentra o evitación asistir a otro lugar que no sea su casa. Los agorafóbicos tratan de huir de donde se hallan o mirar donde se encuentra la salida de emergencia de un edificio, un restaurante o cualquier lugar público, o sentarse cerca de la puerta de salida de un cine; los fóbicos sociales se retiran cuando hay más de cuatro personas y evitan reuniones sociales, recitales, o cualquier reunión que los lleven a comprometerse a interactuar; los fóbicos específicos huyen cuando se sobrepasa la distancia límite del objeto temido, se cruzan de vereda si ven un perro en su camino, pasan con cierta cautela si encuentra palomas en un cable de alta tensión (Chappa, 2006).

Esta estrategia es una trampa mortífera puesto que conduce gradualmente al sujeto a incrementar las evitaciones hasta la completa incapacidad, ya que cada evitación confirma la peligrosidad de la situación evitada y prepara la siguiente evitación (Ceberio, 2005). Se apela también a lo que damos en llamar *el mantra: repiten no me va a pasar* tanto literal como metafóricamente, ya que este deseo es la base de todas las soluciones intentadas. O al ritualismo o cábalas: utilizar siempre el mismo recorrido si al haberlo usado no le acaeció el ataque, o utilizando alguna prenda o un objeto no le sobrevino el malestar.

## INTENTOS PROFESIONALES

La persona, no solo se centra en sus intentos sino en la asistencia de multiplicidad de profesionales. Más aún si hay síntomas orgánicos que lo aquejan y que competen a diferentes especialidades médicas como médicos clínicos, neurólogos y endocrinólogos, cardiólogos y gastroenterólogos, otorrinos y neumonólogos, psiquiatras y psicólogos, homeópatas. Como también a grupos de autoayuda o yoga, relajación y respiración, meditación, mindfulness. También terapeutas corporales y florales.

Muchos de los individuos, principalmente aquellos sometidos hace muchos años a la infructuosidad de sus intentos, producto de la propia desesperación, recurren al pensamiento mágico y cabalístico. Atribuyen las causas de su problema a orígenes maléficos, sobrenaturales, mágicos, con la creencia de que le habían realizado *trabajos* y asisten a brujas, tarotistas, videntes para solucionar su problema. La incertidumbre potencia la sintomatología ansiosa original. El paciente ronda de profesional en profesional, sin encontrar una definición a su problema (Ceberio, 2012, 2014). Hay importantes estudios en el contexto local argentino que toman en cuenta el consumo de salud como un sistema etnomédico (Idoyaga Molina, 1999, 2002; Idoyaga Molina y Sarudiansky, 2011) o los trabajos sobre métodos alternativos o complementarios (Saizar, Sarudiansky y Korman, 2013; Sarudiansky, 2013; Berenzon Gorn et al. 2009).

Aquí se reúnen las sugerencias que proporcionan amigos, vecinos, conocidos, compañeros de trabajo, familiares, entre los que se encuentran el hacer cosas (diligencias, mandados, tareas, etc.) que debería hacer la persona. Son *recomendadores* de profesionales a pesar que no tengan nada que ver con la especialidad que competería al problema del protagonista (*es un médico que es una eminencia!*, *curó a mi tía de diabetes; es un médico muy bueno, es el que lo atiende a Maradona con el tema de la adicción*).

Otros prescriben consejos *útiles* como *porqué a la noche tomas un té de tilo; tenés que no pensar; vas a estar bien relájate; trata de salir; divertite, salí a pasear, así te distraes; no comas pesado y no tomes alcohol; sos una chica inteligente, cómo no vas a poder subir al ascensor!* También se encuentran aquellos que juegan de terapeutas y realizan interpretaciones psicológicas salvajes en la búsqueda de causas y porqués: *Siempre fuiste así, desde chiquito... ¡No queréis asumir responsabilidades y eludís en cambio de enfrentar la situación; hay otras formas de pedir ayuda!*

Otros realizan explicaciones *dormitivas* (Bateson, 1976; Ceberio y Watzlawick, 1998) que explican una causa por la categoría donde se ve clasificado o categorizado el fenómeno, *sos un hipocondríaco; siempre fuiste medio fóbico, tenías miedo cuando rendías exámenes*. Mientras los hay *alentadores* que realizan lo que llamamos el aliento del pastor de iglesia: *tú puedes*. Este tipo de alocuciones entran a la persona ya que se ven compelidos a desafiar al miedo sin ningún tipo de estrategia, razón por la que se produce el fracaso. La persona además de la impotencia que le genera su trastorno, más impotente se siente cuando su círculo cercano le indica lo que tiene que hacer y no puede hacerlo.

Lo que hemos detectado en nuestra experiencia clínica investigativa de trastornos de pánico y fóbicos, agorafobia y fobia social (LINCS, 2015/16) es que el sentimiento base de estas sugerencias de las P.A.C. es que la persona protagonista se siente incomprendida. Su entorno minimiza su dolor y angustia y toman a su miedo como una situación ridículo y sin sentido. Por tan razón, con tanta soltura la gente brinda consejos banales o soluciones rudimentarias.

En síntesis, el círculo afectivo cercano inicia un amplio repertorio de soluciones que son condenadas al fracaso. Todas estas expresiones bien intencionadas del entorno y personales del protagonista, tienen por objetivo revertir la conducta de la persona, pero lamentablemente poseen el efecto contrario. El paciente se siente incomprendido y siente que nadie se coloca en su lugar. Se encuentra a merced del despotismo del síntoma o del problema, en una posición por debajo de éste, con lo cual pese a sus esfuerzos no puede revertir la situación. Entonces, a la angustia original se le anexa la ansiedad que genera el hecho de sentirse impotente frente a la sintomatología y ridículo o avergonzado por no poder cumplir lo que su círculo afectivo le propone.

## INTENTOS DE REFERENTES AFECTIVOS PRINCIPALES

Cuando una persona se encuentra muy acuciada por el problema, es interesante observar que en la dinámica interaccional, entre todos las P.A.C. elige una o dos personas que pasan a ser los *referentes*. Estas personas son los que protegen, ayudan, otorgan seguridad y se muestran incondicionales con la figura del protagonista.

Las razones que llevan a la persona panicoso a adjudicar a alguien esa función distintiva, se halla en lo que claramente John Bowlby (1969) definió como *apego*. Bowlby recurriendo a la etología, la neurobiología y la psicología describió cómo los mamíferos, en los que se incluye el hombre, en los primeros años de vida recurren a figuras que les representan seguridad y protección. Figuras que otorgan fiabilidad en la supervivencia y adaptabilidad al medio. El comportamiento de apego es una forma de comportamiento instintivo que se desarrolla en el hombre, al igual que en otros mamíferos, durante la lactancia y tiene como finalidad o meta la proximidad a una figura materna. La función del comportamiento de apego consistiría en la protección contra depredadores". (Bowlby, 1969).

Si bien esta figura está especialmente descrita en los primeros meses y años de vida, esa interacción se sistematiza y constituye una forma relacional para toda la vida. En la adolescencia o la adultez siempre las personas en situaciones críticas buscan a seres referentes con los que se sienten protegidos y amparados. Bowlby (1979) muestra que su teoría se aplica a otros períodos:

Tal conducta se muestra especialmente intensa\* durante la niñez, cuando está dirigida hacia figuras parentales, pero continúa activa durante la vida adulta, en la que generalmente es encauzada: hacia alguna figura activa y dominante que, con frecuencia, se trata de un pariente, pero también a veces de un jefe o alguna persona de más edad que pertenece a la comunidad. El comportamiento de apego, como afirma la teoría, se produce siempre que la persona (niño o adulto) está enferma o en apuros y adquiere gran intensidad cuando el sujeto está asustado o cuando no puede encontrar la figura hacia la que siente apego.

Este concepto tan visible en las relaciones humanas, hace que no sean pocas las personas que desarrollan esa función: padres, tíos queridos, padrinos, amigos, pareja, profesionales como enfermeros, médicos, psicólogos, maestros, entre otros. La teoría del apego presupone que los niños mayores y los adultos conservan conductas de apego, mostrándolas en situaciones de estrés o de riesgo. De hecho cuando pasamos por una situación de dificultad y de cierto grado de estrés emocional intenso, buscamos figuras que nos protejan y nos contengan (Bowlby, 1979, 1969, 1958, 1953, 2014).

Esta misma conceptualización es llamada por Boris Cyrulnik (2013) *tutores de resiliencia*, aunque no necesariamente refiere a la figura de apego a un ser humano. Señala que los recursos internos se componen esencialmente del aprendizaje de un estilo afectivo que llama *apego seguro*, que es la confianza en uno mismo y proviene del modo en que uno ha sido amado en los primeros meses de vida. El tutor de resiliencia puede ser un acontecimiento, un hecho, un lugar, una persona, pero en general, los tutores son personas adultas que se ofrecen como modelo identificatorio, un modelo afectivo, que interaccionan otorgándole brillo al resiliente y lo más interesante de esta relación es que puede ser fortuita y ocasional y no necesariamente perdurar en el tiempo. Es decir, el tutor de resiliencia propone en la vida del resiliente un punto de quiebre entre su trauma y los recursos para superarlo. Una resiliencia exitosa, entonces, es el resultado de la sinergia entre los recursos internos del protagonista y los recursos de su micro y macroecosistema.

La idea de la figura de apego o tutor de resiliencia, se entiende como la posibilidad de encontrar una persona que proporcione cierta seguridad, o que funcione como un *acompañador* en tiempo completo o parcial, le permite al sujeto afectado cierta valía de sortear momentos o situaciones temidas. La tarea de buscar el apoyo en una persona confiable, que le brinde seguridad, precede al estado del problema, simplemente se acentúa. La ansiedad que emerge de la no resolución del problema disminuye si la persona con el trastorno considera que un sitio o una persona son *seguros, o fuertes, inteligentes*, aun cuando no haya nada que la persona pueda hacer si algo malo sucediese (Barlow y Durand, 2001).

La estrategia de solicitar ayuda y compañía constante, tiene su efecto inicial de confortación, pero luego conduce al agravamiento del problema y de sus efectos limitadores y sintomáticos, puesto que precisamente el hecho de necesitar de alguien al lado, listo para intervenir en su ayuda, confirma al sujeto necesitado su incapacidad para afrontar las situaciones y manejar las propias reacciones. Como en la tendencia a la evitación, en el pánico, la solicitud de ayuda tiende a generalizarse hasta convertirse en una necesidad absoluta y conducir a la persona a las más severas formas de trastorno fóbico, o sea, a no estar en condiciones de permanecer solo (Nardone, 2003).

El protagonista se siente incomprendido y cree que nadie se coloca en su lugar, se encuentra a merced del despotismo sintomático en una total asimetría por debajo, con lo cual, pese a sus esfuerzos, no puede revertir la situación. Entonces, a la angustia original se le anexa la ansiedad que genera el hecho de sentirse impotente frente a la sintomatología e inepto por no poder cumplir lo que su círculo afectivo le propone (Ceberio, 2005).

Muchas de estas actitudes son acciones que debería hacer la persona que terminan siendo realizadas por el referente de apego. Es decir, *hacen* por la persona. Puede constituirse en un lento proceso de empobrecimiento social y personal, si la persona se encuentra en total dependencia con su referente.

Este tipo de relaciones acentúan la impotencia y la inseguridad. Relacionalmente en la dupla debe existir la complementariedad para su funcionamiento. Si el referente es el potente, el protagonista es el impotente, si hay alguien valioso y fuerte, la contrapartida es alguien desvalorizado y débil, si hay alguien seguro, hay un inseguro. En esa dupla, el acompañante, ya desde el vínculo acentúa la imposibilidad de cambio. En consecuencia brindan apoyo, confianza y seguridad pero en desmedro de los recursos del protagonista. El vínculo desarrollado es claramente asimétrico, donde hay alguien que dirige y alguien que acata. Aunque el acompañante tiene un doble juego: si bien es conducido por el A.A. también tiene a su disposición un empleado protector a tiempo completo. Este doble juego es entrampante pero suena a la dialéctica del amo y el esclavo hegeliano: ambos se necesitan. Son narcisísticamente poderosos puesto que el desenvolvimiento de su función aporta una cuota de valía personal que hasta ahora no pudieron obtener.

De esta manera, y con este planteo relacional terminan en el vínculo estimulando la dependencia cuando lo que se espera es generar autonomía. El P.P. pasa a ser un apéndice del acompañante pero, el también el acompañante un apéndice del P.P.

Por último, cabe destacar que el referente es uno de los *locus* de mayor desarrollo de intentos de solución fallidos. Es en el cuadro de los trastornos de pánico donde se observan estos referentes con mayor intensidad: con la mejor intención, amorosa y preocupada, aconsejan lo contrario a lo que se debe hacer. Estos dobles mensajes son comunes en la relación: utilizan el *tú puedes* generando mayor torpeza; dicen el *debe hacer* y terminan haciendo por el protagonista; proporcionan cantidad de consejos *útiles* (que acentúan la impotencia), explicaciones dormitivas (que calman la ansiedad momentáneamente y no reformulan significados), explicaciones racionalizadoras (que justifican síntomas), buscan profesionales médicos y psicólogos que logren el cambio.

A pesar de esta crudeza descriptiva, los acompañantes no son monstruos sádicos que intentan destruir al protagonista. Todas las acciones están realizadas bajo los principios del amor y el deseo de mejora de la persona afectada, pero la relación en el sistema dupla y la concepción cognitiva de solución son dos factores que atentan contra la posibilidad de cambio y mejora sintomática. Todas estas actitudes, tanto profesionales, personales como de las personas afectivamente cercanas y los acompañantes, destruyen la autoestima del protagonista que más intenta menos llega al resultado esperado: la solución del problema.

## ALGUNAS CONCLUSIONES

Como se observó en el presente desarrollo, los intentos de solución son una base firme de aliento y sostén del problema, pero también son generadoras del problema original. Aunque dada su ineficacia también en sí misma es un problema. Es inquietante observar en los sistemas humanos, como las personas se posicionan en un repertorio estereotipado de intentos de solución y los perpetúan a pesar de la ineficacia.

La construcción que hacen del problema implica de manera directa a los intentos por solucionarlo, por lo tanto, no se trata únicamente de cambiar los intentos sino la forma en que el problema se concibe. Una vez que vemos el cuadrado en los nueve puntos se inician una serie de intentos fallidos limitados por el perímetro del mismo. Pero el cuadrado es una ilusión, una creación del perceptor y una autolimitación.

La forma que patrocina a los intentos esté regida por una lógica racional y un proceso de resolución imbuido en los tópicos de la ciencia positivista, que constituye el paradigma sociocultural actual (Ceberio, 1998). Pero las soluciones intentadas no solamente remiten al protagonista sino a

todo su sistema que insiste en resolver el problema y culmina instaurándolo. Razón por la cual todo el sistema se involucra en los intentos y no es un tema menor en el análisis de problemas.

Cuando un terapeuta analiza un problema encuentra otros problemas del problema que refuerzan el problema y dificultan aún más la solución. Pero más allá de los factores descriptos, la gran protagonista de la dificultad para provocar el cambio y resolver el problema, es la inercia resistencial. Los factores de perpetuación del problema y de la resistencia al cambio, remiten a la intensidad, cantidad, frecuencia y tiempo: el respeto de estas cuatro variables, hace concienciar al terapeuta de cuán fuerte es el frente para suprimir el problema e implementar estratégicamente las intervenciones más propicias para provocar el cambio.

Un modelo sistémico, como el modelo estratégico breve (Weakland, Fisch y Segal, 1982; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), que focalice el problema, explore intentos de solución, y proponga en acuerdo con el paciente metas mínimas y objetivos finales, operativizado por un interminable glosario de técnicas, puede considerarse uno de los modelos más efectivos en generar el cambio. Aunque sea cual fuere el modelo, lo relevante es que el terapeuta no ingrese en la misma tipología de los intentos de solución de su paciente. O sea no realice propuestas que se basen en el mismo proceso que llevó al paciente al fracaso y menos que adjudique al paciente que resiste, cuando es él mismo quien lo lleva a perpetuar su problema y alejarlo de la solución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow D. y Durand M. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral*. Madrid: International.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1962). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Jackson, Don (comp.) (1968) *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires. Carlos Lohlé.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa.
- Berenzon Gorn, S., Alanís Navarro, S. y Saavedra Solano, N. (2009). The use of alternative and complementary therapies on the Mexican population with depressive and anxiety disorders: results of a survey in Mexico City. *Salud mental*, 32(2), 107-115. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-3252009000200003&lng=es&tln-g=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3252009000200003&lng=es&tln-g=en).
- Beyebach, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Bowlby, J. (1953). Critical phases in the development of social responses in man and other animals. *New Biology* 14, 25-32.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-73.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss. Vol. I*. Londres: Hogarth
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications.
- Bolwby J. (2014). *Estados afectivos*. Madrid: Morata
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (1992). *Como equivocarse menos en terapia*. Santa Fe, Argentina: Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Ceberio M. R. y Watzlawick. (2010). *Si quieres ver aprende a actuar*. Buenos Aires: Teseo.
- Ceberio M. R. y Kerman, B. (2014). *En busca de las ciencias de la mente*. Buenos Aires: UFLO.
- Ceberio M. R. y Watzlawick. (2003/1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Ceberio, M. R. y Serebrinsky, H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia*. Buenos Aires: Psicolibros.

- Ceberio M.R. (2005). El mundo de los miedos. Prescripciones en trastornos de pánico. *Revista Perspectiva sistémicas*, 85.
- Ceberio M. R. (2014). En R. Medina, E. Laso, E. Hernández (Coords). *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Chappa, H. J. (2006). *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico*. Manual práctico. Buenos Aires: Paidós.
- Idoyaga Molina, A. (1999): La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnologica*, XXI, 120-167.
- Idoyaga Molina, A. (2002). *Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: CAEA-CONICET.
- Idoyaga Molina, A. y Sarudiansky, M. (2011). Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino: Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. *Argumentos (México, D.F.)*, 24(66), 315-337. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-57952011000200012&lng=es&tln-g=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952011000200012&lng=es&tln-g=es).
- Laborit, H. (1981). *L'inhibition de l'action. Biologie, physiologie, psychologie, sociologie*. París: Masson.
- Laso, E. (2015). Terapia familiar en clave emocional, 1: breve revisión histórica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 631.
- McEwen B.S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 367-81.
- Morin, E. (1986). *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (1997). "Miedo, pánico, fobias. La terapia breve". Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo. Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Barcelona: Paidós.
- Onnis L. (1999). *Cuando el cuerpo habla*. Barcelona: Herder.
- Pérez Grande, M. D. cols.(1999). Prejuicios, estereotipos y otras profecías autocumplidoras. *Pedagogía Social*, 3, 125-146.
- Pert, C. (2007). *Molecules of emotion*. New York: Norton
- Pert, C. B., Ruff, M. R., Weber, R. J., y Herkenham, M. (1985). Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network. *The Journal of Immunology*, 135(2), 820-826.
- Riso, W. (2009) "Terapia cognitiva". Barcelona: Paidós.
- Sarudiansky, M. (2013). *Itinerarios terapéuticos y pluralismo médico en el tratamiento de la ansiedad en el Área Metropolitana*. San Luis, México: Universidad de San Luis.
- Sarudiansky, M., & Korman, G. P. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología & Sociedade*, 25(2), 451-460.
- Watzlawick, P., Jackson D. y Beavin J. (1967). *Pragmatic of human communication*. USA: Norton & Company.
- Watzlawick, P., Weakland, Fisch, R. (1974). *Change*. USA: Ed. Norton & Company.
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Weakland, J., Fisch D. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J. (1994). *Comunicación personal*. Palo Alto: MRI.
- Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K., y Schüz, B. (2013). How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy?. *Psychology and Aging*, 28(4), 1088.

Can a family myth kill? *The Cogne case*

Pier-Giorgio Semboloni<sup>a</sup>, Antonio Nurra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro Genovese di Terapia Della Famiglia (pg.seboloni@libero.it), <sup>b</sup>Suboficial de los Carabineros en Servicio en la Procuraduría del Tribunal de Menores de Génova.

**Historia editorial**

Recibido: 02-06-2017  
Primera revisión: 09-06-2017  
Aceptado: 11-06-2017

**Palabras clave**

mito familiar, crimen,  
familia de origen.

**Resumen**

En este texto sometemos a análisis desde una perspectiva sistémica un crimen muy debatido en el contexto italiano: el caso de Annamaria Franzoni, madre de dos hijos que asesinó al más pequeño fracturándole el cráneo y que nunca ha reconocido su culpa. Para esto, realizamos una lectura sistémica de los informes periciales (escritos desde una perspectiva lineal e individualista), de la que extraemos el mito familiar imperante en la pareja involucrada y su relación con el acto criminal.

**Abstract**

From a systemic perspective, in this text we analyze a widely debated crime in the Italian context: the case of Annamaria Franzoni, mother of two children who murdered the youngest by fracturing his skull, and who has never acknowledged her guilt. For this, we do a systemic reading of the expert reports (written from a linear and individualist perspective), from which we extract the prevailing family myth in the couple involved and their relationship to the criminal act.

**Keywords**

family myth, crime,  
family of origin.

“¿Cuál es el móvil de un crimen? ¿En qué momento germina la idea: poco antes de cometerlo o muchos años atrás, cuando éramos ángeles y estábamos moldeando nuestro carácter y el universo de nuestras relaciones?”

(Beatriz Rodríguez, Seix Barral, 2016, Barcelona)

En nuestro trabajo hemos tratado de analizar, utilizando un abordaje sistémico relacional, un crimen muy conocido y muy debatido en los medios de comunicación italianos, algunos años atrás. Se trata de Annamaria Franzoni, madre de dos hijos que mató al más pequeño, aparentemente sin motivación alguna, fracturándole el cráneo con un objeto jamás encontrado. Reconocida como culpable y encarcelada hasta el día de hoy, nunca ha reconocido el crimen a pesar de que los informes periciales y judiciales negaran que fuera incapaz de discernimiento. El crimen ocurrió en Cogne, un pueblo pequeño y tranquilo del Valle de Aosta, en el norte de Italia, en donde ella vivía con su esposo y sus dos hijos. Anteriormente habitaba con su familia de origen en Montecatino, en otra región de Italia. Su marido y su familia de origen la defendieron siempre como inocente, a pesar de que no hubiera ninguna hipótesis alternativa que explicara el crimen. Durante el largo proceso judicial ella quiso concebir otro hijo con su marido, el cual aceptó. Después de muchos años y hasta el día de hoy, los jueces no han permitido que salga de prisión para cumplir la pena en un contexto más cercano a sus dos hijos, hipotetizando que podría repetir el crimen.

Las informaciones que utilizamos en este trabajo se obtuvieron de la pericia judicial, por lo que son lineales y obedecen a una lectura psicopatológica individual; tal y como requiere el contexto judicial italiano. Hemos tratado de llevar a cabo una revisión sistémica de aquello que aparece en la pericia judicial, resaltando los elementos que nos han hecho hipotetizar una conexión entre el concepto de *mito familiar y el contexto de sufrimiento*, compatible con lo que ocurrió. Hemos construido, además, una “entrevista imposible” terapéutica con la pareja (entrevista jamás realizada por los jueces y peritos), utilizando las declaraciones de ambos según la pericia original. A partir de este trabajo, a través de nuevos elementos de descripción relacionados a una hipotetización sistémica y al concepto de mito familiar, hemos desarrollado una evaluación que puede permitir comprender como “coherencia del sistema” lo que ocurrió.

1. Aquello que nos preparamos a analizar es el contenido de una pericia en el ámbito de un proceso penal.

Nos movemos, entonces, en un contexto judicial, fuertemente caracterizado por una perspectiva lineal, en el que la finalidad de los magistrados es la de utilizar la lógica de la razón/error, de lo justo/injusto, la determinación de culpabilidad/inocencia. Por lo tanto, los profesionales que están encargados de llevar a cabo un asesoramiento técnico o una pericia tienen que responder a determinadas cuestiones siguiendo una perspectiva psicopatológica lineal e individual, debido a la exigencia del contexto (que, entre otras cosas, prohíbe la pericia psicológica pero admite la psiquiátrica) y a las expectativas de los Magistrados.

Aquí nos ocupamos de la pericia psiquiátrica del proceso en primera instancia a Annamaria Franzoni. La única pericia en la cual colaboró, asistiendo a los encuentros.

En este caso, los peritos debían responder a las siguientes cuestiones:

- Si Annamaria Franzoni, era capaz de discernimiento en el momento del acto.
- En caso de respuesta negativa a la cuestión anterior, especificar el grado de incapacidad encontrada.
- Si Annamaria Franzoni era una persona socialmente peligrosa.
- Si Annamaria Franzoni era capaz de participar en modo consciente al proceso, tal y como lo indica el art. 70 del Código Penal Italiano.

La investigación pericial que hemos llevado a cabo, no ha permitido obtener pruebas de juicio que lleven a deducir, a nivel diagnóstico, patología o enfermedad mental que haya interferido en la capacidad de discernimiento de Annamaria Franzoni en el momento del supuesto acto.

Tampoco el malestar sufrido por la imputada unas horas antes del acto delictivo, así como su actitud un poco “construida” después del mismo (justificándose con la intención de defenderse sobre todo de los medios de comunicación, actitud dejada de lado en la relación con los peritos) parecen elementos suficientes para determinar que en el momento del supuesto acto, existiera una enfermedad que sostuviera una incapacidad mental total o parcial.

En conclusión, es posible responder a las cuestiones anteriores en los términos siguientes:

- Annamaria Franzoni, en el momento del acto al cual se refiere este proceso, tenía plena capacidad de discernimiento. La referencia mencionada del malestar sufrido por la Franzoni, como se ha dicho en repetidas ocasiones, es exclusivamente de tipo cronológico, no pudiéndose relacionar con el acto delictivo.
- Teniendo en cuenta la respuesta a la primera pregunta, la segunda decae.
- Annamaria Franzoni, tiene plena capacidad para participar en el proceso judicial.

2. No podemos, por cuestión de tiempo, tal y como se ha hecho en otros lugares, ofrecer una descripción detallada de la información incluida en el informe pericial. Por ello, pasamos a describir nuestra hipótesis del “Mito Familiar” como un “terreno” convertido en insostenible para Annmaria Franzoni. Hipótesis surgida tanto de una lectura sistémica de la información presente en el informe pericial, como de la hipotetización de una “entrevista imposible” terapéutica simulada con la pareja; es decir, una reconstrucción imaginaria del diálogo de la entrevista, a partir del material original del peritaje.

3. Annmaria Franzoni, está claramente muy vinculada a la propia familia de origen, vivida siempre como sostén y como “medicina” para “tomarse” en los momentos de dificultad. ¿Una medicina contra la soledad? ¿Una medicina contra un estilo de vida diverso al cual siempre estuvo acostumbrada?

En varios pasajes de la pericia, la Franzoni precisa que siente también a su marido Stefano como parte de su familia, refiriéndose evidentemente a su familia de origen; como si de hecho, su familia nuclear no se hubiera desvinculado nunca de su familia de origen. Una “gran familia” que comprende ambas familias y “excluye”, al parecer, la familia de origen del marido Stefano Lorenzi.

La Franzoni, describe a sus propios padres con connotaciones muy positivas.

No surge nunca una crítica, ni un aspecto a mejorar. Como si la imagen a preservar hacia el exterior fuera la de “una familia perfecta”.

En particular, el padre de la mujer viene descrito como alguien que se ha hecho de la nada, que poco a poco se ha ido forjando. En práctica un Pionero (rol de padre fuerte y trabajador).

La madre, a su vez, viene descrita como una mujer siempre en acción, llena de actividades culturales.

Estamos hablando de una familia con 11 hijos. Evidentemente se trata de una madre con recursos ilimitados, ya que además de ocuparse de los once hijos, encuentra tiempo para todas las otras actividades (rol de la madre con recursos ilimitados).

Se puede hipotetizar que en casa Franzoni el “ocio” estuviera prohibido.

Se trata de una familia caracterizada también por una *subcultura católica*, seguramente guiada de la necesidad de “saberse sacrificar” por el prójimo.

Recuerda cómo el padre y la madre han estado siempre de acuerdo.

Surge también aquí, la polaridad semántica “bondad”, evidentemente transmitida generacionalmente. Se puede hipotetizar una tendencia a “negar los conflictos” y a dar siempre al exterior una imagen de acuerdo y perfección, defendiendo también internamente una de las características del mito familiar: -nosotros, los Franzoni, estamos todos de acuerdo, nos queremos y nos ayudamos mutuamente-.

A continuación, veremos también que la Franzoni cuando se refiere a los hijos Davide y Samuele, hablando de cómo hacían para evitar los “celos” entre hermanos, afirma que “entre nosotros no existieron nunca los celos” refiriéndose evidentemente a la familia de origen y/o a la dinámica de relación con el marido.

Más allá del hecho que Annamaria Franzoni sea culpable o inocente, se puede hipotetizar que su situación familiar tenía fuertes connotaciones de insostenibilidad.

Por lo tanto, ¿cuánto del rol de “madre y mujer perfecta y buena,” con todas las connotaciones dictadas a través de un “mito familiar”, era sostenible para Annamaria Franzoni en el contexto de Cogne, en el período del delito? ¿Qué conflictos experimentaba? ¿Cuáles dobles vínculos? (Tienes que ser fuerte, lo tienes que lograr aunque estés sola vs. si no estás con nosotros estás perdida).

Si se hipotetiza la presencia de un mito familiar, este se extiende desde la familia hasta todos aquellos que entran en contacto con ella. De hecho, esto surge de la lectura de las declaraciones recogidas por los peritos al externo del núcleo familiar de los Lorenzi.

El concepto de *Mito Familiar* se refiere a modelos de distorsión de la realidad, compartidos por todos los miembros de la familia e incluso por observadores externos.

Nos parece que podemos decir que nos encontramos en presencia de las características que Ferreira (1963) identifica como constituyentes del mito familiar.

En la *primera generación*, accesible desde nuestra investigación, nos encontramos al epílogo de una creencia compartida y aún vital, ya que está conectada con la realidad de una subcultura propia de la familia Franzoni.

La familia de origen de Annamaria Franzoni garantiza sobrevivencia, seguridad, y dignidad a cada uno de sus miembros, bien once hijos (seis varones y cinco mujeres). Existe una clara definición de roles (todos los hijos varones son técnicos en construcción y ayudan al padre en la empresa que él mismo ha construido con sus propias manos). Las mujeres tienen que ser capaces de “lograrlo” y de asumir el rol de madre dedicándose al mismo tiempo a otras numerosas actividades también de alto nivel cultural, como siempre ha hecho la madre de Annamaria Franzoni que, además de haber enseñado, pintado, escrito poesías y criado a once hijos, ha sido capaz de gestionar y sacar adelante una casa de turismo rural.

Siguiendo a Propp (1966), sabemos que los roles son ligados normalmente a deudas y préstamos intergeneracionales.

Todos, dentro ciertos límites, pagan *deudas (míticas)* a sus familias, de modo más o menos oculto (Andolfi y Angelo, 1987).

Esta familia, “da fuerza” a quien forma parte de ella. Lo dijo la misma Annamaria Franzoni a los peritos.

Parece estar de frente a una perfección absoluta. Pero, ¿cuáles podrían haber sido las consecuencias de la separación de Annamaria Franzoni de esta familia?

Hasta el momento en que la Franzoni permanece en el seno de la familia de origen, todo va bien. Pero en el momento de la separación experimenta malestar.

¿Qué ha significado para la Franzoni cultivar la independencia?

La mujer reivindica una cierta independencia de la madre, pero sintiéndose al mismo tiempo ligada a su modelo (“... yo pienso por mí misma, pero tomo ejemplo de ella...”).

Annamaria Franzoni les habla a los peritos de la “autonomía” como una cualidad muy importante, definiendo la decisión de mudarse a Cogne como una “elección de autonomía”.

De cualquier forma, ella sostiene que sí quería ir a Cogne, de lo contrario no hubiera ido. Queda por entender si “quería” porque tenía que demostrar “fuerza” y “autonomía” o si “quería” porque sentía esta decisión coherente con su bienestar.

De hecho, los mismos peritos escriben que surge un componente de terquedad (por ejemplo, a pesar de estar mal durante su primera estancia en Cogne, no quiere regresar... “tenía un compromiso y deseaba cumplirlo...”).

Más de una vez dice que la vida que se había construido, era justo la que deseaba.

Parece que exista una cierta incapacidad de aceptar que algo provoque malestar si esa cosa “es lo que se tiene que hacer”, si es un comportamiento o un modo de pensar que proviene del “mito familiar”.

Además de la separación geográfica de la familia de origen, podemos hipotetizar que sobre Annamaria Franzoni, haya pesado el miedo de “separarse” del “mito familiar”, traicionando las expectativas de su familia puestas en ella.

Y si se separaba del mito familiar estaba perdida. Pero, si permanecía unida continuaba a estar perdida (¿doble vínculo?)

La fuerza de la familia Franzoni nos recuerda aquella de la familia Casanti en *Paradoja y Contraparadoja* (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1975). De hecho, su vieja fuerza es la de siempre: trabajar mucho y permanecer todos juntos. Y para lograrlo, tienen que construir un mito, un *producto colectivo*, cuya aparición, persistencia y reactivación fortalece la dinámica homeostática del grupo contra cualquier tensión disruptiva. El lema podría ser: “Nosotros seguimos siendo una familia modelo, donde todos nos amamos y permanecemos unidos”.

Como cualquier mito, el mito familiar está caracterizado por creencias compartidas concernientes tanto a los miembros de la familia como a sus relaciones. Estas creencias deben ser aceptadas a priori aunque sea evidente su falsedad.

En el “mito” son establecidos roles y atributos de los miembros de la familia.

El proceso del cual estamos hablando ha sido definido en diversos modos: mito familiar por Ferreira (1963) y Selvini et al. (1975); paradigma familiar por Reiss (1981); leyenda o guion familiar por Byng-Hall (1988).

También si estos roles y atribuciones, así como el modo de relacionarse, fueran ilusorios y falsos, son necesaria e inevitablemente aceptados y asumidos por cada miembro de la familia y se convierten en algo “sagrado y tabú” que nadie deberá atreverse a cuestionar ni verbalmente ni con actitudes o costumbres.

La cultura familiar, o historia compartida se ha cuajado y consolidado hasta cristalizarse: como algo que ya ha sucedido más allá del tiempo y por lo tanto como algo inmutable, incorregible, que no se puede volver a escribir. Por ello, es que se asemeja tanto a un mito.

El mito, diría algo así como: “Ante todo es la unidad familiar: la familia de origen”.

Estamos ante una verdadera y propia regla familiar imposible de trasgredir, un lente a través del cual se puede tener una visión única del mundo.

Como Ferreira (1963) ha indicado: “Un miembro individual puede saber, y a veces lo sabe, que gran parte de aquella imagen es falsa”, algo similar a la línea política de un partido. Pero tal consciencia, incluso cuando existe, se tiene para sí mismo y es ocultada por el individuo. A tal punto que, incluso quien sufre más del mito, se opondrá de hecho con todas sus fuerzas a su divulgación, de manera que negando reconocer su existencia, hará todo lo posible para mantener intacto el mito familiar. Porque el mito explica el comportamiento de los individuos en la familia pero oculta los motivos”.

El mito, concluye Ferreira:

no es un producto dual, es colectivo, o mejor aún es un fenómeno sistémico. Piedra angular de la conservación de la homeostasis del grupo que lo ha producido. Funciona como una especie de termostato que entra en funcionamiento cada vez que las relaciones familiares entran en peligro de ruptura, desintegración o caos. Además, el

mito, en su contenido, representa un alejamiento de la realidad por parte del grupo, alejamiento que podríamos llamar ‘patológica’. Pero, contemporáneamente, el mito constituye, con su propia existencia, un fragmento de vida, un trozo de realidad que se enfrenta y de este modo modela también a los hijos que nacen en él (1963).

Si existe un verdadero alejamiento de la realidad, es posible que una familia entera, a lo largo de diversas generaciones, haya tenido inevitablemente la necesidad de sostener narraciones alternativas a aquella de la “verdad oficial”, no “mintiendo” en el sentido clásico de la palabra, pero defendiendo extenuantemente a toda costa el mito familiar. ¿Existía el riesgo de que las relaciones familiares se dirigieran hacia la ruptura, desintegración o al caos?

Siguiendo los principios de Ferreira, podemos hipotetizar que algunos de los miembros de la familia Franzoni y de la familia Lorenzi pudieron saber y haber entendido perfectamente qué había ocurrido. Pero tal conocimiento fue ocultado dentro de sí, a tal punto que algunos de ellos, como Annamaria Franzoni (quien ha sufrido más por el mito), de hecho se opusieron con todas sus fuerzas a la “emersión” del mito. De tal manera que, negando incluso las evidencias más concluyentes, han hecho todo lo posible para preservar el mito familiar, construyendo un relato adecuado al mismo.

Diferentes metáforas han sido utilizadas en la literatura para representar a la familia: desde la pequeña comunidad, hasta una unidad biológica y ninguna es mejor que la otra. Pero un modo de ver la familia, que en este caso en especial nos parece más adecuado, es el de ver a la familia como una cultura, retomando la idea de David Reiss (1981), que ha hablado de la familia como un lugar donde se construye una (la) realidad.

Teniendo en cuenta este enfoque, podemos considerar a la familia como un conjunto de historias y de mitos que se transmiten a lo largo de generaciones y que más o menos se van adaptando, mostrando mayor o menor elasticidad, cuando entran en contacto con la cultura dominante.

Con este enfoque, menos estático y más evolutivo en la transmisión de historias y de mitos, entran también las expectativas, los deseos y las necesidades de cada generación.

Todos los padres quieren, generalmente, dejar una herencia a sus hijos y a menudo la herencia más duradera que dejan es la cultura que les transmiten.

La transmisión de historias y de mitos a través de las generaciones parece ser un deseo humano universal.

Hay que destacar una relación causal y circular entre mitos y reglas, de tal manera que así como los mitos a menudo contribuyen a crear reglas, también las reglas crean mitos.

Este es un aspecto que, aplicado a la realidad del proceso del cual nos estamos ocupando, puede hacernos hipotetizar que entre más la narrativa aceptada por la familia de Annamaria Franzoni, era relatada hacia el interior y el exterior de la misma (un exterior muy amplio que incluía la realidad de los medios masivos de comunicación), más se creaban reglas; también en conformidad con el mundo judicial, reforzando aún más el mito, que se volvió impenetrable.

Es importante recordar que es demasiado trivial limitarse a la relación entre mito y regla.

En la literatura, de hecho, se acepta cada vez más que el mito familiar es algo mucho más complejo. David Reiss enmarca el mito en un concepto más general:

Los mitos familiares no son más que uno de los muchos componentes de los constructos familiares compartidos. Entre estas experiencias encubiertas pero intensamente cargadas a nivel emotivo, están incluidos los secretos familiares vergonzosos, los supuestos morales, las experiencias de dominación o de victimización en relación al contexto social de la familia, y la concepción compartida del futuro. Mis colegas y yo hemos llamado este conglomerado de experiencias compartidas pero inefables el “paradigma” familiar. Cada familia tiene su propio y único paradigma familiar. Cada familia tiene su propio y único paradigma, que sirve como guía en muchas de sus transacciones (Reiss, 1981).

El “paradigma familiar” de Reiss es algo muy parecido al mito (a la historia compartida), pero se precisa que la memoria de una familia es más que una historia, y es también mucho más que el conjunto de las historias narradas.

La memoria de la familia se refleja en su vida cotidiana, en los pequeños rituales que componen la vida familiar y le dan un sentido de continuidad.

Por estos motivos, más una familia mantiene sus rituales, más es percibida por sus componentes como acogedora, funcional y sensata.

En realidad, el mito familiar no es por sí mismo negativo o positivo, pero su funcionalidad depende de los contextos con los cuales entra o no en contacto y de su capacidad de evolucionar.

El mito familiar puede, de hecho, tener efectos positivos para la familia, puede ser un factor de cohesión y durabilidad. Los mitos fundacionales son indispensables para el desarrollo de cada cultura; del mismo modo, lo son para la evolución de una familia.

Sin embargo, “mítico” no es sinónimo de “fantástico”: el mito es, en todo caso, una cierta versión de la realidad, o una realidad leída bajo una cierta clave. Cada relación crea sus propios mitos, precisamente porque cada relación se caracteriza también por vacíos e ambigüedad, o sea, por una parte inexpressada.

Los mitos familiares son potentes: son historias que la familia cuenta sobre sí misma, a sí misma y a los demás; son alegorías que prescriben a los miembros de esa familia cómo deben vivir. Son también reglas que pueden volverse fijas e inmutables (Andolfi y Angelo, 1987).

La concepción del mito como algo necesariamente rígido, tal como lo entendían inicialmente los primeros terapeutas familiares, es una visión demasiado negativa del mismo, como si el mito estuviera inevitablemente vinculado a algo que de alguna manera es “patológico”.

Los históricos de las tradiciones orales, en cambio, se han dado cuenta de que a menudo el mito es un medio potente de transmisión de factores positivos a través de las generaciones: en las familias de pequeños empresarios y de artesanos ingleses frecuentemente se encuentra un antepasado mítico, el iniciador de la empresa, al que todos los miembros de la familia siguen haciendo referencia no obstante el pasar del tiempo.

El problema surge cuando el mito se entrelaza con ciertas necesidades (sentidas como vitales). Lyman Wynne (1970) ha observado que los mitos nacen fácilmente en familias con una necesidad especial de cercanía y de cohesión. El mito fortalece la cohesión, pero tiene que ser conservado a expensas de las elecciones o de las autonomías individuales.

Llegados a este punto, el mito se vuelve un problema; no tanto para la familia, sino para algunos de sus miembros.

Y de esta manera, puede haberse convertido en un problema para Annamaria Franzoni.

Después de haber comentado el material del proceso penal, como la sentencia de casación y la pericia de primer grado (necesariamente inseridas desde una óptica lineal), probaremos ahora, dejando toda esta parte precedente a su coherencia interna dada por los hechos y por la documentación, a desarrollar otra parte del trabajo más creativa e imaginaria.

Nos referimos a una especie de “entrevista imposible”, tomando prestado el término del famoso programa radiofónico de los primeros años setenta, en el que los autores entrevistaban personajes célebres del pasado como Freud, Sócrates, Napoleón, etc.

Empleando el modelo sistémico vamos a hipotetizar una entrevista relacional con la pareja Annamaria Franzoni- Stefano Lorenzi.

Naturalmente no conocemos las respuestas, pero podemos probar a poner preguntas cruzadas sobre varios temas familiares, que podrían ser útiles para hacer surgir informaciones que no se podrían adquirir nunca con una metodología lineal.

Se trata de hacer como en astrofísica, en donde los científicos, en sus investigaciones sobre el sistema solar, saben que hay agujeros que rellenar en algunas zonas determinadas aún antes de descubrir de qué cosa estén ocupados: son sus hipótesis que posteriormente, con instrumentos adecuados, tarde o temprano consiguen verificar.

Imaginaremos una situación en la que el juez ha prescrito una psicoterapia (dejando a libre elección el enfoque y el/los profesional/es).

Por motivos de tiempo no podemos reproducir completamente la entrevista imposible imaginada. Sin embargo, ésta nos ha permitido focalizar la atención en qué cosa podría haber surgido de más, respecto a una entrevista lineal, utilizando la metodología sistémica.

Seguramente, la oportunidad de entrevistar a la pareja simultáneamente sobre diversos temas, cosa que los peritos no han hecho, nos hubiera permitido, como nos ha sugerido Bateson (1977) y nos viene recordado recientemente en el libro *Recursividad en psicoterapia* de M. Bianciardi y Umberta Telfener (2014), asumir al menos una doble descripción con el fin de conseguir una profundidad de campo. Se trata de aquello que vemos con el ojo derecho y de aquello que vemos con el izquierdo, y de enfocar la diferencia entre las dos percepciones. Estas percepciones, constituyen informaciones diferentes que provienen de fuentes distintas y que nos llevan a obtener una visión de las cosas que es diferente a una simple suma.

En cualquier caso, continuando el análisis de nuestra “entrevista imposible”, encontramos las características del mito familiar, al interno del cual se dividen gozos y penas, y se sufre juntos con el fracaso de los demás, así como también se goza con los éxitos de los otros.

Como se evidencia en *Paradoja y Contraparadoja* (Selvini et al., 1975) en relación a la familia Casanti, la regla férrea prohíbe no sólo hablar, sino también percibir cualquier gesto o comunicación del otro como dictado por la envidia, el rencor o el espíritu competitivo.

En este caso específico, parece que el “saberse sacrificar” sea un valor imprescindible dentro del mito familiar, tan importante que impide al individuo el tomar consciencia de sus propias dificultades y sensaciones.

Existe por lo tanto, una continua negación substancial de todo aquello que no se adapta al mito familiar, impidiendo de este modo la evolución del mismo y, por ende, la adaptación del sistema a nuevos contextos.

El rol asumido por Annamaria Franzoni parece haberle impedido decir abiertamente que en Cogne, en una espléndida casa perdida entre las montañas, no estaba bien y no se sentía “vista”.

Asimismo, cuando intentaba expresar la gravedad de lo que sentía, su malestar venía rápidamente minimizado y atribuido a una dimensión puramente somática y de poca importancia.

Era tan impensable poder expresar verbalmente sus sentimientos que para poder ser “vista” la mujer los comunicaba con el cuerpo, sintiendo dolencias y achaques, que tenían como consecuencia la posibilidad de hacerla volver a su contexto natural con su familia de origen, en Montecatino.

Pero después de breves períodos, la rutina cotidiana se retomaba en un contexto, el de Cogne, que hipotetizamos haya sido de sufrimiento no explicitado. ¿El sufrimiento aumentaba y surgían de nuevo las dolencias y achaques? ¿Si regresaba por un período a Montecatino?

¿Quizás un gesto extremo podría interrumpir este círculo vicioso sin verbalizar el sufrimiento?

Y a pesar del dramatismo del evento, llama la atención que la consecuencia inmediata del mismo haya sido la de abandonar para siempre la casa de Cogne.

Sorprende que la eventual negación de la comisión del delito sería la expresión de una modalidad consolidada de “negar los propios sentimientos, considerados inadecuados, adaptándose al sistema y al mito familiar”.

¿Confesar un eventual delito, así de tremendo, habría hecho añicos no sólo la identidad individual sino el entero mito familiar, con graves riesgos para la identidad de todos los componentes; considerando la rigidez y la poca propensión a evolucionar del mito mismo y, por ende, del sistema?

Se puede hipotetizar, además, que la continua narración compartida de una versión alternativa a los hallazgos de la realidad procesal, haya contribuido a co-crear esta realidad compartida, volviéndola cada vez más fuerte y cada vez más resistente a evidencias externas.

- Andolfi, M y Angelo, C. (1987). *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bianciardi, M. y Telfener, U. (2014). *Ricorsività in psicoterapia: riflessioni sulla pratica clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Byng-Hall, J. (1998). *Le trame della familia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferreira, A. J., (1963). Family Myth and Homeostasis. *Archives of General Psychiatry*, (9), 457-63.
- Propp, V. J. (1966). *Morfologia della fiaba*. Torino: Einaudi.
- Reiss, D. (1981). *The Family Construction of Reality*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Selvini, Palazzoli M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1975). *Paradosso e Controparadosso*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wynne, L.C. (1970). Communication Disorders and the Quest for Relatedness in Families of Schizophrenics. *American Journal of Psychoanalysis*, (30).

## LECTURAS SUGERIDAS

- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bertrando, P. (2009). *Nodi familiari*. Torino: Antigone.
- Bonfantini, M.A. (1987). *La semiosi e l'abduzione*. Milano: Bompiani
- Bonfantini, M.A. y Proni G. (1983). To Guess or not to Guess?. En U. Eco y T.A. Sebeok (a cura di), *Il segno dei tre* (pp. 235-261). Milano: Bompiani.
- Boscolo, L., Bertrando P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano. Raffaello Cortina.
- Boscolo, L., Bertrando P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Brooks, P. (1995). *Trame, intenzionalità e progetto nel discorso narrativo*. Torino: Einaudi.
- Cecchin, G., Apolloni T. (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigionie della mente*. Milano: Franco Angeli.
- Cronen, V.E., Johnson K.M. y Lannamann J.W. (marzo, 1982). Paradossi, doppi-legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa. *Family Process* (20).
- Doyle, C. A Study in Scarlet, (1887/2001) versione in italiano in *Tutto Sherlock Holmes*, Uno studio in rosso. Roma: Newton e Compton Editori 2001.
- Eco, U. (1983). Corna, zoccoli e scarpe. Alcune ipotesi su tre tipi di abduzione. En U. Eco, T.A. Sebeok (a cura di.) *Il segno dei tre*, (pp. 235-261) Milano: Bompiani
- Fruggeri, L. (1998). Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione come principio di método. *Connessioni*. (3), 75-85. Garofano, L. (2009). *Processo imperfetto, la verità sul caso Cogne*. Rizzoli.
- Ginzburg C. (1983). Spie. Radici di un paradigma indiziario. En U. Eco y T.A. Sebeok (a cura di.), *Il segno dei tre* (pp. 95-136). Milano: Bompiani.
- Goffman, E. (1969). *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: il Mulino.
- Gulotta, G. (a cura di). (1987). *Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale*. Milano: Giuffrè.
- Gulotta, G. (1988). *Il giurista in quanto solutore di problema*. En L. De Cataldo Neuburger (a cura di), *La giustizia penale e la fluidità del sapere* (pp.141-227). Padova: Cedam.
- Gulotta, G. (2000). *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*. Milano: Giuffrè.
- Gulotta, G. (1995). *La scienza della vita quotidiana*. Milano: Giuffrè.
- Gulotta, G. (2002). *Psicologia investigativa forense*. Milano: Giuffrè.
- Gulotta, G., De Cataldo Neuburger, L. (1996). *Trattato della menzogna e dell'inganno*. Milano: Giuffrè.

- Gulotta, G. y Puddu L. (1995). Ragionare sui fatti della vita. En G. Gulotta, *La scienza della vita quotidiana* (pp.330-337). Milano: Giuffrè, Milano, 337.
- Gulotta, G. y Vittoria, D. (2000). L'accuratezza della testimonianza. En G. Gulotta, *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico* (pp.553-561). Milano: Giuffrè.
- Ghiglione, R., Bonnet, C. Y Richard, J.F. (1990). *Traité de psychologie cognitive/3 Cognition, représentation, communication*. Paris:Bordas. versione in italiano Trattato di psicologia cognitiva. Cognizione, rappresentazione, comunicazione, Borla, Roma, 1995.
- Mastropaolo, L. (1989). Ridefinire la coazione: terapeuta sistemico e tribunale. *Ecologia della Mente* (18).
- Nurra, A. (2003). *La psicologia investigativa in azione*, tesi di laurea presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino.
- Nurra, A. y Verde, A. (2010). Criminal profiling as a plotting activity based upon abductive processes. *International Journal of offender therapy and comparative criminology* (54),5, 829-849.
- Peirce, C. (1984). *Le leggi delle ipotesi*. Milano:Bompiani.
- Pozzi, E. (2005). Morire in paradiso. *Psiche*.
- Semboloni, P.G. (2003). Introduzione. En J.Linares y C. Campo, *Dietro le rispettabili apparenze I disturbi depressivi nella prospettiva relazionale*. Franco Angeli.
- Tomm, K. (1987/1988).Interventive Interviewing part. I, II e III. *Family Process*.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse storie proibite, polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.

**Raúl Medina Centeno.**  
**Cambios modestos, grandes revoluciones**  
**México: Red Américas, 2011, reimpresso en 2014.**

**Lorena Cordovez Román**

*Cambios modestos, grandes revoluciones*, propone una apreciación crítica y local a la terapia familiar. Escrito por Raúl Medina, psicólogo, terapeuta familiar y Doctor en Psicología Social, es un libro que muestra la larga trayectoria académica y la gran capacidad reflexiva del autor.

A lo largo de su libro, Medina nos conduce por un recorrido histórico y teórico de las bases de la terapia familiar, el construccionismo social, la familia latinoamericana y las emociones para introducirnos en su metodología de trabajo y su visión política de la psicoterapia. No se conforma con ofrecer una visión superficial y “técnica” para lectores pasivos; nos lleva a cuestionar y deconstruir paradigmas que, a pesar de su ineficacia, siguen vigentes en la cotidianidad latinoamericana. Nos describe la diversidad de un México profundo y fragmentado, con una realidad histórica y política única, debatiéndose entre las formas asociadas a los pueblos ancestrales, la modernidad y la posmodernidad. Tal realidad nos suena conocida a los terapeutas latinoamericanos, que la vivimos y sufrimos en múltiples versiones locales que las recetas provenientes de otras culturas y sociedades no alcanzan a comprender y abarcar. Medina nos propone una plataforma desde la cual, como terapeutas, podemos intervenir y contribuir activamente a la generación de una sociedad más auténtica con formas relacionales y de creación de comunidad más saludables. A pesar de que el modelo nace en la particularidad de la sociedad mexicana, es útil para múltiples realidades latinoamericanas al rehuir soluciones universalizadoras y globales para plantear nuevas maneras de cuestionar y comprender los problemas locales buscando soluciones singulares y comunitarias. Todo esto lo hace desde una posición de experto modesto, que jamás deja de lado un respeto profundo por sus pacientes, aceptándolos como *otros* válidos en la relación.

Medina divide su libro en tres partes. La primera nos ofrece una base teórica sólida del modelo de la terapia familiar crítica desde la trayectoria académica del autor. En la segunda parte propone alternativas bien fundamentadas para la intervención. Finalmente, nos presenta un análisis cultural de la terapia familiar y su visión de la psicología social clínica como el futuro de la terapia familiar.

El autor nos inicia en los fundamentos epistemológicos de su Terapia Familiar crítica a través del diálogo con varios autores que influenciaron en su forma de entender la terapia familiar y contribuyeron en la generación de su posición crítica. Detalla las contribuciones de Linares, Anderson y Goolishian, y White y Epston en su visión particular de la terapia familiar. Al finalizar estos diálogos, describe los seis fundamentos que sostienen su propuesta: la epistemología, las emociones, la cultura, la historia, la política y la ética. Más adelante, hace un recorrido histórico y filosófico del construccionismo social, haciendo hincapié en la tensión entre el pensamiento moderno y el posmoderno, paradigmas que coexisten en la cultura latinoamericana a la que describe como un “mosaico

discursivo psicosocial”. Medina hace un análisis exhaustivo de la familia como objeto de estudio de las ciencias sociales, desde perspectivas tradicionales y reduccionistas como la modernidad o la perspectiva anglosajona hasta visiones actuales, complejas y locales, describiendo sus implicaciones en las políticas sociales y la terapia familiar. Finalmente, nos invita a “un viaje por el mundo de las emociones”, sección en la que describe la historia y el estudio de las emociones desde varias posturas teóricas, incluyendo perspectivas relacionales. Define las emociones, con la preponderancia del amor, como el fundamento de familias, comunidades y estados que promueven bienestar.

Una vez sentadas las bases, el libro nos presenta propuestas de intervención ilustradas con casos clínicos. Medina introduce el diálogo terapéutico en torno a preguntas estúpidas que permite al terapeuta descubrir el discurso tácito y generar nuevas explicaciones y alternativas que sustentan el cambio. Propone también la técnica de la externalización del problema, que utiliza metáforas locales para un cambio que toma al paciente como actor empoderado de su propio cambio. También describe el olvido terapéutico, intervención familiar que permite hacer una re-interpretación relacional de la historia que deviene constructiva para el cambio. Finalmente, presenta a la resistencia activa como un recurso para la diferenciación y la generación de una identidad propia y relacional con conciencia social y política en adolescentes con problemas de alimentación.

Para concluir, el autor analiza, cuestiona y replantea los elementos culturales de distintos modelos psicoterapéuticos de Estados Unidos y Europa y de su propio modelo de terapia familiar crítica. Termina con el planteamiento de la psicología social clínica como el futuro de la terapia familiar como un eje desde el cual se puede organizar la investigación e intervención dado que permite una visión del individuo como un ser en interacción entre lo social y lo psicológico.

La terapia familiar que nos propone Medina en *Cambios modestos, grandes revoluciones* es crítica en todos los aspectos de la palabra. Crítica porque apunta a la raíz de los problemas que presentan los pacientes en terapia familiar: promover un cambio crítico en las bases del comportamiento permite un cambio, no solo en el síntoma del paciente, si no en su capacidad de construir activamente su identidad en relación con su familia y su comunidad. Crítica hacia las bases mismas de la cultura y los conceptos universalizados de la terapia familiar para traernos un modelo a la vez poderoso y modesto. Un modelo que cuestiona los supuestos del terapeuta, la familia, la cultura y la academia. Finalmente es crítica en el sentido político y social, pretende con su modelo lograr la transformación social en aras del bienestar y el sentimiento de comunidad, a través de la intervención en el individuo como la fibra básica del tejido social.

El libro de Medina es esperanzador y refrescante. Nos abre una ventana al fascinante acto de pensar y cuestionar, de armar revoluciones sin violencia ni imposiciones de poder. Se suma a un movimiento latinoamericano que va cobrando fuerza desde nuestras raíces comunes y nuestras perspectivas locales. Un ejemplo claro de sus propias palabras: lo local enriquece lo universal. ¡Qué hermoso es cuando un libro nos invita a pensar!



# 35

# redes

Revista de  
Psicoterapia  
Relacional e  
Intervenciones  
Sociales

Julio de 2017

[www.redesdigital.com.mx](http://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

