

**Therapeutic varieties of demand in the primary care context in
Ejutla, Jalisco**

María Raquel Ponce Medina^a

^aInstituto Tzapopan, Guadalajara, México. ponce_8o@yahoo.com.mx

Historia editorial

Recibido: 03-01-2017

Primera revisión: 03-01-2017

Aceptado: 06-01-2017

Palabras clave

variedad de demanda,
instituciones públicas, población
rural

Resumen

En este artículo hacemos una comparación de las demandas de atención psicológica solicitadas en contextos públicos y privados. Nos basamos en la modalidades de demandas propuesta por Manuel Villegas (1996) en su artículo “El Análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática”. Las solicitudes fueron recabadas en la institución gubernamental de asistencia pública para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en la población rural de Ejutla, Jalisco. Realizamos un análisis de las diferencias encontradas en las demandas y propusimos categorías de las demandas que son específicas del contexto público.

Abstract

In this article, we compared the demands of psychological treatment applied in public and private contexts. We relied on the modalities of demands proposed by the Psychologist Manuel Villegas in his article “Analysis of demand. A dual perspective, social and pragmatic”. Applications were collected in a government welfare institution for Integral Family Development (DIF) in the rural population of Ejutla, Jalisco. It is expected that public and private contexts produce different types of psychological demands. To make sense of these discrepancies, we must take into account the geopolitical location, the socioeconomic status, the educational level and the religion that is practiced in the community. We analyzed the differences in the demands and proposed categories of the demands that are specific for the public context. It is known that the origin of the demand is related to the receiver, who will carry out the psychotherapeutic process. In addition to considering whether the origin of the demand is “Propia” (the person is requesting the service for himself) or “Ajena” (the person is requesting the service for someone else). The demand may be an indirect request “Indirecta”, the person requesting the service for himself or for someone else, but at the request of a third party.

Keywords

variety of demand, public
institutions, rural population

Desde una perspectiva socioconstruccionista, la psicoterapia, como toda práctica vinculada con la salud y la enfermedad, es tributaria de un conjunto de presupuestos culturales no siempre evidentes. Imbricada como está en una cultura, se despliega, construye e interpreta de acuerdo con los patrones culturales disponibles (Kelly, 1955; Medina, 2011).

Lo mismo puede decirse de las preocupaciones, necesidades, desahogo, deseos, milagros o cualquier intención de quien acuda al psicoterapeuta: dependerán de su contexto social, económico y cultural. Así, los motivos para solicitar y recibir atención psicológica están ligados a estos tres elementos; por ende, las circunstancias de las personas están relacionadas con la forma en que padecen un malestar emocional y/o psicológico.

Por otro lado, el estatus socioeconómico de riqueza y pobreza se viven y perciben de manera diferente en las zonas urbanas o rurales. Por una parte, los servicios públicos y privados que se ofrecen son distintos y la forma de acceder a ellos también; por otra, los costos y medios, dependen de donde se encuentre ubicada geográficamente y políticamente la comunidad. No es lo mismo vivir en la periferia de una gran urbe donde la modernidad ha consumido los recursos naturales que eran de apoyo para los habitantes, a una comunidad rural geográficamente distante de la capital donde los recursos naturales aun son un medio de subsistencia viable pero el centralismo reduce el acceso de la población a los servicios públicos de asistencia médica y social.

En las poblaciones con un estatus socioeconómico bajo las autoridades políticas y religiosas suelen tener mucha injerencia: de ellas dependerá en buena medida cómo las personas soliciten, solucionen e incluso comprendan sus malestares emocionales y/o psicológicos. Así, la mera disponibilidad de servicios de atención en salud mental no asegura que los habitantes hagan uso de ellos, ya que deben además estar sancionados por la autoridad religiosa local, cuya influencia en estas zonas en la periferia de la modernidad es aún muy grande (Medina, 2011). Por ejemplo, si la religión es católica, las personas buscarán solucionar la situación que estén viviendo primeramente mediante las oraciones y consejos que los sacerdotes y monjas brinden, y sólo acudirán al psicólogo habiendo agotado este tipo de recursos.

La influencia de la cultura va más allá de las “soluciones” que se intenten para diferentes problemas: de hecho, condiciona de raíz el tipo de problemas que se presentan. Como lo indica Kelly:

Al tratar con personas de regiones aisladas o minorías étnicas, el clínico puede confundir un comportamiento étnicamente apropiado con un síntoma de psicopatología. Por ejemplo, un clínico neoyorquino creía haber detectado una tendencia al “aislamiento esquizoide” en sus conocidos provenientes de Kansas, mientras que un clínico de Kansas quedó impresionado por la cantidad de “defectos de carácter” que observó en una limitada muestra de neoyorquinos (Kelly, 1955, p. 157).

En otras palabras, para el socioconstruccionismo (Medina, 2011; Gergen y McNamee, 1996), las demandas mismas de las personas que acuden a terapia, y sus expectativas implícitas al respecto, están condicionadas por la cultura en la que se presentan; de lo que se deduce que diferentes contextos culturales y socioeconómicos deberían dar lugar a demandas distintas. Es esta hipótesis la que se pretende abordar en esta investigación.

El primer paso para abordar esta hipótesis es identificar una clasificación exhaustiva y precisa de los tipos de demanda terapéutica. Se ha elegido la propuesta por Villegas (1996) porque emerge de un contexto urbano y de atención privada, lo que permite hacer una comparación con las demandas que se presentan en la zona rural y en el ámbito de la atención pública. Se busca conocer las convergencias y/o divergencias de las demandas en ambos contextos; para ello, se presentan las demandas propias de la zona rural, se realiza un análisis comparativo con las de Villegas y, finalmente, se hace una propuesta tanto en lo que respecta a la procedencia de la demanda como en su destinatario, que es quien llevará a cabo el servicio solicitado.

Fisch, Weakland y Segal (1984) refieren que los solicitantes acuden a terapia con una queja o dolencia; sin embargo, ésta no es necesariamente la demanda terapéutica, ya que no especifica quién debe acudir a la terapia, quién es responsable del cambio o a quién ha de incluir. En todo caso, Fisch et al. sostienen que para conocer la demanda hay que recabar la información suficiente, requisito imprescindible para llevar a cabo un proceso terapéutico puesto que es el fundamento sobre el cual se planean y realizan las intervenciones.

Para presentarse como tal, una demanda debe cumplir dos condiciones: primero, que los solicitantes enfrenten una situación problemática, dolorosa o incómoda de una forma no apropiada; y segundo, que cuando la situación problemática vuelva a presentarse, esta solución fallida se aplique nuevamente pero de manera más intensa. Se trata del clásico “la solución es el problema” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992). En este conflicto circular los terapeutas devienen agentes de cambio sólo si logran una visión clara del problema o conducta a cambiar o conservar (en su caso), dando por supuesto, desde luego, que el o los solicitantes se comprometan para realizar el cambio.

Estas concepciones dan por hecho que las quejas y problemáticas con las que acuden a terapia las personas son al final demandas con las que habría que trabajar y atender dentro de un proceso psicoterapéutico; por tanto, el objetivo terapéutico se basa en estas quejas o problemas. Con base en esta heurística puede ocurrir que en algún momento de la terapia lo que se creía que era el objetivo terapéutico (es decir, la demanda) desaparezca o se diluya; entonces los pacientes se sienten confundidos, los terapeutas estancados y sus intervenciones pierden eficacia. Es en ese punto que emergen dudas acerca del compromiso del consultante, de su resistencia o de la adecuación de las tareas recomendadas con el *timing* del paciente. En el contexto de la atención pública, cuyos recursos son frecuentemente rebasados por las necesidades de la ciudadanía, se puede suponer que esta confusión se deriva de que no se prestó suficiente atención a la demanda durante las primeras sesiones, o que no se la analizó lo bastante como para elaborar en base a ella un contrato terapéutico adecuado. En suma, cuando no se toma el tiempo suficiente para analizar si la demanda de un consultante es realmente terapéutica o si se puede y/o debe, en conjunto con el solicitante, transformar en términos terapéuticos, la terapia tiende al fracaso porque no incluye uno de los más importantes factores comunes del cambio, el contrato terapéutico (Wampold, 2001).

Como se ha apuntado antes, el análisis más preciso, profundo y apropiado no sólo de la noción de demanda sino de sus variedades y características es el propuesto por Manuel Villegas (1996), quien describe dos dimensiones que articulan a toda demanda. La primera es la Dimensión Interactiva (psicosocial), la cual consiste en el proceso de solicitar y prestar ayuda. Este proceso requiere de tres elementos: una persona o grupo de personas con una necesidad o carencia, recursos apropiados para cubrir esta carencia o necesidad y un profesional especializado. La segunda es la Dimensión Discursiva: la formulación de la demanda de ayuda requiere una lectura de los significados, las lógicas y dimensiones que están detrás de ésta, lo que obliga al terapeuta a entender y mirar el contexto de producción de dicha demanda. Eso requiere preguntarse quién dice cuál es la demanda, en qué momento lo dice y con qué finalidad lo dice.

Uno de los principales aportes de Villegas es la constatación de que no todas solicitudes de atención psicológicas están elaboradas en términos propicios para un proceso psicoterapéutico; es por eso que en la dimensión discursiva propone un análisis de la demanda que consta de diez modalidades pragmáticas, a través de las cuales la demanda puede entenderse y atenderse psicoterapéuticamente, o en su caso descartar que sea una demanda viable. Para esta evaluación hay que atender a dos elementos fundamentales: la procedencia y la finalidad.

La propuesta de Villegas de las diez modalidades pragmáticas se muestra en la tabla 1. La segunda columna presenta la procedencia de la demanda, que el autor define de acuerdo a quien la solicita; si es por decisión de quien acude le llama *Propia*, si es presentada por un tercero para alguien más, la llama *Ajena*. La tercera columna muestra el objetivo, definido como la manera en que

cada demanda involucra al terapeuta o lo que exige de éste. La cuarta columna resume la esencia de cada tipo de demanda.

Tabla 1. Modalidades Pragmáticas de Demanda Terapéutica

Modalidades Pragmáticas de Demanda Terapéutica			
Modalidades	Procedencia	Objetivo	Descripciones de acuerdo al autor
No-Demanda	Ajena	Hacer callar a un tercero	En esta propuesta el solicitante acude por única vez porque un familiar se lo pide. No requiere que el terapeuta intervenga y haga algo. Sólo asiste para que su familiar no se lo vuelva a pedir.
Confirmatoria	Propia	Asegurarse de los propios criterios o decisiones	El solicitante busca utilizar al terapeuta para convencerse de lo acertado de su posición. Es solo para que el mismo discuta los pros y contras pero al final hará lo que él pensaba. Esta modalidad al contrario de la anterior, se mantiene varias sesiones.
Mágica	Propia	Curar una enfermedad o solucionar un problema fiándose de los poderes, autoridad o prestigio del terapeuta	Los solicitantes buscan que los problemas desaparezcan por la acción mágica del terapeuta, sin que ellos hagan nada al respecto. Sólo el terapeuta tiene la magia para hacerlo.
Sintomática	Propia	Curar una enfermedad somática o psicósomática evitando cualquier cambio o confrontación interna	Después de muchas intervenciones médicas el diagnóstico es de tipo psicológico. El paciente asiste por voluntad a un proceso terapéutico, pero no cree que sus problemas tengan un origen psicológico. En este tipo de demandas, el éxito terapéutico depende de la forma en que se haga la derivación y se reformule la demanda en la terapia modificando la posición pasiva del solicitante a una actitud colaborativa.
Inespecífica	Propia	Buscar apoyo y orientación para entender y hacer frente a los propios problemas	La persona infiere que su problema es psicológico, pero no alcanza a distinguirlo. Busca que el terapeuta sea un explorador activo. En esta modalidad se plantea la necesidad de transformar la queja en una demanda terapéutica.
Específica	Propia	Solucionar problemas psicológicos previamente identificados	La persona sabe que su problema es de índole psicológica; sin embargo, es necesario hacer una redefinición del diagnóstico en términos propiamente terapéuticos.

Perversa	Propia	Satisfacer de forma directa necesidades propias de apego, sexo o dominancia	Tiene por objeto la satisfacción directa de estas necesidades a través de la psicoterapia, y más en concreto de la relación con el/ la terapeuta.
Vicaria	Propia	Provocar la implicación de una tercera persona en la terapia	Es una demanda que se hace en sustitución de otra persona; quien la hace suele atribuir al sujeto ausente el origen de todos los males, para cuya solución se requeriría su participación y compromiso, que es improbable que suceda.
Delegada	Ajena	Sacarse un paciente problemático de encima para pasárselo a otro colega	Aquellos casos en que una institución o profesional de salud mental se quitan de encima a un paciente aduciendo razones inconsistentes, poniendo al terapeuta receptor en una difícil situación pues está condicionado al diagnóstico y tratamiento previos.
Colusiva	Propia	Perjudicar a un tercero por diagnóstico o tratamiento	Se busca un diagnóstico y tratamiento coercitivo para un tercero.

Modalidades Pragmáticas de Demanda Terapéutica (Adaptado de Villegas, 1996).

Ahora bien: del texto de Villegas se entrevé que este análisis, por demás excelente, es especialmente pertinente a un contexto privado y urbano, y que hace falta contrastarlo con la atención en un servicio de salud mental público en una zona rural para valorar en qué medida los tipos de demanda por él reseñados se presentan en un contexto que podríamos tildar de “premoderno abigarrado” (Bleger, Castelnuovo y Pedersen, 1984; Medina, 2011) o si, por el contrario, se presentan tipos de demanda no contemplados por Villegas. Con ese fin, este trabajo se desarrolló en la institución de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ubicada en el municipio de Ejutla, Jalisco, en el área de atención psicológica primaria.

3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN: CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PRIMARIA

Ejutla se ubica al sur del estado de Jalisco a 180 kilómetros de la ciudad de Guadalajara. Su fundación data del 5 de agosto de 1540. De acuerdo al INEGI (2010), la población es de alrededor de 2082 personas distribuidas en la cabecera municipal y ocho comunidades pertenecientes al municipio.

Existe una falta de empleo seguro y remunerado; debido a esto, familias enteras emigran a lo largo de la república Mexicana, a Estados Unidos y Canadá. En algunos casos es sólo el padre el que se va a laborar temporalmente; los que se quedan se dedican a la agricultura, ganadería, comercio o al trabajo ocasional.

La educación es pública y se cuenta con las siguientes instituciones de la Secretaría de Educación Pública y la Universidad de Guadalajara: tres jardines de niños, cinco primarias, dos telesecundarias y una preparatoria. Sin embargo, no se cuenta con transporte público; el traslado es mediante vehículo propio, compartido o taxi privado.

La religión dominante desde hace más de tres siglos es la católica; se cuenta con un seminario y un convento, ambos en funcionamiento, además de tres iglesias y varias capillas a lo largo de todo el municipio. Las iglesias son atendidas por cuatro sacerdotes, mientras que el convento por quince monjas.

Los servicios públicos que se ofrecen en el municipio son Ayuntamiento, Centro de Salud y DIF Municipal. El Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es una institución federal mexicana que atiende a familias que presentan problemáticas sociales como desempleo, abandono, maltrato, adicciones, migración y violencia intrafamiliar bajos los lineamientos del Sistema DIF Jalisco (2013). En el momento de esta investigación, el DIF municipal de Ejutla contaba con el siguiente personal: presidenta, directora, auxiliar administrativo, psicólogo, auxiliar de trabajo social, intendente y dos cocineras.

La institución ofrece apoyos y servicios como alimentación, medicamentos, traslado para enfermos del municipio hacia la ciudad de Guadalajara y municipios circunvecinos, apoyo para medicamentos, descuentos (mediante convenios) de hasta 50% para estudios médicos, servicio psicológico, derivación jurídica y los que se requieran en casos urgentes a familias en situaciones críticas.

Además, en el DIF Municipal de Ejutla hay cuatro programas de alimentación para población en riesgo de desnutrición. El primero es para menores de 5 años que no están inscritos en preescolar y apoya a 22 niños/as. El segundo son desayunos escolares para 112 niños/as distribuidos en los jardines y primarias. El tercero, despensas para personas en desamparo o con hijos en riesgo de desnutrición, apoya a 120 beneficiarios en todo el municipio. Y por último un comedor asistencial para adultos mayores con 25 beneficiados.

En el ámbito de la prevención, la Institución brinda asimismo cursos prematrimoniales. El área de Protección a la Infancia lleva adelante cuatro programas: Prevención de Riesgos Psicosociales del Adolescente y su Familia/Adicciones, Participación Infantil, Buen trato y Apoyos Escolares.

El área de atención psicológica solamente cuenta con atención primaria; cuando se presentan casos que exigen recursos no disponibles (por ejemplo, abuso sexual infantil o maltrato familiar), se derivan a la Unidad de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVI) más cercana, en el DIF de El Grullo, Jalisco. Cuando se considera necesaria la atención psiquiátrica se deriva a Salud Mental (SALME) a Autlán de la Grana o a la ciudad de Guadalajara. Las solicitudes de atención psicológica en el DIF de Ejutla alcanzan un promedio de 4 consultas mensuales, algunas de una única vez y otras con citas de seguimiento (Presidenta-Directora del DIF, comunicación personal, 2012).

4. MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal (Montero y León, 2005) y metodología cualitativa basada en la aplicación de una taxonomía a una población objeto.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población atendida es de la zona rural y recursos económicos bajos. Durante el período comprendido entre noviembre de 2012 y abril de 2014 se registraron 68 solicitudes de atención psicológica, de las cuales se excluyeron 4: una porque estaba duplicada, dos más porque los usuarios no se presentaron a las sesiones después de haberlas agendado por teléfono, y la última porque se registró por error en el área de atención psicológica cuando en realidad era una petición de servicio para el DIF. En suma, se trabajó con un total de 64 solicitudes de atención psicológica. Estas solicitudes fueron de tres tipos: individual, pareja y familiar. Las edades de las personas atendidas oscilaron entre 3 y 64 años de edad.

En la Tabla 2 se presenta la distribución de las demandas por sexo, edad y tipo de demanda, de acuerdo con quién la solicita y con quién es el paciente identificado; es decir, 59 de las personas que

Tabla 2. Demandas recibidas por solicitante y por paciente identificado, distribuidas por sexo, edad y tipo

SEXO	Por solicitante	Por paciente identificado
Mujeres	59 (92%)	38 (60%)
Varones	5 (8%)	26 (40%)
TOTAL	64	64
EDAD		
3 a 6 años	0	15
7 a 10 años	1	15
11 a 13 años	0	6
14 a 17 años	0	4
18 a 35 años	27	10
36 a 70 años	36	14
TOTAL	64	64
TIPO DE ATENCIÓN		
Familiar	8 (12.5%)	
Individual	54 (84.5%)	
Pareja	2 (3%)	

(Fuente: elaboración propia).

INSTRUMENTOS

Como instrumento para recabar las solicitudes de demanda se utilizó el formato proporcionado por la institución titulado “Sistema DIF Ejutla - Formato Para Solicitar Atención Psicológica”. Los usuarios del servicio fueron notificados del aviso de confidencialidad y protección de datos personales conforme la ley lo establece. Asimismo, se obtuvo la autorización de Presidenta y Directora para realizar este trabajo en las instalaciones del DIF.

5. ANÁLISIS DE CATEGORÍAS Y TIPOS DE DEMANDA

Las demandas así recabadas fueron clasificadas dentro de las diez modalidades propuestas por Villegas en la Dimensión Discursiva del Análisis de la Demanda. De las 64 demandas, 25 coincidieron con las categorías sugeridas por Villegas (en su mayoría como demandas sintomáticas, inespecíficas y específicas. Las 39 solicitudes de demanda restantes, no encajaron en ninguna otra categoría propuesta por Villegas, lo que sugiere que se escapan de lo observable en un contexto de consulta privada y caracterizan las demandas típicas de una zona rural, tradicional y predominantemente agrícola de México.

Las 39 solicitudes de demanda restantes fueron sometidas a un análisis de contenido (Cáceres, 2003) repetido hasta alcanzar una categorización exhaustiva y mutuamente excluyente en función

de las características de las distintas demandas. Mediante este procedimiento se obtuvieron cuatro categorías generales:

- “No aplica a terapia”,
- “El terapeuta tiene que hacer algo que la persona, no puede, no quiere o no sabe”,
- “Problemas de niños” y
- “Aplica a terapia”.

A continuación se realizaron subcategorías de cada categoría, con sus definiciones y divergencias a las modalidades propuestas por Villegas.

CATEGORÍA 1: “PROBLEMAS NO TERAPÉUTICOS”

La primera categoría, “problemas no terapéuticos”, se divide en cuatro subcategorías:

- “Busca derivación”,
- “Busca evaluación”,
- “Se puede derivar” y
- “Extraviada”.

Prima facie, esta categoría se asemeja a la modalidad de “No Demanda” de Villegas, en la cual el demandante asiste a psicoterapia para que un familiar o conocido le deje de insistir que vaya con un psicólogo; esto es, no cree necesitar ninguna clase de psicoterapia. Sin embargo, en el caso de la categoría “No aplica a terapia”, los demandantes que acuden necesitan efectivamente atención profesional y buscan apoyo en DIF con la idea, imprecisa y mal articulada, de que “el psicólogo pueda ayudarlos”; por tanto, aunque sí tienen una necesidad y son conscientes de ella, no se trata de un problema que pueda ser resuelto mediante la psicoterapia.

Dentro de este tipo de solicitudes se encuentran cuatro subtipos:

- “Busca derivación” cuando la persona solicita una segunda opinión profesional; por ejemplo: “A mi hija le dio una calentura muy fuerte, estaba caminando bien y hablando bien. Después de la calentura ya no hace lo mismo que hacía. La llevamos a la clínica y le dieron rehabilitación. Pero ya no quiere ir, llora cuando le decimos y si la llevamos llora por que no quiere entrar. Quiero que la vea alguien más”.
- “Evaluación”: el demandante quiere saber si un familiar “está realmente bien” después de un evento potencialmente traumático o bien conocer si una persona tiene la capacidad para desempeñar cierta función. Un ejemplo de lo primero: “Encontré a mí hija con su primo tocándose sus partes y desde entonces ella ha estado muy curiosa. Me gustaría que la vieras para ver si no le afectó”; uno de lo segundo: “Necesito que haga una evaluación psicológica para dos candidatos a trabajar como policías. Necesitamos saber si son aptos o no”.
- En los casos en que la evaluación conduce a un diagnóstico de posible abuso sexual o maltrato infantil, las demandas “se derivan” ya que, por ley, se deben atender en la Unidad de Violencia Intrafamiliar (UAVI) más cercana, integrada con personal interdisciplinario para la atención, trabajador social, psicólogo y abogado. Un ejemplo: “A... le platicó a sus compañeritas que su papá la toca; el director habló con ella y le dijo lo mismo. Como es algo delicado queremos que usted haga una evaluación para saber si eso sucede”. Salta a la vista que este caso es diferente a la modalidad “Delegada” de Villegas, donde el psicólogo que deriva quiere sacarse de encima al paciente; aquí, la derivación se realiza por no contar con el personal necesario para dar la atención adecuada a este tipo de situaciones.
- Por último, la “Extraviada” es una solicitud que responde a un problema legal, económico o social que, aunque genere malestar y estrés, no puede abordarse ni resolverse por medio de un proceso terapéutico; un ejemplo frecuente: “El papá de mi hijos(as) no me da dinero, la comida, medicina, etc.; quiero que me ayude a que le obligue para que me dé dinero para mis niños”.

CATEGORÍA 2: “EL TERAPEUTA TIENE QUE HACER ALGO EN LUGAR DEL DEMANDANTE”

En la segunda categoría, el terapeuta se ve conminado a realizar alguna intervención en lugar de la persona que demanda porque esta no sabe qué hacer, no puede o cree que no puede hacerlo, o directamente no lo quiere hacer. En cierto modo, se trata de casos semejantes a la modalidad “Mágica” de Villegas en la cual los demandantes esperan que el terapeuta haga desaparecer “por arte de magia” sus problemas sin que ellos tengan que responsabilizarse ni hacer nada; pero aquí las personas sí que hacen algo, sólo que solicitan al terapeuta que culmine la acción por ellos. Salta a la vista que no se trata de demandas viables para un proceso psicoterapéutico.

Dentro de esta categoría se encuentran tres subtipos:

- “No puede”: se trata casi exclusivamente de padres que acuden preocupados por hijos adolescentes y que esperan que el terapeuta logre sonsacarles aquello que se supone lo está inquietando para que “lo hablen”; así pues, emplazan al psicólogo en la posición de “detective” respecto a un problema que ellos suponen que existe pero del que “no pueden” hablar directamente con sus hijos. He aquí un ejemplo: “Mi hijo adolescente ha estado rebelde desde que nacieron sus dos hermanos menores. Él trae muchas cosas que no quiere decir y espero que a ti te las diga porque las tiene que sacar, le hace mal guardárselas”. Esta demanda parece dar por supuesto que, sea cual fuere el problema que “trae” el hijo o hija, normalmente no involucra a los padres y que basta con que “lo hable” o “lo deje salir”.
- “No quiere”: casi exclusivamente, se caracteriza por adultos que buscan al terapeuta como un vocero, esperando que sea éste quien diga lo que ellos quieren decir pero no pueden “por temor a lastimar al otro”: “Quiero que me digas si termino con mi novia, si ella se va a deprimir otra vez. Y si tú le puedes decir que ya no quiero seguir con ella para que no se sienta tan mal”. Así, al “depositar” en manos del psicólogo al otro, los demandantes se deslindan de su responsabilidad sobre el bienestar de aquel, eximiéndose de culpa y de afrontar las consecuencias de sus decisiones.
- Por último, “no sabe”: padres que genuinamente ignoran cómo manejar una situación inusual o inesperada que se les ha vuelto intolerable y que solicitan al terapeuta no tanto que les ayude a sopesar alternativas y tomar decisiones sino que se haga cargo de ellas directamente y sin más preámbulo. Por ejemplo: “Mi hijo quiere que le regale un rifle; además me dice que se va a la escuela y no ha ido por un mes... Después yo le llevaba a la escuela pero él se sale y se va con su medio hermano que es un drogadicto y no quiero que termine como él, ayúdeme para que envíen a mi hijo a un orfanato (casa hogar). Ya no puedo con él”. Se trata invariablemente de padres desbordados por problemas económicos o sociales y que buscan con desesperación un espacio donde depositar al menos parte de sus cargas; aunque suelen acudir con alguna idea de la solución aplicable al caso (por ejemplo, enviar a su hijo al orfanato), se trata casi siempre de soluciones imprácticas o inviables, pensadas al vuelo y para salir al paso de la situación. No obstante, y tal vez apremiados por la urgencia en que viven, estos padres insistirán en la necesidad de “hacer algo” y pondrán reparos a los intentos del terapeuta de tomar distancia y moverlos a reflexión.

CATEGORÍA 3: “PROBLEMAS INFANTILES”

Esta es la categoría con más casos recibidos ya que las demandas pueden provenir tanto de los padres (o abuelos al cuidado de sus nietos) como, a través de estos, de las instituciones educativas a las que los niños pertenecen. En general, padres, abuelos o maestros detectan una conducta inaceptable o incomprensible en el niño y acuden en la esperanza de que el terapeuta pueda cambiar dicha conducta (normalmente con una mínima participación paterna y desde luego sin colaboración o contacto entre el terapeuta y la escuela).

Una vez más, puede parecer que esta categoría encaja con la modalidad “Vicaria” de Villegas, en la cual la demanda se hace en sustitución de otra persona ya que, según quien acude, es el otro

el que debe comprometerse a cambiar. La diferencia es que en estos casos, y dado que los pacientes identificados son menores de edad, el padre o tutor los llevan directamente a psicoterapia y esperan que el terapeuta realice los cambios necesarios *únicamente con el niño y sin contar o implicar a sus padres*. A pesar de todo, estas demandas tampoco se prestan a un proceso psicoterapéutico a menos que se reformulen en colaboración con el niño, los padres y la escuela.

Los subtipos de esta categoría responden a los tres problemas infantiles más frecuentes y preocupantes en el contexto rural:

- “Miedos y fobias”: “Desde el Kinder ... no ha aprendido a defenderse de los otros niños y tartamudea. Quiero que le ayudes a que aprenda a defenderse y a que tartamudee menos o deje de hacerlo”.
- “Enuresis”: “Mi hija aún se orina en la cama, en la escuela, durante el día; el médico nos dijo que no tiene nada. Queremos que usted nos ayude para que deje de orinarse, porque ya nos cansamos”.
- “Hiperactividad y niños inquietos” es un subtipo de mayor complejidad que los anteriores ya que la demanda casi nunca se origina en los padres sino en la institución educativa, donde las maestras, frecuentemente desbordadas por el número de alumnos, son incapaces de brindar atención personalizada a los niños y niñas que la requieren y los derivan “al psicólogo” a través de sus padres, que suelen vivir el proceso con sorpresa, incompreensión e incredulidad pero que no se atreven a oponerse por temor a alienar aún más a sus hijos. De ahí que los padres empleen siempre la misma palabra, “aquietar”, para hacer su solicitud: “Mi hijo tiene mal comportamiento en el salón de clase, se sale o no quiere trabajar en lo que le pide la maestra. O se quiere salir antes de las clases. Además le pega y pelea a sus compañeros y no hace las tareas en casa y la maestra nos dijo que lo trajera con usted para que nos lo aquiete”.

CATEGORÍA 4: “PROBLEMAS TERAPÉUTICOS”

La última categoría comprende los casos en los que la terapia sí es pertinente y buscada por los demandantes, si bien merced a una reformulación colaborativa del problema que puede ocupar una o dos sesiones. Se diferencia de las modalidades “Inespecífica” y “Específica” de Villegas porque en éstas la persona solicita el proceso terapéutico para ella misma y asume desde un principio que el problema es ante todo “suyo”, mientras que en la que aquí se propone, aunque el consultante acude sabiendo que hay algo que debe cambiar y está motivado para solucionarlo, solicita en primera instancia terapia para alguien más creyendo que así resolverá su problema. Es el terapeuta quien, una vez desentrañada la situación y el contexto de la demanda, procederá a redirigirla colocando en su centro al demandante y no a quien éste considera como el “paciente identificado”.

Se divide en dos subtipos:

- “Intento de hacerse cargo y asumir responsabilidad”: por ejemplo, “Mi hijo mayor se está portando mal; no es hijo de mi pareja actual y no se si eso le esté afectando. Pero nadie sabe eso. Quiero que venga contigo”. Como puede verse, se trata con frecuencia de personas que han realizado o participado de alguna acción (por ejemplo, guardar un secreto porque lo consideran vergonzoso) y que empiezan a hacerse cargo de sus implicaciones al emerger otras dificultades y malestares *prima facie* inconexos pero en el fondo relacionados con ella. Por tanto, con una adecuada orientación del terapeuta, pueden asumir sus responsabilidades y convertirse en protagonistas de un proceso terapéutico en toda regla.
- “Terapia de pareja”: finalmente, casos en que acuden los dos miembros de una pareja con la intención de solucionar sus problemas y que se hallan frecuentemente atascados en un *impasse* donde cada uno espera que sea el otro quien dé el primer paso (o el más significativo), por lo que esperan implícitamente que el terapeuta se erija en mediador o conciliador: “Dile a ella que me escuche” vs. “Dile a él que mientras cuida a su hermano no voy a vivir con él”.

Además de la expectativa implícita del consultante, Villegas analiza otro aspecto de la demanda: lo que llama “procedencia”, es decir, si el consultante pide ayuda para sí mismo o para un tercero. En el primer caso se habla de “procedencia propia” y en el segundo de “ajena”. A estas dos se añade una tercera posibilidad característica del contexto rural y que se aprecia ante todo en la tercera categoría antes mencionada, “Problemas infantiles”: la procedencia indirecta, en la cual el consultante acude pidiendo ayuda, casi siempre para otra persona, porque una tercera persona o institución le han dicho que tiene problemas que se deben atender en terapia. En estos casos, la persona empieza pidiendo atención psicológica como si fuera propia o ajena pero en el desarrollo de la sesión sale a relucir que su solicitud se debe a que alguien le sugirió o pidió que lo hiciera; por lo general, una institución educativa, que es quien se ve afectada por el supuesto problema en cuestión pero que espera que sean otros (el terapeuta, los padres, el niño) quienes hagan algo para resolverlo (Selvini-Palazzoli, 1986).

Por tanto, consideramos que es necesario añadir al análisis de Villegas la dimensión del destinatario del incipiente proceso terapéutico; esto es, quién, de acuerdo con el demandante, debe acudir y/o cambiar a resultados del mismo. Esto permite distinguir las tres modalidades de demanda antes mencionadas:

- Propia: “yo tengo el problema, y también la responsabilidad de resolverlo”;
- Ajena: “otro tiene el problema, pero ya que me afecta directamente, es ese otro quien debe acudir a terapia para cambiar”; e
- Indirecta: “ni yo ni el otro tenemos o percibimos problema alguno, pero un tercero (la escuela, el jefe, la suegra...) me asegura que lo hay; por eso, quiero que usted vea al otro (mi hijo, mi novia, mi madre...) para que lo resuelva”.

Por consiguiente, sostenemos que para un análisis más completo de la demanda hay que preguntarse no sólo qué es lo que hay que cambiar o cuál es el problema sino además quién debe cambiarlo y, sobre todo, quién dice que debe hacerlo. Más aún, se pueden distinguir cinco personajes que intervienen en cualquier demanda de psicoterapia y que pueden o no coincidir en la misma persona:

1. Quien tiene el problema (que puede o no ser la persona que acude a consulta);
2. Quien piensa que esa conducta es un problema, que puede ser la persona que acude, la persona que ejecuta la conducta u otra distinta (la escuela, el psiquiatra, pediatra...);
3. Quien puede hacer algo para cambiarlo;
4. Quien quiere hacer algo; y
5. Quien está obligado moral o legalmente a hacer algo al respecto.

7. CONCLUSIONES

Como se puede apreciar, las demandas en un contexto privado y uno público son diferentes; en concreto, el contexto de atención pública en una zona rural y tradicional hace emerger demandas muy poco probables en la consulta privada de un terapeuta en una metrópoli. Estas demandas, en especial las de las primeras dos categorías identificadas, “Problemas no terapéuticos” y “El terapeuta tiene que hacer algo en lugar del demandante”, tienen en común la casi total ausencia de un trasfondo o explicación psicológica por parte de la persona que las hace y de su contexto; por consiguiente, el demandante coloca sobre el terapeuta la expectativa de que intervenga directamente y resuelva de un plumazo cualquier problema con el simple expediente de “decirle” algo al otro o “hacerlo hablar”, bajo la creencia de que “eso es lo que hacen los psicólogos”. Los intentos del terapeuta de mover al demandante a reflexión acerca de las posibles motivaciones del otro problemático (o paciente identificado) o de su propia participación en el problema se estrellarán con la repetición de la queja inicial y de la solicitud concomitante: “dígaselo usted, yo se lo traigo”. Se puede incluso suponer

que cuando no existe un discurso “psicológico” en un contexto social determinado, la psicoterapia deviene inviable o sumamente difícil ya que cualquier intervención del terapeuta ha de contar con un asidero en las narrativas de los demandantes (Medina, 2011), a menos que se oriente exclusivamente hacia el terreno pragmático evitando cualquier intento de reflexión o aumento de consciencia.

Finalmente, es muy importante resaltar que tanto en los contextos públicos y privados, rurales y urbanos es necesario hacer un buen análisis de la demanda, ya que en ambos se presentan demandas que se pueden reformular para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico exitoso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Bleger, J., Castelnuovo, A. y Pedersen, D. (1984). *Teoría psicoanalítica y tercer mundo*. Quito: Ediciones Fundación Agustín Cueva Tamariz.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2, 53-82.
- Selvini-Palazzoli, M. (1986). *El mago sin magia*. Barcelona: Paidós.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. New York, USA: Routledge.
- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica*. Guadalajara: Red Américas.
- Gergen, K., y McNamee, S. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: W. W. Norton & Co.
- INEGI (2010). Página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía *Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
- Montero, I., y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Sistema DIF Jalisco. (2013). Página del Desarrollo Integral de la Familia Jalisco. Sistema de Programas Públicos. Recuperado de http://sistemadif.jalisco.gob.mx/sitio2013/sites/default/files/programas/apoyos_y_servicios_asistenciales_a_familias_en_situacion_vulnerable_1.pdf
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de psicoterapia*, 12 (26-27), 25-78.