

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

ISSN: 2938-2343

Diciembre de 2021
www.redesdigital.com

44

Javier Ortega Allué

El legado vivo de Whitaker: Indagación sobre el rol del terapeuta

Raquel Maresma Bernal

Un enfoque minimalista para el trabajo con parejas. A minimalist approaching to working with couples

Monica Martinez Sallent

Importancia del Reconocimiento en la Construcción de la Identidad en personas Trans

Lucio Patricio Chavez Igor

Taoísmo y Sistemas

José Rubén Palafox Cabral

Re-pensar modelos de intervención en crisis en atención al desastre: Integración de intervenciones para la psicosis en crisis masivas desde un modelo de psiquiatría psicodinámica

Grecia Dayanira Fernández Topete

Género, Familia y Migración Transnacional Mexico-Europa

Bernardo Enrique Roque Tovar

La psicoterapia como función performativa: micro-análisis de una intervención de Minuchin

Marina Salazar Alfaro, Lourdes Aletheia Carrillo Cuevas

Modelo de intervención de Terapia Familiar enfocada al abandono emocional infantil

Facundo Cócola

Tratamiento sistémico integrativo en trastornos del uso de sustancias: presentación de una meta-intervención terapéutica (MIT)

Diálogos: Gianfranco Cecchin

Alfredo Canevaro



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: 2938-2343

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

Redes

DIRECTORES-FUNDADORES

Juan Luis Linares

Roberto Pereira

DIRECTORES EDITORIALES

Esteban Laso Ortiz

Eduardo Hernández González

CONSEJO CIENTÍFICO

Ricardo Ramos (España)

Marcelo R. Ceberio (Argentina)

Sandro Giovanazzi (Chile)

Regina Giraldo (Colombia)

Raúl Medina (México)

Javier Ortega (Barcelona)

Jaime Inclán (USA)

Félix Castillo (España)

Juan Antonio Abeijón (España)

CONSEJO DE REDACCIÓN

José Manuel Costa (Lisboa)

Ana Paula Relvas (Portugal)

Teresa Moratalla (España)

Bani Maya (España)

Claudia Lucero (Temuco)

Norberto Barbagelata (Madrid)

Gianmarco Manfrida (Prato)

Rodolfo de Bernart (Florenzia)

Ana Gomes (Portugal)

Josu Gago (Bilbao)

Luz de Lourdes Eguiluz (México)

Eduardo Martínez (Zaragoza)

Silvana Mabel Núñez (México)

Mark Beyebach (Salamanca)

Inma Masip (Girona)

Lia Mastropaolo (Genova)

Javier Bou (Valencia)

Jorge Daniel Moreno (Argentina)

Philippe Caillé (Niza)

Robert Neuburger (París)

Carmen Campo (Barcelona)

Luigi Onnis (Roma)

Luigi Cancrini (Roma)

Marcelo Pakman (Amherst MA)

Alfredo Canevaro (Macerata)

Jacques Pluymaekers (Bruselas)

Alberto Carreras (Zaragoza)

Remberto Castro (México)

José A. Ríos (Madrid)

Jorge Colapinto (Filadelfia)

Janine Roberts (Amherst MA)

Mauricio Coletti (Roma)

Elida Romano (París)

Claudio Deschamps (Buenos Aires)

M^a Eugenia Roselli (Bogotá)

Luis Elías Elicera (Lima)

Karin Schlanger (Palo Alto CA)

Mony Elkaïm (Bruselas)

Matteo Selvini (Milán)

Celia Falicov (San Diego)

Horacio Serebrinski (Buenos Aires)

Guillem Feixas (Barcelona)

Pier Giorgio Semboloni (Genova)

Saúl Fuks (Rosario)

Carlos Sluzki (Washington DC.)

Edith Goldbeter (Bruselas)

Luis Torremocha (Málaga)

Nuria Hervás (Sevilla)

Marco Vanotti (Neufchatel)

Annette Kreuz (Valencia)

Jorge de Vega (Las Palmas)

Gilberto Limón (México D.F.)

Manuel Villegas (Barcelona)

Elisa López Barbera (Madrid)

José Soriano (España)

José Antonio Pérez del Solar (Perú)

Tania Zohn Muldoon (Guadalajara)

Esteban Agulló Tomás (Oviedo)

Fernando López Baños (Santander)

Iñaki Aramberri (Bilbao)

COLABORADORES TÉCNICOS

Miriam Anahí Guerra

Claudia Faini Terán

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

No. 44, Diciembre de 2021

SUMARIO

EDITORIAL	7
A. ARTÍCULOS POR INVITACIÓN O ENTREVISTA A EXPERTO	
El legado vivo de Whitaker: Indagación sobre el rol del terapeuta Javier Ortega Allue	11
B. TEORÍA	
Un enfoque minimalista para el trabajo con parejas. A minimalist approaching to working with couples Raquel Maresma Bernal	25
Importancia del Reconocimiento en la Construcción de la Identidad en personas Trans Monica Martinez Sallent	39
Taoísmo y Sistemas Lucio Patricio Chavez Igor	47
Re-pensar modelos de intervención en crisis en atención al desastre: Integración de intervenciones para la psicosis en crisis masivas desde un modelo de psiquiatría psicodinámica José Rubén Palafox Cabral	63

C. INVESTIGACIÓN

Género, Familia y Migración Transnacional Mexico-Europa

Grecia Dayanira Fernández Topete 71

D. INTERVENCIÓN

La psicoterapia como función performativa: micro-análisis de una intervención de Minuchin

Bernardo Enrique Roque Tovar 87

Modelo de intervención de Terapia Familiar enfocada al abandono emocional infantil

Marina Salazar Alfaro, Lourdes Aletheia Carrillo Cuevas 97

Tratamiento sistémico integrativo en trastornos del uso de sustancias: presentación de una meta-intervención terapéutica (MIT)

Facundo Cócola 107

E. CLÁSICOS

Diálogos: Gianfranco Cecchin

Entrevistador: Dr. Alfredo Canevaro 125

Entrevistado: Dr. Jorge Colapinto

F. RESEÑAS

Reseña de “A Flor de Piel” (Marcelo Pakman, 2022). Barcelona: Gedisa

Armando Valle Valadez 135

Editorial

Nos complace retomar el diálogo después del breve tiempo que nos llevó poner a punto la nueva plataforma. Agradecemos su paciencia a quienes tuvieron que esperar para ver su trabajo publicado y a quienes de manera habitual recurren a las páginas de Redes para consulta. Por ello, con este número 44 deseamos compensar la espera, con la publicación de diez trabajos que se caracterizan por mantener la búsqueda permanente de la innovación terapéutica, de la reflexión teórica y de la eficacia en la intervención.

Recuperar la tradición de los clásicos y reflexionar sobre la fertilidad y actualidad de sus ideas es el propósito del primero de los trabajos incluidos en la sección de artículos por invitación o entrevista a expertos. Se trata de un trabajo enviado por Javier Ortega, titulado “El legado vivo de Whitaker: indagación sobre el rol del terapeuta”. Sin duda es una cuestión que invita a pensar si es posible aprender de los pioneros y de qué forma podemos encarar en la actualidad sus lecciones para que nos resulten un aprendizaje útil.

Repensar la intervención clínica, tanto desde sus fundamentos teóricos, como desde sus técnicas y estrategias de intervención es una tarea permanente de la que damos cuenta en este número con un conjunto de propuestas incluidas en las secciones de teoría, de investigación y de intervención.

En su conjunto son propuestas inspiradas por los desafíos del presente, caracterizado por lo diverso y complejo de los problemas que enfrentan: los jóvenes en la construcción de sus identidad; las parejas frente modelos de convivencia en transición; la transformación de los esquemas culturales y estilos de vida inoculados por la adicción al consumo; los efectos de la transculturación de los migrantes; el impacto de los desastres naturales y sociales. Sin embargo, lo interesante de esto es que los desafíos que plantean estos problemas se enfrentan con innovadoras maneras de abordarlos que el lector puede encontrar incluidas en este número.

En la sección de **Clásicos** incluimos el interesante texto “Diálogos: Gianfranco Cecchin con Alfredo Canevaro”. Originalmente publicada en *Terapia Familiar*, 13-14, junio de 1985.

Por último, queremos adelantarles la próxima publicación de un *call for papers*, la convocatoria para un *dossier* cuyo tema será un género otrora muy común en la literatura terapéutica y que, desgraciadamente, ha caído en el olvido: los estudios de caso. Queremos con esto recuperar este género, sin dudas lleno de interés para los terapeutas e interventores, y actualizarlo para esta nueva época.

Nos despedimos reiterando la invitación a los lectores, colaboradores habituales y profesionales del campo de la salud mental y social para que nos envíen sus trabajos.

Eduardo Hernández y Esteban Laso
Directores Editoriales

Artículos por Invitación o entrevista a Experto



Whitaker's Living Legacy: Inquiry into the Role of the Therapist

Javier Ortega Allué^a

* Este trabajo ha sido realizado en el marco del Doctorado Interuniversitario UAB-UB en psicología de la Comunicación y Cambio

^a Universidad Autónoma de Barcelona. Escuela de Terapia Familiar del Hospital de San Pablo y de la Santa Cruz de Barcelona.

Historia editorial

Recibido: 01-04-2022

Primera revisión: 10-04-2022

Aceptado: 11-07-2022

Resumen

El artículo plantea cuáles son los elementos de actualidad de un modelo terapéutico como el de Whitaker, ubicado en los orígenes de la terapia familiar, preguntándose si es posible aprender de los pioneros y de qué forma podemos encarar en la actualidad sus lecciones para que nos resulten un aprendizaje útil.

Palabras clave

whitaker, terapeuta, delusión, terapia trigeracional, uso del sí mismo

Keywords

Whitaker, therapist, delusion, trigeracional therapy, self-use

Abstract

The article asks what are the topical elements of a therapeutic model such as Whitaker's, located in the origins of family therapy, asking whether it is possible to learn from the pioneers and how we can approach their lessons today so that we can learn from them in a useful way.

Estas páginas han sido escritas, conviene decirlo para no llamar a engaño, desde el convencimiento de que cuando seguimos críticamente las huellas que marcaron en el territorio psicoterapéutico los pioneros de esta ciencia y dialogamos con ellos, nos descubrimos en condiciones de desarrollar nuevas ideas que sólo pueden emerger de esa confrontación productiva, evitando así reiterar ideas viejas como si fueran nuevas.

Podríamos hablar, en cierta medida, de la “in-actualidad” de Whitaker, porque cabe destacar tanto aquellos aspectos del modelo terapéutico de este pionero que aún siguen vigentes –bien que seguramente definidos bajo nuevos conceptos y con desarrollos diversos, cuanto aquellos otros elementos de su hacer y de su teorizar sobre la acción terapéutica que han quedado ya obsoletos, entre otras razones por el acelerado cambio social y los nuevos y diversos retos a los que hoy debemos enfrentarnos los terapeutas.

La terapia, como cualquier otra herramienta de nuestra cultura, se halla sometida al tiempo y a los procesos y desarrollos históricos, a modas culturales y a incesantes y a veces impredecibles vaivenes sociales. En consecuencia, ya no cabe hacerla como la hiciera Whitaker, ni tampoco sería conveniente ni, en verdad habríamos entendido nada de lo que ésta significó en su momento si cayésemos en esa fácil tentación. Hay legados, como el suyo, que abrieron caminos y sendas que todavía cabe recorrer, explorar, indagar con prudente curiosidad, porque todavía señalan direcciones provechosas. Esa es aún su virtualidad.

La base de esta presunción descansa en que en los seres humanos hay elementos permanentes y otros que se hallan comprometidos en su expresión con el tiempo que nos ha tocado vivir y con los estilos de intervención y cuidado que ahora se consideran adecuados dentro de ciertos estándares aceptados socialmente. Qué duda cabe de que algunas intervenciones whitakerianas acabarían hoy su recorrido con una denuncia ante cualquier comité deontológico de algún colegio de psicólogos, sometidas quizás a censura social y crítica profesional. Pero estoy igualmente seguro de que, sin esas intervenciones pioneras y heterodoxas, muchos territorios por los que hoy transitamos con mapas mejor trazados no habrían sido siquiera cartografiados aún, y ciertos aspectos esenciales del trabajo terapéutico habrían quedado embozados bajo la dictablanda de algún esencialismo psicologicista políticamente correcto.

Debemos, pues, izarnos sobre los hombros de quienes nos han precedido, lo cual no significa que hayamos de imitarlos, hasta convertirnos en ridículos clones de grandes terapeutas del pasado, haciendo espectáculo más que terapia; ni que consideremos tampoco sus enseñanzas como palabras indelebles grabadas en piedra o mármol, dogmas por siempre inalterables.

La primera lección que cabe extraer de los pioneros es que se atrevieran a explorar los territorios relacionales con la libertad de quienes avanzaban en el conocimiento conforme descubrían nuevas formas de intervenir y actuaban para seguir reflexionando, en el convencimiento científico de que todo conocimiento es provisorio y perfectible.

¿Qué podemos aprender, a día de hoy, del hacer terapéutico de Whitaker, de sus acciones y reflexiones? Este trabajo se va a centrar sobre varios ejes, sin pretender dar una visión ni histórica ni historicista de sus logros. Los ejes en torno a los cuales debatiré se centrarán, pues, en la finalidad / objetivos de la terapia, así como en las dos grandes batallas con que se encuentra el terapeuta al comienzo de cada terapia: la batalla de la estructura y la batalla por la iniciativa¹.

Finalmente, destacaré la peculiar mirada *whitakeriana* sobre el terapeuta y el uso de sí mismo, por un lado, y sus consideraciones acerca de la salud y de las relaciones patológicas, por otro. El propósito final de este escrito es el de invocarnos a llevar a cabo una reflexión sobre la naturaleza de nuestro oficio, algo tan importante como necesario.

1 Hablamos de *la batalla de la estructura* para referirnos a las condiciones mínimas con que el terapeuta ha de contar para iniciar la terapia, y de *la batalla por la iniciativa* cuando se trata de devolver a la familia las responsabilidades sobre sus propias vidas, destruyendo la fantasía de que el terapeuta se hará cargo de ellos.

LA TERAPIA DE SUICIDIOS FRAGMENTARIOS

Cada uno de nosotros hace terapia como es. Este no es un aserto gratuito, una cita fácil y banal para apartar una cuestión que tiene que ser reflexionada y reconocida; tampoco quiere resumir de forma lapidariamente breve la complejidad de lo que significa, propiamente, “hacer terapia”.

Para mí, hacer terapia no está dissociado del hecho inevitable de pensar en lo que hago cuando hago terapia. Pero tampoco se halla dissociado de observar y analizar lo que sucede en el aquí y el ahora de ese encuentro entre sistemas diversos que ocurre durante el tiempo de la sesión (con procesos diferentes, sistemas de creencias distintos y que se encuentran en momentos dispares de su ciclo vital familiar o individual).

Hay que observar a la familia y sus interacciones, desplegadas como un abanico ante nosotros. Hay que aprender una nueva forma de mirar, escuchando con los ojos y viendo con los oídos ese juego relacional que se desenvuelve ante nuestra mirada. Esto exige un largo entrenamiento y, con frecuencia, implica numerosos aprendizajes inconscientes que hemos obtenido de nuestros sistemas primarios de pertenencia, conocimientos que habremos de poner en claro para una ejecución más eficaz de nuestro oficio.

Todos nosotros somos portadores de un modelo o esquema mental interpretativo que colocamos sobre esta realidad viva y procesual, un modelo que dice más y dice menos acerca de lo que está ocurriendo y de aquello que, no ocurriendo ahora, vuelve significativo lo que en este momento sucede. Toda situación del aquí y ahora tiene un sentido profundo que se remonta hacia atrás, a los aprendizajes a lo que nos vimos sometidos en nuestras propias familias de origen y aún más allá, en nuestros ancestros. Nunca hay un aquí y un ahora puros y sin contaminación. El pasado pesa, aunque su peso sea, en los casos más afortunados, ligero y apenas perceptible. El futuro, aunque no exista, forma parte ya de un presente existencial, como realidad a la que tendemos en forma de promesa o como fin de nuestros actos. Nunca, pues, es sólo el aquí y el ahora lo que se manifiesta aquí y ahora.

Desde hace unos años, esta complejidad irreductible de lo que sucede durante una sesión terapéutica me ha llevado a centrar una parte importante de mi atención en el profesional que, cargado de sus conocimientos (y también restringido y, sin duda, limitado por ellos) se acerca con entusiasmo variable a la familia que tiene ante sí, cuyos miembros, para su sorpresa, van a exponer primero y actuar después (o al mismo tiempo) el drama relacional por el cual acuden a consulta con la intención más o menos explícita de que nos hagamos cargo de sus vidas. Esta predilección teórica mía por el desempeño del terapeuta proviene, también, de mis años ejerciendo como docente y supervisor. Cuando se ejecuta este rol profesional, la mirada que colocamos sobre las familias ya no es tan directa ni tan inmediata como la del terapeuta en sesión. Nunca lo es, porque no hay mirada sin mediadores culturales, personales o idiosincrásicos; pero en el caso concreto de la supervisión cabe señalar que lo es aún menos.

Al reflexionar sobre nuestro quehacer terapéutico, resulta inevitable afrontar un cierto desdoblamiento: por un lado, está *el terapeuta ejecutor de acciones* (que pregunta, que se admira, que connota, que amplía el foco de su lente, que invita a que el usuario haga algo distinto de lo habitual... etc.) y, por otro, está el siempre presente *terapeuta observador* que, cuando consigue mantener la distancia adecuada, puede analizar tanto lo que hace —bien o mal—, como mesurar el impacto que su intervención provoca en los otros. El terapeuta observador puede, pues, ganar un cierto espacio para teorizar; que consiste en adquirir una visión (*theoríen*: visión) diversa y compleja de lo que sucede. Recordemos que a menudo teorizar es algo tan apasionante como hacer y, sin duda, también una de las formas como este hacer terapéutico se manifiesta y cobra sentido.

¿Podemos, a través de la profunda reflexión que Whitaker elaboró a lo largo de sus escritos, extraer algo en claro acerca de lo que pudiera ser hoy el proceso de terapia familiar, en una sociedad radicalmente distinta a la suya y con unos modelos sustancialmente diferentes a los que a él tuvo que hacer frente? ¿Es dicha reflexión todavía pertinente? Y si lo es, ¿en qué?

Trataré de hacer una síntesis de aquellos elementos que, a mi juicio, todavía hoy tienen vigencia en la descripción de los procesos terapéuticos; elementos que, entrenados y suficientemente integrados, nos habrá de permitir potenciar aquellas habilidades y competencias que nos lleven a ser unos terapeutas más eficaces.

Cabe, en primer lugar, determinar qué entiendo por una terapia eficaz. Una terapia eficaz es aquella que produce cambios o crecimiento y ayuda a que los demandantes -disminuido el sufrimiento que les llevó a iniciar su viaje terapéutico- aprendan a soportar mejor el malestar justo en que consiste vivir.

Por supuesto, lo primero entre todo es cumplir con el juramento hipocrático y poner una atención genuina en no dañar a quienes colocan sobre nuestros hombros, durante un tiempo al menos, el sostenimiento de algún aspecto doloroso y sin resolver de sus vidas. *Primum non nocere*, mandato esencialísimo que ningún terapeuta debe transgredir. El lugar sagrado de la terapia es, por encima de todo, un espacio que ha de brindar la debida seguridad, un refugio en el cual expresar sin cortapisas el sufrimiento de los seres humanos, un territorio donde se puede hablar de lo no hablado, para tomar conciencia de lo no dicho, para mostrarse y atrever a exponerse sin temor.

En segundo lugar, el terapeuta ha de responder a la demanda que las familias o clientes nos hacen. A veces, incluso, ayudándolas a poner en claro, a definir las, a establecer los límites del contrato terapéutico con adecuada nitidez. Porque la terapia no es la vida, sino tan sólo una parte de la vida de nuestros pacientes; y no puede resolver la vida, sino sólo un trocito de vida, delimitada en la demanda de la forma más clara posible.

Ayudar a construir una demanda terapéutica no es tarea sencilla, sobre todo porque sobre cualquier modelo terapéutico de trabajo se superpone otro modelo socialmente dominante, que es el modelo médico, en el cual el paciente es justamente llamado así por su pasividad frente al experto. Uno acude al médico para explicar dónde y qué le duele, confiando en que el sanador y especialista le pondrá un nombre diagnóstico a lo que le sucede y le proporcionará el tratamiento adecuado, las pastillas necesarias, así como el pronóstico y curso de la enfermedad para su pronta recuperación. El pasivo paciente sólo deberá cumplir estrictamente con los requisitos del tratamiento para transitar del malestar a la salud. Es un viaje en el que le llevan. Y este es el modelo que traen los clientes a terapia y su primera gran delusión: no va a ser posible delegar la propia vida en manos de otro. No va a ser posible que te lleven.

Antes de seguir, debemos dejar constancia aquí de dos concepciones bien diferentes de la terapia, señaladas por Whitaker. Por un lado, la terapia se puede entender como un proceso de adquisición de nuevas conductas, lo cual conllevará la aparición de nuevos pensamientos y nuevas emociones ligadas a ellos, en el orden de prioridad que queramos darles a los unos o las otras. Pero también se puede entender, por otro lado, como un proceso más fundamental de crecimiento de las personas. Whitaker sintió una clara inclinación a entender de este segundo modo la terapia: además de aportar puntuales cambios conductuales, la terapia estaría orientada sobre todo al crecimiento. No debemos olvidarnos lo que significó para la psicología americana la presencia en esa misma época de autores como Carl Roger, Harry Stack Sullivan, Karen Horney, Virginia Satir, Erich Fromm, o Abraham Maslow, por citar algunos de los más egregios representantes de un cambio en la perspectiva de los profesionales, anteriormente centrados en la patología y, más tarde, en el ser humano entendido como un ser cuyo vivir consiste en realizar sus potencialidades, un individuo naturalmente empujado hacia la salud y el crecimiento; un ser total, pleno, sano, cuyo bienestar psicológico es resultado de una *dínamis* o *enérgeia* –potencia, capacidad o actividad- más que una *katástasis* –estado culminante o temperamento-. El individuo posee un natural potencial de crecimiento, al igual que lo tienen las familias y otros sistemas humanos; pero tanto el uno como los otros pierden a veces el coraje necesario para llevar a cabo este propósito o delegan la toma de decisiones sobre sus vidas en terceras personas, esperando no se sabe bien qué clase de salvación externa, como cuando de niños nuestros padres actuaban para protegernos y guiarnos.

De ahí que el primer gran movimiento de cualquier terapia, piensa Whitaker, sea bloquear el intento de los sistemas por delegar la iniciativa y responsabilidad de sus vidas en terceros. Whitaker llamó a este proceso, muy presente en varios momentos del proceso terapéutico, la batalla por la iniciativa: lograr que la familia no se libere de la ansiedad con que acuden a pedir ayuda y sus componentes se entreguen a la fantasía de que, a partir de ese momento, el terapeuta dirigirá sus pasos por el mundo (Whitaker, 1992). Perder esta batalla supone ni más ni menos que perder la terapia, es decir, la oportunidad de ayudar a que la gente crezca.

NARCISISMO TERAPÉUTICO

Sin duda, se paga un precio elevado por aparentar omnipotencia, por satisfacer el narcisismo terapéutico, por dar a entender que se sabe mejor que los pacientes cómo se han de desarrollar sus vidas. Una cosa es conectarse empáticamente con el sufrimiento del paciente o de los miembros de la familia y otra, muy distinta, es ser empujado a hacerse cargo de la vida de los demás. O siquiera caer en la tentación de hacerlo.

Cuando esto se produce, se origina la fusión de dos poderosas fantasías en el interior del sistema terapéutico: la del paciente o el sistema familiar, la cual, como ya he dicho, enlaza con la fantasía infantil de “ser cuidado y protegido” por alguien, un alguien que se hará cargo de nuestros sufrimientos y nos “salvará” la vida. La segunda fantasía presente en este nuevo sistema es la fantasía abrumadora de que el terapeuta será, justamente, la persona encargada de hacerlo: sabio, gurú, maestro, ser humano más completo y logrado. Esta es la fantasía del narcisismo terapéutico.

El narcisismo es una posibilidad universal que está presente en la vida de los seres humanos. Se propició durante los primeros años de crecimiento, cuando nuestros padres reconocían amorosamente méritos exagerados o nos decían al oído que éramos los niños y niñas “más guapos del universo” o los “más listos” o los “más lo que fuera que nos dijeran” y nosotros lo creímos ingenuamente porque aún no había llegado el momento de la desilusión que se produce al encontrarnos, en la escuela y en la guardería, con nuestros pares de generación, con iguales fantasías inducidas.

El narcisismo sería esa capacidad de mirar la imagen de sí que uno o que los padres y hermanos fueron construyendo en los primeros años de nuestra existencia. La terapia se enfrenta, pues, a la imperiosa tarea de romper ese mito destructivo al que nos afanamos denodadamente por mantener con vida.

Esta lucha por superar la delusión de su proyección infantil sobre el propio terapeuta, señala Whitaker, es una de las partes más importantes en el proceso de individualización de uno mismo. La psicoterapia es a veces el proyecto por encontrar el modo de desmitificar a la madre y a los individuos más cercanos a nosotros, como paso previo a la desmitificación de ciertos aspectos de uno mismo (Whitaker, 1992, p.57).

Cuando somos mitos no somos personas. El mito nos aísla y nos deja abandonados en la soledad de poner en pie una grandeza ficticia, inauténtica. La persona tendrá que aprender a liberarse de esa soledad a la que le condujo el mito que ella misma contribuyó a crear por miedo a que los demás lo superasen, lo degradasen como persona y lo desconfirmaran como ser humano valioso per se. El mito narcisista levanta una presencia imaginaria que me impide ser descubierto por los demás, pero también por mí mismo. Una coraza que me enmascara a mí y me esconde; me protege y, al tiempo que lo hace, me aísla.

LA RISA Y EL HUMOR

Los humanos disponemos de una capacidad fundamental para desmitificar el mito y hacerle perder buena parte del poder y la fascinación que ejerce sobre nosotros. Me refiero al sentido del humor y, concomitante a éste, la risa. El mito narcisista es literalmente irrisorio (el chamán de la tribu, investido de poder por los espíritus, el profesional al que nada humano le es ajeno, porque en

verdad nada le toca demasiado; ese ser humano sin miedos, dudas ni contradicciones que el experto finge a veces ser...). La tendencia que nos impele a llegar a ser quienes estamos llamados a ser pasa por aprender a reírse del mito y desrealizarlo, a través de la confrontación con el absurdo de aquellas imágenes fantásticas. Una suerte de danza de la muerte terapéutica, en la que nos vamos paulatinamente despojando de esos jirones con que creíamos estar vestidos, investidos y también protegidos. Pero resulta que en verdad este rey está desnudo, y su desnudez lo humaniza a ojos de los demás. El rey no puede educar al súbdito acerca de cómo habría de vivir este su vida. “La idea de que un terapeuta puede enseñar a una familia a llevarse mejor es evidentemente narcisista”, nos recuerda Whitaker. Por no ser, ni siquiera es esta una función del terapeuta. Con poca frecuencia, hemos podido observar en la clínica que la psicoeducación no es terapéutica (Whitaker, 1992, p.123).

Al final, como terapeuta he de conseguir encontrar en la familia y en su patología o disfuncionalidades alguna parte de mí mismo, esperando que, cuando me miren, vean también en mí esa parte de ellos que pretendían ocultarse: la normalidad de la locura o la locura de cierta normalidad. De ahí que Whitaker, en sesión, se atreviese a dejar salir algunos aspectos más inconscientes de su psique, sus fantasías a menudo incorrectas, para dar así efectiva vía libre de hablar de lo no dicho. O el lujo de volver a ser como un niño y ponerse a jugar en el suelo con toda seriedad de esta regresión inducida, dejando así vacante el trono terapéutico en que los demás deseaban sentarlo para que ejerciera desde él su poder terapéutico: todos estos movimientos no son causales, sino que están ubicados a propósito al servicio de que los pacientes, las familias descubrieran, detrás de la figura venerada del terapeuta, al ser humano que éste es. “La capacidad de ver al otro como ser humano es fundamental para cualquier terapia”. (Whitaker, 1992, p.131).

Se trataría de escapar, de este modo, de la falsa dicotomía cultural entre sano y enfermo, experto y paciente, chamán y creyente. De ahí que afirmara, con claro pero paradójico convencimiento, que “la capacidad de un terapeuta de ser útil está directamente ligada al hecho de que no puede ayudar.” (Whitaker, 1992, p.132). Nuestra presencia como seres humanos en el centro del tablero donde se juega el juego terapéutico es, pues, un elemento fundamental: “Como terapeuta profesional, uno debe interesarse lo suficiente por los problemas ajenos mientras conserva el suficiente amor por sí mismo para poder resistirse ante el mandato cultural de sacrificarse para salvar a la familia” (Whitaker, 1992, p.45).

PERTENENCIA E INDIVIDUACIÓN

Los procesos relacionales humanos, de gran complejidad, se orientan en una doble e inseparable dirección: el sentimiento de pertenencia y la necesidad de individuación. El primero es representativo de la tendencia humana a la estabilidad, mientras que la segunda a la separación y diferenciación. El engarce entre ambos procesos es difícil y nunca se logra del todo. Por lo que nos acompañan durante toda la existencia, con mayor o menor intensidad. La anciana todavía llora al recordar que, ochenta años atrás, su madre biológica la abandonó a las puertas de un orfanato. El cuarentón todavía se exalta cuando rememora el alejamiento de la familia de origen que tuvo que emprender para intentar ser él mismo y tener su propia vida o salvarse de la locura familiar. A menudo somos testigos de procesos de individuación frustrados y sustituido, simplemente, por el alejamiento físico de nuestro sistema de pertenencia primario.

Los procesos de pertenencia y de individuación siguen ahí, entre nosotros, como lo hace la búsqueda de la intimidad y la consecución de un proyecto personal de vida. Somos deudores y herederos, a menudo con gran dolor. No hay terapia que no haya de vérselas con estas cuestiones universales, que tiñen nuestra manera de estar en el mundo y de relacionarnos con otras personas.

Whitaker plantea su terapia como un proceso orientado hacia el crecimiento, que significa expansión del significado de la experiencia de vivir y ampliación de los horizontes de la vida. Cuanto más rico y diverso es el mundo que nos movemos, mayor es la libertad y creatividad que encontramos para ser nosotros mismos. Vivir es, como decía el mandato délfico, un llegar a ser el que eres.

Un trabajo, éste, que no se acaba sino con la muerte. Pero que produce, con frecuencia, tanta ansiedad y miedo, que tratamos por todos los medios de evitarlo.

Los seres humanos hemos estrechado el mundo en que existimos con el propósito de saber a qué atenernos y tener cierta ilusión de control y de sentido ante lo que vivimos.

LOS UNIVERSALES

Todos los humanos en cualquiera de las culturas que conocemos compartimos una serie de temas universales a los que damos alguna clase de respuesta, ya sea a través de la represión (la respuesta social y cultural), ya sea a través del silencio (no hablar de lo que no se debe hablar, emergencia de los tabúes), ya sea a través de la intelectualización (pensar en estos temas -como una forma de disminuir la ansiedad que nos generan- más que vivirlos), ya sea delegando en alguna figura (la esposa madre y cuidadora, el marido fuerte y dominante) la autoridad y fortaleza que de niños atribuimos a nuestros padres; ya sea, finalmente, que los proyectemos en alguna entidad que da sentido trascendental a todo (Dios, la Historia, la Nación). Son distintas las formas como expresamos estos universales o los llevamos al fondo oscuro del que nunca quisimos que hubieran salido. Estos universales son, por citar algún ejemplo, el amor, la ira, la sexualidad, la muerte, el suicidio, el incesto, los impulsos homicidas y todo cuanto de primitivo aún está presente en nosotros (Ortega, Lema, 2017).

Los universales aparecen siempre en la sala de terapia, ya sean colocados ahí de forma clara por algún miembro de la familia o por el propio terapeuta con sus intervenciones, ya sea porque su ausencia declara a voces su presencia, hasta ahora callada o evitada. Cada familia manifiesta su especial manera de conformar los universales en una mitología específica, con la que dan sentido y estabilidad a las interpretaciones de cuanto sucede en sus vidas. Si, como señala Whitaker, miramos hacia dentro de sus rutinas y rituales, accederemos al mundo de los impulsos y símbolos de la familia que tenemos frente a nosotros. Pero, como paso previo, tenemos que darnos permiso a nosotros mismos para acceder a nuestro propio mundo personal y simbólico, incluso cuando los impulsos que en él descubramos sean censurables social o moralmente, hemos de tener el valor de asomarnos al abismo. Y esto es así porque, sin duda, creemos todavía que hay una diferencia entre traerlos a la conciencia y actuarlos en la vida.

EL USO DE SÍ MISMO

El terapeuta no puede hacer este trabajo sin usarse de sí mismo como herramienta. Aun pudiendo conocer muy bien la melodía y las técnicas, el violín puede estar desafinado, y entonces su música no sonará bien. Recae sobre el profesional la exigencia de cuidar del violín y no sólo conocerlo. Es una exigencia de honestidad terapéutica.

Sócrates aconsejaba conocerse a sí mismo, pero, en el mundo griego, este consejo incluía también el de cuidarse de sí mismo –ocuparse de sí– como parte indisoluble de tal conocimiento. No nos podremos hacer cargo de otros si no aceptamos la previa e insoslayable obligación de hacernos cargo, en primer lugar, de nosotros mismos.

El terapeuta, cual nuevo Sócrates, alienta a sus clientes a expresar externamente los impulsos internos de sus vidas de una manera no destructiva: en lugar de colocar en primer plano el amor, para negar con ese movimiento el odio que los empareja, el terapeuta señala que ambos sentimientos se dan juntos en la vida (Whitaker, 1992, p. 89). Con este reconocimiento permitimos la expresión y el reconocimiento, sin que sea necesario el paso a la acción. Se amplía así la experiencia vital, al reconocer lo negado.

Para realizar este complejo movimiento hay, en cierta medida, que desprogramar a las personas acerca de lo han aprendido que es correcto o no, de lo que es bueno o malo, de lo que es socialmente aceptable o, por el contrario, socialmente reprobable. La terapia, como vemos aquí, es

EL MANEJO DE LO TRIGENERACIONAL

Otro elemento que debemos tener presente en el proceso terapéutico, nos recuerda Whitaker, es la presencia de lo trigeracional en el tiempo existencial de los individuos y las familias, el peso de la familia y su historia, la herencia y los legados familiares.

Los mitos familiares acerca de qué sea la conyugalidad o la parentalidad, cuál la cercanía o distancia adecuada, la expresión afectiva o el retiro emocional, etc., se han ido entretejiendo durante años, al igual que lo hacen los roles y sus funciones. En ocasiones, no basta sólo una generación para que un malestar arraigue y se manifieste sintomáticamente. Poner en claro tales mitos, o conocer su efecto pragmático, nos permite captar en profundidad el origen relacional de nuestra forma de pensar y sentir, y nos ayuda a que ciertos mitos resulten menos opresivos o se flexibilicen con nuevas aportaciones (Whitaker, 1992, p. 90). Pero ponerlos en claro no es algo que ocurra por la vía intelectual. En el fondo, durante muchos años, la familia nos fue programando para tener una cierta experiencia de la vida, una mirada parcial de la existencia, un mapa compartido del mundo y de las relaciones. Estamos, dice Whitaker, hipnotizados en alguna medida por la familia de origen (Whitaker, 1992, p. 91). El terapeuta, pues, tiene que arrancar a la familia de esta hipnosis inducida. Para hacerlo, necesitará introducir en esta épica familiar (relato, narrativas, creencias, supuestos implícitos, etc.) una cierta dosis de confusión. La confusión es una estrategia y una técnica al mismo tiempo, que permite que el universo simbólico de las familias se abra a nuevas experiencias y quede contaminado por esta apertura, imposibilitando el retorno genuino e ingenuo a una posición anterior. El terapeuta no luchará contra la lealtad hacia ese vínculo amoroso que une a la familia con sus ancestros, el combate se libra contra las pautas que protegen e impiden, en numerosas ocasiones, el crecimiento personal de los individuos.

Una técnica facilitadora de este trabajo, de forma operativa, pasa por uso de las *metáforas prosaicas*, de las que ya hemos hecho referencia en otros escritos². Sembrar las fantasías, las llamó Whitaker, o sembrar el inconsciente, que es como ir dejando bombas de relojería cuyo efecto explosivo no se captará de inmediato. Para sembrar el inconsciente no se necesita batallar con la familia ni el terapeuta tiene la menor necesidad de defender su posición. Porque no se trata de que los miembros de la familia compartan mi posición (Whitaker, 1992, p. 93). No entraremos en ninguna clase de polémica intelectual que, a efectos de un ir hacia la salud, sería dañina; sino que les ayudaremos a que se atrevan a experimentar sus competencias. La familia recibirá *algo* de alguien que no es uno de ellos, pero aquello que recibe quedará perturbadoramente instalado entre ellos, produciendo un cortocircuito o una interferencia en su mapa del mundo. Como sucede cuando accidentalmente nos entra una piedrecilla en el zapato, que no es nuestra, pero perturba la marcha de quien camina.

Hay muchas formas de sembrar el inconsciente familiar o de perturbar los relatos con que las familias se autodefinen a sí mismas o a cuanto les rodea: jugar con los roles establecidos, por ejemplo, o proponer soluciones ridículas y que rayan el absurdo cuando solicitan nuestra respuesta a un problema. Hacer uso de palabras explosivas, de imágenes chocantes, de metáforas prosaicas... son diferentes maneras de sembrar el inconsciente. Todo con el propósito de desafiar los estilos narcóticos y evitativos de la familia, para fomentar el movimiento hacia el crecimiento y para que realmente se hagan cargo de sus propias vidas.

La idea básica de la terapia whitakeriana, completamente actual en su concepción teórica, es que el crecimiento se produce sólo por la experiencia. Las familias y los individuos crecemos cuando tomamos a cargo nuestra propia existencia, cuando aprendemos a tolerar el absurdo de la vida, cuando conseguimos un equilibrio entre la pertenencia y la individuación (Whitaker, 1992, p.95).

2 Véase Ortega Allué, J. (2017): “La trastienda de un terapeuta, en Mosaico 67, pp.41-50 y Ortega Allué, J. (2019), “Las metáforas extendidas como herramientas paradójicas de intervención”, en Mosaico 73, pp. 104-115

Este no es un trabajo de unas cuantas sesiones, es un trabajo que dura la vida entera, en un flujo y reflujo continuo, sin que haya un final definitivo. “Cuanto más nos atrevemos a pertenecer, más libertad tenemos para ser independientes. Cuanta mayor es nuestra capacidad de individualización, más libertad tenemos para pertenecer”. (Whitaker, 1992, p. 96).

DEVENIR TERAPEUTA EFICAZ

Es posible que una de las enseñanzas más actuales de este clásico que es Whitaker estribe en el señalamiento de que no cabe ser otro Whitaker y de que cualquier clon sería una estafa, una absurda impostura, aunque el modelamiento y la imitación formen parte de uno de los momentos ineludibles del aprendizaje terapéutico.

Esta lectura de Whitaker tenía como uno de sus objetivos finales atrevernos a pensar en nuestra práctica sin el temor de estar siendo infieles al modelo, porque siempre priorizamos la fidelidad a nosotros mismos.

¿Es Whitaker inactual o resulta viable adaptar alguna de sus intuiciones terapéuticas al trabajo que realizamos con familias? Vuelvo de nuevo a la idea inicial de entablar un diálogo abierto, fructífero, pero a su vez crítico, con los pioneros. En tanto tales, ellos se internaron en un territorio ignoto, el de las relaciones familiares, en el cual cada avance fue resultado de numerosos ensayos y errores. Hoy más que entonces, la terapia sistémica ofrece unos conocimientos estructurados y, valga la redundancia, sistematizados. Nuestra posición de partida es diferente de la suya, porque caminamos ya sobre los hombros de los gigantes que nos precedieron. Es posible que se haya perdido una parte de la creatividad inicial; a cambio, los terapeutas han ganado seguridad y procedimientos estandarizados, los cuales rebajan notablemente la ansiedad profesional.

Sin embargo, hay una parte del espíritu *whitakeriano*, si me permiten la expresión, que debemos mantener vivo; y que, de hecho, forma parte del legado que aún hoy muchos terapeutas siguen manteniendo vigente, desde Ausloos (1998) hasta Cecchin (2002). Hay en todos ellos, sosteniendo sus prácticas, una concepción del ser humano, de los sistemas complejos y del cambio, cuyas raíces podemos rastrear también en los trabajos originales de los pioneros.

La terapia es un proceso interaccional, donde lo que importan son las personas mucho más que las técnicas, los análisis y las intervenciones. Un proceso que va dirigido a catalizar cambios en la vida de los individuos. Dentro de estos cambios posibles, los más importantes no son los cambios conductuales o comportamentales, sino ese otro tipo de cambio más profundo que es el que sintetizamos con el término crecimiento; y que consiste en llegar a ser el que se es. Tarea inacabable, en la que todos estamos empeñados, Cuando esta se bloquea, produce un hondo sufrimiento psicológico. Los individuos nos esforzamos teleológicamente hacia la madurez (Whitaker et al. 1991b, p.42), “estado intrapsíquico que se manifiesta relacionalmente con un mayor grado de competencia interpersonal y social”.

Por un lado, pues, están nuestras tendencias naturales al crecimiento, a la espontaneidad, a la cercanía (proximidad, intimidad) y a la individuación (separación, distancia, diferenciación). Por otro, tenemos el ambiente o las circunstancias humanas que se oponen o bloquean el logro de este crecimiento: el miedo, la ansiedad, los demás con sus exigencias y legados, la propia cultura y su valoración de lo que resulta, o no, idóneo o impertinente. Elementos que bloquean este crecimiento pero que, por esta misma resistencia que nos ofrecen, resultan necesarios para que el crecimiento se produzca.

A veces, cuando se produce un atascamiento, tanto de las familias como de los individuos, justo en el quicio entre lo cultural y lo idiosincrásico, se puede generar ese tipo de encuentro específico que llamamos *encuentro terapéutico*. La terapia es una suerte de encuentro catalizador. A buen seguro todos hemos vivido la experiencia de pacientes que indican que hubo un antes y un después del mismo; y que ese “después” consistió en la sensación de una mayor capacidad, fluidez relacional, aceptación de sí, control sobre la propia vida, revalorización de uno mismo y cosas semejantes.

La persona o la familia que transitan por una terapia efectiva se transforman, al igual que lo hace el terapeuta. Crecen. El paciente no abandona la terapia curado o maduro, sino distinto (Whitaker, 1991b, p.50), experimentando con ello una capacidad mayor de sentir empatía y de intimar. Este es otro de los elementos que nos diferencian del modelo médico, donde la curación es el objetivo de la intervención.

La terapia es un tipo específico de proceso relacional, una forma de encuentro entre seres humanos que gira en torno a temas y cuestiones que generan sufrimiento y malestar, ya sea porque no se sepa cómo abordarlas, ya sea porque ni siquiera se aborden y sólo se eviten. Al tratarse de un encuentro relacional entre personas, es preciso que el terapeuta ayude a construir un contexto de seguridad para los usuarios, que les permita enfrentar sus vulnerabilidades sin sentirse culpabilizados o siquiera juzgados. Esto no es lo mismo que decir que el terapeuta se abstendrá neutralmente de confrontarlos, porque esta confrontación es uno más de los procesos que van a facilitar la apertura de las familias a nuevas posibilidades, la experimentación, la vivencia y luego la comprensión intelectual de la transformación.

No resulta operativamente útil que el terapeuta acepte definiciones de ineptitud por parte de la familia o del individuo, que implícitamente tratan con ello de delegar el control de sus propias vidas sobre otros. Las personas no son ineptas, pero a menudo hacen mucho menos de lo que saben hacer: restringen posibilidades. Con frecuencia, estas definiciones de inepticia mantienen latente la ilusión infantil de que habrá alguien que nos salvará, una madre con la que podremos fusionarnos y vivir ya finalmente una vida feliz y sin dolor. A veces, la terapia tiene que ser ese proceso de delusión por el cual acabaremos aceptando que tales fantasías infantiles nunca se van a cumplir, porque son irrealizables y absurdas, y aceptar vivir la vida con la dosis de sufrimiento soportable en que la propia vida consiste. Confrontar la idea de un cielo en la tierra, la idea de una felicidad perpetua o de una relación completamente satisfactoria es confrontar al individuo con su crecimiento hacia la madurez y con la muerte. Lo cual, sin duda, vuelve más intensa la vida que vivimos.

El terapeuta que abomina de un narcisismo excesivo sabe que él no es ningún salvador para nadie, sino un ser humano que transita por la vida y acompaña y da y recibe ayuda de los otros. Tiene, eso sí, la sabiduría suficiente para reconocer la sabiduría de los demás en la forma como afrontan sus propias vidas, y alienta a que lo hagan mostrándoles el permiso que se da a sí mismo para hacerlo. Se permite tener fe /confianza en las capacidades de los demás porque se permite la locura cuando la fe es en cierta manera una locura o consiste en ver lo que aún no se ve: esto es, que la gente es competente y tiene capacidades o potencialidades o recursos que aún no ha desarrollado.

La terapia no es una acción caritativa enfocada hacia el mundo sufrimiento. El terapeuta no puede creerse el salvador de nadie y, consecuentemente, ha de tratar de huir de la *hybris* terapéutica, esto es, de la tentación de que podemos hacernos cargo de la vida de los demás porque, *de facto*, somos más sabios y sabemos más de lo que la gente común sabe. Empeñarse en enseñar a los demás a vivir sus vidas es el camino directo y empedrado hacia el fracaso profesional. Un pecado de desmesura. Pero, también, una poderosa tentación que acomete a veces a los terapeutas, incluso a los más bregados. En ocasiones, por debajo de los pantalones o las faldas de los terapeutas asoma el bordecillo del sayal de la monja o la sotana del cura que todos llevamos dentro...

Es importante que el terapeuta sea consciente de su posición ideológica, de los supuestos y sesgos implicados en ella. No es posible no tenerlos, porque es imposible carecer de historia y tampoco lo es que en nuestra propia familia de origen y en nuestros ascendientes no se haya ido hilvanando ese mapa del mundo del cual somos herederos y deudores. Lo importante no es creer que se pueda no tener algún sesgo, sino conocer de qué materiales está conformado nuestro mapa de prejuicios y supuestos previos, de qué manera los expresamos en nuestra vida y en nuestra tarea terapéutica y cómo hemos ido dándoles un cauce idiosincrásico.

Necesitamos comprender todo ello porque debemos permitirnos una salida digna para nosotros mismos y para nuestras insuficiencias, y así ofrecer genuinamente a otros esa posibilidad. La salida digna implicará legitimar los esfuerzos y reconocer el sufrimiento, aunque tengamos que con-

frontar esto con el implícito de que existe alguna posibilidad de un mundo feliz donde ya no habrá ni padecimientos ni malestar.

Conforme avanzamos en el proceso terapéutico, habremos de amplificar las pequeñas diferencias que los miembros del sistema familiar introduzcan en su forma de relacionarse, la capacidad de reírse de ellos mismos o de disfrutar de la cercanía, sin sentirla amenazadora ni intimidatoria. Aquí es importante que el terapeuta se haya entrenado, como dijimos, en escuchar con los ojos y en ver con los oídos, porque lo trascendental, que ocurre ante nosotros, suele manifestarse de forma sutil.

A menudo necesitamos ubicarnos en una posición de *epojé* moral o suspensión del juicio moral. No somos jueces ni, por supuesto, estamos juzgando la idoneidad en el contexto terapéutico de ningún miembro de la familia. Pensar en una supuesta idoneidad significa que yo sé mejor que ellos qué les convendría y cuál la forma que habrían de ir tomando sus existencias en el futuro. Eso va mucho más allá de mis competencias, aunque puedo ayudarles (y seguramente debo) a que se aperciban de las consecuencias que tendrán sus actos, tanto para sí como para establecer una relación sana y fluida con el mundo que los rodea.

Como terapeuta, debemos procurar trabajar con lo que hay. Los modelos ideales de familia no sirven, como tampoco es útil que empujemos más de lo que empuja la propia familia. Whitaker señalaba que el paciente toma de la terapia lo que necesita o es capaz de tolerar en un momento dado. Eso implica también que no hay un final de la terapia. Al menos, un final estricto. Pero hay indicaciones de que nos aproximamos a él cuando se manifiesta un cambio de tono en el vínculo (Whitaker, 1991b, p. 47), como ocurre cuando se abandona la adolescencia y se penetra en el mundo adulto y se trata al padre desde esa adultez nueva que permite captar lo fructífero de la relación sin lo amenazante de la misma.

En este proceso, el terapeuta aprenderá a tolerar la incertidumbre, a gestionar el tiempo y la urgencia, a no actuar, a retar y sembrar la fantasía de los pacientes, a huir de las explicaciones dormitivas y a compartir con ellos la comprensión obtenida en el propio proceso de vivir. Habrá aprendido también a aceptar y reconocer la posibilidad del fracaso, que humaniza; de que haya individuos o familias que no estén aún en condiciones de hacer terapia y se pierdan (a esto lo llamo yo *el principio de economía de la intervención*³). Y con ello, la humildad de no ser imprescindibles para nadie, excepto para nosotros mismos.

Como espero que se observe con nitidez, detrás de todos estos descubrimiento y formas de actuar hay una estructura de carácter, una experiencia vital, unos legados familiares y una teoría acerca del ser humano y del cambio. Una visión sobre el amor y sobre la muerte, sobre la cercanía adecuada y la distancia necesaria, que van variando al tener nuevas experiencias vitales y relacionales. Todo es aprovechable, este es el gran secreto de la sistémica; con las familias, pero también para los terapeutas. Cuesta mucho esfuerzo y rigor llegar a ser irreverente, como llama Cecchin (2002) a tal estado. La irreverencia es un estado moral por el cual uno se hace responsable éticamente de las consecuencias pragmáticas de su actuación y de su vida.

Nos gustaría, en cierto modo, recuperar el ímpetu del movimiento de terapia familiar, siempre en la cresta de la ola de la cultura y la salud mental. Esta ventajosa posición nace de la actitud casi blasfema de sus fundadores, que desafiaron sin contemplaciones los dogmas de la psiquiatría de los años cincuenta en adelante (...) que-remos recuperar la libertad intelectual y la integridad que aquellos pioneros nos legaron (Cecchin, 2002: 22).

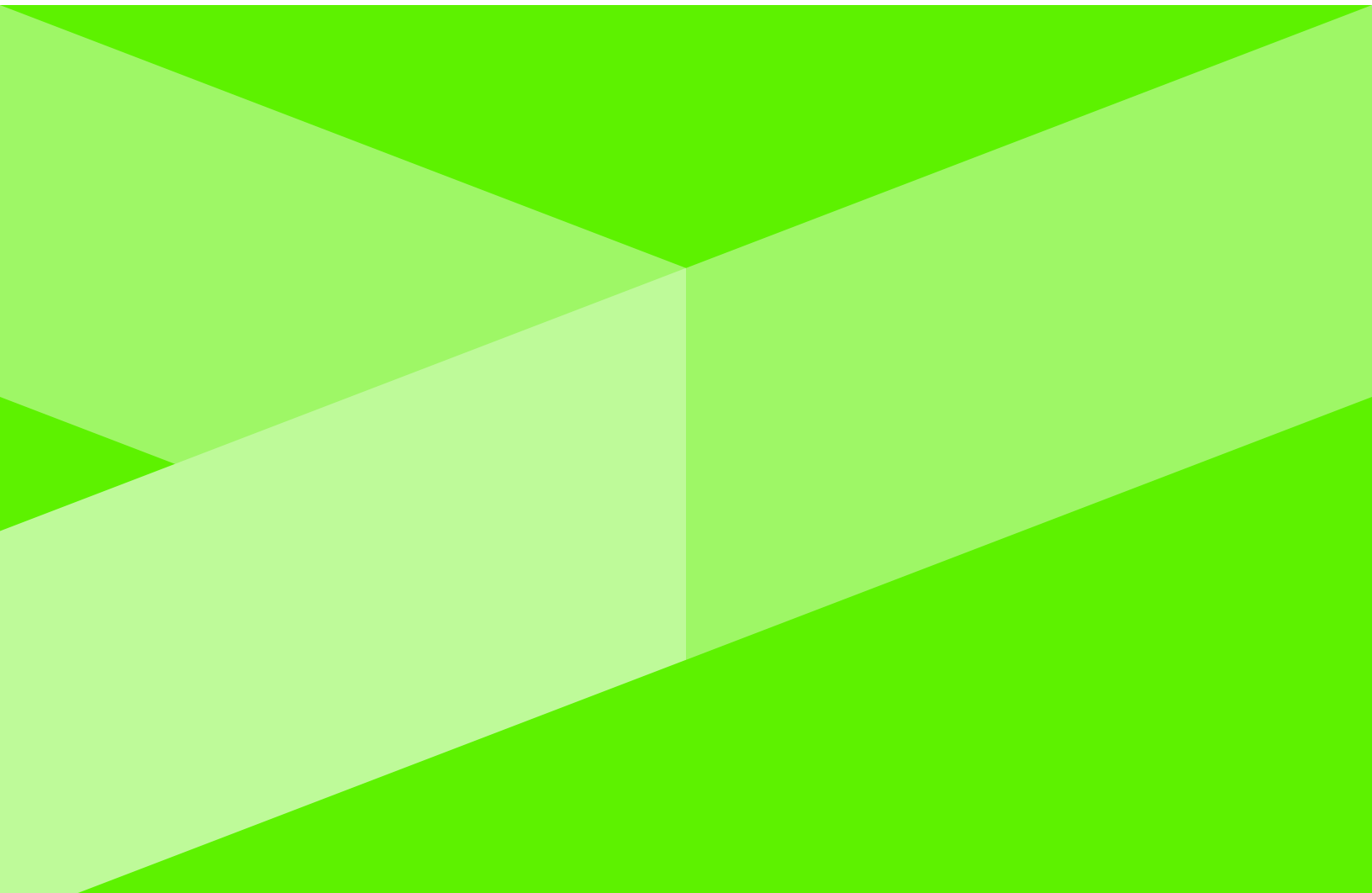
O, como diría Whitaker, “luchemos constantemente contra el deseo de creer a pies juntillas en cualquier teoría” (cit. por Cecchin, 2002: 26).

3 Tratamos de hacer las mejores intervenciones, las más útiles, pertinentes y adecuadas, con la menor pérdida posible de clientes, aun a sabiendas de que unos cuantos abandonarán la terapia. Es un remedo del principio de economía de la Creación, de Leibniz, quien señaló que Dios creó el mejor de los mundos posibles, es decir, el que contenía más número de sustancias (mónadas) con la menor pérdida posible (condenación). Naturalmente, en un contexto muy diferente del nuestro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso*. Barcelona: Herder
- Cecchin, G. Lane, G., Ray, W.A. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Ortega Allué, J, Lema, R. (2017). Estrategias y técnicas para aumentar la intensidad terapéutica. *Redes*, 36, 151-170.
- Ortega Allué, J. (2017). La trastienda de un terapeuta. *Mosaico, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 67, 41-50.
- Ortega Allué, J. (2019). *Las metáforas extendidas como herramientas paradójicas de intervención*. *Mosaico, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 73, 104-115.
- Whitaker, C. et al. (1991a). *De la psique al sistema. Jalones en la evolución de una terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Whitaker, C. (1991b). *Danzando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial*. Barcelona: Paidós.
- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós

Teoría



A minimalist approaching to working with couples

Raquel Maresma Bernal^a

^aEscuela de Terapia familiar del Hospital de Sant Pau. Barcelona

Historia editorial

Recibido: 18-11-2020

Primera revisión: 15-04-2021

Aceptado: 10-04-2022

Palabras clave

parejas, terapia breve, terapia de pareja, sesión individual.

Resumen

El presente artículo describe el abordaje sistémico del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas en el ámbito de la terapia con parejas. Se presentan las teorías que sustentan el modelo de intervención, así como la metodología y técnicas básicas aplicadas al trabajo con parejas y la descripción se ejemplifica con tres casos clínicos, haciendo énfasis en la particularidad de trabajar mayormente con un solo miembro de la pareja. El artículo constituye una reflexión teórica que invita a repensar lo que se entiende por *Terapia de Pareja* desde una aproximación sistémica, a la vez que, pone en relieve la necesidad de realizar una valoración, en cada caso, de la pertinencia de trabajar con sesiones individuales con uno u ambos miembros en las *terapias con parejas*. Se plantea una propuesta de trabajo con parejas que tiene por objetivo el abordar problemáticas, que necesaria e indescifrablemente concurren de modo individual y en pareja, sin ajustar las terapias de pareja a un formato de sesiones conjuntas que, podría limitar la maniobrabilidad de acción terapéutica a la vez que, la mirada flexible y circular del terapeuta sistémico.

Abstract

This article describes the systemic approach of the *Model for Short Problem Solving Therapy* in the field of couples' therapy. Theories supporting the intervention model, as well as the methodology and basic techniques applied to work with couples are presented and the description is exemplified by three clinical cases, emphasizing the particularity of working mostly with one partner. The article is a theoretical reflection that invites to reconsider what is meant by Couple Therapy from a systemic approach, while highlighting the need to make an assessment, in each case, of the relevance of working with individual sessions with one or both members in couples' therapies. A proposal for working with couples is proposed with the objective of addressing problems that necessarily and indecipherably concur individually and as a couple without adjusting couples' therapies to a format of joint sessions that, at some point, could limit the maneuverability of therapeutic action as well as the flexible and circular gaze of the systemic therapist.

Keywords

couples, brief therapy, couple therapy, individual session.

Es frecuente que los terapeutas reciban demandas de terapia de pareja, en las que solo un miembro de la pareja está dispuesto y motivado para iniciar la terapia.

Es relativamente común en las parejas en conflicto, encontrarse en la situación de que, a pesar de coincidir en la percepción de que el sufrimiento es ya insostenible, uno de los dos no quiere oír hablar de la posibilidad de visitar a un terapeuta. De hecho, muchas parejas deciden poner fin a su relación, después de las infructuosas tentativas, de uno de ellos, de amenazar al otro con el “últimátum” de que acepte acudir a terapia de pareja.

Todo ello, sin olvidar aquellas parejas que sí desearían asistir a terapia conjuntamente y que, sin embargo, la dificultad de cuadrar la agenda de ambos con la del terapeuta, hace inviable el proceso terapéutico.

Para el éxito de una terapia de pareja han de cumplirse como mínimo algunas de las siguientes consideraciones:

- a) Una atribución de significado al constructo “terapia de pareja “similar en ambos miembros.
- b) Una percepción semejante en los dos integrantes de la pareja de la intensidad del sufrimiento personal que les provoca la problemática que les ocupa.
- c) Por último, un grado de motivación parecida, en ambas personas, para realizar el esfuerzo que conlleva cualquier cambio.

Sin embargo, no es fácil que se cumplan estas premisas. Es reconocido desde el siglo I por el filósofo estoico Epicteto que no son las cosas en sí mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas y que la construcción de significados en categorías o constructos personales es un proceso subjetivo puesto que “el medio ambiente, tal como nosotros lo percibimos, es invención nuestra” (Von Foerster, 1984 p.38), de lo que se deduce que el grado de motivación para iniciar una terapia será muy fácilmente dispar en dos personas que, si bien son pareja, son individuos distintos.

Cabe recordar también que todo sistema relacional puede ser definido en función de dos coordenadas: organización y mitología, haciendo referencia la organización sistémica a la fusión de las identidades individuales y surgiendo la mitología familiar a partir de los mitos individuales de los diferentes miembros de la familia (Linares, 1996).

De hecho, en una primera sesión con una pareja, es posible encontrar que uno de los dos miembros manifiesta, más o menos, abiertamente sus reticencias con el inicio de la terapia, lo cual no cabe decir, supondrá un trabajo añadido para el/la terapeuta, no solo en la construcción de la demanda de ayuda, sino especialmente, en la construcción de la alianza terapéutica.

2. DESARROLLO

ALIANZA TERAPÉUTICA

Es gracias a la perspectiva constructivista que se empieza a considerar la alianza terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998). A partir de ahí, los estudios realizados desde los diferentes modelos han puesto en evidencia la necesidad de establecer una alianza adecuada para obtener resultados óptimos (Blow, Sprenkle, y Davis, 2007; Corbella y Botella, 2003).

En los años ochenta, se comienzan a realizar estudios centrados en el papel de la alianza terapéutica como una pieza clave en la terapia familiar y de pareja, relacionándola con el éxito del tratamiento (Burgeois, Sabourin, y Wright, 1990; Escudero, Friedlander, Varela, y Abascal, 2008; Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2006a; Friedlander, Escudero, Heatherington, y Diamond, 2011; Knobloch-Fedders, Pinsof, y Mann, 2007; Pinsof, 1994; Quinn, Dotson, y Jordan, 1997; Rait, 2000).

Un autor clave en la conceptualización sistémica del concepto de alianza terapéutica ha sido Pinsof, al ser el primero en describir la causalidad recíproca en la alianza (Pinsof, 1994; Pinsof, 1995; Pinsof y Catherall, 1986), así como en definir la alianza intrasistema, que se refiere tanto a las alianzas entre los miembros de la familia como la que se da dentro del sistema terapéutico (Escudero, 2009).

El establecimiento de la alianza terapéutica en la terapia de familia y de pareja representa un reto por la complejidad y diversidad de las motivaciones y expectativas de los distintos miembros sobre la terapia. Es común que en estas terapias concurren motivos en conflicto (Beck, Friedlander, y Escudero, 2006). La estructura de la familia, el conflicto en crisis o el tipo de comunicación que tiene la familia entre sus miembros son algunos de los factores que aumentan la complejidad a la hora de establecer una buena alianza terapéutica (Escudero, 2009).

De algún modo, la comunicación entre terapeuta y familia está enmarcada en el tipo de comunicación que tienen los miembros de la familia entre ellos y la ansiedad está presente en la relación terapéutica como una consecuencia de la relación familiar. Será labor del terapeuta lidiar con esa ansiedad y crear un clima seguro y de alianza terapéutica (Carpenter, Escudero, y Rivett, 2008; Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2009).

En terapia de pareja, cuando la relación entre ellos es muy problemática, se ve dificultada la creación de la alianza y esto obliga al terapeuta a equilibrar la alianza regularmente (Symonds y Horvath, 2004). En ese sentido, se ha señalado la alianza entre los miembros de la pareja como un elemento clave en este tipo de terapias (Garfield, 2004; Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero, y Martens 2006b; Snyder, 1999; Symonds y Horvath, 2004).

Un fenómeno característico únicamente de la terapia de familia y de pareja es la “alianza dividida”, esto es, un patrón de relación en el que las alianzas de los miembros de la familia con el terapeuta son discrepantes entre ellas (Muñiz de la Peña, Friedlander, y Escudero, 2009). En las terapias de pareja se da cuando un miembro de la pareja muestra una relación no positiva (negativa o neutral) con el terapeuta mientras que el otro miembro mantiene una buena alianza de trabajo con él.

En el trabajo con parejas, estas situaciones de alianza dividida pueden darse debido a conflictos individuales o debido a conflictos de pareja (Knobloch-Fedders, Pinsof, y Mann, 2004; Mamodhousen, Wright, Tremblay, y Poitras-Wright, 2005; Symonds y Horvath, 2004), y su reparación es esencial para el buen resultado del tratamiento (Friedlander et al., 2006).

Dada la complejidad añadida para establecer una buena alianza en la terapia de familia y de parejas, el terapeuta familiar debe sustentarse en aspectos teóricos y técnicos para crear un sistema terapéutico caracterizado por las alianzas (Carpenter et al., 2008).

Desde el plano técnico, se ha destacado la importancia de prestar atención simultánea a las necesidades del sistema (Escudero, 2009), así como señalar las buenas intenciones de todos (Pittman, 1987) y enfatizar los valores comunes y las fortalezas del conjunto (Coulehan, Friedlander, y Heatherington, 1998).

Desde el plano teórico, la conceptualización de la alianza hecha por Bordin (1979) es el modelo de alianza más heurístico. Bordin definió la alianza de trabajo sobre tres componentes: a) el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento, b) el acuerdo de ambos sobre las tareas necesarias para conseguir esos objetivos y c) los lazos afectivos necesarios para sostener el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico. Es a partir de esa conceptualización que la alianza terapéutica queda representada por la cualidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta (Escudero, 2009).

Diversos autores afirman que el desarrollo de la alianza terapéutica está afectado por las variables del terapeuta, del sistema consultante, el contexto en el que ocurre la terapia y la técnica utilizada por el terapeuta (Braconier, 2002; Bermúdez, y Navia, 2013). Aun así, los datos señalan que el terapeuta es mayormente responsable de la relación entre la alianza terapéutica y los resultados (Baldwin, Wampold, y Imel, 2007).

En relación al sistema consultante se encontró que las expectativas sobre la terapia, el beneficio percibido y la claridad sobre el proceso se relacionan con el establecimiento de la alianza, especialmente si esto se cumple en las primeras sesiones (Rondón, Otálora, y Salamanca, 2009). Corning et al. (2007) encontraron que hay mayor continuidad del tratamiento, cuando los consultantes tienen claridad con respecto a lo que pueden esperar de la terapia y experimentan bienestar como resultado de las sesiones.

Para aumentar la motivación de los consultantes, parece necesario observar mejoría de manera más o menos inmediata y que el terapeuta dé esperanzas sobre la posibilidad de hacer cambios, que los objetivos respondan a sus necesidades y expectativas, que la reformulación del problema sea en términos comprensibles, que la terapia responda a sus inquietudes, experimentar cambios como resultado de la terapia y una participación activa del terapeuta (Bermúdez y Navia, 2013).

EL TRABAJO CON PAREJAS DESDE LA TERAPIA BREVE

La Terapia Breve de Resolución de problemas se centra en dos ideas fundamentales de la terapia familiar: se focaliza en la interacción conductual observable en el presente y piensa en una intervención para alterar el funcionamiento del sistema. A partir de ahí, se lleva a cabo una conceptualización particular de la naturaleza de los problemas humanos y su resolución efectiva, que es diferente de muchas corrientes de terapia familiar (Weakland, Fisch, Watzlawick, y Bodin, 1974).

En relación al planteamiento que realiza el modelo de Terapia Breve de Palo Alto, cabe destacar una serie de principios teóricos, así como cuestiones de manejo práctico. Desde un punto de vista teórico, señalar el Constructivismo, la Teoría de Comunicación Humana y el hecho que el problema viene dado por los intentos de solución previos (De Shazer, 1988). En relación a las herramientas del manejo clínico algunas de las técnicas más implementadas desde la terapia breve son: Hablar con el lenguaje del cliente, la reestructuración, Connotación positiva, uso de analogías, historias o relatos, Utilizar la resistencia, Técnicas de confusión, Preguntas circulares, Uso del *one down* y el *one up*, Animar desanimando, Ilusión de alternativas, Evitar formas lingüísticas negativas y Prescripciones de comportamiento (Ceberio, 2016).

El constructivismo afirma que no existe una realidad única, sino que, cada uno de nosotros construimos nuestra propia realidad en función de nuestras experiencias y una serie de variables que, cuanto más variadas y diferentes, más alejada puede estar nuestra forma de ver el mundo que está influido, entre otras muchas cosas, por las variables culturales del contexto en el que hemos crecido.

De esta manera, es constatado que no hay una realidad más “verdadera” que otra. Esto llevado al campo del trabajo con parejas resulta de especial relevancia, puesto que se tendrá que escuchar y dar valor al problema que cada uno de los miembros de la pareja presentan en terapia, que inevitablemente será distinto, más allá de que se pueda construir una demanda conjunta.

La Teoría de la comunicación humana plantea la comunicación como una interacción en la que se da un intercambio de significado por el que “atribuimos significado a las conductas del otro y de ahí se tiene la experiencia subjetiva de comunicarse” (Watzlawick, Bavelas, y Jackson, 1967, p. 52). De esta manera, la interacción nos lleva a un proceso circular donde A provoca una conducta determinada en B y B en A y así sucesivamente, creando una pauta donde pierde el sentido hablar de linealidad. La linealidad vendría dada por la necesidad del ser humano por buscar explicaciones a los acontecimientos, de manera que terminamos “puntuando la secuencia de los hechos” (p. 56), esto es, cortando y eligiendo una parte de la interacción y, en función de donde hayamos cortado, estableceremos la causa y el efecto.

Tener presente esta interacción como circularidad permite al terapeuta ser consciente de que forma parte del sistema terapéutico y de las influencias recíprocas que tiene cada una de las intervenciones de los diferentes miembros del sistema.

Otro aspecto de la comunicación humana es que los mensajes se plantean a dos niveles: “referencial” (contenido del mensaje) y “conativo” (tipo de mensaje y relación entre los comunicantes). La terapia breve se centra, sobre todo al inicio de la terapia, en el nivel conativo, esto es, en la rela-

ción. Esto resulta de especial relevancia para el trabajo que nos ocupa, puesto que cuando hablamos de centrarse en la relación, nos estamos refiriendo esencialmente al establecimiento de la alianza terapéutica. Si esta relación es positiva, los contenidos se pueden manejar con una mayor seguridad y confianza. En este sentido, la herramienta que utiliza la Terapia Breve es el uso de la posición *down*, que posteriormente se explicará.

Por último y no menos importante, cuando el terapeuta breve recibe a una pareja, tiene presente que, cuando las personas encuentran alguna dificultad en la vida intentan solucionarla y lo que se puede saber en el aquí y ahora es que lo que el sistema consultante y su entorno han intentado hacer para solucionarlo, no ha funcionado. “La solución es el problema” (De Shazer, 1988), por lo que el terapeuta intentará promover un cambio generando una solución alternativa.

La Terapia Breve de Resolución de Problemas es pragmática, enfocada en el presente, del tipo paso a paso, “basada en la noción de que la mayoría de los problemas humanos surgen a partir de un modo particular de manejar dichos problemas, lo que se llamaría la solución intentada” (Goldenberg y Golderberg, 1996, p.219).

En “Cambio: Principios de formación y resolución de problemas”, los autores trazan una distinción entre los conceptos “dificultad” y “problema” a la vez que elaboran una propuesta explicativa de los mecanismos mediante los cuales el primero se convierte en el segundo.

Entienden “dificultad” como “Un estado de cosas indeseable que, o bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común (por lo general de tipo de cambio 1, por ejemplo: calor contra frío) y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas, o bien, con mayor frecuencia, nos referimos a una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente, y con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber sencillamente conllevar, al menos durante cierto tiempo” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.58) Y “los problemas” se vuelven “Callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc... creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.59).

Según Watzlawick et al., (1974), en cualquier problemática intervienen tres mecanismos en su constitución de dificultad a problema.

1.- Adoptando una solución que equivale a negar el problema (El terrible simplificador).

El terrible simplificador es el experto en negar que se están viviendo dificultades en determinados temas de una manera sostenida y repetida. El problema se genera dado que “es preciso actuar pero no se emprende tal acción” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992 p. 59).

CASO 1: Querer tener un hijo sin lograr llegar a acuerdos pequeños y cotidianos.

Elena y Marta piden iniciar terapia de pareja después de varias infidelidades cometidas por la primera y de la repetición de patrones relacionales en los que las reglas implícitas de funcionamiento de la pareja son ambiguas e incluso paradójicas en muchos casos, generándose mucho sufrimiento mutuo.

Marta, con dolor, resentimiento e ironía niega la necesidad de llegar a consensuar unas normas mínimas de definición de la relación, que incluyan un compromiso o ausencia de este en lo que se refiere a la posibilidad de mantener relaciones sexuales con otras personas. De esta manera, niega la problemática que se está sucediendo en la relación y simplifica infructuosamente el problema, quejándose de la impuntualidad de Elena, así como de su poco sentido del humor, a la vez que le recrimina que no la acompaña suficiente en el proyecto de maternidad que han iniciado.

Fue necesario trabajar individualmente con Marta hasta lograr tener una definición del problema clara y concreta, “puesto que el objetivo general de la terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio la dolencia que manifiesta el paciente, la claridad en este aspecto resulta decisiva” (Fisch et al., 1984 p.133).

Para conseguir la concreción que se buscaba, se hizo uso de la técnica de la confusión desde una posición *down* de modo que, la terapeuta planteó a Marta una larga lista de posibilidades de lo que podía significar (en concreto) el cambio que ella parecía estar pidiendo a su pareja. Muchas de

las alternativas no habían sido nombradas por ninguna de ellas y probablemente a Marta le resultara un tanto confuso que la terapeuta las expusiera, pero el fin justificaba los medios, había que flexibilizar el marco contextual hasta crear uno nuevo que permitiera definir una queja concreta. En palabras de Erickson, citado por P. Watzlawick et al., “la necesidad de superar la confusión, dando con otro cuadro de referencia, hace que el sujeto esté particularmente dispuesto y deseoso de echar mano a la primera información concreta que se le proporcione” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.126).

Algunas de estas alternativas propuestas por la terapeuta fueron las siguientes:

T: “Te refieres a que te gustaría que ambas tuvierais otras parejas y, a que por ejemplo, fuerais las cuatro juntas a buscar a vuestro hijo al colegio? o ¿Quieres decir que para ti está bien que ella tenga otras relaciones, siempre que esté puntual a las citas con el equipo médico que está trabajando para tu embarazo? O ¿Lo que estás planteando es que quieres que las otras parejas de tu pareja tengan también una relación contigo?”

Como era esperable Marta se confundió lo suficiente hasta el punto que consiguió definir un problema de forma suficientemente concreta.

M: “No quiero que tengamos una relación abierta y Elena parece no poder comprometerse con este tipo de relación”.

Elena, por su parte, había expresado nítidamente cuanto le hacían sufrir los mensajes paradójicos que le mandaba Marta en su vida cotidiana como pareja.

El concretar las quejas de cada una de ellas, con la utilidad que supuso el uso de un marco de sesiones individuales para ello, fue el inicio del trabajo con esta pareja.

2.- Esforzándonos en modificar una dificultad que es inalterable (Síndrome de la utopía).

El problema es generado porque se emprende una acción cuando no se debería. Dificultades transitorias y que forman parte de la vida son percibidas como problemáticas haciendo iniciar un seguimiento de intentos de solución que convierten la dificultad en problema. “Así pues, lo que tiene aquí lugar es una equivocación en cuanto al cambio: se intenta un cambio 1 cuando tan sólo el cambio 2 puede conducir a una solución.” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992. P 85).

Los autores advierten cómo momentos de cambios o dificultades que se atraviesan en la vida conyugal tienden a ser definidas en la mitología popular como momentos idílicos o utópicos: embarazo, casamiento, luna de miel, etc.

Es fácil encontrar en determinada bibliografía y filmografía una construcción idílica de la pareja que goza de una vida plena y feliz para toda la eternidad, sumiendo a las parejas en una construcción idealizada de lo que debe ser su relación y es de esta forma que “Aquellos que aceptan tales ideales como aquello que una relación conyugal debe «realmente» ser, tenderán a considerar su propio matrimonio como problemático y comenzarán a buscar una solución, hasta que el divorcio se la proporcione. Su problema no es concretamente su matrimonio, sino sus tentativas para hallar solución a un problema que, en primer término, no es un problema, y que incluso aunque lo fuese, no podría ser resuelto al nivel en el que se intenta” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.82).

Es citando a Ardrey que los autores resumen el síndrome de la utopía “mientras perseguimos lo inalcanzable, hacemos imposible lo realizable” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p. 81).

CASO 2: Pretendiendo el amor puro casi místico, en medio de una pandemia.

Juan y Aina llevan cinco años siendo pareja cuando se declara en el país el estado de alarma debido a una pandemia sanitaria.

La pareja nunca ha convivido; él tiene dos hijos ya universitarios que viven con él a semanas alternas y ella vive y trabaja en otra ciudad.

Ambos han tenido, en más de una ocasión, discusiones sobre la posibilidad de vivir juntos, sin llegar a un acuerdo sobre el lugar adecuado, si bien ambos lo han ido sobrellevando sin demasiado sufrimiento.

Es con el inicio de la crisis sanitaria que Aina empieza a poner en duda los fundamentos de la relación. Ella está viviendo la pandemia con muchísima angustia y ha requerido ayuda terapéutica para poder recuperar una mínima sensación de seguridad, que le permita seguir con sus actividades cotidianas tras meses de confinamiento y ahora, quiere una relación de pareja en la que el riesgo de contagio sea nulo.

Atrapada en el deseo utópico de que su pareja construya exactamente el mismo significado “correcto” que ella tiene de la forma de vivir la pandemia, se desvive en su esfuerzo de controlar lo incontrolable; pretendiendo eliminar toda posibilidad de contagio, consiguiendo así, muy a su pesar, que él se aleje de ella cada día un poco más.

El inicio del trabajo con la pareja llega después del trabajo individual con Aina, el cual la ha ayudado a romper el círculo recursivo de todas aquellas conductas de evitación que, como intentos de solución fracasados, la mantenían en un estado creciente de pánico al contagio.

Aina y Juan han establecido un pulso entre ellos en el que ambos pierden: Él pretende la “curación” de ella (la eliminación de las conductas de extrema prevención al contagio que ella hace) mientras ella evita todo contacto físico entre ambos en un deseo, casi fantasioso, de que él minimice la relación con sus hijos (disminuyendo así el riesgo de contagio mutuo) o de que ambos vivan sin ningún contacto físico entre ellos, mientras dure la pandemia.

El comienzo de este trabajo de pareja, como en tantos otros casos, se inició con un sólo miembro de la pareja, en este caso con Aina. En la primera sesión lloraba de angustia y tristeza y estaba poco dispuesta a movilizarse a la acción. La terapeuta optó por distanciar más las sesiones y expresar sus dudas acerca de si iba a poder ser de ayuda con este problema de pareja, a la vez que la invitó a reflexionar sobre la posibilidad de que la terapia sirviera para que ella y Juan pudieran separarse con menos sufrimiento.

La provocación implementada desde la *down position* fue suficiente para que la clienta se dispusiera a trabajar: El hecho de que la terapeuta se mostrase, abiertamente dubitativa, respecto a la posibilidad de ayudar, permitió que Aina se responsabilizara de su propio proceso de cambio. Se hizo una sesión individual con la clienta para hacer un reencuadre de la situación problemática; ella ya sabía que romper el círculo recursivo del miedo pasaba por la exposición a sus temores, pero era necesario revestirlo de un significado nuevo en el que lo evitable pasase a ser, por ejemplo, lo deseado. Terapeuta y clienta reconstruyeron los inicios de la relación de la pareja, en los que (como en muchos inicios de relaciones de parejas) el deseo era sublime y las posibilidades factibles de estar juntos eran escasas, por motivos diversos. La evocación de este contexto, unida a la prescripción terapéutica de la necesidad de retomar el contacto de un modo muy lento, ayudaron a Aina en la construcción de un nuevo significado para los encuentros con Juan.

Haciendo uso de una prescripción paradójica se le indicó que, aunque tuviese una necesidad imperiosa de abrazar o besar a Juan se contuviese, de modo que había que recrear casi una primera cita entre ellos.

Con Juan también se hizo una sesión individual. Él estaba muy convencido de que ella estaba mentalmente enferma y de que él no era quien debía hacer cambios, su percepción individual del riesgo al contagio era muy distinta a la de su pareja. Se trabajó con él, para que la pandemia pudiera ser mirada como una de tantas experiencias, que, si decidían vivirla siendo pareja, no les quedaba otra opción que consensuar como querían vivirla y decidir consecuentemente qué acciones iban a emprender, más allá de que sus construcciones individuales y sus atribuciones de significado fuesen, obviamente, distintas e independientemente del grado, en que éstas, les hicieran sufrir a cada uno.

Después de las reestructuraciones realizadas con cada uno de ellos en sesiones individuales, la pareja aceptó el provocador juego de empezar a seducirse; como si del inicio de la relación se tratase: él aceptó tomar algunas medidas más de protección contra el contagio en un intento de trans-

mitirle mayor seguridad a ella y Aina, que había quedado algo atrapada en la prescripción paradójica de la terapeuta, inició pequeñas y continuas aproximaciones a Juan, asumiendo un mínimo riesgo al contagio.

3.- Cometiendo un error de tipo lógico (Paradojas).

Cabe mencionar las dos teorías que fundamentan el fenómeno de las paradojas comunicacionales:

La teoría de los grupos que proporciona una base válida para pensar acerca de la peculiar interdependencia entre persistencia y cambio, base para pensar acerca de la clase de cambios que tienen lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.23).

La teoría de los tipos lógicos que nos facilita una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.26).

Según Watzlawick et al., (1992), Whitehead y Russell en “Principia Mathematica” ya advertían que “cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma”. Wittgenstein especulaba acerca de las implicaciones prácticas de la paradoja (105) y Bateson realizaba el primer estudio sistemático de los efectos conductistas de la paradoja dando lugar a la teoría del doble vínculo de la esquizofrenia (16).

Watzlawick, Weakland y Fisch consideran que el trabajo subsiguiente indica que dependiendo de los parámetros básicos de una situación dada, la teoría es también aplicable de manera general a otros tipos de comunicación alterada, incluyendo patrones no psicóticos de interacción humana. De hecho, señalan que “la creación inadvertida de la paradoja es un tercer modo muy típico de abordar erróneamente dificultades o cambios necesarios” (Watzlawick et al., 1992, p.89). Según los autores también acontecen problemas “cuando se intenta un cambio 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior (...) o bien, se intenta un cambio 2 cuando resultaría adecuado un cambio 1 (...): la acción es emprendida a un nivel equivocado” (Watzlawick et al., 1992, p.59).

Los referentes de la *Brief Therapy* consideran que “en general, los problemas que se dan en psicoterapia conyugal tienen que ver con frecuencia con la casi siempre insuperable dificultad de cambiar el quid pro quo en que se basó originalmente la relación.” (Watzlawick et al., 1992, p.98).

Es aceptado por la comunidad académica en materia de parejas, que estas (como sistema relacional) necesitan de una actualización y acomodación de sus reglas de funcionamiento, en ocasiones establecidas implícitamente, debido a los cambios inevitables y sucesivos que les acontecen con el paso del tiempo. “Los contratos tácitos interpersonales del género del que estamos examinando están destinados forzosamente a volverse anacrónicos e inaplicables, y el cambio que sería necesario aquí habría de ser el del propio contrato (es decir: un cambio 2) y no tan sólo un cambio 1 dentro de las cláusulas del contrato” (Watzlawick et al., 1992, p.98).

Una de las paradojas comunicativas más usual en las relaciones es el mensaje: “¡sé espontáneo!” (Watzlawick et al., 1992, p.91). Los terapeutas escuchamos esta orden en un sin fin de ejemplos en los problemas de pareja, desde una mujer que espera que su marido colabore más en casa y lo haga desde una motivación interna o el marido que desea que su pareja sea cariñosa espontáneamente, hasta innumerables situaciones por el estilo.

Es constatado que justamente el intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo es uno de los temas centrales de los intentos de solución a los problemas humanos (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

La sexualidad, como actividad de orden mental y corporal es una de las áreas donde eventualmente las parejas quedan atrapadas en dichas trampas relacionales. “Las paradojas del tipo «¡sé espontáneo!» adquieren también relieve en el modo como determinadas personas intentan superar sus dificultades sexuales” (Watzlawick et al., 1992, p.92).

CASO 3: Debes desearme sólo a mí.

Cuando Jan era un niño ya “se las había tenido” con su propio cuerpo y estos conflictos habían preocupado lo suficiente a sus padres como para llevarle a terapia. En aquél entonces, era su madre (y él mismo por complacerla a ella) quien pretendía inútilmente que él tuviera más hambre de la que parecía tener, de forma que madre e hijo solían atraparse en una estratagema sin fin: a más intento de que él comiera más, antes vomitaba Jan todo lo que comía.

El chico siguió peleando con sus funciones corporales, probablemente dejándose atrapar por los supuestos principio de “normalidad” que impregnan nuestra percepción de realidad, y ya de joven, varias de sus parejas trataron también en vano, de influir en sus impulsos vitales. Ada, la actual pareja de Jan en el momento de iniciar la terapia, pretendía que él la deseara exclusivamente a ella, sin darse cuenta, ingenua, de que este intento de solución de inhibir el deseo sexual de su pareja hacia otras mujeres, no hacía más que conseguir justamente lo contrario.

Ella se enfadaba con él cuando le sorprendía mirando a una mujer, le preguntaba constante e insistentemente si ella le parecía atractiva y se indignaba cuando él le contaba que fantaseaba con tener relaciones fuera de la pareja, así como cuando él le explicaba que recurría en ocasiones a la masturbación, cuando sentía deseos sexuales estando ella ausente.

Jan no tardó en entender el callejón sin salida en el que se habían metido: llevaba dos años esforzándose por no sentir atracción por ninguna mujer que no fuera su pareja y en aquellos tiempos, ya no solo se excitaba con aquellas que se cruzaban en su camino, sino que había desarrollado un hábito a ver pornografía que le hacía sentirse terriblemente culpable y empezaba a contener una ira irrefrenable contra su mujer, que no lograba explicarse (a la vez que empezaba a asustarlo).

Para interrumpir las soluciones intentadas de la pareja y detener así la trampa paradójica en la que se encontraban, fue necesario realizar primero un trabajo individual con Jan. Era preciso realizar el reencuadre de significados que le permitiera entender aquello que era vivido como negativo y problemático como algo que tenía el potencial de enriquecer su relación de pareja.

Resignificar el deseo sexual como algo personal e íntimo; las fantasías como experiencias que podían ser vividas y trasladados al mundo de la pareja de forma absolutamente voluntaria y consciente, abriendo así la posibilidad de ser compartidas, y en cualquier caso, sirviendo para aportar pasión a la vida sexual de la pareja, fue sin lugar a duda el abono necesario para que Jan pudiera permitirse interrumpir sus intentos de solución fracasados.

Con ella se realizó una única sesión casi con un objetivo psicopedagógico para que pudiera entender el efecto opuesto que provocaban en él sus soluciones intentadas: A más reproches de ella, más intrusivas se tornaban las fantasías de él.

Por otro lado pero en la misma línea, y gracias a un trabajo conjunto con el maestro, el Dr. Linares, la terapeuta pudo mostrarle a ella que sus esfuerzos por cuidarlo a él (escuchándole paciente sus intentos de autocensura, pues ella le otorgaba a él una posición de “enfermo “ al entender que él no podía controlar sus impulsos sexuales) solo contribuían en el fondo; a alimentar los caprichos de Jan y que si ella quería ayudarlo, debía aprender a no tolerarle que le compartiera a ella sus culpabilidades...si bien, quizás si, sus fantasías...

Este caso me permite especialmente hacer énfasis justamente en la importancia que cobra en determinados procesos terapéuticos el trabajo individual en la problemática de pareja.

Reencuadrar el mundo de significación del deseo y la conducta sexual no hubiese sido nada fácil, como el lector podrá imaginar, con ambos miembros de la pareja en sesión. El establecimiento de la alianza terapéutica tanto con él como con ella requería, o al menos se veía facilitado, por un contexto de atención individual.

El poder llegar a concretar una queja, probablemente individual con cada miembro, respetando su forma subjetiva de construir lo que necesita cambiar, asumiendo que el dolor es axiomático, identificando a la vez los mecanismos circulares reactivos por los cuáles el problema se mantiene en la actualidad, sin indagar en las causas, resignificar en muchas ocasiones una construcción de la

pareja que viene resultando utópica e hiriente y tratar de generar un patrón nuevo de relación en la mayor brevedad posible constituirá el objetivo del plan terapéutico con cada pareja que acude a terapia.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE CAMBIO. EL TRABAJO CON UN SOLO MIEMBRO

Algunas peculiaridades en la forma de intervenir desde el modelo de Terapia Breve toman a mi parecer especial relevancia en el trabajo con parejas y principalmente, en el trabajo que se lleva a cabo con un solo miembro.

Quizás uno de los aspectos más idiosincráticos del Modelo Breve es la diferenciación de “Cliente” vs. “Paciente”. Según los autores de Palo Alto, es necesario establecer esta distinción en pro de asegurarnos la necesaria colaboración del cliente en el proceso de cambio, de manera que denominan cliente a la persona interesada y paciente a quién porta el síntoma. (Fisch et al., 1984).

Tal distinción que no es menor, es la que sustenta a mi modo de ver, algunas técnicas y estrategias de intervención particulares del Modelo Breve señaladas por Fisch et al., (1984) como son el tomar una actitud igualitaria con el paciente para favorecer su cooperación y el realizar la mayoría de las sesiones con individuos o con algunas personas seleccionadas, en lugar de con toda la familia, con una motivación estratégica.

Para conocer la realidad construida por los clientes el terapeuta adquiere una posición de interés y de descubrimiento del otro, transmitiendo así el interés y el valor de los clientes y su contexto, esto es, una posición *down*. En Terapia Breve, se considera que el contexto terapéutico en sí, ofrece al terapeuta el rol de experto, permitiéndole adoptar este tipo de posición de cercanía y respeto por el cliente necesarias para contar con su colaboración en su propio proceso de cambio (como cliente activo y responsable en su proceso, que no como paciente que espera la “curación” que proviene del terapeuta).

Sin pretender explicar en detalle la utilidad del uso de la famosa “*down position*”, actitud predominante del terapeuta breve, Linares coincide con los autores de Palo Alto cuando recomienda que en un sistema terapéutico intercultural el terapeuta adquiera una posición “*up*”, pero no tanto como una postura de superioridad, sino como “un experto segurizante, respetuoso pero cálido y cercano” (Linares, 2011, p.36).

En otro orden, Fisch et al., (1984) explican como la mayoría de sus sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas dado que un enfoque sistémico implica básicamente un marco conceptual. Coherentemente con este encuadre interaccional suponen que “toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la unidad de interacción-familia, u otro tipo de grupo influirá en la conducta de los demás miembros de esa unidad” (Fisch et al., 1984, p.55) y es por supuesto considerando que en la mayoría de los casos las interacciones que permiten la persistencia de un problema constituyen ejemplos de retroalimentación positiva o de giros de desviación y amplificación (Maruyama, 1963; Wender, 1968).

Fisch et al., (1984) ilustran la cuestión utilizando como analogía un partido de tenis. El lector puede imaginar que para que un partido que se está jugando se detenga, solo es necesario convencer a uno de ambos jugadores de que deje de golpear la pelota.

Para el terapeuta breve, la pregunta relevante en los inicios del primer contacto terapéutico es por tanto: “¿cuál es el miembro de la familia que está más interesado en solucionar el problema?” (Fisch et al., 1984, p.56). Es en esta línea que Ceberio (2016) puntualiza que en la primera llamada telefónica sea importante conocer quiénes son los afectados por el problema y decidir, por último, a quien se invitará a la terapia.

Y llega la cuestión que principalmente nos ocupa: Las sesiones individuales pueden incrementar la capacidad de maniobra del terapeuta, especialmente cuando los miembros de una pareja se encuentran en un significativo conflicto recíproco. De hecho, “la capacidad de maniobra del terapeuta resulta mucho mayor si se reúne con ellos por separado” (Fisch et al., 1984, p.57).

Fisch et al., (1984) señalan como el terapeuta a lo largo de las sesiones conjuntas con miem-

bros en conflicto, debe enfrentarse con el problema de conducir bien la sesión, además de cuidarse mucho de no tomar partido cuando se produce un desacuerdo entre ellos.

Todo ello limita obviamente las intervenciones del terapeuta y el lenguaje que este utiliza en sesión, dado que el interventor necesita de la colaboración de ambos miembros. Por otro lado, los autores también destacan que en sesiones individuales con los miembros, el terapeuta puede sugerir acciones que al no haber sido debatidas en sesiones conjuntas, tomarán el significado de espontáneas para los otros miembros, quedando potenciadas las opciones del terapeuta.

Es reconocido que el “Hablar el lenguaje del cliente” y la “Reestructuración” son dos meta-técnicas presentes en todo proceso de cambio realizado desde la Terapia Breve. Es decir que el terapeuta breve, en toda intervención que realiza, está hablando el lenguaje del cliente, a la vez que está realizando un reencuadre de significados, tomando en cuenta la postura del cliente.

La postura del cliente, según Fisch et al., (1984) “representa una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta (...). Es una forma sucinta de indicar un valor con el cual el cliente se halla comprometido y que se ha manifestado abiertamente” (Fisch et al., 1984, p.110).

El terapeuta Breve mediante el “Reencuadre” hace una reestructuración de significados en el mundo conceptual del cliente de manera que, paciente y terapeuta construyen de forma conjunta, colaborativa y no confrontativa con la postura del cliente un nuevo sentido del problema (por lo general, más complejo y más flexible) que ha de llevar a la persona consultante a poder emprender distintas acciones. Es la técnica que ha de llevar a la persona a realizar el cambio 2: “En su sentido más abstracto, la reestructuración supone desplazar el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida a otra, o bien, especialmente, introducir la idea de tal pertenencia a una nueva clase en la conceptualización de todos los interesados.” (Watzlawick, et al., 1992, p.123).

Respetando la postura del cliente y usando su lenguaje, el terapeuta Breve, realiza el reencuadre necesario para que el cliente pueda, mediante acciones, implementar un cambio que produzca el esperado giro de 180 grados en el tema central de las soluciones intentadas y consecuentemente, un cambio en el sistema relacional.

En Terapia Breve, el hablar el lenguaje del cliente, basado en los planteamientos de Milton Erickson, el poder realizar una verdadera escucha de los valores que el cliente trae a terapia y devolvérselos empleando el mismo lenguaje que él utiliza, resulta de gran relevancia en la comunicación y en la dinámica de la alianza que se establece.

De esta manera, la “Reestructuración” y el “Hablar el lenguaje del cliente” son usados por el terapeuta breve casi indistintamente. Es así que Erickson describe lo que designó “Técnica de la confusión”: “la necesidad de superar la confusión, dando con otro cuadro de referencia, hace que el sujeto esté particularmente dispuesto y deseoso de echar mano a la primera información concreta que se le proporcione” (Watzlawick, et al., 1992, p.126).

Consecuentemente, es coherente pensar en la idoneidad de realizar sesiones individuales con los miembros de una pareja enfrentados en un conflicto dado que “una acertada reestructuración situacional precisa tomar en cuenta los puntos de vista, las expectativas, los motivos y las premisas, es decir, toda la trama conceptual, de aquellos cuyos problemas han de ser modificados” (Watzlawick et al., 1992, p.129).

Dicho de otro modo, es lógico pensar que el trabajo del terapeuta se verá facilitado en el marco de las sesiones individuales con los miembros de una pareja puesto que “la reestructuración presupone que el psicoterapeuta aprenda el lenguaje del paciente (...)” (Watzlawick et al., 1992, p.129).

3. CONCLUSIONES

Se ha revisado la relevancia de algunos de los estudios que pusieron el énfasis en la construcción de una adecuada alianza terapéutica como una pieza imprescindible en la terapia familiar y de pareja relacionándola con el éxito del tratamiento; mencionando a diversos autores que confirmaron

que el desarrollo de la alianza terapéutica estaba afectado por variables que dependen del manejo terapéutico.

Se han querido señalar algunos de los datos que han mostrado que el terapeuta es mayormente responsable de la relación entre la alianza terapéutica y los resultados de la terapia y se ha recordado la evidente complejidad que supone el establecimiento de la alianza terapéutica en los procesos terapéuticos con parejas.

Desde la *Brief Therapy* cobra sentido considerar el trabajar desde un marco de trabajo individual con cada miembro en el trabajo con parejas, como una opción plausible en la mayoría de los casos y que ha de valorarse en cada caso particular.

Es comprensible, como señalan Fisch et al., (1984), que todos nos sentimos más dispuestos a colaborar con alguien que valida nuestra forma de entender el problema y de algún modo nos compadece, a la vez que cuando el terapeuta trabaja con los miembros del sistema relacional por separado se sienta más libre de constituirse en abierta coalición con cada persona implicada.

Nardone y Watzlawick (1992, p. 45) señalan: “Pretendemos decir con esto que el terapeuta ha de valorar cuidadosamente, caso por caso, si es más eficaz alterar el sistema perceptivo reactivo disfuncional del paciente individual interviniendo directamente sobre él y produciendo, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal, o bien si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, ampliando la terapia a más sujetos, de modo que, como consecuencia del cambio de las secuencias interactivas de varias personas, cambia también el sistema perceptivo reactivo de la persona individual problemática”.

En este sentido es relevante repensar que es lo que se entiende por “Terapia de Pareja”.

¿Debe considerarse que los terapeutas realizan “Terapia de pareja” cuando necesariamente el cliente ha solicitado explícitamente este trabajo?... ¿Ha de suponerse que los dos miembros de la pareja han de querer asistir a terapia, poder hacerlo en el mismo horario y además, ser capaces de construir una demanda conjunta?... ¿Ha de ser el terapeuta el que emita el “veredicto” a los miembros de la pareja: “Lo que ustedes necesitan es hacer Terapia de Pareja...”?

Recordando a Linares (1996) es sabido que la fusión de identidades individuales hay que tenerlas presentes en el momento en que se trabaja con familias y Linares y Campo (2002), recuerdan que en la vida adulta persisten en proporciones diversas y en distinto grado, los dos ingredientes básicos de cualquier intercambio afectivo, las necesidades de fusión y de diferenciación.

La propuesta, como enfoque familiar minimalista en el trabajo con parejas (Autor1, en *Relates* 2019 y *ACTF* 2019), pretende dibujar la Terapia de Pareja como un trabajo terapéutico necesariamente interconectado con un proceso individual y/o familiar que, lejos de presuponer la necesidad de la participación de los dos miembros en el proceso, abre un abanico de posibilidades de maniobrabilidad terapéutica que obliga al terapeuta a decidir que resultará más eficaz en función de cada etapa del proceso y en cada caso particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnkoff, D.B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic Alliance in an integrative cognitive therapy. *In session-Psychotherapy in Practice*, 1(1), 33-46. doi: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200002\)56:2<187::aid-jclp5>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<187::aid-jclp5>3.0.co;2-y)
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., y Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.6.842>
- Beck, M., Friedlander M.L., y Escudero, V. (2006). Three perspectives of Clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 355-368. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x>

- Bermúdez, C., y Navia, C. E. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 333-343.
- Blow, A., Sprenkle, D., y Davis, S. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (3), 298-317. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and practice*, 16, 252-260. doi: <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bourgeois, L., Sabourin, S., y Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.58.5.608>
- Braconier, A. (2002). Psychanalyse et/ou psychothérapies psychanalytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutiques et l'analysabilité. *Psychothérapies*, 22, 21-28. doi: <https://doi.org/10.3917/psys.021.0021>
- Campo, C., y Linares, J.L. (2002). *Sobrevivir a la pareja*. Barcelona: Planeta.
- Carpenter, J., Escudero, V., y Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: an evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30, 411- 424. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00442.x>
- Ceberio, M.R. (2016). Terapia breve sistémica: una breve introducción. Artículo presentado en las Jornadas provinciales de Psicología. Cómo pensar las prácticas psicológicas: desafíos actuales. Colegio de Psicólogos de la provincia de Bs As. Colegio de Psicólogos Distrito II. Trenque Lauquen. Argentina
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Corning, A., Malofeeva, E., y Bucchianeri, M. (2007). Predicting termination type from client- therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 193-204. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.193>
- Coulehan, R., Friedlander, M. L., y Heatherington, L. (1998). Transforming narratives: A change event in constructivist family therapy. *Family Process*, 37, 17-33. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00017.x>
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in Brief Therapy*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Escudero, V., Friedlander, M.L., Varela, N., y Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic Alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x>
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza Terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., y Heatherington, L. (2006a). *Therapeutic alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. USA: Hardcover.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Horvath, S., Heatherington, L., Cabero, A., y Martens, M. (2006b). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 214-225. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.214>
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., y Diamond, G.M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33. doi: <https://doi.org/10.1037/a0022060>
- Fisch R, Weakland J, Segal L. (1984). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.
- Garfield, R. (2004). The therapeutic Alliance in Couples Therapy: Clinical Considerations. *Family Process*, 43(4), 457-65. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00034.x>

- Goldenberg, I. and Golderberg, H., (1996). *Family Therapy: An Overview*. Brooks/Cole Pub.
- Goldfried, M.R., y Davidson, G.C. (1994). *Clinical Behaviour therapy* (exp.ed). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., y Mann, B. (2004). The Formation of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy. *Family Process*, 43(4), 425-442. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x>
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós, Barcelona.
- Linares, J.L. (2011). La interculturalidad en la mirada del terapeuta sistémico. *Redes*, 25, 31-41.
- Magoroh Maruyama (1963): The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes, *American Scientist* 5:2, pp. 164--179.
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M.L. y Escudero, V. (2009). Frequency, severity and evolution of Split family alliances: How observable are they?. *Psychotherapy Research*, 19, 133-142. doi: <https://doi.org/10.1080/10503300802460050>
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Herder Ed.
- Newman, C.F (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy .En J.D. Safran y J.C. Muran (Eds.), *The Therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp.95-122). Washington: American Psychiatric Association. doi: <https://doi.org/10.1037/10306-004>
- Pinsof, W.B. y Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x>
- Pinsof, W.B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En A.O. Horvath y L.S. Greenberg (comps), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). Nueva York: Wiley & Sons.
- Pinsof, W.B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Pittman, F. (1987). *Turning points: Treating families in transition and crisis*. Nueva York: Norton.
- Quinn, W.H., Dotson, D., y Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7, 429-438. doi: <https://doi.org/10.1080/10503309712331332123>
- Rait, D. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy in session. *Psychotherapy In Practice*, 56 (2), 211- 224. doi: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200002\)56:2<211::aid-jclp7>3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<211::aid-jclp7>3.0.co;2-h)
- Rondón, A. P., Otálora, I. L., y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2, 137-147.
- Safran, J.D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Snyder, D. (1999). Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 348-365. doi: <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.4.348>
- Symonds, D. y Horvath, A. (2004). Optimizing the Alliance in Couple Therapy, *Family Process*, 43(4), 443-55. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x>
- Von Foerster, H. (1984). On constructing a reality. En P. Watzlawick (Comp.), *The invented reality* (pp. 41-61). New York: Norton.
- Watzlawick, P., Bavelas, J.B. y Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: W.W. Norton&Company, Inc.
- P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch (1992). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., y Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>

Importance of Recognition in the Construction of Identity in Trans persons

María Fernández Rodríguez^a, Mónica Martínez Sallent^b, Ainoa García Fernández^c,
Patricia Guerra Mora^d, Noelia Martínez Menéndez^e

^aCentro de Salud Mental I “La Magdalena” (UTIGPA). Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Asturias.

^bHospital Universitario San Agustín de Avilés, Asturias.

^cInstituto de investigación sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Instituto de neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA).

^dÁrea Sanitaria IV, Oviedo. Universidad Isabel I de Burgos.

^eHospital Clínico San Carlos de Madrid

Historia editorial

Recibido: 22-03-2021

Primera revisión: 20-09-2021

Aceptado: 04-10-2021

Palabras clave

persona trans; reconocimiento; identidad; terapia narrativa.

Resumen

La sociedad, a través de la familia, perpetúa el dimorfismo sexual y de género. El reconocimiento por parte de las figuras parentales es una condición necesaria en la construcción de la identidad personal. La falta de reconocimiento por parte de un otro se constituye como un daño en la subjetividad. Provoca autodesprecio, quebranta la autoestima, la autoconfianza y deriva en una confusión identitaria. Cuando la persona trans no se identifica con esa historia dominante o esa identidad civil, debe aprender a sustituirla por una historia alternativa, que le permita el autorreconocimiento.

Abstract

Society, through family, perpetuates sexual and gender dimorphism. Parental figures recognition is a necessary requirement in the construction of personal identity. The lack of recognition by somebody else is constituted as damage in subjectivity. It causes self-contempt, undermines self-esteem, self-confidence and leads to identity confusion. When the trans person does not identify with that dominant story or civil identity, he/she must learn to replace it for an alternative story that allows self-recognition.

Keywords

trans person; recognition; identity; narrative therapy.

Los padres comienzan a construir la imagen de su hijo/a ideal incluso antes del nacimiento. Tras las primeras ecografías, donde se les informa de su sexo biológico, van invistiendo a su descendiente de aquellas características identitarias que estereotípicamente consideran congruentes con su sexo biológico. En este proceso de construcción de la identidad del recién nacido, la sociedad, con sus *verdades* normalizadas y naturalizadas, juega un papel decisivo.

El proceso de socialización comienza pronto, cuando las figuras parentales seleccionan un nombre, decoran el cuarto del futuro recién nacido o escogen ropa (Eccles, Jacobs y Harold, 1990). Butler (2002) hace referencia a cómo el lenguaje ya crea un “yo” incluso antes de nacer. La familia, y más concretamente las figuras parentales, son el vehículo a través del cual se va a ejercer una gran parte de la influencia para perpetuar una sociedad dicotómica, donde al dimorfismo sexual (hombre y mujer biológicos) le correspondan correlatos de género masculinos y femeninos, respectivamente. En este mismo proceso de socialización, los jóvenes aprenden las actitudes, valores y acciones que son socialmente apropiadas para un determinado género (McGuire, Kivalanka, Catalpa y Toomey, 2016).

El primer grupo al que pertenecen las personas es la familia. Las familias funcionan como sistemas perfectamente engranados con reglas implícitas y explícitas. Una de las leyes más importantes que rige la dinámica y cohesión de este sistema es la certeza de sus integrantes de que son miembros de esa unidad familiar (Oliva y Villa, 2014). De este reconocimiento surge el sentimiento de pertenencia y de seguridad.

Todas las personas, desde la más tierna infancia, tienen la necesidad de sentirse aceptadas y aprobadas por las figuras parentales. Solo el pensamiento de no ser queridas o de que pueden ser excluidas de su familia de origen es devastador. El propio árbol genealógico (Goldrick y Gerson, 2003) coloca a sus descendientes en función de su sexo biológico, dando por supuesto que le corresponde el género impuesto desde el nacimiento y que es congruente con sus caracteres sexuales.

Desde este contexto sociocultural, se pone de manifiesto que las personas trans no siguen las reglas del juego. ¿Qué ocurre en el seno de una familia “tradicional” cuando ese niño/a, ya adolescente, rompe con esa supuesta naturalidad del linaje que lo identifica como hijo/a de tal?

Diferentes estudios han puesto de manifiesto cómo el funcionamiento de todos los miembros de la familia se ve afectado en los procesos de transición de jóvenes trans. Es decir, la familia también atravesaría un proceso de “transición”. Desde esta posición, podrían ofrecer soporte, acogida y protección (Mantilla y Pavón, 2020; Katz-Wise et al., 2017). Tanto los jóvenes como los cuidadores son involucrados en el mismo proceso y la experiencia de un miembro afectará a otro. Las familias tienen el desafío de apoyar, pues la identidad del joven estará muy determinada por cómo sea este cuidado. En un reciente estudio longitudinal se comprobó cómo el apoyo familiar se relaciona con los niveles de angustia en la adolescencia y joven adultez, independientemente de que tengan otros apoyos (Katz-Wise et al., 2017).

Sin embargo, en algunos casos, ante la manifestación explícita de los hijos/as de que no se identifican con el género que se les asignó al nacer, los padres reaccionan con gran sorpresa, con expresiones negativas (Grossman et al., 2005; Grossman et al., 2019), con violencia o echándolos del domicilio familiar (James et al., 2016). Llegando incluso a negarlos como hijos/as que ya no pertenecen a su familia. En esta línea, hay autores que señalan una pérdida de identidad relacional, más psicológica que física (Yadegarfar et al., 2014), que podría conceptualizarse como “ambigüedad de límites” (Catalpa y McGuire, 2018). Desde la descalificación “tú no eres mi hijo/a”, “tú no eres un chico/a” a la desconfirmación “tú ya no existes para mí” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2012), van atentando contra el/la adolescente que no encuentra en el reconocimiento del otro el aval para su propio autorreconocimiento. En casos extremos la afectación es tal que pueden llegar a no reconocer su propia imagen en el espejo.

Desde la teoría psicoanalítica, el francés Jacques Lacan describe el estadio del espejo como formador de la función del yo (Lacan, 1949). Plantea una fase del desarrollo psicológico donde por primera vez el niño reconoce su propia imagen en el espejo. En esta fase se desarrollaría el yo

como instancia psíquica y su mecanismo instaurador sería la identificación. Esa imagen ideal le llega al niño desde un otro y es a partir de la identificación con esa imagen del otro cuando surgirá el sentimiento de sí mismo. Es decir, ya desde la infancia temprana, hay teorías que sugieren que el reconocimiento de la imagen de sí mismo solo ocurre cuando existe un otro. Lacan referencia a Hegel para señalar que sin la mediación del otro no es posible la constitución subjetiva (Mazzuca et al., 2005). En etapas vitales como la adolescencia, el joven trans puede presentar un autoconcepto poco reforzado socialmente (Bergero, Aisiain, Ben, Giraldo, Montenegro, Esteva et al., 2008) al no sentirse validado por el entorno. El autoconcepto o visión de uno mismo está basado en las experiencias con los demás y en las atribuciones que la persona hace sobre su conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). Distintos trabajos muestran cómo en las familias con climas emocionales positivos, las diferencias son vividas desde posiciones menos amenazantes (Builes y Bedoya, 2008). La teoría de aceptación o rechazo parental (*Parental Acceptance-Rejection*, Rohner, 2004) señala que la percepción por parte de los menores de amor o desamor (en forma de calidez, hostilidad o agresión, indiferencia o rechazo) genera efectos importantes en la construcción de sí mismo y en las conductas futuras.

El concepto de reconocimiento de Hegel (2009) hace alusión a la relación recíproca entre dos individuos libres, donde cada sujeto ve al otro como un igual. Este reconocimiento es la garantía de la individualidad ya que solo se es sujeto en la medida que exista un otro que reconozca tal condición (Sepúlveda, 2013). La aplicación del concepto de reconocimiento a la reflexión sobre la identidad personal, la intersubjetividad y la estructura normativa de la sociedad es una de las aportaciones más importantes y de mayor actualidad de Hegel (De la Maza, 2010).

Hegel (1983) entiende el reconocimiento como un proceso intersubjetivo de constitución de la identidad en el marco de sucesivas y cada vez más complejas formas de socialización: la familia, el derecho y la comunidad ética. En el origen del reconocimiento se encuentra la mediación entre los sujetos y la comunidad intersubjetiva. La forma natural de esta última se expresa principalmente en la unidad familiar, determinada por el sentimiento de amor que se inicia con la relación de pareja donde “cada uno contempla al otro como otro y a la vez como sí mismo” (De la Maza, 2009, p.155). Este proceso continúa en la relación con los hijos. El amor es la primera forma de reconocimiento intersubjetivo y los padres ven en sus hijos la objetivación de su propia unión. El hijo cobra independencia individual a través del proceso educativo y se separa del núcleo familiar para iniciar la lucha por el reconocimiento (De la Maza, 2009).

Según el filósofo y sociólogo alemán Axel Honneth (1997), para asegurar el desarrollo de la identidad personal y un modo positivo de relacionarse con ésta en el marco de las relaciones sociales, son necesarias e imprescindibles las relaciones de reconocimiento. Este autor, siguiendo a Hegel, mantiene que el ser humano sólo se constituye como tal en relación con otros seres y establece tres esferas del reconocimiento intersubjetivo: el amor, el derecho y la solidaridad. A cada uno de estos modos básicos de reconocimiento o esferas le corresponde un tipo de daño. En la esfera del amor, maltrato y violación, como forma de ataque a la integridad física y psíquica; en la esfera del derecho, desposesión de derechos, estafa y discriminación; y en la esfera de la solidaridad social, injuria y estigmatización. De esta manera, un reconocimiento inadecuado o fallido constituye el principal daño a la subjetividad de las personas, agravándose en la medida que afecte de modo más profundo a su estructura de personalidad. Estos daños pueden perjudicar la forma en la que los individuos se relacionan con ellos mismos: la autoconfianza en la primera de las esferas, el autorrespeto en la segunda y la autoestima en la última (Tello, 2011). La falta de reconocimiento o el falso reconocimiento conlleva el desprecio por sí mismo (Taylor, 1997).

El principio del amor es entendido en sentido amplio como cuidado y atención y es la esfera más elemental del ser humano (Tello, 2011). En esta esfera estarían las personas más cercanas al individuo, como serían la familia o los amigos. Honneth (1998, p.33) señala que “las realizaciones morales del cuidado sólo son exigibles a los sujetos en los casos en que los vínculos mutuos existan sobre una base afectiva”. Dentro de la esfera del amor existen las relaciones simétricas, como son

las relaciones de amistad, y las relaciones asimétricas, que estarían representadas por las relaciones entre padres e hijos. La relación primaria entre la madre y el hijo le aporta los componentes físicos y psíquicos para su desarrollo. El objetivo del reconocimiento en la esfera del amor es que el sujeto se libere de la dependencia fusional de la figura de apego basándose en la confianza de que el vínculo permanecerá.

En la línea de Hegel, el filósofo Paul Ricoeur (2006), también conecta el concepto de la identidad con el proceso de reconocimiento. El autor plantea el reconocimiento en el sentido de identificación personal asociada al poder narrar y narrarse. Desde el nacimiento, el individuo es narrado e inscrito como género binario y posee una identidad civil al serle asignado un lugar fijo dentro del linaje familiar como “hijo de” o “hija de”. Por tanto, antes de pensarse y quererse como persona, ya le viene determinada una identidad civil transmitida por el árbol genealógico. Al ser reconocida hijo/a de, él/ella se reconoce como tal. Con esta interiorización progresiva y con la vivencia del reconocimiento mutuo tanto parental como filial se alcanza la función plena del yo.

El reconocimiento por parte de un otro es condición necesaria para la construcción de la identidad. Nacemos en una familia y en ella nos construimos. El amor, en el seno de la familia es la primera y fundamental forma de reconocimiento intersubjetivo en el ser humano (De la Maza, 2009; Tello, 2011). En la formación de la identidad de género, además de las figuras parentales, también está implicada la sociedad.

Una sociedad normativa (binaria, dicotómica) va a ejercer todo su poder a través de la familia u otros contextos significativos, para perpetuar el *dimorfismo identitario*. Es decir, naciste con genitales masculinos o femeninos, luego eres un hombre o una mujer respectivamente. En función de esa anatomía biológica (macho/hembra de la especie humana) y de haber nacido en una familia determinada se te considera hijo/a de. Esta identidad civil reconocida conlleva un proceso de interiorización que determina quien soy. Ser «hijo o hija de “fulanito” de tal» es una “identidad recibida” que sirve de punto de partida (Altarejos y Rodríguez-Sedano, 2004).

La imagen que uno tiene de sí mismo se va configurando a lo largo de toda la vida en la interacción con los otros. El simple hecho de nacer hombre o mujer te otorga el estatus de hijo/a de. Al romper el orden preestablecido, la persona trans, deja de ser reconocida por sus padres como su descendiente, como parte de ese linaje familiar. Fuera de ese árbol genealógico se siente en un limbo, en un estado de indefinición que lo conduce a una gran confusión identitaria. Los fallos en este proceso de reconocimiento producen daños en la esencia misma del ser humano, su identidad, llegando incluso al autodesprecio (De la Maza, 2010) y a cuestionarse ¿quién soy? o ¿qué soy?

Puesto que la identidad es a la vez un acto creativo (Rodrigo y Medina, 2006), cuando la persona trans no se identifica en la narrativa familiar debe aprender a narrarse con una historia alternativa que le permita autorreconocerse. En el escenario presente de la posmodernidad, la familia, que por inercia tiende a mantener el estatus quo de la tradición binaria, también tiene la capacidad de desprenderse de leyes ancestrales al estar continuamente configurándose en un contexto cambiante. Esto abre un halo de esperanza para las personas trans que comienzan a ser copartícipes de nuevas y alternativas construcciones narrativas a la historia dominante (White y Epston, 1993). En este proceso de deconstrucción de la historia dominante puede encontrar un camino para el reconocimiento.

El uso del lenguaje permite reflexionar acerca de la identidad, tanto para otros como para uno mismo (Builes y Bedoya, 2008). Las narraciones aportan una estructura al sentido del yo y la identidad. Al contar relatos sobre nuestras vidas construimos una identidad narrativa (Sparkes y Devis, 2007). Nacemos en un contexto sociocultural determinado, donde las narrativas vigentes las utilizamos en nuestras interacciones sociales (Murray, 1999). Por lo tanto, las narrativas, son creencias y principios de la cultura en la que estamos inmersos. Al reconocerlas, seremos capaces de generar historias alternativas para explicar, tanto a los demás como a nosotros mismos, lo que está ocurriendo. Además, en la posmodernidad, los miembros de la familia han dejado de ser destinatarios del legado para ser interlocutores en la construcción normativa (Builes y Bedoya, 2008).

El uso del lenguaje hace más “real” nuestra subjetividad y permite reflexionar acerca de la identidad, tanto para otros como para uno mismo (Builes y Bedoya, 2008; Herrera, 2014). Las narraciones aportan una estructura al sentido del yo y la identidad, proporcionando una sensación de continuidad personal (McAdams, 2001). Al contar relatos sobre nuestras vidas construimos una identidad narrativa (Sparkes y Devis, 2007). Nacemos en un contexto sociocultural determinado, donde las narrativas vigentes las utilizamos en nuestras interacciones sociales (Murray 1999). Por lo tanto, las narrativas reciben la influencia de las creencias y principios de la cultura en la que estamos inmersos. Del mismo modo, en base al principio de totalidad de los sistemas, nuestras narraciones se actualizan en la esfera familiar por la experiencia actual e histórica de cada uno de sus miembros, es decir, el cambio en uno genera un cambio en el resto (Ahumada et al., 2018). Al reconocerlas, seremos capaces de generar historias alternativas para explicar, tanto a los demás como a nosotros mismos, lo que está ocurriendo. La flexibilidad y el abandono de absolutismos, tanto en la comunicación dentro de la familia como en el sistema de valores que la sostiene, facilitará la tolerancia a la ambigüedad y promoverá la transición familiar. Reconocer la complejidad de este proceso y transmitir la visión de continuo favorecerá que las respuestas de la familia crezcan y cambien con el tiempo. Las nuevas narrativas irán de la mano de nuevos significados asociados a roles, comportamientos y relaciones sociales (Boss, 2006; McGuire, Catalpa, Lacey y Kuyalank, 2016). Por lo tanto, en la posmodernidad, los miembros de la familia han dejado de ser destinatarios del legado para ser interlocutores en la construcción normativa (Builes y Bedoya, 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahumada, MF., Wozny, M., Grzona, S., y Zúñiga, MJ. (2018). Narrativas de construcción identitaria de mujeres trans. *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales*, 5(9), 227-256.
- Altarejos, F. y Rodríguez-Sedano, A. (2004). Identidad, coexistencia y familia. *Estudios sobre educación*, 6, 105-117.
- Bergero, T., Aisiain, S., Ben, M.I., Giraldo, F., Montenegro, J.L., Esteva, I. et al., (2008). Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1). doi: 10.4321/S0211-57352008000100013
- Builes, M.V. y Bedoya, M. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(3), 344-354.
- Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. New York, NY: Norton.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós.
- Catalpa, JM., y McGuire, JK. (2018). Family boundary ambiguity among transgender youth. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 67(1), 88-103. doi: 10.1111/fare.12304
- De la Maza, LM. (2009). El sentido del reconocimiento en Hegel. *Revista latinoamericana de filosofía*, 35(2), 227-251.
- De la Maza, LM. (2010). Actualizaciones del concepto hegeliano de reconocimiento. *Veritas*, 23, 67-94. doi: 10.4067/S0718-92732010000200004
- Eccles, JS., Jacobs, JE., y Harold, RD. (1990). Gender role stereotypes, expectancy effects, and parents’ socialization of gender differences. *Journal of Social Issues*, 46(2), 183-201. doi: 10.1111/j.1540-4560.1990.tb01929.x
- Goldrick, M. y Gerson, R. (2003). *Genogramas en la evaluación familiar*. 1a ed. Barcelona: Ed. Gedisa.

- Grossman, A., D'Augelli, A., Howell, T. y Hubbard, S. (2005). Parent' Reactions to Transgender Youth' Gender Nonconforming Expression and Identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18, 3-16. doi: 10.1300/J041v18n01_02.
- Grossman AH, Park JY, Frank JA, Russell ST. (2019). Parental Responses to Transgender and Gender Nonconforming Youth: Associations with Parent Support, Parental Abuse, and Youths' Psychological Adjustment. *J Homosex*. 27,1-18. doi: 10.1080/00918369.2019.1696103.
- Hegel, GWF. (1983). *El sistema de la eticidad*. 1a ed. Madrid: Editora Nacional.
- Hegel, GWF. (2009). *Fenomenología del espíritu*. 2a ed. Valencia: Pre-textos.
- Herrera, L. (2014). La influencia de la familia y los amigos en la construcción de identidad en mujeres trans. Universidad Santo Tomás. Recuperado de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/315/2014lauraherrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. 1a ed. Barcelona: Crítica.
- Honneth, A. (1998). Entre Aristóteles y Kant. Esbozo de una moral del reconocimiento. *Logos: Anales del Seminario de Metafísica*, 32, 17-38.
- James, SE., Herman, JL., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., y Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- Katz-Wise, SL, Budge, SL., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, R., Perez-Brumer, A. y Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243–263. doi:10.1080/15532739.2017.1304312
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. *Escritos*, 1.
- Mantilla, I. y Pavón, Y. (2020). Rol de la familia en la construcción de la identidad de género en mujeres trans. *Revista Científica*, 5(Ed. Esp.), 26-47, e-ISSN: 2542-2987. doi: 10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.E.1.26-47
- Mazuca, R et al. (2005). La identificación en el primer Lacan. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. (pp.123-125).
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122. doi: 10.1037/1089-2680.5.2.100.
- McGuire, JK., Kuvalanka, KA., Catalpa, JM. y Toomey, RB. (2016). Transfamily theory: How the presence of trans* family members informs gender development in families. *Journal of Family Theory Review*, 8(1), 60–73. doi:10.1111/jftr.2016.8.issue-1
- McGuire, J., Catalpa, J., Lacey, V. y Kuvalanka, K. (2016). Ambiguous Loss as a Framework for Interpreting Gender Transitions in Families: Ambiguous Loss in Gender Transition. *Journal of Family Theory & Review*. 8. 373-385. doi: 10.1111/jftr.12159.
- Murray, M. (1999). The stories nature of health and illness. En M. Murray y K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative health psychology* (pp. 47-63). Londres. Sage.
- Oliva, E. y Villa, VJ. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 10 (1), 11-20. doi: <https://doi.org/10.15665/rj.v10i1.295>
- Ricoeur, P. (2006). *Caminos del reconocimiento: tres estudios*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rodrigo, M y Medina, P. (2006). Posmodernidad y crisis de identidad. *Revista científica de Información y Comunicación*, 3, 126-146.
- Rohner, RP. (2004). The Parental "Acceptance-Rejection Syndrome": Universal Correlates of Perceived Rejection. *American Psychologist*, Estados Unidos, 59 (8), 830-840. doi:10.1037/0003-066X.59.8.830
- Sepúlveda, SO. (2013). El concepto de reconocimiento en Hegel: un principio de justicia social. *Versiones*, 3, 115-124.

- Shavelson, R., Hubner, J. y Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Sparkes, A. y Devis, J. (2007). *Investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte*. En W. Moreno y S.M. Pulido (Eds.) Educación cuerpo y ciudad. El cuerpo en las interacciones e instituciones sociales (pp.43-68). Medellín: Funambuleros.
- Taylor, C. (1997). *La política del reconocimiento*. Barcelona: Paidós.
- Tello, FH. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. *Revista de sociología*, 26, 45-57. doi: 10.5354/0719-529X.2011.27487
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (2012). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, ME., y Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11, 347-363. doi: 10.1080/19361653.2014 .910483

Lucio Patricio Omar Chávez Igor^a

^aUniversidad de Valparaíso. Email: psluciochavez@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 12-06-2020
Primera revisión: 25-10-2021
Aceptado: 28-02-2022

Palabras clave

taoísmo, tai chi, enfoque sistémico.

Keywords

taoism, tai chi, systemic approach

Resumen

This article seeks to establish a conceptual link between the Systemic Approach and philosophical Taoism, through the description of the main notions of each conception. Regarding philosophical Taoism, its origins are described and the notions of Tao, Yin and Yang, and Wu Wei are reviewed and, regarding the systemic, the classic concepts of system are reviewed, their properties (Totality, feedback, hierarchy, entropy and negentropy, homeostasis, among others), as well as the ideas of first and second order cybernetics. The main characteristics of Tai Chi Chuan are also described, some reflections arising in the context of personal practice and that aim to show a parallel between some concepts of philosophical Taoism and the Systemic Approach.

Abstract

This article seeks to establish a conceptual link between the Systemic Approach and philosophical Taoism, through the description of the main notions of each conception. Regarding philosophical Taoism, its origins are described and the notions of Tao, Yin and Yang, and Wu Wei are reviewed and, regarding the systemic, the classic concepts of system are reviewed, their properties (Totality, feedback, hierarchy, entropy and negentropy, homeostasis, among others), as well as the ideas of first and second order cybernetics. The main characteristics of Tai Chi Chuan are also described, some reflections arising in the context of personal practice and that aim to show a parallel between some concepts of philosophical Taoism and the Systemic Approach.

Desde el período Neolítico la humanidad ha enfrentado diversas epidemias y hoy, enfrentamos una nueva, la epidemia del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Este virus ha modificado la vida humana en el planeta. Los gobiernos del mundo han instalado restricciones a los contactos físicos, desplazamientos públicos y rutinas diarias, generando intenso impacto en diversas áreas de la vida de las personas.

Me desempeño en el área de salud mental en el ámbito privado y público y, desde inicios de la pandemia me he visto sometido a nuevos desafíos, circunstancias, tiempos y funciones, donde se ha ido incorporando mayormente el trabajo a distancia, junto a las medidas preventivas personales para evitar la propagación del virus.

Las actividades laborales que solía desempeñar han aumentado, creciendo con ello el distrés laboral, por lo que he debido intencionar más la preocupación por la salud mental, no solo de mis pacientes, sino también por la propia. He reforzado el cuidado por mi alimentación, por los tiempos de trabajo y descanso, y decidí retomar actividad que solía realizar más esporádicamente antes de la pandemia: el *Tai Chi Chuan*.

Esta actividad ofrece varios beneficios para la salud integral de las personas, y por ello quise redoblar los esfuerzos por practicarla diariamente, para fortalecer mi autocuidado como persona y profesional. Lo practico la mayor parte de las veces, durante las mañanas, antes de comenzar mi jornada laboral y ha sido de mucha ayuda para afrontar el momento que se vive.

El objetivo de este escrito se relaciona con la intención de exponer algunas reflexiones surgidas en torno a la práctica del *Tai Chi Chuan* durante este período. Cabe señalar que uno de los propósitos al practicar *Tai Chi Chuan* es el de concentrar la atención en el cuerpo y los movimientos que se realizan, procurando despejar la conciencia de otros contenidos. Pero como cualquier disciplina meditativa, es frecuente que quien la desarrolle se vea muchas veces tratando de llevar la atención y la conciencia a algún punto donde el discurrir de los pensamientos, emociones e imágenes no perturbe la actividad meditativa, tarea que, como se puede imaginar, no siempre se logra mantener por mucho tiempo, debido a que “aparecen en el foco de la conciencia recuerdos, propósitos, imágenes de lo que se ha hecho durante el día, diálogos imaginarios (. . .) y muchas veces, resulta difícil sobreponerse” (Verdugo, 2007, p. 44),

Durante este proceso fueron surgiendo, a lo largo de varios meses, diversos pensamientos, ideas y reflexiones sobre diferentes temas emergentes que, para efectos de este artículo, se fueron concentrando en los fundamentos del *Tai Chi Chuan* y el enfoque sistémico.

Estos fundamentos del *Tai Chi Chuan* se relacionan con el Taoísmo y el enfoque sistémico con la teoría general de sistemas y la cibernética.

A medida que iba practicando emergieron algunas preguntas sobre conexiones posibles entre estas ideas surgidas en estos lugares distintos y distantes. Así, como señala Bateson (2015), “qué pauta conecta al cangrejo con la langosta y a la orquídea con el narciso, ¿y a los cuatro conmigo? ¿y a mi contigo” (p.18), quise preguntar qué conectará al enfoque sistémico con el taoísmo, el *Tai Chi Chuan* con mi autocuidado y al lector conmigo.

DESARROLLO

ORÍGENES DEL TAOÍSMO Y LO SISTÉMICO EL TAOÍSMO

El taoísmo es una de las doctrinas filosóficas (y religiosas) más importante de China. Sus inicios se remontarían a unos 5.000 años con los postulados del primer emperador Fu Xi. No obstante, un archivero imperial que estudió la obra de este emperador sería el fundador de esta doctrina y se llamaba Lao Tse (Anciano Maestro). Se desconocen las fechas exactas de su nacimiento y su muerte, pero se sabe que habría vivido en el siglo VI a.C.

Lao Tse escribió vivió muchos años como ermitaño. Sentía que no encajaba en la sociedad china de la época, atravesada por guerras, muertes, y crueldades (López, 2013). El taoísmo surge durante un período conocido como de los “estados combatientes”, en referencia a un momento de mucha convulsión social, donde China pasa de una sociedad esclavista a otra feudal (Preciado, 2013).

La idea principal desarrollada en la obra es la de *Tao*, quizás el concepto más importante de la filosofía china y, al mismo tiempo, el más oscuro y plurivalente, en especial para el pensamiento occidental. En sí mismo, encierra una paradoja bastante sorprendente, pues afirma que no posee nombre, pero se le llama Tao, y quiere decir Vía, Camino, método o regla de vida.

El ideograma Tao (道) está compuesto de “cabeza” y “caminar”, que puede traducirse como “dirigir la marcha” o “abrir camino” (Henricks, 1993). Con Lao Tse, Tao toma por primera vez el significado de *Verdad última*; lo trascendente, eterno, imperceptible e innombrable, sólo accesible mediante experiencia mística (Keping, 2008).

El Tao es el “origen de todas las cosas”, el “tesoro del mundo” gracias al cual el Cielo y la Tierra pueden existir; tiene una presencia evanescente y misteriosa que no se puede tocar ni ver, sino sólo intuir, experimentar a través de la práctica meditativa. Esta dimensión del Tao fue retenida en adelante, con diferentes énfasis, por todas las escuelas de taoísmo (Keping, 2008).

El ideograma *Te* (德) está compuesto por “caminar”, “mente” y “rectitud”, pudiendo traducirse como “caminar dirigido por una mente recta” o “virtud”. Para el *Tao Te-Ching*, Te representa el “poder”, la “eficacia” del Tao que se manifiesta al particularizarse en los seres. Tao es totalidad, Te es particularidad, el puente entre el Tao y los seres (Novotny, 2013).

El ideograma *Ching* (經) significaría “tejido”, “trama” y en el sentido común significa libro y, por excelencia, libro sagrado o clásico.

CONCEPTOS TAOÍSTAS

Algunos conceptos importantes del taoísmo son Yin/Yang y Wu wei.

YIN Y YANG

Yin y Yang (陰|陽) aparece por primera vez en el *I Ching*. El significado original de ambas palabras se vinculaba con los lados sombreados y soleado de una montaña, y que da una buena idea de la relatividad de ambos conceptos (Capra, 2000).

Representan cualidades generales del Universo. Son como “Ser” y “No Ser”, un par que representa lo más general después del Tao. No son una fuerza ni una energía ni una manifestación. Tampoco es posible identificarlas con algo específico sin hacerlas perder su condición fundamental y su carácter universal, y a pesar de no coincidir con algo concreto, están presentes y se manifiestan en todos los fenómenos (Díaz, 2003). Todas las manifestaciones del Tao son generadas por la interacción dinámica de estas dos fuerzas opuestas (Capra, 2000).

Estos dos principios tan diferentes, pero no antagónicos, son capaces de generarse mutuamente. Por esta razón, quizá la expresión más apropiada sea decir que son inversos. Lo inverso se parece a lo opuesto y, a la vez, no lo es (Díaz, 2003).

Lao Tse (2014) escribe:

“Ser y no ser se engendran mutuamente.
Lo difícil y lo fácil se forman entre sí.
Lo largo y lo corto se transforman mutuamente.
Lo alto y lo bajo se completan entre sí.
Sonido y silencio se armonizan mutuamente.
Delante y detrás se suceden entre sí.
Es la ley de la naturaleza” (p.22)

El taoísmo establece la existencia de tres fuerzas. Una es Yin (fuerza negativa, femenina, húmeda), la otra Yang (fuerza positiva, masculina, seca...). La tercera fuerza es el Tao, o fuerza superior que las contiene (Gómez, 2006). Yin y Yang no pueden comprenderse separados del Tao, sino en interrelación y como su emanación. El Tao es el regulador y resorte de su alternancia (Palacios, 2005).

Los inversos coexisten, compenetrándose el uno con el otro. Más aún, cada objeto, situación o ser vivo, es Yin o Yang, es decir, puede poseer un doble carácter. El hombre es Yang respecto a su mujer, la cual es Yin con relación a él; pero ese mismo hombre es Yin respecto a su padre, que es Yang para él. Las categorías de Yin y Yang, no son tampoco sustancias o fuerzas independientes (Palacios, 2005).

El taoísta no considera superior la vida sobre la muerte, ni a la construcción sobre la destrucción, ni al placer sobre el sufrimiento, ni lo positivo sobre lo negativo, ni un evento favorable sobre otro desfavorable. Todos estos conceptos carecen en sí mismos de esencia real, a la luz del Tao (Gómez, 2006).

WU WEI

Este concepto representa la virtud suprema y, en rigor, la única virtud para el taoísmo (Harré, 2002). *Wu* (無) significa “apartar o dejar a un lado”, y *Wei* (為) significa “hacer algo”. Una traducción sería “hacer algo apartándose o dejándose uno de lado”.

Pero Wu Wei no es el simple llamado a la inactividad o la pasividad (Palacios, 2005). El principio alude a ese inmediato y espontáneo hacer que consiste en el deber ser de cada cosa, de modo de “ponerse a hacer (algo) sabiendo lo qué se hace y sin (pretender) que se hace” (Del Río, 2004).

Escribe Lao Tse (Traducción de Cano, 1999)

“Buen cerrajero no usa cerrojos
Y sin embargo no se puede abrir”
“Amarra bien sin cuerdas ni nudos
Y nadie podrá desenredar”

Para el taoísmo es necesario evitar toda actividad antinatural que implique el desgaste de energía Chi. No se alaba la ociosidad, ni el trabajo sin sentido, que solo produce ansiedad y sufrimiento, pues no fluye con el cosmos. En la práctica del *Wu Wei*, el trabajo pierde su aspecto coercitivo, no se emprende para obtener resultados útiles, sino por su valor intrínseco (Gómez, 2006). Una persona debería restringir sus acciones a las necesarias y naturales, actuar lo indispensable para la obtención de un cierto fin. Jamás actuar de más (Palacios, 2005).

Expresa la invitación a vivir conservando el dinamismo y el ritmo de la vida, evitando derrochar las maneras inútiles, representadas principalmente por la violencia y el odio y para nuestros tiempos, y se constituye como un elemento que aporta nuevas dinámicas de comprensión en las tensiones generadas entre el hombre y la tecnociencia, el hombre y el medio ambiente. Este concepto caracteriza la acción en armonía con el Tao e implica no tomar ninguna acción que sea contraria a la naturaleza (Gómez, 2006).

Los taoístas rechazan el sacrificio y trabajo duro para acumular riquezas, y luego disfrutar de la vida y ser feliz. No se busca acumular cosas y el consumismo desenfrenado (Palacios, 2005). De ese modo nos esclavizamos, en la falsa creencia de que la felicidad puede comprarse, lo que irá en contra de los ritmos de la naturaleza humana y cósmica.

El concepto *Wu Wei* constituye la regla fundamental de conducta (Palacios, 2005) en cuanto retorno a la acción espontánea, como la del niño que juega, únicamente por jugar, como la del viento que mueve los árboles, como la del riachuelo que corre (Ferrero, 1974). La virtud del *Wu Wei* viene a orientar las acciones de las personas en búsqueda de esa armonía que significa vivir en el Tao.

El término “Enfoque” viene del prefijo latino “in” (interioridad) y “focus”, que se traduce como foco, o sitio que irradia luz. El enfoque sistémico puede entenderse como una herramienta intelectual muy poderosa (Simon, 1969) para “enfocar” los sistemas, la complejidad o fenómenos sistémicos. También, puede considerarse como una aproximación multidisciplinar a una serie de problemas que se han querido o creído distinguir en muy diversos campos del saber humano y que recibe el nombre de “sistema” (Sáenz, 2009).

Sistema remite inicialmente a Hesíodo (siglo VIII a.C.) y Platón (siglo IV a.C.), donde el término provendría del griego *sistema* (σύστημα), que procede de *synistanai* (reunir) y de *synistēmi* (mantenerse juntos), por tanto, se entendía como la “colección de definiciones y reglas operativas que se introducen con un objetivo definido común, ya sea natural o no natural” (Alfonso y Galindo, 2011).

Pero la noción de sistema como objeto de estudio no interesará, sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se pone de relieve el interés del trabajo interdisciplinar y la analogía entre el funcionamiento de sistemas biológicos y automáticos, hasta llegar a los años cincuenta, donde Ludwing von Bertalanffy propone la *Teoría General de Sistemas* (TGS).

Los principales conceptos de la TGS derivan del concepto Sistema, que se puede definir como el conjunto de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue algún tipo de objetivo (Arnold y Osorio, 1998).

Kenneth Boulding clasificó los sistemas en nueve niveles (Johansen, 1982), y corresponden a sistemas teóricos y constructos en jerarquías de complejidad (Boulding, 2007).

1° Estructuras estáticas. El nivel de armazón. Es la geografía y anatomía del universo -los electrones alrededor del núcleo, el patrón de los átomos en un arreglo determinado, la conformación de los átomos en un cristal, la anatomía del gen, la célula, la planta, el animal, el trazado del mapa tierra, el sistema solar, el universo astronómico.

2° Sistemas dinámicos simples, mecánico o de relojería. Es el que describe los sistemas simples, dentro de estos se pueden ubicar las máquinas, la estructura teórica de la física, química e incluso la economía.

3° Sistemas cibernéticos. Aquellos que usan la transmisión e interpretación de la información para mantener el sistema equilibrado con el ambiente. Es decir, comparan un estado actual con uno deseable y se ajustan constantemente para llegar a él.

4° Sistemas abiertos. Los sistemas poseen estructuras de automantenimiento y autoreproducción, como ejemplo podemos relacionar la célula. Es el nivel de lo vivo.

5° Nivel Genético-societal. Aquellos que poseen una diferenciación clara e interdependiente del trabajo y una distinción entre genotipo y fenotipo, en este nivel podemos ubicar como ejemplo a las plantas y constituye el mundo empírico del botánico.

6° Nivel Animal. Aquellos caracterizados por una mayor movilidad, conciencia de sí mismo, comportamiento enfocado al fines y alto consumo de información, a través de receptores especializados, que no solo dan una respuesta a estímulos dados, sino a una “imagen”, una estructura de conocimiento o de una visión del entorno como totalidad.

7° Ser humano. Incluye las características del nivel anterior, pero posee también autoconciencia, (reconocerse y cuestionarse el propio comportamiento). Es el nivel del lenguaje, los símbolos, la historia, las relaciones y el tiempo.

8° Organizaciones sociales. Conformadas por los humanos en sociedad como, por ejemplo, un hospital, y en general todas aquellas organizaciones que tienen un grupo de funciones ligadas a la comunicación. Es el nivel de los roles, la personalidad y la cultura.

9° Sistemas trascendentales. Relacionadas con las cuestiones últimas, los absolutos y los “incognoscibles”, los cuales muestran también estructura sistémica y relaciones.

LA TOTALIDAD

La TGS establece que un sistema es un conjunto en que sus componentes y atributos, sólo pueden comprenderse como funciones del sistema total, es decir, no es una agrupación azarosa de componentes, sino una organización interdependiente en que la conducta y expresión de cada uno influye y es influida por todos los otros (Demicheli, 1995).

La totalidad implica que las propiedades de un sistema sobrepasan la suma de las propiedades de sus constituyentes, es decir, hacen emerger cualidades que no poseen los elementos por separado. La naturaleza, por ejemplo, no es una simple suma de distintos componentes (flora, geografía y fauna). El agua este tiene propiedades fisicoquímicas diferentes de las del hidrógeno y del oxígeno separadamente.

Por ello, para poder comprender cualquier sistema, debe abordarse como tal, desde su totalidad, no tratar de reducirlo a sus partes para comprenderlo y /o explicarlo, pues se pierde la esencia de él como tal (Thomas, 1993).

JERARQUÍA

Con el tiempo los sistemas van adquiriendo un funcionamiento crecientemente diferenciado y especializado (jerárquico).

En lo biológico, los distintos órganos sensoriales y el desarrollo mismo del sistema nervioso, muestran notoriamente un progresivo evolucionar diferenciado y especializado; por ejemplo, motricidad y coordinación viso-motriz, así como la supremacía del sistema nervioso como organizador de los restantes sistemas (circulatorio, respiratorio, renal, etc).

En lo psicológico, el desarrollo de un individuo se manifiesta en la creciente complejización de sus diversas formas de comportamiento cognitivo, afectivo y social; por ejemplo, las emociones que en las primeras etapas de la vida se remiten a tres grandes formas escasamente moduladas (rabia, temor y alegría), adquieren sutiles expresiones intermedias a través de una creciente modulación socialmente condicionada (Demicheli, 1995).

RETROALIMENTACIÓN

La noción fue formulada por Norbert Wiener (1948) junto con los desarrollos iniciales de la Cibernética, y describe el proceso mediante el cual un sistema recoge información relativa a su propia actuación y la reingresa como parte de su operar, de modo de mantener o corregir su funcionamiento, con consideración de las condiciones del medio en que se desempeña. El tipo de insumo incorporado no es energético, sino informativo (Demicheli, 1995).

Cuando la información reingresada al sistema permite que éste reduzca la amplitud de la desviación de su operar (en relación a su medio), corrigiendo a partir de allí su posterior curso de acción, el proceso es denominado *retroalimentación negativa*. Un ejemplo es el cuerpo humano, el cual posee un sistema de regulación de la temperatura corporal que busca mantenerla en 36-37°. Del mismo modo, los hijos en una familia, pueden realizar conductas que contribuyen a aumentar la tensión intrafamiliar y el mal humor de uno o ambos padres; si dicho mal humor llega a manifestarse de manera inadecuada, los hijos tienden en el tiempo a regular su conducta dentro de ciertos márgenes que permitan evitar la expresión desagradable final (Demicheli, 1995).

La *retroalimentación positiva*, alude al fenómeno antagónico; es decir, la información reingresa al sistema, pero no opera reduciendo, sino aumentando la desviación con que el sistema está actuando en relación a su medio. Si este mecanismo es llevado a su extremo, puede conducir a la desaparición del sistema (Demicheli, 1995). Un ejemplo ocurre durante el parto. El feto normalmente ocupa casi todo el espacio en el útero y ejerce cierta presión sobre el cuello del útero. Esta presión es detectada por el cerebro quien envía información en forma de estímulos nerviosos para producir oxitocina. Esta hormona es transportada por la sangre y provoca las contracciones uterinas que permiten dar a luz a la madre.

En suma, la retroalimentación negativa tiene que ver con la mantención de la estabilidad de los sistemas, mientras que la retroalimentación positiva, se vincula con las formas de cambio en los sistemas (Lorenzon, 2020). Sin estos mecanismos, los sistemas podrían consumirse por la entropía.

HOMEOSTASIS

Homeostasis proviene del griego *hómoios* (ὅμοιος) que significa ‘igual’, ‘similar’, y *stásis* (στάσις) que significa “estado” o “estabilidad”.

Tiene su origen en la fisiología y fue desarrollado por W. Cannon en la década del 20. Fue incorporado luego al marco general de la TGS y ha constituido un aporte significativo para las explicaciones biológicas, psicológicas y sociales, basados en el enfoque sistémico.

Cannon (1939), refiere que es un mecanismo funcional y protector; no implica algo inmóvil, sino más bien alude a una condición que puede variar, pero que es relativamente constante. Los sistemas abiertos pueden ser caracterizados por la mantención de un estado estable que ha de entenderse referente a la preservación del sistema, por un lado, y a su modificación permanente, por otro.

La homeostasis puede entenderse como un equilibrio dinámico del sistema, cuasi-estacionario, constantemente cambiante, donde el sistema busca conservar su carácter del sistema como tal y para ellos tenderán a incorporar dentro de sus límites los recursos externos esenciales para su supervivencia (Thomas, 1993).

En su obra, *Más allá de la homeostasis*, Paul Dell reemplazará la idea de homeostasis por el concepto de “coherencia”, que se entenderá cómo la forma en que encajan las piezas de un sistema en un equilibrio interno a sí mismo y externo a su medio (Dell, citado en Hoffman, 1999).

ENTROPÍA Y NEGUENTROPIA

La entropía, del griego *ἐντροπία* (giro, vuelta, confusión), fue considerada durante mucho tiempo como la natural tendencia de los sistemas a caer en un estado de desorden o caos. Con los aportes de Ilya Prigogine, se empezó a proponer que los sistemas (especialmente los vivos) tendían hacia una mayor complejidad y hacia estados nuevos y diferentes (Hoffman, 1999). Para la teoría familiar es la idea de que los sistemas vivos tienen la capacidad de mutación en regímenes más complejamente organizados por medio de pequeñas fluctuaciones, habitualmente aleatorias o impredecibles.

Prigogine (citado en Hoffman, 1999) afirmaba que todas las formas vivas son vulnerables al cambio, especialmente cuando se apartan del equilibrio. En este punto, cualquier pequeña inestabilidad puede amplificarse, haciendo que el sistema vaya más allá de sus límites, y en forma casi mágica reaparezca en un estado totalmente distinto, no obstante, imposible decir cuál de las fluctuaciones del sistema la apartará de su estado anterior.

La entropía y neguentropía son las dos fuerzas fundamentales que marcan la tendencia evolutiva permanente de los sistemas (Paredes y Velasco, 2015).

A los aportes de la TGS se sumaron luego, los producidos por la cibernética y el constructivismo.

SISTEMAS CIBERNÉTICOS

Pocos años después del surgimiento de la TGS, emergen esfuerzos conjuntos de científicos de diversas disciplinas que desarrollan lo que sería denominado *Cibernética*. Norbert Wiener y Von Neumann en las matemáticas, y Gregory Bateson y Margaret Mead de las ciencias sociales.

La cibernética, según Wiener (1948) es la ciencia del control y de la comunicación en el animal y en la máquina y, a través de ella se profundizará la comprensión de los distintos sistemas en cuantos objetos de observación o sistemas observados. Un autor indica que “el ciberneticista tiene su campo de interés bien definido, a pesar de que sea gigante. El objeto de su estudio es todo el sistema artificialmente construido o resultante de la abstracción de la estructura física de un sistema natural,

el cual exponga la interacción entre sus partes, de manera que unas controlen las otras, independientemente del carácter físico de esas partes” (Pask, 1970, p. 35-36).

Posteriormente, la cibernética realizará una revisión de los fundamentos epistemológicos con los que observamos los sistemas y cuestionará nuestras bases cognoscitivas y concepción de la realidad, dando lugar al surgimiento de la “cibernética de la cibernética” o cibernética de segundo orden, donde el observador se considera parte de lo observado. La noción de sistema se amplía y complejiza, apareciendo con mayor fuerza la idea de interconexión y circularidad o causalidad circular de los fenómenos.

El foco de observación se dirige ahora hacia la interioridad del sistema. En ese punto de la historia de la cibernética, las figuras más destacadas son las de Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela, donde el sistema reingresa en el sistema, y donde la causalidad es reemplazada por la objetividad y la trivialización, donde los sistemas son autorreferentes y autorreferenciales. Desde esta nueva mirada, los observan sistemas se auto-observan como sistemas.

Niklas Luhmann (1998), finaliza epistemológica –y sociológicamente este modelo en Sistemas Sociales, señalando a la sociedad como un sistema autorreferente, que se autoproduce al alero de la comunicación, la cual a su vez se reproduce de manera autopoietica, destacando la autoobservación y la autodescripción de los sistemas.

La TGS ha influido en infinidad de campos y áreas del saber y quehacer humano, desde ciencias más exactas como la física, biología, matemáticas, pasando por la política, comunicación, administración de empresas, hasta ciencias sociales como la psicología, medicina, trabajo social, sociología, economía, entre otras (Lilienfeld, 1991) y que en la actualidad, incluye a las llamadas, ciencias de la complejidad; disciplinas que se congregan en torno a la tecnología, la informática, y donde estudian fenómenos como el caos y los fractales.

Para el caso de la psicoterapia sistémica la TGS y la cibernética tendrán sus frutos en los trabajos iniciales con familias (Jackson, Watzlawick, Bateson) en los años 50 y 60, pasando por todas las escuelas sistémicas (estratégicas, estructurales, de Milán, etc.) hasta llegar a los actuales modelos terapéuticos narrativos de White y Epston de los años 90 y principios del siglo XXI.

EL TAI CHI CHUAN

Tai Chi significa “Gran Término” o “Suprema Cumbre”, y *Chuan* significa “puño” y se traduciría como “Puño del Gran Término” o “Puño de la Suprema Cumbre”. Es una disciplina oriental con fundamentos filosóficos y terapéuticos relacionados con el taoísmo y la medicina tradicional china.

Muchas leyendas explican el nacimiento del *Tai Chi Chuan*. La más famosa cuenta como al final del siglo XIV y principios del XV gracias a Zhang San Feng, un monje taoísta errante que fue discípulo de un templo *Shaolin*, quiso encontrar un arte marcial que sirviera para mantener la salud en medio de las precarias condiciones en que vivían los taoístas ascetas, debido a los ayunos y la meditación estática, y que también sirviera para defenderse de ataques de animales salvajes. En su búsqueda observó que la longevidad de las tortugas y las garzas se vinculaba con sus movimientos y la manera de relacionarse con su entorno (Verdugo, 2007).

Los movimientos marciales del *Tai Chi Chuan* habrían surgido, después, de un hecho que llamó su atención y fue la observación de la pelea entre una grulla y una serpiente en la que la serpiente venció. Los movimientos de la serpiente eran relajados, fluidos y sus ademanes evasivos eran rápidos contraataques muy efectivos (Wile, 2008). Zhang San Feng descubrió en esta lucha la perfecta escenificación del choque entre principio Yin y el principio Yan (Verdugo, 2007).

El *Tai Chi Chuan* puede considerarse mucho más que un arte marcial interno de autodefensa cuyos principios de encuentran en perfecta armonía con las leyes de la naturaleza. También puede practicarse como una actividad física suave, indicada para mejorar la salud de nuestro cuerpo porque estimula y potencia la energía vital del mismo (Canneti, 2008 pp. 41- 68). También, puede ser en-

tendido como una forma de meditación “dinámica” porque se realiza con movimientos lentos (Tao Tien, 2004, p. 31).

Como arte marcial, su propósito es obtener la eficacia en el combate sin utilizar la violencia, sino la fuerza del adversario en su contra. Como actividad física, su fin es obtener vitalidad, longevidad y salud psicofísica. Y como técnica de meditación, su finalidad es llegar a la unificación del hombre con el cielo, es decir, de unir la energía interna con la cósmica, unir el espíritu humano con el divino (Dsu Yao y Fassi, 2008, pp. 5- 6). Esta energía interna, llamada *Chi* (Qi), que nos envuelve es algo sutil y poderoso que circula continuamente en el propio yo mental-físico (Huang, 2000). De acuerdo a la medicina china, sería una energía primordial que fluye continuamente por el cuerpo, y cuando ocurre la interrupción de su libre flujo, surgirían los distintos trastornos físicos y psicológicos (Skopalik y Marmori, 1993).

Con la práctica del *Tai Chi* se cultiva nuestra naturaleza y la vida interior. Los movimientos siguen un ritmo armónico e ininterrumpido, donde se une suavidad y flexibilidad, firmeza y fuerza (Bistuer, y Grau, s.f. en Vásquez, Galvis, y Chaves, 2018). Estas cualidades ayudan a redireccionar la energía, por ejemplo, de un ataque o un pensamiento.

En cuanto meditación en movimiento, el *Tai Chi Chuan* genera un estado de consciencia contemplativo (López, 2016), así puede entenderse como una práctica diseñada para conseguir mayores niveles de relajación, serenidad mental o bienestar psicológico (Ireland, 2012, Ospina et al., 2007), pues reúne a la persona con la fuente de la vida, con la energía de la fuerza universal de la tierra y el cielo. En suma, su práctica continua, puede afectar profundamente a la persona entera, abriéndole su total potencial de ser (Mathes, 2002).

Entre los efectos mentales está la relajación de las tensiones de la mente y el cuerpo. La calma influye en el sistema nervioso y la actividad glandular, reduciendo la presión sanguínea y serenando la respiración, flexibilizando ligamentos y favoreciendo funciones mentales como la atención, la concentración, la memoria, el sueño (Mathes, 2002). La práctica ayudaría a restablecer la normalidad de distintas zonas y conexiones cerebrales afectadas por estrés postraumático (Mathes, 2002), ansiedad y depresión, entre otras alteraciones (Benner, 2013).

El *Tai Chi Chuan* se practica por medio de “Formas” (Taolu). Estas “” engloban el trabajo de meridianos y postura y consiste en la ejecución de una serie de movimientos encadenados, como una especie de coreografía en base al modo de uso de la energía interna (Romaratezabala, 2010). Con las “formas” se busca reclamar la presencia del cuerpo como un todo, dejando de lado la dualidad de cuerpo-mente occidental (Romaratezabala, 2010). Los movimientos en *Tai Chi Chuan* son lentos para tener tiempo para tomar conciencia de todos los sutiles detalles de los propios movimientos y de la relación con lo que nos rodea (Huang, 2000).

La Forma más popular se conoce como “Forma 24 o Forma Pekín” y corresponde a una Forma del estilo Yang simplificada y desarrollada por el gobierno chino en el año 1956 con el fin de extenderla para la población y la competición. Cada movimiento de la forma corresponde a movimientos de animales (mono, caballo, serpiente, tigre, grulla, etc.) y posturas o acciones marciales (Nepote, 2014).

Hemos intentado resumir aspectos principales del Taoísmo, el enfoque sistémico y el *Tai Chi Chuan*; tres mundos y tres miradas. A continuación, algunas reflexiones y paralelismos.

CONECTANDO MIRADA TAOÍSTA Y SISTÉMICA

TAO - SISTEMA

Tanto el Taoísmo filosófico y el enfoque sistémico son una concepción unitaria de toda la realidad. Ambas conciben el universo como unidad e interrelación mutua existente entre todas las cosas y sucesos, donde la experiencia de todos los fenómenos que tienen lugar en el mundo son manifestaciones recursivas de una unidad básica. Como indica un autor, para ambas visiones, las cosas son consideradas como partes inseparables de este conjunto cósmico; como diferentes manifestaciones

de la misma realidad última y de la que todas las cosas forman parte (Capra, 2000), así en el taoísmo es el Tao y en el enfoque sistémico; Sistema.

CHI - RELACIÓN

En el Taoísmo, el *Chi* (Qi) se ha hecho equivalente a energía vital o fuerza de vida, concibiéndola como la energía que une a todas las cosas, a todos los seres vivos incluyendo minerales, vegetales, animales, al ser humano, al cosmos entero, siendo un elemento más que místico, algo real e inherente a todas las cosas (Gómez, 2006). En cualquier parte que haya vida o movimiento en el universo, desde los animales inferiores a los más grandes sistemas solares, está presente la energía Chi. Sin ella, todo sería sólo materia inerte.

Este principio de la vida es origen de toda fuerza mental, química y física. De esta forma, mente y materia, no son sustancias separadas, sino aspectos diferentes de un movimiento único y continuo: donde podemos contemplar todos los aspectos de la existencia como relacionados unos con otros. Así, los seres del universo solo pueden ser designados en relación a otros, es decir, en interconexión energética (Gómez, 2006). Somos procesos energéticos y no simplemente entidades separadas.

En la mirada sistémica, todos los elementos que conforman un sistema, lo son en la medida de encontrarse en relación o interconexión. Cuando un elemento modifica su posición en el sistema, con su presencia o ausencia, de igual forma puede mantenerse en relación, pensemos en el caso de las pérdidas de seres queridos en una familia, donde a pesar de ya no ver a la persona, se mantiene el vínculo con ella. Sin la noción de relación, los sistemas serían solo conglomerados de “cosas”, como piedras amontonadas. En la definición de sistemas, se hace énfasis en la interrelación de los elementos que lo componen. Por esto, desde una visión sistémica (ecológica), todo el planeta se encuentra unido e interconectado en todas sus dimensiones. Morin (1977) señala que

la vida es un sistema de sistemas de sistemas, no sólo porque el organismo es un sistema de órganos que son sistema de moléculas que son sistemas de átomos, sino también porque el ser vivo es un sistema individual que participa de un sistema de reproducción, tanto uno como otro participan en un ecosistema que hace parte de la biosfera (p. 99).

YIN Y YANG – ENTROPIA Y NEGUENTROPIA

En el Tao Te Ching (1999) se lee:

Porque el ser y la nada se engendran
Lo fácil y lo difícil se complementan
Lo largo y lo corto se forman el uno al otro (...)
La voz y el sonido se armonizan
El antes y el después se siguen.

Yin y Yang hacen referencia a principios, energías o fuerzas inversas que conforman el universo, que caracterizan la vida con aspectos que se oponen y crean una realidad diversa, pero enlazada entre sí. Ninguno es definitivo, sino que ambos principios se suceden y se alternan como dominantes y donde su extremo se transforma en el otro (Palacios, 2005).

En el mundo sistémico, estas fuerzas podrían homologarse a la entropía y neguentropía, tendencias básicas de toda organización que mueven los elementos de un sistema hacia un dinamismo permanente, hacia el impredecible cambio. Un sistema posee movimientos hacia el crecimiento (neguentropía) y hacia la desorganización (entropía), no obstante el movimiento de ambas tendencias configura un ciclo complementario, donde uno permite la presencia de otro.

En todo sistema que busca prevalecer como tal, encontraremos movimientos hacia la disolución, el caos, el desorden lo que, a su vez, activarán las fuerzas neguentrópicas.

En una familia, las tensiones y discusiones que se producen con padres que no aceptan las decisiones de hijos adolescentes respecto a las actividades sociales que eligen, podrían hacer aumentar las tendencias entrópicas del sistema; las cuales podrían verse complementadas con el ingreso de elementos neguentrónicos que podrían venir de parte de búsquedas de los padres de espacios para dialogar con calma con sus hijos, o la incorporación de algún tercero que medie los conflictos o la reflexión de los mismos padres al respecto que facilite un cambio entre ambos subsistemas.

QUIETUD/MOVIMIENTO – HOMEOSTASIS/EVOLUCIÓN

Se puede leer en el Tao Te Ching (1999):

El movimiento aleja al frío.
La quietud aleja al calor.
Sólo a través de la pureza y la quietud
puede ser gobernado el mundo.

La ley del movimiento se trataría de uno de los pilares de la tradición taoísta, y se aplica a los dos movimientos cuya alternancia caracteriza la vida biológica y natural; Yin (contracción), sigue a Yang (expansión), y el *continuum* de la vida está constituido por esta discontinuidad rítmica, por ejemplo, en la sístole y diástole del corazón.

En el taoísmo una persona virtuosa no es la que emprende la imposible tarea de luchar por el bien y eliminar el mal, sino más bien la que es capaz de mantener un equilibrio dinámico entre lo bueno y lo malo. Esta idea del equilibrio dinámico es esencial para la forma en que se experimenta la unidad de los opuestos. Nunca es una identidad estática, sino siempre una interacción dinámica entre los dos extremos, los polos arquetípicos *ying* y *yang* (Capra, 2000).

En la práctica del *Tai Chi Chuan* (Zhongwen, 2008), los movimientos durante la Forma se rigen por los mismos principios; cuando se da un paso y otro, se está transfiriendo el peso del cuerpo de un lado a otro. El movimiento de cada pie se dice que es sustancial, cuando soporta el peso real, y vacío, cuando está estirada, reservando la energía. Al caminar se va transfiriendo la energía (Qi) retenida en la intención de los cambios de expansión y contracción.

Para el enfoque sistémico, cada sistema se encuentra en permanente estado de cambio y movimiento, por tanto, puede definirse como una organización que busca un equilibrio dinámico, como manera de adaptarse a su entorno. Los sistemas y sus componentes despliegan un permanente movimiento hacia el cambio y hacia la estabilidad, y para mantenerse estables o idénticos, requieren de cambios. Esta dinámica se realiza a través de los mecanismos de retroalimentación evolutiva de los sistemas, generando así una historia de interacciones entre los organismos y su entorno.

Don Jackson (1977) se interesó en el concepto de homeostasis y la aplicó a las familias, concibiéndolas como un sistema homeostático, en equilibrio interno por medio de mecanismos de retroalimentación positiva y negativa. Un ejemplo sería la situación de una mamá que enferma y una hija mayor tiene que esforzarse para cuidar de sus hermanos, esa hija podría aportar mayores elementos a su desarrollo personal que afectarán y enriquecerán la vida familiar. Otro ejemplo, ocurre cuando ambos padres suelen discutir hasta que un hijo pequeño comienza a llorar, es decir, cuando un sistema ve amenazada su estabilidad, aparecen mecanismos homeostáticos (conductas de otros miembros) que ayudan a mantener equilibrado el sistema.

Ahora bien, desde la perspectiva de Bateson y Dell, los sistemas se mantienen a sí mismos cuando se enfrentan a condiciones que los desequilibran (neguentropía). La escuela de Milán asumió esta visión evolutiva y puso atención a generar pequeñas perturbaciones (la prescripción invariable), la cual podía hacer que un sistema familiar se apartara de su equilibrio homeostático y tuviera que desplegar sus capacidades autoorganizadoras para evolucionar a otro nivel de solución que no requiriera del síntoma (Selvini Palazzoli *et al.*, 1990).

Ambas concepciones comparten este vocablo. La circularidad es un concepto central del enfoque sistémico y procura describir a todo sistema. La terapia sistémica ha construido su epistemología, teorías, modelos y técnicas usando esta idea desde donde surgen nociones como causalidad circular, interrogatorio circular, comunicación redundante, ciclo de la violencia, circuito¹ problema, entre otros).

Desde la cibernética de segundo orden, la circularidad de las relaciones no remite a los códigos morales, heteronormativas, pues “uno se considera un actor participante en el drama de la mutua interacción, del dar y recibir en la circularidad de las relaciones humanas” (von Foerster, 1990).

En el taoísmo el círculo es la representación del Tao, la unidad del Todo. Los principios del Yin y Yang se describen como fuerzas que convergen en el movimiento del círculo, siendo su simbolismo precisamente un círculo dividido en dos gotas blanca y negra, cuya interacción da origen al mundo manifiesto. Asimismo, en la práctica del *Tai Chi Chuan*, muchos movimientos tienden a replicar la circularidad donde, por ejemplo, el lugar de inicio o apertura del primer movimiento, es posteriormente, el lugar del último movimiento de cierre. De igual forma, el concepto “*Jin*” en *Tai Chi Chuan*, hace referencia a que los movimientos de energía se han de realizar como “corrientes que circulan bajo tierra o agua que circula” (Zhongwen, 2008).

En el Tao Te Ching se lee:

El movimiento del Tao es el retorno.

WU WEI - CAMBIO

En el Tao Te Ching se puede leer:

“Economizar las palabras es lo natural” (...)
“En esto se conocen las ventajas de la no-acción.
Enseñar sin palabras y trabajar sin movimiento” (...).

Wu wei es la invitación a no realizar más de las acciones necesarias para mantenerse en el Tao. Implica hacer las cosas sin sobreesfuerzos, de una manera sencilla y natural, sin buscar el apremio o forzar las situaciones, dado que dicho esfuerzo solo será una pérdida de nuestro tiempo y energía. Este estado nos enseña a aprender a confiar en el curso de la vida, a vivir más tranquilos, sin violencia, en armonía, sin prejuicios e ideas preconcebidas, aprovechando las circunstancias sabiendo que, en todo episodio negativo de nuestra vida, vendrá uno positivo (Borel, 1992). Nos enseña a aceptar que las cosas se den de modo natural, en un *fluir* constante que se caracteriza por una gran facilidad y con conciencia, en el cual, sin apenas esfuerzo, podemos responder perfectamente a cualquier situación que surja.

En psicoterapia sistémica se asume que “cambiar es inevitable”, por eso el inicio de todo gran cambio en un sistema se origina desde un pequeño cambio. Así leemos, por ejemplo, en la Escuela Interaccional de Palo Alto, indicaciones terapéuticas orientadas a un cambio mínimo (Watzlawick, *et al.*, 1992). Esto implicará, no exigir más de lo que el sistema esté en condiciones de modificar, según su determinismo estructural (Maturana y Mpodozis, 1990).

NATURALEZA - PERSONA

Para la perspectiva sistémica, la naturaleza en sí misma es un sistema del cual todos los seres humanos somos parte. Edgar Morin (1977), afirma que el fenómeno que llamamos naturaleza no es más que esta extraordinaria solidaridad de sistemas encajonados edificándose los unos sobre los

¹ La palabra “circuito”, proviene del latín *circuitus*, que derivaría de *circuire* “ir alrededor describiendo un círculo”.

otros, por los otros, con los otros y contra los otros. La naturaleza son los sistemas de sistemas. Para Bateson (2015), la naturaleza y la mente son entidades “espirituales”, por cuanto ambas poseen las cualidades propias de un sistema o agregados complejos de componentes interactuantes, y no se encuentran separadas, sino en relación. Este “estar en relación” con la naturaleza permite pensarnos como parte de ella y no, sobre o bajo ella.

El Taoísmo surgió de la observación de la actividad agrícola, los ciclos de la luna, el sol, de los elementos (tierra, el agua, el fuego, la madera y el metal) y el mismo ser humano. Por tanto, existe una unidad indisoluble entre hombre y naturaleza. El ser humano es parte de la unidad del cosmos: él mismo es naturaleza (Gómez, 2006).

Actualmente científicos estudian los cerebros de monjes taoístas orando y meditando profundamente. En esos estados aumenta la actividad en las áreas frontales y en el sistema límbico (asociados a la concentración y las emociones, respectivamente), mientras que los lóbulos parietales izquierdos (región de asociación de la orientación) que se encarga de trazar la frontera entre el yo físico y el resto de la existencia, mostró que en los momentos más intensos de oración y meditación, el flujo se reducía drásticamente, disminuyendo el sentido del yo y aumentando la sensación de unión con la totalidad, es decir, la persona experimentaba una conciencia ilimitada que se fundía con el espacio infinito (Newberg, 2002). En la tradición taoísta, dicha conciencia ilimitada fluye por el universo infinito como energía (Gómez, 2006).

VALORES - ÉTICA

El taoísta y el terapeuta sistémico expresan valores análogos que se nutren del autoconocimiento y la cibernética de segundo orden, respectivamente.

Para el taoísta todos los seres vivos son merecedores de nuestra compasión en su ser y la ha de reverenciar toda vida solo por ser vida. Esta virtud pone al taoísta, ni por debajo ni por encima de ningún ser vivo en la convicción de que todos somos los mismo (animales, plantas y seres humanos). Las diferencias mentales y sociales entre las personas (riqueza, belleza, color de piel), no son motivo para no sentir compasión. Un taoísta busca la bondad en sus acciones con quienes le rodean.

El terapeuta sistémico ha de establecer una relación respetuosa con los pacientes o sistemas consultantes. Como señala Maturana (2001), ha de generar relaciones que se fundan en la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia, donde tal aceptación es lo que constituye esa conducta de respeto. El terapeuta sistémico ha de respetar las formas de vida de cada sistema (individuo, pareja, sistema, grupo), sus valores, su lenguaje, su cultura, su historia. Por ello, en el caso de tratar a una familia, con la singularidad de cada una y su universo de soluciones posibles, no se buscará imponer nuestras propias ideas de cómo debe ser una familia, ya que las familias pueden pensar soluciones mucho más asombrosas que nosotros (Hoffman, 1994).

CONCLUSIONES

El presente trabajo intentó ser un ejercicio intelectual interesado en tender un nexo entre la concepción taoísta y el enfoque sistémico, a partir de las reflexiones surgidas en la práctica del *Tai Chi Chuan* durante la pandemia Covid-19.

Los aspectos revisados consideraron las innumerables diferencias culturales y teóricas de ambas miradas, sin embargo, se buscó soslayar estas distinciones con la intención de aportar a la discusión e integración de enfoques que podrían complementar una mirada sobre los fenómenos.

Se describieron algunos paralelos conceptuales respecto de ambas miradas, desde las más globales como la idea a de Tao, pasando por conceptos denominados de igual forma (circularidad), hasta llegar a observar características personales o valores de las personas taoístas y los terapeutas sistémicos. Sin duda que podría haberse profundizado en otros aspectos de la teoría sistémica y la mirada taoísta, como podría ser todo el aspecto terapéutico o lo relacionado con lo psicológico, que en el caso del taoísmo se concentró en la disciplina del *Tai Chi Chuan*.

Ahora bien, evidentemente no pueden considerarse miradas idénticas, pero las similitudes y conexiones mencionadas no dejan de sorprender al ser escritas, lo que permite pensar que Oriente (Taoísmo) y Occidente (Sistémico) podrán ser distantes, pero no tan distintos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, W. y Galindo, L. (2011). Evolución de la visión sistémica en el pensamiento urbano del siglo XX. La integración de las disciplinas hacia la ciudad sustentable. *Documento de investigación de Ekística 2*.
- Arnold, M y Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta moebio 3*, 40-49. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm
- Bateson, G. (2015). *Espíritu y naturaleza*. (3era reimpresión). Argentina: Amorrortu Editores.
- Benner, H. (2013). *Tai Chi. El equilibrio de la energía controlada*. Editorial Gram. Nexo Editores.
- Borel, H. (1992). *Wu Wei*. Barcelona: Ed. Obelisco.
- Boulding, K. (2007). La teoría general de sistemas: La estructura interna de la ciencia. *Revista Politécnica*, 4(mayo- julio), 103-115.
- Canneti, R. (2008). *Energía vital en el hombre: Yoga, Tai-Chi, Chi-Kung, Meditación*. Madrid: Entre líneas Editores. [Versión electrónica]. Recuperado de <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cif4EogvgSEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=tai+chi+energia+vital&ots=gth5yigyW4&sig=LuWkN3qHVPzzaOJt6Gh54uVSme4#v=onepage&q=tai%20chi%20energia%20vital&f=false>
- Capra, F. (2000). *El Tao de la Física*. (3era ed.). Málaga, España: Editorial Sirio, S.A.
- Demicheli, G. (1995). *Comunicación en Terapia Familiar Sistémica. Bosquejo de una epistemología cibernética*. Chile: Universidad de Valparaíso-Editorial.
- Díaz, M. (2003). *Pensar en Chino: Compilación de Cuadernos de Medicina Tradicional China*. Bogotá, Colombia: Editorial Mastellari.
- Dsu, C. y Fassi, R. (2008). *El gran libro del Tai Chi Chuan*. México: Ed. De Vecchi.
- Ferrero, O. (1988). *El Tao Te Ching de Lao Tzu. Los Textos Sagrados del Oriente*. (2da ed.) Lima, Perú: Ed. Ignacio Prado Pastor.
- Gómez, J. (2006). Interconexión Hombre-Mente-Naturaleza desde el Taoísmo Una Mirada desde el Yin-Yang. *Revista Hallazgos*, 3(5), 72-86.
- Harré, R. (2002). *1000 años de filosofía*. Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- Hoffman, L. (1994). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Huang, A. (2000). *Abrazar al tigre, volver a la montaña: La esencia del Tai Chi*. Argentina: Cuatro Vientos Editorial. Décima Edición.
- Ireland, M. (2012). Meditation and Psychological health and functioning: a descriptive and critical review. *Scientific Review of Mental Health Practice*, 9(1), 4-19.
- Jackson, D. (1977). El problema de la homeostasis en la familia. En D. Jackson (compilador). *Comunicación, familia y matrimonio (pp 15-28)*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión
- Johansen, O. (1993). Introducción a la Teoría General de Sistemas. México: Editorial Limusa, S.A. Grupo Noriega Editores.
- Lilienfeld, R. (1991). *Teoría de sistemas. Orígenes y aplicaciones en ciencias sociales*. México: Editorial Trillas.
- López, E. (2016). *Estados de Consciencia durante la Práctica Meditativa: Un Estudio Neurofenomenológico*. Madrid: Mayo.
- López, G. (13 de junio de 2013). *Taoísmo y naturaleza. Entrevista para Programa Televisión España. UNED Documentos*. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=tHM_Vx5BBA

- Lorenzon, E. (2020). *Sistemas y organizaciones*. (1era ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Mathes, P. (2002). *Taruma: Sanación y transformación. Despertando un nuevo corazón con prácticas de cuerpo-mente-espíritu*. California, Estados Unidos: Capacitar International Inc.
- Maturana, H. y Mpodozis, J. (1990). *Origen de las especies por medio de la deriva natural*. Santiago: Laboratorio de Epistemología Experimental y Biología del Conocer, Facultad de Ciencias de Universidad de Chile.
- Maturana, H. (2001). *Emociones y lenguaje en educación y política. Segunda parte: lenguaje, emociones y ética en el quehacer político*. (10ma ed.). España: Ed. Dolmen Ensayo.
- Morin, E. (1977). *El método. III. El conocimiento del conocimiento*. Madrid: Trad. Ed. Cátedra (Versión 1988).
- Nepote, A. (2014). *Introducción a los manuales del Taichichuan y el Chikung Qigong*. Fundación Centro del Tao.
- Novotny, H. (2013). *La entrada a lo Profundo en Lao Tse. Centro de Estudios del Parque de Estudio y Reflexión Carcarañá*. Recuperado de: <http://parquecarcarana.org/wp-content/uploads/2013/12/La-Entrada-en-Lao-Tse.pdf>
- Newberg, A. (2002). *En busca de lo divino. ¿Por qué creemos en Dios?* Nueva York: Selecciones del Readers Digest.
- Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Klassen, T. P. (2007). Meditation practices for health: state of the research. *Evidence Report/Technology Assessment, 155*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Palacios, J. (2005). Perspectivas sobre la filosofía taoísta. *Revista de Filosofía, 61*, 127-144.
- Paredes, E. y Velasco M. (2015). *Teoría General de Sistemas*. Pamplona, España: Universidad de Pamplona. Facultad de Educación a Distancia. Recuperado de http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portalIG/home_109/recursos/octubre2014/administraciondeempresas/semestre1/11092015/teoriagralsistemas.pdf
- Pask, G. (1970). *Una Introducción a la Cibernética*. Coimbra: Arménio Amado Editor.
- Preciado, I. (5 de junio 2013). *Taoísmo Filosófico. Entrevista para Programa Televisión España. UNED Documentos*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=E1ImOcNzLg8>
- Romaratezabala, E. (2010). La deportificación del Tai Chi Chuan. *Revista Científica Digital Acción Motriz, 5* (julio-diciembre).
- Sáenz, F. (2009). Complejidad y tecnologías de la información. *Cuadernos de Tecnología y sociedad, 3*.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini M., Sorrentino A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1988).
- Simon, H.A. (1969). *The Sciences of the Artificial*. Cambridge Ma: MIT Press
- Skopalik, C. y Marmorì, F. (1993). *Curso de Medicina Tradicional China. Tomo I*. Fundación Europea de Medicina Tradicional China. Recuperado de <http://www.taotien.es/wp-content/uploads/2009/08/tao-tien-11difusion.pdf>
- Tien, T. (diciembre, 2004). *Boletín No.11*. Asociación de Tai Chi Chuan Estilo Yang. Sevilla.
- Thomas, J. (1993). La teoría general de sistemas. Cuadernos de Geografía: *Revista Colombiana De Geografía, 4*(1-2), 111-137. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rcg/article/view/70711>
- Tse, L. (1993). *Tao Te Ching. Traducido e introducido por Robert Henricks*. New York: Biblioteca Moderna.
- Tse, L. (1999). *Tao Te Ching. Traducción de Susana Cano Méndez*. México: Editorial Alba. Cuarta reimpression.
- Tse, L. (2004). *Dào De Jing. Texto del Camino y su Virtud*. Traducción y notas de Alberto del Río Núñez.

- Tse, L. (2008). *Tao Te Ching. Traducido y comentado por Wang Keping*. Foreign Language. Beijing: Press.
- Vásquez, A., Galvis, G. y Chaves, V. (2018). Capítulo 99. Tai Chi Chuan y el movimiento corporal: Una experiencia compartida. En M.C. Pérez, J. Gázquez, M. Moreno, A.B. Barragán, A. Martos y M. Simón, *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. Volumen IV*. España: ASUNIVEP.
- Verdugo, E. (2007). *Tai Chi. El arte marcial de los monjes taoístas*. Chile: Contrapunto.
- Von Foerster, H. (1990). Ethics and Second Order Cybernetics. *International Conference: Systèmes & thérapie familiale*. París.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Buenos Aires, Editorial Herder. (no está citado en el texto)
- Watzlawick, P. et al. (1992). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Editorial Herder.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: or, Control and Communication in the Animal and the Machine*. Cambridge, USA: MIT.
- Wile, D. (2008). Taijiquan y Taoísmo: De Religión a Arte Marcial, de Arte Marcial a Religión. *Revista de Artes Marciales Asiáticas*, 3(1), 8-45.
- Zhongwen, F. (2008). *Tai Chi Chuan. Manual del estilo Yang*. España: Ediciones Tutor S.A.

Re-pensar modelos de intervención en crisis en atención al desastre. Integración de intervenciones para la psicosis en crisis masivas desde un modelo de psiquiatría psicodinámica

Re-thinking crisis intervention models at disaster attention. Integration of psychosis' interventions at massive crisis from a psychodynamic psychiatry model

José Rubén Palafox Cabral^{ab}

^aInstituto Mexicano de Psicooncología

^bCentro de Estudio de Neurociencias y Psicología del Estado de Chiapas

Historia editorial

Recibido: 14-01-2021

Primera revisión: 19-03-2021

Aceptado: 24-03-2022

Palabras clave

crisis. intervención en crisis.
psicosis. atención comunitaria.
psiquiatría psicodinámica.

Resumen

En el presente artículo se abordará la calidad de atención en las intervenciones psicológicas en los desastres, esto, con especial atención a la inclusión de crisis psicóticas en la intervención. Para ello, se tomarán en cuenta modelos hospitalarios para su replicación en la zona de desastre y modelos de intervención temprana en la psicosis. Asimismo, se intentará ampliar la explicación de la teoría de la crisis, desde una teoría de la crisis conforme al desarrollo y la oportunidad (Slaikou, 1984) hasta una teoría integral de la crisis en la psiquiatría psicodinámica (Lewis, 2008; Huerta et al, 2010; TARRIER y Taylor, 2014; Fernández y Carbballal, 2017). Bajo las condiciones ya mencionadas, se propondrán modelos de prevención y seguimiento incluyendo pacientes psicóticos, estructurando un replanteamiento de la teoría del trauma fuera de la condición de funcionalidad. Finalmente, se señalarán las vetas para futuros trabajos.

Abstract

This article will address the quality of care in psychological interventions in disasters, this, with special attention to the inclusion of psychotic crises in the intervention. To do this, hospital models will be taken into account for their replication in the disaster area and early intervention models in psychosis. Likewise, an attempt will be made to expand the explanation of crisis theory, from a theory of crisis according to development and opportunity (Slaikou, 1984) to a comprehensive theory of crisis in psychodynamic psychiatry (Lewis, 2008; Huerta et al., 2010; TARRIER y Taylor, 2014; Fernández y Carbballal, 2017). Under the conditions already mentioned, prevention and follow-up models including psychotic patients will be proposed, structuring a rethinking of the theory of trauma outside the functional condition. Finally, the veins will be indicated for future works.

Keywords

crisis. crisis intervention.
psychosis. community care.
psychodynamic psychiatry.

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y MODELOS DEL DESARROLLO

La intervención en crisis como modelo de intervención psicosocial tiene su fundamento en una teoría del desarrollo que supone el devenir del paciente en etapas específicas que corresponden a un interaccionar con el ambiente en torno a un ciclo de expectativas y regulaciones. Cuando las condiciones de expectativa se ven interrumpidas por un agente suficientemente disruptivo, sea por condiciones de la regulación o no, se presenta una crisis. Entendemos por ello que la condición de crisis vital supone una relación directa con elementos teleológicos específicos y supone, a su vez, una expectativa de suyo en torno a la regulación que soporta la condición vital. No es hasta que ponemos la mirada en la regulación en sí misma que entrevemos la disruptiva como un elemento normativo en la incorporación de las nuevas regulaciones que supondría dicha disrupción. ¿Es acaso necesario que la condición disruptiva se asimile, o bien se erradique de la caracterización normativa que las regulaciones y expectativas suponen? Parecería, al menos desde la fundamentación teórica del desarrollo, que es completamente necesario, inclusive algo deseable. Sin embargo, pensamos la condición de desarrollo como una fuente de continuidad normativa, más que una situación discontinua en la disrupción. Aún así, hablamos de crisis vitales.

Propuestas de intervención en el desarrollo, que sostiene la teoría de la crisis, señalan la facultad de integración en medida de la organización o desorganización de la conducta del paciente, lo que supone la vulneración o reducción de las defensas psíquicas del mismo. Bajo este esquema la relación de la expectativa y la regulación condiciona la comprensión de la crisis a su paso por la adecuación de la disrupción. Este modelo supondría una crisis como una condición contingente pero constante en la vida, a lo que su tránsito correspondería una relación mejoría-empeoramiento que supone necesaria la teleología en la expectativa y la regulación.

Señala Slaikeu (1984) que las condiciones de la crisis no tienen que ver con un esquema temporal específico, sin embargo, clasifica como agudos y crónicos, sea cual sea el caso según su duración, los tiempos de adecuación a la disrupción. Esta clasificación supondrá la intervención como un modelo de atención temprana, pero supondría, también, que la intervención es un elemento readaptativo (según la condición de vulneración o reducción de las defensas psíquicas) más que una condición preventiva. Si bien la propia intervención supone un tipo de prevención en la agudización de los síntomas ante eventos posteriores, no podríamos llamar a esta preventiva en sí misma por el corte de readaptación que supone la propia teoría de la crisis.

Cabe resaltar que intervenciones psicosociales fuera del ámbito psicoterapéutico en torno a los desastres¹, como los primeros auxilios psicológicos (PAP), no han demostrado ninguna eficacia para resolver o prevenir psicopatologías derivadas de la disrupción vital (Cortés y Figueroa, 2011), por lo que habría que explorar una nueva comprensión en los modelos de intervención para que su amplitud sea efectiva. Ahora bien, si el modelo de la teoría de crisis parece insuficiente para una intervención a gran escala como supondría un desastre no habría que demeritar su uso dentro de programas de respuesta, puesto que el objetivo fundamental de los PAP será recuperar la funcionalidad frente a la crisis, lo que implica también que el trabajo conjunto con cuerpos médicos sea más accesible y eficaz (SSA, 2002). Si bien la intervención posterior es también un objetivo dentro de la intervención en crisis difícilmente habrá continuidad terapéutica tras la operación frente al desastre, ya sea por falta de recursos, humanos o materiales, ya sea por falta de

1 Entendemos por desastre toda aquella situación disruptiva de forma masiva en la cual condiciones azarosas o eventos fortuitos trasgrede la cotidianidad de una comunidad o grupo social. p.e.: inundaciones, explosiones, terremotos, ataques terroristas, etc.

tiempo durante la intervención de los grupos de respuesta, a saber, habrá que derivar a recursos hospitalarios dentro de la zona de desastre.

Las condiciones de la intervención en crisis no suponen, además, un tipo específico de atención a los afectados en el desastre, sino que instrumentalizan su regreso a funciones según consideraciones de intervención no terapéutica que no contemplan dentro de sí episodios graves como condición de intervención psicosocial, entendidos estos desde una comprensión de ausencia o prevalencia del principio de realidad, siendo estos agudos o crónicos, puesto que el papel de dicha intervención (de primer orden) se limita al restablecimiento de la funcionalidad. Es decir, que si bien dentro del *triage* psicológico las condiciones psiquiátricas como factores de riesgo y los síntomas psicóticos frente al evento disruptivo se consideran de alta prioridad (Ruiz, 2015), las intervenciones terapéuticas posteriores al desastre (de segundo orden) son las más adecuadas ante estas condiciones. Sin embargo, habrá que señalar que la zona de desastre cuenta con un periodo de tiempo limitado ante la intervención del grupo de respuesta, por lo que las intervenciones de segundo orden quedan descartadas de antemano para ser delegadas a los recursos hospitalarios adyacentes.

CRISIS, APROXIMACIONES DE LA PSIQUIATRÍA PSICODINÁMICA

Dentro de la intervención en crisis encontramos una limitante en las teorías del desarrollo a través de su carácter preventivo, por lo que habría que redimensionar la crisis para que su alcance contemple la condición prodrómica de la psicopatología. Es en la psiquiatría, a través de su clasificación de la historia natural de la enfermedad, que encontramos un acercamiento a la psicopatología que comprende suficientemente las condiciones epigenéticas y genéticas como factores previsibles frente a las consideraciones de la psicoterapia, que supone una relación de cura. Entendemos esto puesto que “las metas del manejo psicoterapéutico pueden variar entre lograr un alivio completo, lograr una mejoría relativa o impedir el deterioro” (De la Fuente, 1997, p.340). Es así como las consideraciones dentro de las intervenciones psicosociales parecerían insuficientes como modelos de prevención, pero funcionarían como modelos terapéuticos. Cabe aclarar que existen modelos de prevención secundaria dentro de psicoterapias conductuales que se estructuran como una línea de trabajo en psiquiatría (Tarrier y Taylor, 2014), sin embargo, no serán pieza en este trabajo². Así pues, que exista un carácter preventivo en el enfoque psiquiátrico no es suficiente por sí mismo para explicar ni la redimensión de la crisis ni el funcionamiento de dicha prevención.

Comprenderemos la crisis a partir del entendimiento psicodinámico de la psiquiatría, estableciendo que dicho acercamiento contempla una relación de factores que integran la práctica psicoanalítica como método de investigación y como psicoterapia y la psiquiatría en intervenciones farmacológicas a la vez que psicoterapéuticas. Esta condición de la psiquiatría corresponde a buscar un modelo más allá del organicista, descentralizando la enfermedad mental del ámbito médico, pero conservando la atención hospitalaria (Jarne, 2010, p.120). Así pues, habremos de suponer la condición de crisis como una emergencia³ dentro de las funciones del yo, sin importar el detonante. A diferencia de las teorías del desarrollo, comprender una emergencia no supone el avance teleológico a la mejora-empeoramiento, sino que permite dimensionar los alcances de la estructura del paciente con su principio de realidad. En este sentido, la comprensión de la crisis, tal como la describe las teorías del desarrollo, así como nuestra comprensión de la emergencia, asemeja a los síntomas psicóticos.

Comprenderemos los síntomas psicóticos como algo diferente, pero semejante, del trastorno psicótico, en donde “el paciente tiene una pérdida de la realidad, una regresión de la libido sobre el yo y una construcción de delirio como tentativa de curación” (Garibaldi, 2020, p. 277), puesto que

2 Esto no por la falta de eficacia en el tratamiento, sino por la poca capacidad de adaptación a entornos de desastre por recursos de tiempo y materiales.

3 Entendemos emergencia como todo aquello que surge fortuitamente y rebasa la capacidad de ser contenido con los recursos (en este caso psíquicos) actuales.

el trastorno psicótico solamente tiene clasificación dentro de una estructura psicótica por medio de la forclusión del nombre del padre, mientras que los síntomas psicóticos no son exclusivos de una estructura y pueden ser comprendidos más allá de la forclusión. Es decir, los síntomas psicóticos pueden ser vividos como episodios agudos (y en ciertos casos crónicos) que se presentan en padecimientos psiquiátricos y no psiquiátricos, pero no constituyen un trastorno en sí mismos. Es así como la noción de crisis será vinculada a un evento emergente que supondría la noción de la realidad en términos de síntomas positivos.

APROXIMACIÓN AL MANEJO DE LAS CRISIS

La comprensión de la crisis en medida de la emergencia dentro de las funciones del yo, es decir, en medida de la incapacidad de regulación de sí mismo frente a un detonante, nos lleva a pensar una diferencia de grado y, con ello, a establecer las semejanzas con los síntomas psicóticos. Es por ello por lo que la intervención en crisis en este sentido habrá de concentrarse en la respuesta gradada a través del *triage*. A diferencia de intervenciones como los PAP la intervención en crisis habría de tener una intención terapéutica, sin embargo, los recursos en el lugar del desastre son limitados y, por ello, habría de suponer su uso en aquellas instancias en donde pueda hacer una diferencia en pro de la prevención como la hemos comprendido por medio de la psiquiatría.

Para establecer la diferencia habría que comprender que el *triage* psicológico nos señala la Prioridad 1 a elementos que comprenden rasgos similares a los síntomas psicóticos, esto por la comprensión de sustrato de la realidad o de delirio, haciendo tanto de los ataques de pánico como las autolesiones suficientes para la categorización. ¿Es suficiente que, dentro de la categorización de estos espacios no exista un modelo de intervención único que contemple la relación de condiciones psiquiátricas e intervenciones psicológicas? De ahí que la diferencia de grado suponga el método de intervención, a diferencia, por ejemplo, de la Prioridad 3, en donde parecería inclusive un desperdicio utilizar el servicio de intervención psicosocial. Dentro de la clasificación de Prioridad 1 habríamos de clasificar aquello que, dentro de un marco subjetivo, correspondería a una urgencia⁴, comprendiendo la diferencia de grado por el origen, el objetivo y la sintomatología de esta (Rivera y Gómez, 2018). Siendo necesario que la intervención se realice conforme a un objetivo no terapéutico específico (evitar la escisión, reducir la agresión, controlar las defensas, etc.), habrá de asignar objetivos terapéuticos para lograr la condición de prevención.

Así pues, hablar de una intervención de base psiquiátrica no es pensar en psiquiatrizar o psicologizar la totalidad de interacciones, sino que pretende resolver la intervención en medida de los episodios. Sería conveniente, asimismo, revisar las clasificaciones del *triage* psicológico fuera de la teoría del desarrollo. Sugerimos dentro de la intervención la psiquiatría psicodinámica por la facultad del uso de la psicosis de transferencia⁵ posible como herramienta de trabajo en las intervenciones, así como el uso conjunto de fármacos. Así pues, habrá que asignar objetivos terapéuticos en medida de las relaciones transferenciales según insipiente, agudeza, cronicidad y, sobre todo, gravedad. Cabe resaltar que los objetivos deben cumplir la condición de intervenciones ambulatorias, puesto que los recursos del grupo de respuesta serán limitados a lo proyectado del desastre.

Los modelos de intervención temprana en la psicosis (Fernández y Carballal, 2017), así como los modelos conjuntos de tratamiento terapéutico en las psicosis (Lewis, 2008) forman parte de un corpus de intervenciones con carácter preventivo en el tratamiento de episodios agudos que ha reu-

4 Comprendemos urgencia como aquello que, dentro de la emergencia, amenaza directamente la integridad de aquello que le sostiene (en este caso, la integridad del yo).

5 Comprendemos la psicosis de transferencia como la comprensión de los mecanismos psicóticos de defensa propios del analista (en este caso del interventor) a través de los mecanismos del paciente. Relación de inconsciente a inconsciente que basamenta la cura en medida de la comprensión y sirve como condición de prevención a episodios agudos. Una propuesta de tratamiento está presente en Resnik (1977), por lo que se sugiere ampliamente confrontar la literatura.

nido significativa evidencia de su eficacia. Bajo esta condición el objetivo terapéutico es la psicoeducación y el afrontamiento a los síntomas positivos. Como un tratamiento ambulatorio podemos entender el alcance en la condición de urgencia frente a la emergencia del desastre más allá del sentido de crisis de la teoría del desarrollo.

De la misma manera, modelos hospitalarios en urgencias pueden ser trasladados a la zona de desastre en medida de su comprensión terapéutica por fuerza de su intervención no terapéutica. Huerta et al señalan, por ejemplo, la intervención en urgencias psiquiátricas en pacientes psicóticos como una intervención a los síntomas positivos y una posterior intervención psicosocial, esto teniendo como meta la psicoeducación, la identificación de factores detonantes y la remisión de próximos episodios (2010). Como un tratamiento ambulatorio, el traslado de intervenciones hospitalarias a zonas de desastre correspondería a una aproximación de la desaparición de síntomas positivos por terapia farmacológica y psicoterapia y el alcance de objetivos terapéuticos como meta. A consideración quedan los recursos materiales que se requieren para la intervención.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión, hemos de pensar la intervención según las condiciones que se han planteado, tomando como objetivo una emergencia que asemeje síntomas psicóticos, como base para la prevención de episodios posteriores en donde la relación de intervenciones psicosociales corresponda con los objetivos terapéuticos. A continuación, presentaremos un ejemplo conciso del modelo de intervención más allá de las teorías del desarrollo.

Entenderemos, entonces, una intervención psiquiátrica de manera que reduzca, en primera instancia, los síntomas positivos, y en segunda ofrezca una alianza terapéutica suficiente (por medio de la psicosis de transferencia) para la psicoeducación y la adhesión al tratamiento, por lo que, según las recomendaciones del Massachusetts General Hospital y McLean Hospital, la terapia farmacológica para síntomas psicóticos para pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos con episodios agudos centrada en antipsicóticos de primera o segunda generación (exceptuando clozapina) es la línea de primera elección (2010, p. 96), complementada con intervenciones psicosociales psicoanalíticas de las psicosis.

Se recomienda para la intervención no terapéutica la aplicación farmacológica (monoterapéutica) de Olanzapina (Zyprexa IM) presentación ampulas liofilizado 10mg/2ml (IM). Dosis recomendada en adultos 10mg (Intramuscular, dosis única). Segunda dosis hasta 10mg (IM) dos horas después de la primera inyección (Por Razón Necesaria). Tercera dosis hasta 10mg (IM) cuatro horas después de la segunda (PRN). A saber, como primera intervención debe suponer el episodio agudo sin posibilidad de intervención psicosocial. Una vez evitada la urgencia, correspondería la intervención de la emergencia a través de psicoterapia (preferencialmente a través del trabajo de psicosis de transferencia aún si el trabajo es una sesión de intervención única). Debe continuarse, de manera conjunta, la aplicación del tratamiento farmacológico a manera de prevención de episodios posteriores. Se recomienda encomendar un guardián o tutor. A esto, se indica un cambio en la presentación del medicamento, Olanzapina (Zyprexa) presentación tabletas 5mg-10mg. Dosis recomendada en adultos (Dosis habitual) 10mg/24h (Vía Oral) ((5-20mg/día (VO)) por 2-3 meses según consideración clínica. Los efectos farmacológicos del medicamento ayudarán al mismo tiempo a evitar un episodio posterior y a reducir síntomas prodrómicos de trastornos por trauma (p.e. insomnio), por lo que su continuidad aún sin el acompañamiento psicoterapéutico es altamente recomendable (PLM, [2012]1944: 3882, 3886).

A saber, no existe una distinción entre pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos que diferencie el modelo de trabajo de intervención en crisis según el modelo propuesto, por lo que las recomendaciones suponen, asimismo, un criterio médico-psicológico para la discriminación y el diagnóstico. De la misma manera se sugiere fuertemente el replanteamiento de la estandarización del *triage* psicológico, ya que las consideraciones de la teoría del desarrollo parecen insuficientes para la atención

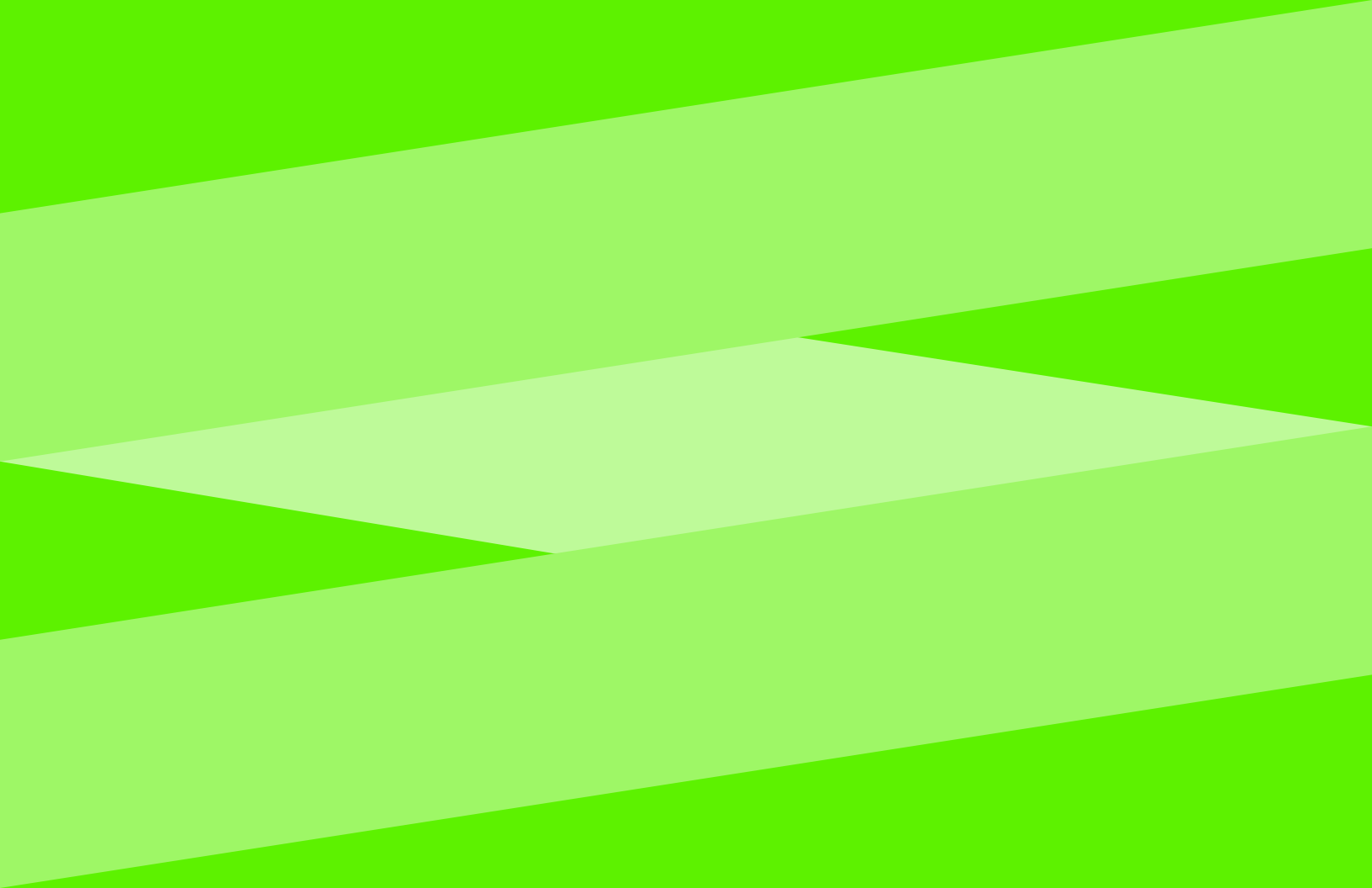
masiva en zonas de desastre, así, los planteamientos formulados desde la psiquiatría psicodinámica pueden responder a las ausencias de intervenciones anteriores. Asimismo, la distinción entre crisis, emergencia y urgencia sugiere una revaloración de los procesos prodrómicos que suponen elementos de prevención psicopatológica.

Las condiciones de la intervención aquí planteadas habrían de suponer su protocolización y estandarización para la confirmación o negación de las hipótesis supuestas en el trabajo, por lo que éste dista mucho de estar completo o siquiera ser funcional. Sin embargo, se espera que las relaciones teóricas aquí establecidas, en cuanto a su devenir técnico, puedan abonar a los campos de intervención en desastres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cortés, P. y Figueroa, R. (2011). *Manual ABCDE para aplicación de primeros auxilios psicológicos en crisis individuales y colectivas*. (1ra edición). Chile: CONICYT-CIGIDEN.
- De la Fuente, R. (1997). Psicoterapia. En R. de la Fuente, M.C. Lara, *La patología mental y su terapéutica I*. (2da reimpresión, 2013). México: Fondo de Cultura Económica.
- Fernández, X. y Carballal, A. (2017). Intervención y prevención temprana en psicosis: la estrategia australiana. *Psicopatología y salud mental*, 29, 27-36.
- Garibaldi, G. (2020). *Trastorno Psicótico. Tratado de psicopatología*. (1ra edición). México: Cuéllar Ayala.
- Huerta, M., Leira M., Correas, J. y Chinchilla, A. (2010). El paciente psicótico en urgencias. En A. Chinchilla, J. Correas, F. Quintero y M. Vega (Coords.), *Manual de urgencias psiquiátricas*. (1ra edición). España: Elsevier Masson.
- Jarne, A. (2010). Introducción a los tratamientos en psicopatología. En A. Jarne y A. Talam (Comp.), *Manual de psicopatología clínica*. (1ra edición). España: Herder.
- Lewis, A. (2008). Neuropsychological deficit and psychodynamic defense models of schizophrenia: towards an integrated psychotherapeutic model. En J.F.M, Gleeson, E. Killackey y H. Krstev (Eds.), *Psychotherapies for the Psychoses*. Theoretical, cultural, and clinical integration. pp. 52-69, (1ra edición). Canadá: Routledge.
- Massachusetts General Hospital y McLean Hospital. (2010). *Residency Handbook of Psychiatry*. (1ra edición). Estados Unidos: LWW.
- PLM. ([2012]1944). *Diccionario de especialidades farmacéuticas*. (58va edición). México: FARMA.
- Servicios de Salud Mental (SSA). (2002). *Formación de replicadores; Atención psicológica de primer contacto para casos de desastre*. México: Praxia.
- Slaikou, K. (1984). *Consideraciones teóricas. Intervención en crisis; Manual para práctica e investigación*. (2da edición, 1996). México: Manual Moderno.
- Resnik, S. (1977). Teoría y técnica psicoanalítica de la psicosis. En L. Grinber et al., *Prácticas psicoanalíticas comparadas en la psicosis*. Vol. 54. Argentina: Paidós.
- Tarrier, N. y Taylor, R. (2014). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En D. Barlow, *Manual clínico de trastornos psicológicos; Tratamiento paso a paso*. (1ra edición). México: Manual Moderno.
- Rivera, N. y Gómez, Á. (2018). *Abordaje de las urgencias psiquiátricas en los hospitales generales: una propuesta desde el marco de las urgencias subjetivas*. *Psicogente*, 21(39), 203-215.
- Ruiz, E. (2015). El triage psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de emergencias? *Cuadernos de crisis*, 14(1), 1-5.

Investigación



Gender, Family and Transnational Migration Mexico-Europe

Grecia Fernández-Topete^a

^aInstituto Tzapopan. Correo electrónico: grecia_topete12@hotmail.com

Agradecemos a Karla Contreras Tinoco por sus comentarios valiosos y apoyo en la redacción del artículo.

Historia editorial

Recibido: 10-07-2020

Primera revisión: 27-04-2021

Aceptado: 24-09-2021

Palabras clave

migración, familia, estructura familiar, dinámica familiar

Resumen

El crecimiento en los índices de migración en los últimos años, revelan una mayor necesidad de desplazamiento entre la población mundial. Actualmente hay una gran cantidad de personas viviendo fuera de su país de origen en todo el mundo. Aunque la mayor parte de los emigrantes mexicanos son profesionistas o estudiantes en situación regular, existe una tendencia en los estudios revisados a enfocarse en la migración irregular y en personas de estratos socioeconómicos bajos. Asimismo, existe un largo campo de investigación todavía poco explorado sobre el impacto de la migración de familias de clase media-alta. Por lo anterior, en este trabajo se buscó conocer cómo impacta la migración de México hacia Europa en la organización y configuración de familias nucleares. También interesó hacer un análisis por género de las similitudes y diferencias en la experiencia migratoria encontradas en cada miembro de la pareja. La investigación fue cualitativa, se realizaron entrevistas semi-directivas y a profundidad a seis familias mexicanas y una bicultural de clases media y media-alta. A pesar de que la migración promete mejoras en la condición y calidad de vida de las personas, los principales hallazgos de la presente investigación, arrojan cambios importantes tanto en la dinámica familiar, como en la identidad social y de género de las mujeres frente al nuevo país receptor que conlleva desigualdades de género para las mujeres.

Abstract

The growth in migration rates in recent years reveals a greater need for displacement among the world's population. Today, there are a lot of people living outside their home country all over the world. Although most Mexican migrants are professionals or students in a regular situation, there is a tendency in the studies reviewed to focus on irregular migration and with people from low socioeconomic strata. Likewise, there is a long field of research still little explored on the impact of the migration of upper-middle class families. Therefore, this work sought to understand how migration from Mexico to Europe impacts the organization and configuration of the family units. The work was also interested in doing a gender analysis of the similarities and differences in the migratory experience found in each member of the couple. The research was qualitative, with semi-direct and in-depth interviews conducted with six Mexican families and one bicultural middle and upper-middle class family. Despite the fact that migration promises improvements in people's condition and quality of life, the main findings of this research point to important changes in both family dynamics and women's social and gender identity vis-à-vis the new host country that entails gender inequalities for women.

Keywords

migration, family, family structure, family dynamics

Cada vez hay mayor movilidad migratoria humana en el mundo. “En 2015, el número de personas que vivían fuera de su país de origen alcanzó 244 millones, lo que supone un aumento de 41% con respecto al año 2000” (Organización de las Naciones Unidas –ONU–, 2016). Las razones por las que la migración aumenta son múltiples: la búsqueda de una mejor calidad de vida, nuevas oportunidades laborales y/o académicas, las crisis políticas, religiosas y económicas en diversos países. Así como la instauración de un modelo económico neoliberal que ha estructurado un sistema globalizado que permite y fomenta un constante flujo de personas y bienes alrededor del mundo.

En la actualidad, dos terceras partes de los migrantes internacionales viven en Europa o Asia. Norteamérica es la tercera región con el mayor número de emigrantes internacionales. Tan solo en México, hay registros de que 11,848,537 mexicanos residen en el extranjero. La mayoría de los emigrantes mexicanos se encuentran en el continente americano (57%), seguido de Europa (36%) (Instituto de los Mexicanos en el Exterior, 2017).

Los movimientos migratorios internacionales suponen sociedades más complejas y traen consigo consecuencias, tanto para el migrante como para el país receptor. La discriminación, el restablecimiento de los roles de género en la pareja, la añoranza por aquello que se deja atrás, la separación familiar, la aculturación, los aprendizajes del sujeto, la capacidad de generar nuevas redes, la autonomía, la diversidad cultural, política, religiosa, lingüística, entre otras cosas, pueden ser algunas de las consecuencias para el migrante. Mientras que en el país receptor, se establecen cambios en las condiciones políticas, culturales y socioeconómicas. Tales como el aporte de remesas y mano de obra, el aumento en el consumo y la necesidad de servicios básicos (asistenciales y educativos), así como nuevas aportaciones tecnológicas y una mayor diversidad cultural.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD; 2013) solo entre el 10 y el 15% de la población migrante es irregular. Esto permite suponer que un porcentaje importante de la población migrante es regular. Además, el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (2017) afirma que el perfil ocupacional de los mexicanos en el extranjero es mayormente de profesionistas (35%) y de estudiantes (22%).

Pese a lo anterior, existe una tendencia en las investigaciones sobre mujeres latinoamericanas y centroamericanas que migran hacia México (Cerdeña, 2014; Gómez, 2015; Zapata, 2009), Estados Unidos (Basch, Glick y Blanc, 1992; Falicov, 2001) y Europa (Bejarano, 2007; López, 2012; Nyberg, 2008; Parella, 2007; Pedone, Echevarri y Araujo 2014; Yépez, 2014) a centrarse en la migración de personas de estratos socioeconómicos bajos¹ o en estatus irregular. Por ello, sigue siendo importante y necesario conocer la experiencia migratoria de personas de otros estratos económicos. Por ejemplo, los migrantes de clase media y media alta, profesionales y/o académicos.

Aparte, la mayoría de las investigaciones se centran en mexicanos que emigran a Estados Unidos debido a que es el primer destino internacional al que migran. En cambio, hay poca información respecto a la experiencia de mexicanos que emigran a Europa, y en particular de las familias mexicanas.

Específicamente, el estudio y comprensión de las familias es relevante porque los desplazamientos migratorios conllevan nuevas demandas al sistema familiar, tales como: cambio en su dinámica, estructura y funcionalidad, reconfiguración en los roles de género, reconstrucción de la identidad, la pérdida ambigua, la aculturación y los cambios profundos laborales y económicos, entre otros.

Por lo expuesto, el propósito de esta investigación, abordada desde un contexto de migración transnacional y desde una perspectiva de género,² se centra en conocer cómo impacta la migración

1 A excepción de un estudio realizado por Bejarano, (2007) de colombianos migrantes de clase media y alta situados en España y Francia.

2 La perspectiva de género, consiste en analizar y comprender las características (similitudes y diferencias) que definen a hombres y mujeres, con el objeto de construir sociedades diversas y equitativas para todas y todos.

de México hacia Europa en la organización y configuración de familias nucleares de clase media y clase media alta, así como hacer un análisis por género de las similitudes y diferencias en la experiencia migratoria encontradas en cada miembro de la familia.

APROXIMACIÓN A LOS ESTUDIOS DE MIGRACIÓN

En el presente apartado se establece lo que entendemos por migración, y cuáles son los tipos de migración que empatan con los de dicha investigación. Se considera emigración al movimiento que consiste en dejar el lugar de residencia para desplazarse a otro e inmigración al movimiento que consiste en la llegada a un nuevo destino.

En este estudio se indagó acerca de la migración laboral o por estudios y de tipo transnacional. Por migración transnacional se entiende un “Patrón de migración en el que las personas, aunque se desplacen a través de las fronteras internacionales, se asienten y establezcan relaciones sociales en un nuevo Estado, siguen manteniendo conexiones sociales dentro del país del que proceden” (Glick, 1999, p. 96). Mientras que, cuando nos referimos a migración laboral o por estudios, estamos hablando de profesionales o personas altamente calificados que son invitados a laborar en algún lugar determinado o bien cuentan con un tipo de visa de estudios. Este tipo de migración puede ser temporario o permanente.

APROXIMACIÓN A LOS TIPOS DE FAMILIAS

A pesar de las transformaciones del mundo contemporáneo³, la familia es concebida como una institución central y fundamental para una sociedad, lo cual se evidencia con el mismo concepto de transnacionalismo. Según Pliego (2013), la importancia de la familia es un hecho social tanto en México como en otros países del mundo que se conoce por encuestas representativas y datos de tipo censal⁴. Además, la cohesión familiar es importante por varias razones: primero, para cumplir funciones de orden social, y, segundo, ofrece cuidado a los miembros de la familia y otorga seguridad y afecto.

Si bien existen muchos tipos y formas de familia, en este estudio se trabajó con familias nucleares debido a que la gran mayoría de las unidades domésticas mexicanas se siguen organizando en torno a la llamada “familia nuclear”. “La familia nuclear en sentido estricto (pareja con hijos) representa a uno de cada dos hogares en el país” (Consejo Nacional de Población, 2009). Las familias participantes en este estudio, también se caracterizan por ser familias transnacionales y, a veces, multiculturales o biculturales.

Las familias transnacionales: “son unidades sociales que trascienden fronteras, tienen conciencia de formar parte de la diáspora, hacen una reproducción cultural híbrida y mantienen la pertenencia afectiva y emocional con el origen” (Cerdeña, 2014). Se caracterizan por ser familias localizadas tanto en el lugar de origen como en otros destinos (familias separadas geográficamente) que mantienen vínculos emocionales con la familia de origen.

MIGRACIÓN, FAMILIA Y GÉNERO

Los roles de género son modelos establecidos e impuestos por la sociedad (comportamiento estandarizado) que se transmiten de generación en generación. Se sabe que uno de los efectos sociales de la migración es la reconfiguración de los roles de género, ya que las relaciones de poder, las dinámicas económicas y organizativas cambian dentro del sistema.

Otra de las consecuencias que está asociada con la migración es la desigualdad de género. Al respecto, Zapata (2009) aborda la temática del cuidado de centroamericanas y mexicanas desde la perspectiva de género *Madres y padres en contextos transnacionales*. En su estudio, señala con cla-

3 Guerras, revoluciones, transiciones políticas, crisis económicas, la apertura comercial y el desarrollo tecnológico-científico.

4 Encuesta Mundial de Valores (EMV; 2005-2008).

ridad que en los procesos de migración, son las mujeres las que se encargan del cuidado⁵, mientras que los hombres siguen ocupándose de proveer la economía. Según Zapata (2009), hay persistencias como el mantenimiento de ideologías de género que promueven y refuerzan las relaciones de género desiguales.

A principios del siglo XXI surge un cambio significativo en el flujo migratorio femenino, ya que con mayor frecuencia las mujeres comienzan a emigrar no solo con sus parejas, sino solas. México es el segundo país a nivel mundial con el mayor número de mujeres emigrantes, tan solo en 2015 había 5.8 millones (CNP, 2017). Según Solé (2000), existen dos patrones de inmigración femenina: el primero es la *reunificación familiar*. En este caso la mujer emigra hacia el país elegido por el marido, pareja o padre, tradicionalmente importador de mano de obra. Y el segundo, son las mujeres que inician la cadena migratoria. Se trata de mujeres que emigran a países que han pasado de ser emisores de emigración a constituirse como receptores. En este caso, muchas de ellas emigran solas en busca de una mejora económica, social o mayor libertad.

La migración afecta más a las mujeres que a los hombres; los estudios que se han encontrado reflejan que el papel que han tenido las mujeres en los flujos migratorios ha estado etiquetado y representado constantemente en un plano secundario e invisibilizado, en el que se muestra la mujer como madre, esposa, prostituta, o analfabeta. Estas funciones están determinadas por la dicotomía entre los ámbitos público y privado. La mujer, se encuentra en la esfera privada, mientras que el hombre es un ser público y económico. De esta forma, la mujer pasa a ser únicamente la esposa del hombre que decide emigrar. Se configuran relaciones de poder asimétricas y las mujeres tienden a ocupar posiciones de subordinación frente a los hombres inmigrantes, así como frente a los hombres y mujeres de la sociedad receptora (Woo, 2007).

2. METODOLOGÍA

En esta investigación se buscó conocer el impacto que se genera en el sistema familiar a partir de la migración de México hacia Europa en familias de clase media y media alta. Así como la reconfiguración o las permanencias en los roles e identidades de género de cada miembro de la pareja. La investigación fue cualitativa y consistió en conocer e interpretar la realidad de los sujetos participantes de acuerdo con sus propios contextos, desde una aproximación inductiva-analítica que surgió de la observación de los contextos/personas analizados.

El diseño de investigación utilizado fue biográfico-narrativo, el cual brindó la posibilidad de analizar las relaciones entre individuo y sociedad, de destacar los aspectos diacrónicos de los hechos sociales, la sensibilidad para iluminar personas, grupos sociales, y problemáticas que son inteligibles desde otras estrategias metodológicas (Roberti, 2012). Se eligió este diseño metodológico ya que el uso de biografías en la investigación social revaloriza al sujeto como objeto de investigación, en su búsqueda por rescatar la trayectoria vital del actor, sus experiencias y su visión particular; permitiendo aprehender, al mismo tiempo, aquella vida como el reflejo de una época, las normas sociales y los valores propios de la comunidad de la que el sujeto forma parte (Pujadas, 1992).

Se utilizaron como instrumentos de recolección de información: entrevistas de trayectorias de familias, entrevistas semiestructuradas y narraciones informales. Las entrevistas de trayectorias de familias consistieron en indagar los sentimientos subjetivos, los significados y las representaciones de cada miembro de la familia con una movilidad temporal (Roberti, 2012).

Las categorías del guión de las entrevistas realizadas son las siguientes: historia de pareja, elección de la emigración, familia de origen, la llegada, reorganización de los roles de género, cambios significativos, las ideas de retorno, las pérdidas y significado de la migración. (Ver Tabla 1).

5 Se entiende por cuidado: cuidado del hogar, cuidado de los hijos, cuidado de la pareja.

Tabla 1: Descripción de categorías para guión de entrevistas.

Categoría	Objetivo
Historia de la pareja	Relatar a mayor profundidad posible la historia de la relación de la pareja, desde el inicio hasta la actualidad, y a su vez conocer cuál era el estilo de vida que tenían antes de emigrar.
Elección de la emigración	Conocer el motivo por el cuál han elegido ese país y no otro, así como saber si la elección ha sido un proyecto compartido o no, quién toma la decisión y porqué, y cuál es la respuesta inmediata del otro.
Familia de origen	Conocer cuál es el impacto de la noticia de emigrar para la familia de origen, y cómo es que lo llevan actualmente, así como conocer la relación actual que tiene cada uno con sus familias de origen.
La llegada	Conocer los procesos por los que pasaron en su llegada al país receptor, así como profundizar cómo se sintieron al llegar, si se enfrentan a dificultades tanto personales como en la relación de pareja, y conocer las ventajas o los aspectos positivos del cambio tanto personal como en la relación familiar.
Reorganización de los roles de género	Conocer si los roles que ejercen dentro y fuera del hogar eran los mismos que antes, o si han cambiado, conocer de qué forma han cambiado y cómo se sienten en relación con dichos cambios.
Cambios significativos	Explorar otros cambios particulares que se hayan descartado de las categorías, que para los participantes han sido importantes.
La pérdida	Qué es lo más significativo que implicaba una pérdida al migrar para cada uno.
Idea del retorno	Conocer si existe una añoranza o no de volver al país de origen, y por qué.
Significado de la migración	Desde su propia experiencia conocer cuál es el significado de la migración, cuáles son las ventajas, y cuáles son los aspectos difíciles.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El muestreo fue teórico, el cual consiste en un proceso simultáneo de selección, codificación y análisis de su información. En este tipo de muestreo, el proceso de recolección de datos está orientado por hipótesis sucesivas que van guiando en cuanto a qué actores incorporar y qué información escoger luego. Este proceso de recolección de información está controlado por la teoría emergente, sustantiva o formal (Glasser y Strauss 1969).

Los únicos criterios de inclusión designados⁶ fueron que las familias hubieran emigrado hacia Europa y que pertenecieran a la clase social media o media alta, con base en la autoadscripción, la percepción salarial y el nivel educativo. Tres de estas familias residían en Francia, dos en España,

⁶ **Criterios de exclusión:** no se consideraron como participantes los migrantes irregulares, migrantes involuntarios, migrantes internacionales y migrantes internos debido a que el estudio pretendió indagar las problemáticas en relación con la migración y su sistema familiar de un tipo de estrato socioeconómico, y que migran por un motivo específico tal como la oferta de un empleo o una oferta académica. Por otro lado, las familias nucleares fueron el tipo de familias que se encontraron para la realización de este estudio, además de una familia bicultural, descartando por este motivo el análisis de otros tipos de familias.

una en Croacia y una en Polonia. Se eligieron esos países con el objeto de hacer una comparativa en relación con el idioma y el impacto de los países que tienen poca o alta migración, para conocer de qué forma estos factores impactaron en la aculturación de los participantes. Además, los participantes tenían entre 26 y 55 años de edad, cinco familias pertenecían al grupo de migrantes laborales y dos eran migrantes académicos. Tres familias tenían hijos, y cuatro familias no. Este criterio de los hijos permitió comparar las similitudes y distinciones en la experiencia migratoria. Todos los participantes contaban con nivel educativo Superior. En la Tabla 2 se muestra una descripción pormenorizada de las familias.

Tabla 2: Descripción de datos de los participantes.

Nombre	Edad	Lugar de Origen	Residencia actual	Tiempo viviendo ahí	Profesión	Ocupación	Hijos
Isabel	28	Guadalajara	Marsella	3 años	Repostera	Cocinera	0
Ricardo	35	Guadalajara	Marsella	3 años	Ingeniero	Doctorando	0
Mariana	41	Monterrey	La Ciotat	3.5 años	Mtra. Educación superior	Ama de casa	4
Carlos	39	Monterrey	La Ciotat	3.5 años	Ingeniero	Ingeniero	0
Sofía	37	Ciudad de México	Barcelona	8 años	Mercadotecnia	Manager	0
Ernesto	33	Ciudad de México	Barcelona	8 años	Abogado	Abogado	0
Alejandra	39	Ciudad de México	Barcelona	6 meses	Arquitecto	Ama de casa	2
Pedro	37	Aguascalientes	Barcelona	6 meses	Ingeniero	Ingeniero	0
Federico	28	San Luis Potosí	Marsella	2 años	Ingeniero	Doctorando	0
Cristina	28	San Luis Potosí	Marsella	2 años	Ingeniero	Doctorando	0
Fabián	55	Ciudad de México	Split	5 años	Artista	Artista	2
Blanka	52	Split	Split	5 años	Artista	Artista	0
Carolina	26	Ciudad de México	Lodz	1.5 años	Psicoterapeuta	Ama de casa	0
Ismael	26	Ciudad de México	Lodz	1.5 años	Negocios internacionales	Comerciante	0

PROCEDIMIENTO

El contacto previo que se tuvo con los participantes fue a través de Facebook, inicialmente. Se les contactó por medio de diversos grupos de Facebook: “mexicanos en Francia”, “mexicanos en España”, etc. El segundo contacto, se hizo por medio de Whatsapp; herramienta que sirvió para pactar los lugares de encuentro de las entrevistas. Estos lugares fueron generalmente cafés (en las ciudades donde residen actualmente) elegidos por los participantes. Se citó a los participantes por separado y se les explicó la finalidad de la investigación. Una vez que se obtuvo un consentimiento verbal, se llevaron a cabo las entrevistas. Además, se solicitó la autorización de cada uno para grabar por audio la entrevista, clarificando que los nombres serían modificados para respetar su privacidad,

todos los participantes accedieron. Las entrevistas tuvieron una duración de entre treinta minutos y tres horas. Posteriormente, se transcribieron las entrevistas en su totalidad respetando los silencios y el lenguaje original de quienes se expresaron.

HALLAZGOS

CAMBIOS EN LA DINÁMICA FAMILIAR

La dinámica familiar parece modificarse por dos factores, uno es debido al cambio de un país a otro, lo que conlleva dificultades para la integración social principalmente por las barreras del idioma (en los países en los que no se habla español) y la escasa red social con la que cuentan los participantes. El otro, está en relación con la organización de los roles de género, (la llegada de los hijos, el inicio de la vida en pareja, y la falta de empleos remunerados de las mujeres).

Además, existe un proceso de aceleración de la vida en pareja al momento de migrar, pues para encontrarse en una situación legal, algunos han tenido que casarse. Así les sucedió a Sofía y Ernesto, Carolina e Ismael, Blanka y Fabián e Isabel y Ricardo.

Todos los participantes dijeron que uno de los aspectos positivos de migrar era la solidificación de la relación y que, incluso, los volvía más fuertes e independientes. Además, en todos los casos se observó que, a pesar de las pérdidas y las dificultades por las que pasaron estando lejos de México, el cambio provocó fortalecer la relación, por el hecho de estar lejos y no tener a amigos y familias de origen cerca.

“El estar lejos de las familias te une más a tu pareja, te une definitivamente, salir solos, pelearnos y reconciliarnos solos, y claro te une, y yo creo que te hace mucho más fuerte” (Sofía).

“Nos ha ayudado un montón, nos unió mucho, cuando uno está en la depresión el otro lo apoya mucho, y eso a partir de que vivimos juntos, y es que te las ves por ti mismo, no es como le voy a hablar a mi papá, o tengo un amigo que nos puede ayudar, aquí las cosas las tienes que hacer por ti solo, yo creo que ha sido algo positivo para la pareja” (Cristina).

Por otro lado, la relación de las madres con sus hijos se volvió más estrecha, nutricia y se fortaleció el vínculo, ya que iniciaron una maternidad intensiva que les implicó disposición permanente a las necesidades y actividades del hijo. Sin embargo, esta maternidad intensiva les limitó y dificultó a las mujeres el tener tiempo para sí mismas y darle continuidad al propio proyecto de vida. Cabe señalar que no se observó un cambio significativo en la relación de los padres con sus hijos.

Falicov (2002) dice que “aquellos inmigrantes que son hombres, mujeres, jóvenes o viejos, ricos o pobres, sufren en alguna medida u otra, alguna forma de pérdida, pena o duelo generalmente se asocia esta pérdida a la de los seres queridos que quedan en su lugar de origen” (p. 3). En este estudio, la distancia que mantuvieron con sus familias de origen, permitió tener un matrimonio con menos conflictos, pues cuando las parejas estaban cerca de la familia de origen de cada uno, presentaban ciertas dificultades o problemáticas, en cambio, al estar lejos, ya no irrumpieron en su matrimonio.

“Sí, yo creo que es muy sano tener distancia tanto de tu propia cultura, como también de la familia, yo ahora tengo una relación totalmente diferente con mi madre de la que tenía antes, porque pude tomar distancia, y eso es súper sano, salir de tu vida y poder reflexionar sobre ella, no tiene precio, esta situación de estar dentro, y tener distancia, te permite ver muchas más cosas” (Blanka).

“Tú descargas todo lo malo con tu familia, pero al final te influye, porque claro, tú te sientes mucho más fuerte apoyado por tu familia, pero tu relación se va mermando un poco, y sinceramente en ese sentido yo me siento muy fuerte con Ernesto” (Sofía).

La familia de origen es una red de apoyo importante para quienes migran, sin embargo, al estar lejos de la familia de origen cambia la relación, se pueden establecer límites más claros que con anterioridad, se vuelve una relación más sana.

LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR, SEGÚN EL SEXO, EN LOS PAÍSES DE ACOGIDA

En los países de acogida, en lo que se refiere a la organización de roles y funciones en la familia, se observa que, aunque tengan o no hijos, las mujeres son quienes cubren el rol doméstico. Son ellas las que realizan las funciones y resuelven las necesidades del hogar. Mientras que los hombres son los proveedores económicos.

“Ahora que él trabaja y yo no, pues yo me encargo de la casa” (Sofía).

“Soy ama de casa de tiempo completo, chofer, cocinera” (Mariana).

“Yo me encargo de todo y yo misma me confronto, cuando me encuentro tendiendo la ropa digo “¿Y qué mierda estoy haciendo aquí, tendiendo, ¿qué estoy haciendo?” (Alejandra)

Todas las mujeres participantes de esta investigación fueron mujeres que trabajaban en el país donde residían, no obstante, con el cambio, al seguir a sus parejas, esto se modificó, no solo dejaron de trabajar, sino que, parece que estuvieron en una búsqueda permanente o constante respecto de qué hacer además del cuidado del hogar y de los hijos para sentirse reconocidas. Podemos ver que, a pesar de que sus parejas lo vean como algo normalizado, pasar de trabajar a no trabajar generó frustración a las mujeres participantes de este estudio y parece que, por lo general, no se sentían del todo satisfechas.

“Sí me he sentido excluida y sobrecargada, ahorita estoy en eso, en una gran confrontación de qué demonios soy, qué debo hacer, porque entre encontrarme casi de 40 años con hijos, aquí no puedo ser arquitecta,” (Alejandra).

“Yo no quiero verme nunca en una situación así, porque creo que es algo que tiene nuestra cultura mexicana, que, si te casas dependes del hombre, y no me cabe en la cabeza, no me quiero ver así” (Sofía).

De forma general, parece ser que, para todos los participantes la percepción de los roles de género y la organización de los mismos se fue adaptando en función de las posibilidades y necesidades de la pareja. Esto puede deberse a que los hombres que están rompiendo con la idea tradicional de los roles de género son más jóvenes en comparación del resto de los participantes, y que quizá, las nuevas generaciones han crecido con perspectivas de equidad de género. En el caso de Pedro y Alejandra, a pesar de que para Pedro, en el discurso, los roles de género implicaban una construcción y nada más, en la práctica parece ser que ambos cumplían el estereotipo tradicional en relación con los roles de género. Para Alejandra, sus tareas no eran aplaudibles o merecedoras de éxito, puesto que es algo que se da por hecho, le compete a la mujer, por el simple hecho de ser mujer.

“Él se cocinaba, se lavaba, él limpiaba, claro como yo trabajaba, y él estudiaba todo el primer año, cuando yo llegaba a la casa, la casa estaba impecable, la comida estaba lista, la ropa planchada, él se ponía las pilas porque decía: si no trabajo, me encargo de la casa, y el siguiente año que entró a trabajar, los dos trabajábamos todo el día, entonces entre los dos hacíamos todo” (Sofía).

“Además se da por *default* lo que te toca, y ni quién se entere eh, eso te toca y ya, tú los trastes, tú la cena, el rol familiar cae mucho más en la mujer” (Alejandra).

El hecho de que el rol de ama de casa tenga expectativas poco claras y difusas, que sólo se lo

perciba cuando no se lo realiza o cuando se lo realiza exageradamente mal, provoca incertidumbre en las mujeres que lo desempeñan, y aumenta la tendencia a estar pendientes del reconocimiento de los otros para reconocerse a sí mismas como trabajadoras. Esto se complica en tanto se trata de un rol que carece de proyecciones hacia el futuro y que, por lo general, se realiza en condiciones de rutinización y de aislamiento (Burín, 2010).

Es por esta razón que parece que los hombres dan por hecho las labores que les corresponden a cada uno, y en algunos de los casos, no hay mucha preocupación por parte de los hombres de lo que las mujeres piensan (invisibilizando sus opiniones). Esto puede deberse a que los varones son aculturados para especializarse en la agencia (la dominación, el poder, la esfera pública, la competencia...) y las mujeres en la comunión (el afecto, la influencia, la esfera privada; Laso, 2017).

Por otro lado, podemos observar que, independientemente del sexo, es más difícil la integración y adaptación al nuevo destino para quien no tiene un proyecto en específico, lo que provoca depresión y confusión en la decisión tomada.

“Yo cuando llegué entré en una depresión, por así decirlo, porque de alguna manera para ella fue mucho más fácil, ella tenía un trabajo aquí en cuanto llegó, y yo tuve que dejar el trabajo en México” (Ernesto).

“Había días que literal me paraba a las dos de la tarde, porque él trabajaba hasta la noche, salía a las 10 o a las 11 de la noche, teníamos la mañana juntos, pero yo me la pasaba dormida, súper deprimida” (Carolina).

LA DECISIÓN DE LA PARTIDA Y EL GÉNERO

En la mayoría de los casos (cinco de siete), fueron los hombres quienes contaban con un proyecto, ya sea laboral o de estudios, que dio origen a la movilidad de país. Cuando esto ocurría, las mujeres siguieron el proyecto de su pareja y, a la llegada del país receptor, desplazaron sus proyectos personales y profesionales. Es decir, se encontró que en la migración de estas parejas operó una intención de reunificación familiar (Solé, 2000) que implica principalmente que las mujeres siguieron y apoyaron a los hombres en sus proyectos profesionales. Tal como mencionaron a continuación algunos de los participantes:

“Mi esposo está haciendo un doctorado en la universidad de Marsella, es físico y por eso es que nos venimos (...) me tomó de sorpresa al inicio, y como él estaba emocionado, pues pensé es una muy buena oportunidad (...) para mí fue difícil de un día a otro no ir a trabajar, soy una persona muy activa, me gusta mucho estar trabajando, y de repente ya nada (...) me empecé a deprimir mucho, para mí fue mucho más complicado” (Isabel).

“Fue por la empresa en la que trabajamos (...) esta misma empresa me ofrece movernos a Francia, por el intercambio con los equipos era mejor estar acá directamente, que viajar frecuentemente” (Carlos).

Burín (2008) habla acerca del fenómeno de *deslocalización*⁷ de los sitios de trabajo, en el cual son los hombres quienes aceptan estas responsabilidades, con la finalidad de mejorar sus vidas y las de sus familias, no obstante, cuando a las mujeres se les ofrece esta oportunidad, con mayor frecuencia la rechazan, ya que son consideradas socialmente (y muchas de ellas lo han internalizado) como principales responsables de la crianza, por lo tanto, deciden permanecer en el lugar donde se encuentran sus familias.

Cuando son las mujeres quienes deciden migrar, los hombres se incorporan rápidamente al ámbito laboral o académico en la ciudad receptora. Esto se puede ver en los casos de Sofía y Alejandra, ya que son ellas las que decidieron irse a vivir a España pero luego sus parejas encontraron nichos la-

7 Este término se refiere al traslado al extranjero de los lugares de trabajo para reducir costos laborales y beneficiarse de rebajas fiscales y de otros estímulos, sus efectos se producen también sobre las personas involucradas, ya que determina cierres y traslados con un impacto social y subjetivo, creando condiciones de empleo migrante, deslocalizando la subjetividad de los trabajadores (Burín, 2008).

borales o académicos en los que crecieron rápidamente. En el caso de Sofía y Ernesto, fue Sofía la que logró obtener el empleo en el extranjero, derivado de esto Ernesto buscó opciones y finalmente logró irse a España con un proyecto académico (estudiar una maestría). Al momento de la entrevista, Sofía se encontraba desempleada y Ernesto no. Con lo anterior, se evidencia con claridad que es más sencillo para los hombres encontrar un nicho profesional o laboral en los países receptores.

“A ella le ofrecieron venirse a Barcelona con un buen puesto. Me vine a hacer un máster en propiedad de la información y es en esto que trabajo ahora, prácticamente desde hace siete años. Aquí no he homologado mi título, pero ejecuto las tareas de un abogado” (Ernesto).

A pesar de que todas las participantes de este estudio contaban con nivel educativo superior, se identificó que las mujeres se encontraban con mayores obstáculos para poder ejercer laboralmente en el país receptor. Según Sánchez (2011) el caso de la mujer inmigrante evidencia una doble discriminación dado que, a la hora de recibir actitudes discriminatorias, son ellas las que las reciben en mayor proporción, no solamente por ser inmigrante, sino también por el hecho de ser mujer.

“No estoy trabajando, trabajé en Lodz en una cosa de *bitcoins* con muchos latinos, iba y hablaba para ofrecerles los servicios, y si les interesaba le enviaba a otra persona y ya hacían el trato directamente, era un trabajo medio por debajo del agua, porque me pagaban en efectivo y cosas así medio raras” (Carolina).

Si bien el idioma no fue una limitante para Alejandra y Sofía ya que se encontraban en España, ellas decidieron tener ocupaciones que han sido históricamente construidas y asociadas culturalmente en Occidente como “propias” de mujeres, tales como: el cuidado del hogar (Carolina), los hijos (Mariana, Alejandra, Blanka), asistir a cursos de imagen y estilismo (Sofía) o de repostería (Isabel).

“Estoy buscando como loca, los sueldos están fatal, me metí a clases de inglés, me fui cuatro meses a Manchester, ahora estoy en unas clases que se llama especialista en la mirada, y si no encuentro trabajo me montaré algo de eso por mi cuenta” (Sofía).

“Por los hijos, y también por el idioma, dejar tiempo para integrarme, cuando llegué no sabía nada de español” (Blanka).

“Yo no conocía a nadie, no hablaba el idioma (...) necesito hacer pan o galletas aunque sea para nosotros porque me estoy muriendo, yo soy de esas personas que si no hago nada me muero, entonces me compro todo para hacer pan” (Isabel).

Se puede identificar que en los países en los que se requiere hablar otro idioma como en Francia, Polonia y Croacia, los hombres ya tenían noción previa del idioma, mientras que las mujeres no. Esto podría ser una razón por la que para la mujer es más difícil el período de adaptación al cambio de residencia. Primero porque no conoce el idioma. Segundo porque no tiene un proyecto en específico, aunque cuando se es madre ese pasa a ser el proyecto individual.

“Yo sí me imaginaba que iba a trabajar, pero ahorita con los niños no me imagino siendo otra, si me hubiera gustado terminar el francés porque cuando llegué iba al francés, pero con el embarazo, el francés era en un cuarto piso, ya no podía subir las escaleras y dejé de ir. Soy ama de casa, de tiempo completo, chofer, cocinera, de todo” (Mariana).

Por otro lado, en el caso de Federico y Cristina, Federico es quien tuvo la idea y se la propuso a Cristina y ambos lograron obtener estudios para irse a Francia.

“Fede me platicó de Francia y pues pensé que no era mala idea, que era difícil más no imposible, realmente yo me colgué de su plan, y al final fue como surgió todo esto, empecé a buscar maestrías en Francia que tenían que ver con materiales” (Cristina).

En general, podemos observar con claridad que en la experiencia migratoria pareciera que a la mujer le cuesta más encontrar, defender y darle continuidad a su propio proyecto personal, puesto que culturalmente es más aceptado seguir el proyecto de la pareja cuando se es mujer, ya que es parte del aprendizaje de los roles estereotipados que se le atribuyen a la mujer, estos tienen que ver principalmente con todas las tareas domésticas: reproducción, crianza, cuidados, etc.

Lo anterior coincide con las aportaciones de Burín (2010), quien señala que la mayor parte de las mujeres están limitadas a un único rol social principal - el de ama de casa -, mientras que la mayoría de los hombres desempeñan dos roles: cabeza de familia y trabajador. Esta situación ofrece, para los hombres, dos fuentes alternativas de gratificación (su familia y su trabajo), mientras que para las mujeres en estas condiciones existe sólo una (su familia).

“Dejé de trabajar porque la verdad no es súper necesario que trabaje yo, porque no necesitamos de otro ingreso” (Carolina).

“La mamá tiene que estar con ellos, y él que es el que ha tenido más trabajo, su línea de trabajo más hecha, acordamos que él fuera el que se metiera a trabajar” (Alejandra).

3. DISCUSIÓN

En este trabajo se partió de la interrogante ¿cómo impacta la migración de México hacia Europa en la organización y configuración de familias nucleares de clase media y clase media alta?, así como hacer un análisis por género de las similitudes y diferencias en la experiencia migratoria encontradas en cada miembro de la familia. Al respecto, en este trabajo se ha evidenciado que la migración transnacional sí tiene efectos favorables en el reforzamiento de los procesos de convivencia, confianza y compañerismo que se producen entre los miembros de una pareja. Aunque, también se ha descubierto que este tipo de migración, que de primera impresión podría pensarse o plantearse como más equitativa con la mujeres y respecto a los roles de género, en realidad no supone dicho avance, sino que perpetúa roles de género tradicionales que dejan en un estado más vulnerable a la mujer en este tipo de migración.

En suma, la migración transnacional de la clase media-alta no beneficia a las mujeres, de hecho, mantiene la asimetría en la relación de pareja, en las familias de clase media-alta no existe una necesidad del incremento del capital, y, por tanto, las mujeres con mayor facilidad permanecen en la esfera privada.

Las teorías psicoanalíticas del género nos han demostrado ampliamente, a través de los estudios de autoras como Nancy Chodorow (1984), Jessica Benjamín (1997) y también de algunas psicoanalistas argentinas –Emilce Dio Bleichmar (1997), Mabel Burín (2000), Silvia Tubert (1991)– que las niñas suelen ser más dóciles en ceder ante las presiones y los ejercicios de dominación de otros, en tanto que los niños suelen ser más rebeldes y oponer mayor resistencia a quienes quieran subordinarlos mediante variadas técnicas de coerción (Burín, 2008).

Igualmente, Burín (2008) sostiene que los destinos pulsionales no son iguales para los varones y mujeres en culturas patriarcales, ya que las niñas suelen dominarse a sí mismas y a sus necesidades más tempranamente que los varones, además de tener un destino clave para su pulsión de dominio: dominarse y ser dominadas. Aunado a esto, no es sorprendente que en los fenómenos migratorios, la única forma de dominio que ejercen estas mujeres sea a través de la maternidad, o el cuidado del hogar (especialmente para quienes no tienen hijos). Mientras que son los varones, quienes aceptan con mayor facilidad nuevas oportunidades laborales o de estudios (ejerciendo dominio) y otorgando a las mujeres la responsabilidad de la crianza y del hogar.

De este modo, podemos observar en los diversos estudios revisados centrados en los procesos migratorios de las mujeres (Acosta, 2013; Ataide 2019; Mora, 2008; Nyberg, 2007; Padilla, 2014) que las consecuencias de la migración para las mujeres están atravesadas por relaciones de poder desde las que se reproducen lógicas de desigualdad, donde las decisiones son tomadas básicamente por los varones. Esto significa que los arreglos contractuales laborales, comerciales o de asesoramiento técnico suelen realizarse entre varones. De esa forma, las mujeres quedan de algún modo atrapadas en las jerarquías masculinas, entrelazadas en la dimensión laboral y doméstica y, en consecuencia, son más vulnerables que ellos (Ataide, 2019).

Es importante mencionar que más allá de la educación y clase social a la que pertenezca una mujer, basta con el simple hecho de ser mujer para que surja esta subordinación. Las afirmaciones anteriores sostienen que estas mujeres se encuentran en el denominado “Techo de cristal⁸” y “Fronteras de cristal⁹”. Sin duda, surge una nueva problemática en la migración que está vinculada a la salud mental de estas mujeres y que sería necesario atender. Burín (2010) dice que muchos de los trastornos de salud mental femeninos tradicionales podrían ser comprendidos desde la perspectiva de la resistencia que oponen a las mujeres y que algunos de los factores sociales de riesgo para la salud mental femenina son los “factores o agentes provocadores”, “factores predisponentes” (factores precipitantes que operan en el momento en que se inicia la enfermedad, como por ejemplo, migraciones). Además, sostiene que los roles de género femenino afectan los modos de enfermar de las mujeres a los que denomina como depresógenos.

A pesar de esas dinámicas que ya son descritas en la literatura y que fueron verificadas en la mayoría de nuestros casos, es importante señalar la existencia de cambios en relación a los roles de género. También, observamos cambios adaptativos en algunas parejas, que surgen debido a que la mujer inicialmente trabajaba tiempo completo y el hombre estudiaba, este periodo propició una repartición más igualitaria dentro de las tareas del hogar.

Algunas de las explicaciones podrían ser que estas parejas son las más jóvenes, lo que podría responder a la capacidad de adaptación y apertura de romper con los estereotipos cuando se es necesario, y por otro lado, a que en ambos casos la mujer tiene una ocupación específica que le impide dedicarse al cuidado del hogar, además de que en ninguno de los casos tienen hijos.

4. CONCLUSIONES

El análisis de los fenómenos migratorios, y la observación de la migración familiar de la realización de este estudio, nos lleva a la comprensión de las desigualdades que surgen en concreto para las mujeres. Independientemente de la clase social a la que pertenezca cualquier persona o cualquier familia, el fenómeno migratorio se efectúa con el propósito fundamental de mejorar sus condiciones de vida. A partir de los hallazgos encontrados se evidencia que estas “mejorías” se ven reflejadas mucho más en los hombres que en las mujeres, pasando a ser paradójico y, a su vez, sigue manteniéndose esta idea como un supuesto idealizado tanto para hombres como para mujeres.

El análisis de la migración de familias mexicanas a Europa ha demostrado que la mujer se posiciona como seguidora pasiva del hombre. Es imprescindible, buscar soluciones y alternativas a esta problemática que lejos de empoderar y generar independencia, refuerza los roles tradicionalmente estereotipados, los cuales se ponen en ejecución en nuevos espacios geográficos.

Las relaciones desiguales de poder (tanto en el ámbito laboral como familiar) refuerzan la

8 El concepto de “techo de cristal” fue utilizado para analizar la carrera laboral de mujeres que, teniendo una trayectoria profesional y un nivel de competencia alto en sus lugares de trabajo, se topaban con un freno al intentar avanzar en sus carreras (Bustos, 2002).

9 Las fronteras de cristal se imponen a las mujeres cuando deben decidir entre la familia o el trabajo. No sólo no todos los puestos de trabajo están disponibles por igual para el género femenino debido al techo de cristal, sino que tampoco todas las localizaciones geográficas donde se ubican los puestos de trabajo pueden ser elegidas por las mujeres (Burín, 2010).

confusión y frustración en la identidad personal de las mujeres. Por lo tanto, debemos, desde una mirada crítica, buscar soluciones y alternativas que propicien inclusión a las desigualdades de género en la experiencia migratoria; generar consciencia en las parejas acerca del impacto retrocesivo que provoca la migración en las mujeres para que, de esta forma, puedan prever soluciones antes de migrar en pareja. También, es necesario que las campañas, asociaciones y programas internacionales que abordan las problemáticas de género en las migraciones, fortalezcan sus estrategias de inclusión brindando sobre todo a las mujeres información necesaria antes y durante la llegada al nuevo país. De forma general, cuestionar las prácticas normativas que se ejercen dentro de las relaciones de pareja, desnaturalizar y deconstruir dichas relaciones que fomenten la inclusión y la simetría.

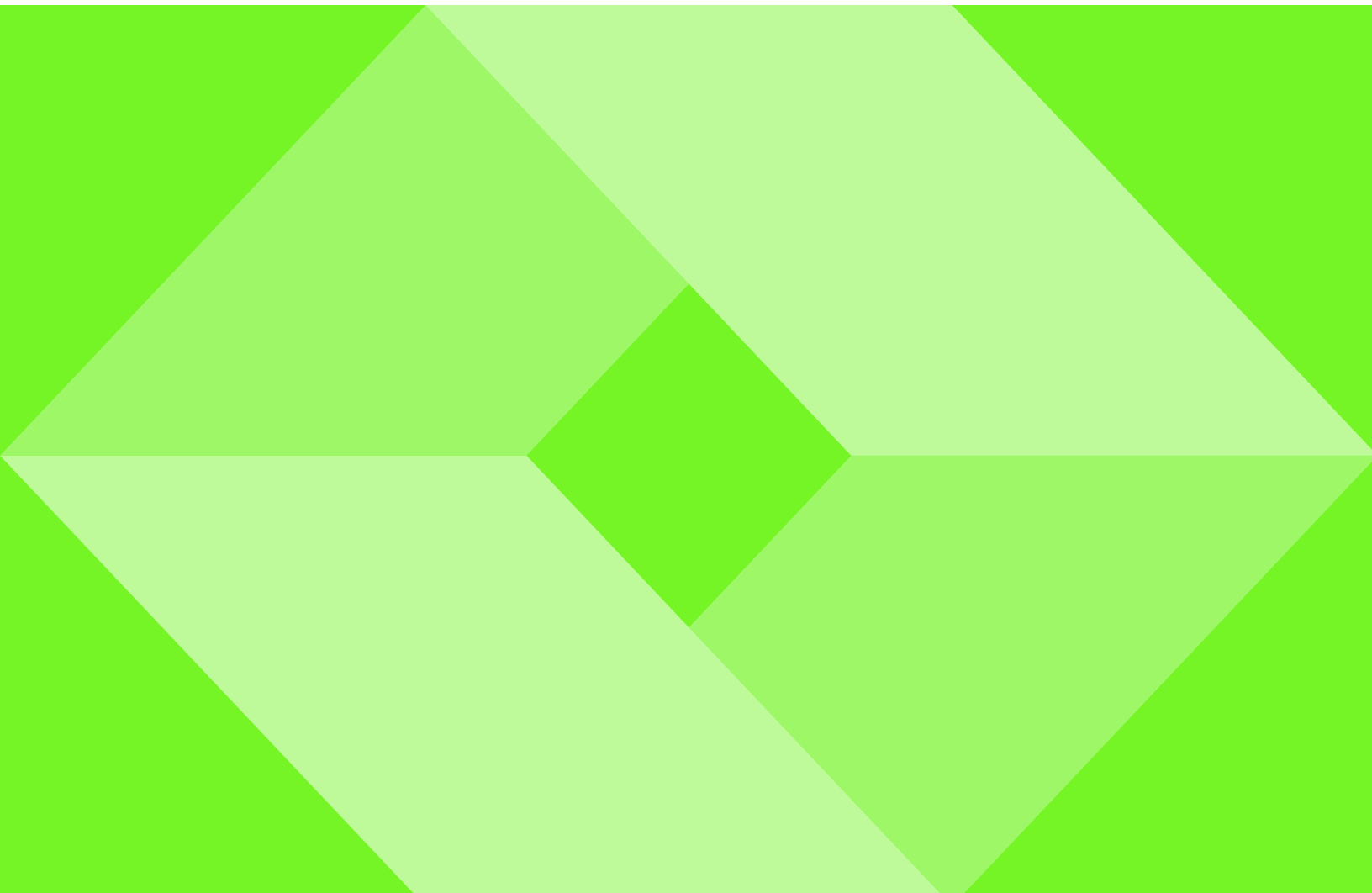
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, G. (2013). Mujeres migrantes cuidadoras en flujos migratorios sur-sur y sur-norte: expectativas, experiencias y valoraciones. *Revista Latinoamericana* (35), 1-25.
- Ataide, S. (2019) Género y migraciones. Un estudio sobre mujeres migrantes tarijeñas en torno al mercado de trabajo hortícola de Apolinario Saravia en la provincia de Salta. Universidad Nacional de La Plata (43), 13.
- Bejarano, L. (2007). La migración de colombianos de clase media y alta hacia Europa en contextos de globalización y modernidad contemporánea. El caso de Toulouse y Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. *Revista de Sociología* (85), 23-27.
- Burín M. (2008). Las “fronteras de cristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Buenos Aires. (1), 75-86.
- Burín, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Dictado de clase: Género y salud mental en mayo 2010. Argentina.
- Bustos, O. (2002). Mujeres rompiendo el techo de cristal: el caso de las universidades. *OMNIA - Revista de la Coordinación de Estudios de Posgrado* (41), 1-7.
- Cerda, J. (2014). Las familias transnacionales. *Revista Espacios Transnacionales* (2), 78-86. Disponible en: <http://www.espaciostransnacionales.org/segundo-numero/reflexiones-2/familias-transnacionales>.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2009). Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009.
- (Eurostat Statistics Explained). (2017.) Estadísticas de migración y población migrante Base de datos, Europa.
- Falicov, C. (2002) Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas sistémicas* (13), 3-7.
- GCIM (2005) *Migration in an Interconnected World: New Directions for Action: Report of the Global Commission on International Migration*, Ginebra, Global Commission on International Migration, <http://www.gcim.org/en/finalreport.html>.
- Glick Schiller, N. (1999) “Transmigrants and Nation-States: Something Old and Something New in the U.S. Immigrant Experience.” En: C. Hirschmann, P. Kasinitz, and J. DeWind (eds) *The Handbook of International Migration*. New York: The Russell Sage Foundation, 1999. P. 94-119.
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME). (2016). Mexicanos en el mundo. Disponible en: http://www.ime.gob.mx/gob/estadisticas/2016/mundo/estadistica_poblacion.html
- Mora, C. (2008) Globalización, Género y Migraciones. *Revista Latinoamericana* (20), 1-11.
- Organización de las naciones unidas (ONU). (2016). Centro de noticias ONU. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=34205#.WlfCqVuCzIU>
- Padilla, B. (2014) Género y Migraciones: Nuevas reconfiguraciones y protagonismos de las mujeres latinoamericanas. A modo de introducción. Anuario Americanista Europeo, Madrid; Salaman-

que: REDIAL-CEISAL, 2013, (11), 1-9.

- Parella, R. (2012). Familia transnacional y redefinición de los roles de género. El caso de la migración boliviana en España. Universidad Autónoma de Barcelona. (3), 662-680.
- Pedone, C., Echeverri, M. y Gil Araujo, S. (2014), “Entre dos orillas. Cambios en las formas de organización de las familias migrantes latinoamericanas en España en tiempos de crisis global” ponencia presentada en el 54 Congreso Internacional de Americanistas, 15-20 de julio, Viena.
- OIM. (2009). Migración de retorno. Organización Internacional para las Migraciones. Disponible en: <http://www.iom.int/>
- Pliego, C. (2013). Tipos de familia y bienestar de niños y adultos: El debate cultural del siglo XXI en 13 países democráticos. Universidad Nacional Autónoma de México. Ed. Porrúa. p.7-10.
- Roberti, M. E. (2012). El enfoque biográfico en el análisis social: claves para un estudio de los aspectos teórico-metodológicos de las trayectorias laborales. *Revista colombiana de sociología*. (1), 127-149.
- Solé, C. (2000). La inmigración femenina en la era de la globalización. En M.A. Roque (Dir.), *Mujer y migración en el Mediterráneo occidental*. Barcelona: Icaria. (2), 241-256.
- Scott, J. (1990). “El género, una categoría útil para el análisis histórico”, Ed. Alfons el Magnanim, Valencia. (91), 1053-1075.
- Woo, O. (2007). La migración de las mujeres ¿un proyecto individual o familiar? *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana (REMHU)*, (29), 23-45.
- Yépez del Castillo, I. (2014). Escenarios de la migración latinoamericana la vida familiar transnacional. Universidad del país Vasco. Vizcaya, España. (2), 1-27.
- Zapata Martínez, A. (2009). Familia transnacional y remesas: padres y madres migrantes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. (2), 1749-1769.
- Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77314999024.pdf>.

Intervención



Psychotherapy as performative function: microanalysis of an intervention by Minuchin

Bernardo Enrique Roque Tovar^a

^aInstituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Historia editorial

Recibido: 03-04-2021

Primera revisión: 20-06-2021

Aceptado: 02-12-2021

Palabras clave

función performativa,
psicoterapia, micro-análisis,
minuchin.

Resumen

El presente artículo consiste en un análisis empírico de dos intervenciones de Salvador Minuchin en su abordaje de una familia que tiene a una adolescente diagnosticada con anorexia. Se presenta el concepto de función performativa desde los actos del habla y sus implicaciones para el diálogo psicoterapéutico. Se hace una descripción de dos instrumentos que permiten evidenciar las intervenciones clínicas desde una perspectiva micro-analítica: el Algoritmo David Liberman y el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica. Se presentan los resultados con el fin de evidenciar la estructura lingüística del autor analizado y la manera en la cual ejerce su influencia retórica. Finalmente, se postula una combinación de lenguajes como una probable estructura discursiva que puede atravesar diferentes enfoques terapéuticos.

Abstract

This article presents an empirical analysis of two main interventions by Salvador Minuchin when working with a family who has a member diagnosed with anorexia. The author describes the concept of performative function based on the theory of acts of speech and its implications for therapeutic dialogue. A description of two instruments to micro-analyze therapeutic dialogue is presented (The David Liberman Algorithm and the Codification System of Therapeutic Activity). The results of the interventions are presented in order to show the linguistic structure of the therapeutic performance by Minuchin and the way he exerts his rhetorical influence on consultants. Finally, the author proposes a combination of languages as a probable discursive structure that can be a common factor across different therapeutic approaches.

Keywords

performative function,
psychotherapy, micro-analysis,
minuchin.

Mucho se ha escrito acerca de los factores que promueven el cambio en la psicoterapia y el campo, en general, se caracteriza más por entender las diferencias entre cada modelo y enfoque que por estudiar los procesos subyacentes a todo encuentro terapéutico. La terapia familiar no es la excepción, y así tenemos diversas clasificaciones que han sido propuestas por autores importantes. Por ejemplo, Bertrando y Toffaneti (2004) ofrecen una extensa clasificación que divide a los modelos de terapia familiar en intergeneracionales, sistémicos, estratégicos, experienciales, estructurales, multifamiliares, posmodernos, conversacionales, entre otras. La lógica de este tipo de clasificaciones se centra en los contenidos que para cada enfoque y modelo son necesarios entendiendo el cambio en un sentido amplio de lo que acontece en el interior del sistema. Así, por mencionar alguno, para el modelo estructural es muy importante incidir en el tipo de reglas subyacentes con las cuales el terapeuta considera que opera el sistema familiar.

La intención del presente artículo, por otro lado, parte de entender a la terapia desde un enfoque más inmediato y micro-analítico de lo que ocurre en momentos decisivos dentro de las intervenciones que hacen los terapeutas y que ofrecen una “evidencia conversacional” de cómo ocurre el cambio (y también el estancamiento) dentro de la sesión de psicoterapia misma. Se retoma la apreciación de Garfinkel (2002), en el sentido de que el “corazón” de la terapia se encuentra dentro del diálogo. Esta manera de entender la terapia para su estudio e investigación ha sido ampliamente considerada tanto desde un enfoque de factores comunes (Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010) como desde enfoques más tradicionales como lo es el psicoanálisis (Maldavsky, 2013). Cercana al campo de la terapia familiar, la obra más desarrollada desde esta perspectiva considero que es la de Bandler y Grinder (1975), aunque su análisis desde el lenguaje y la lingüística creo que no ha sido la parte que ha tenido más realce. Así, se afirma que la terapia funciona desde una perspectiva de observar la influencia retórica y persuasiva que el lenguaje tiene dentro del diálogo terapéutico.

Esta visión parte desde lo que en el campo filosófico se conoce como la función performativa del lenguaje. Austin (1962) en su Teoría de los Actos del Habla afirma que “Decir algo es hacer algo. Hablar es hacer”. Searle (1980) señala que el acto de hablar contiene tres funciones: lo que se dice (la función locutiva), lo que se hace al decir (función ilocutiva) y los efectos que tiene en nuestro interlocutor lo que decimos (función perlocutiva). La herramienta principal del psicoterapeuta es la palabra, el lenguaje, la conversación, que en su conjunto forman la retórica y los efectos que el hablar tiene en los interlocutores del diálogo, en una influencia mutua. No obstante, para el caso de la terapia, el que interviene lleva la iniciativa, ya que sus intervenciones están pensadas con la intención de crear cierto tipo de efecto, cualquiera que este sea y desde el enfoque desde el cual se sostenga. En otras palabras, esta es una visión retórica del ejercicio de la psicoterapia.

Conviene proporcionar una definición de lo que se entiende por diálogo terapéutico desde esta perspectiva conversacional: “Entendemos por diálogo terapéutico al medio por el cual los terapeutas y consultantes usan el lenguaje y otras formas de comunicación para lograr entendimiento y acciones compartidas en los resultados preferidos por el cliente” (Strong, Busch y Couture, 2008, p.389)¹.

Como se aprecia en la definición, el elemento central es el lenguaje y otras formas de comunicación. Es importante resaltar el término “lograr” ya que esa es la perspectiva retórica y performativa del lenguaje dentro del contexto terapéutico. A través de las palabras, el silencio, el tono de voz, las gesticulaciones y los movimientos corporales se intenta influir para “lograr” algo en el consultante. El diálogo entre los interlocutores va creando una especie de “terreno común” (*common ground*, Clark, Schreuder & Buttrick, 1983) que permite la generación de conocimiento mutuo acumulado para lograr (o no) un entendimiento, el cual es clave para el alcance de los objetivos que ambas partes se proponen, en este caso, objetivos psicoterapéuticos. La unidad mínima de estudio

1 Traducción del el autor. El texto original de la cita es: “We regard therapeutic dialogue as the means by which therapists and clients use language and other forms of communication to accomplish understanding and shared actions on client-preferred outcomes.”

son los pares adyacentes que se originan dentro del diálogo, es decir, el turno del terapeuta y el del consultante (por ejemplo, pregunta y respuesta) se analiza para observar la interacción generada.

La importancia del lenguaje y la comunicación no es tema indiferente al campo de la terapia familiar. La obra de Watzlawick, Bavelas y Jackson (1967) representa una de las contribuciones más sobresalientes al campo de la comunicación humana y sus efectos pragmáticos en la conducta y la interacción. Con una influencia más fuerte en lo retórico y el impacto de relato, también en el campo de la terapia familiar se encuentran las contribuciones de White y Epston (1993) y de Ramos (2001), las cuales están más cercanas al campo del construccionismo y el constructivismo, que son la base de la propuesta que aquí se presenta para entender el funcionamiento de la psicoterapia. La diferencia principal con la propuesta aquí presentada, como se verá más adelante, radica en el enfoque micro-analítico y el énfasis en lo performativo que la teoría de los actos del habla sostiene como método de análisis del discurso.

Desde esta perspectiva, este artículo se interesa por mostrar las capacidades performativas en el diálogo terapéutico de una de las figuras más importantes del campo de la terapia familiar como lo es Salvador Minuchin, a través del análisis de dos de sus intervenciones que han quedado registradas en su obra tanto bibliográfica como visual. El caso que se retoma trata de una consultante de 16 años diagnosticada con anorexia y que asistió a una sesión de consultoría con Minuchin junto con el resto de su familia. A continuación, se presenta la metodología utilizada para el análisis de las intervenciones y posteriormente una descripción más detallada del caso.

2. MÉTODO

Existen diversas propuestas de análisis del discurso para el estudio de los procesos terapéuticos desde una perspectiva conversacional y de función performativa. En este artículo nos centraremos en dos de ellas, específicamente el *Algoritmo David Liberman* (Maldavsky, 2013) y el *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica* (Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010). Se retomarán elementos específicos de cada uno de ellos para hacer el análisis de la intervención de Minuchin que será mostrada más adelante. A continuación, describiremos cada una de estas propuestas:

Algoritmo David Liberman, en su modalidad de estructura frase (ADL): Maldavsky (2004; 2013) creó el Algoritmo David Liberman (ADL) conformado por tres métodos de análisis del discurso basado en la *Teoría de los Actos del Habla*: por conteo de palabras de manera computarizado, relatos y estructura-frase. Para los objetivos del presente análisis se retoma el último de ellos. Originalmente, se trata de una metodología interdisciplinaria de análisis desde las funciones performativas del lenguaje que permite analizar frases o enunciados en su conexión con los supuestos teóricos psicoanalíticos.

Aun cuando esta propuesta de análisis del discurso está originalmente desarrollada para el estudio de los procesos psicoanalíticos, el autor señala que es apropiado para el estudio de “manifestaciones culturales y sociales de diverso tipo” (Maldavsky, 2004, p. 8). Lo que se retomará para este estudio es la propuesta de “estructuras frase” incluidos en el método (Maldavsky, 2013) para el análisis desde los actos del habla de las intervenciones de Minuchin que serán analizadas. La clasificación está dividida en siete categorías que agrupan a los diferentes actos del habla que identifica y cada una tiene un nombre, el cual se expone para poder identificarla. La categoría denominada “LI” se refiere a fenómenos de la tensión corporal y se expresa en actos del habla que tienen que ver con estados de cosas y procesos corporales. El lenguaje “O1” tiene como fundamento el valor de la verdad como un tipo de revelación, incluyendo actos del habla como las paradojas y el pensamiento místico. La categoría “O2” tiene al amor como fundamento. Actos del habla asociados a esta dimensión incluyen quejas, reproches, reclamos de amor y lamentos. El lenguaje A1 tiene como guías a la justicia y al deseo de venganza. Las estructuras-frase que lo componen se refieren a las denuncias, injurias, amenazas y maldiciones. Por otro lado, el lenguaje A2 se articula alrededor del orden, el saber y la estructura. Los actos del habla que la componen se relacionan con el uso de máximas y

proverbios, descripción de situaciones, juicios valorativos, síntesis y conjeturas. La categoría FU se relaciona con el lenguaje tentativo y cauteloso e incluye actos del habla tales como las advertencias, las muletillas, el acompañamiento del discurso ajeno y los consejos. Finalmente, el lenguaje FG está guiado por la belleza y lo estético, con actos del habla tales como los elogios, las dramatizaciones, la comparación a través de metáforas y los juegos de palabras. La descripción completa de la clasificación de actos del habla de este instrumento se encuentra en Maldavsky (2013, pp. 94-97).

Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): la otra propuesta de análisis del diálogo terapéutico que será utilizada para el análisis de las intervenciones de Minuchin seleccionadas es el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica, también conocido por sus siglas: SCAT ((Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010). Se trata de una herramienta que parte de la concepción ya mencionada de que el cambio terapéutico se gesta dentro del habla entre terapeutas y consultantes, y se propone como un instrumento para estudiar el cambio terapéutico desde una posición “meta-escuela” o de factores comunes, centrada más en los actos del habla que desde el soporte teórico de cada enfoque. El SCAT (Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010) está dividido en dos dimensiones y en cinco categorías. La dimensión de acción se divide en las categorías forma básica, intención comunicacional y técnica terapéutica. La dimensión de contenido se divide en ámbito y referencia. El componente de acción está centrado en los tipos de actos del habla, mientras que el contenido tiene que ver con el tipo de lenguaje que es utilizado y a quién se hace referencia. A continuación, se exponen de manera resumida cada una de las categorías:

La *forma básica* se refiere al tipo de enunciado que es utilizado para expresarse: asentir, aseverar, negar, preguntar o dirigir. La *intención comunicativa* tiene que ver con lo que se pretende lograr en el interlocutor al intervenir: explorar, sintonizar o resignificar. La *técnica terapéutica* hace alusión a actos del habla que expresan diferentes intervenciones terapéuticas que han sido documentadas por los diversos enfoques tales como la interpretación, la confrontación, la auto-revelación, el reflejo, el resumen, la paradoja, con un total de 15 técnicas. La definición es dada en términos de su contenido como acto del habla y no desde algún tipo de fundamento meta-psicológico. En cuanto a la dimensión del *contenido*, la categoría ámbito se refiere a si el enunciado utilizado hace referencia a un pensamiento, una acción o un afecto. Finalmente, la dimensión de la *referencia* tiene que ver con el hecho de a quién se dirige el enunciado utilizado: primera persona, segunda persona, tercera persona, hacia la relación terapéutica, relación con un tercero o una referencia neutral. Cada una de las intervenciones (actos del habla) tanto de terapeuta como de consultante se analiza desde estas cinco categorías.

MUESTRA

Los extractos de dos intervenciones centrales de Minuchin son tomados de un caso que se encuentra documentado tanto en libro como en video (Minuchin, Rosman y Barker, 1978) y que muestra una sesión de consultoría con el caso denominado la familia *Menotti*. Se trata de una familia italo-americana cuya hija mayor de 16 años padece de anorexia desde los 14. En la sesión se encuentran presentes mamá, papá, la hija de 16 y dos hijas de 15 y 14. La hipótesis central que ofrece Minuchin a la familia es que la madre, junto con la aprobación del padre, ha protegido en demasía a las hijas tratándolas como niñas cuando ya han entrado en la adolescencia. Como ya se expuso anteriormente, el contenido teórico de la terapia familiar estructural no es el centro del análisis, sino la manera en la cual Minuchin despliega su intervención de manera performativa a través del lenguaje. Los extractos a analizar son los siguientes:

“Esto siempre pasa, siempre pasa... cuando eres muy sensible al dolor de niños pequeños, luego viene el problema de cómo llegar a ser la madre de hijos mayores... siempre pasa. Significa que tienes que cambiar” (Traducción del autor).

Esta intervención la dirige principalmente a la madre una vez que lleva a cabo el diagnóstico estructural previo. Hacia el final de la sesión, cuando la chica con anorexia afirma que ella es el sujeto de la intervención, Minuchin interviene con la siguiente afirmación:

“Ana, estás equivocada...tú no eres el sujeto. Mamá es un sujeto, papá es un sujeto (frases superpuestas con el papá y la hija), estoy interesado en la familia (frase superpuesta con la hija)... estoy interesado...para mí es muy importante lo que está pasando ahora. Para mí es muy importante que las chicas están creciendo y no saben cómo hacerlo” (Traducción del autor).

A continuación, se presentará el análisis de estas dos intervenciones usando tanto el Algoritmo David Liberman en su versión de palabras-frase, así como el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT). Por motivos de espacio se presentará solamente el análisis detallado de las intervenciones de Minuchin, mientras que las reacciones de la familia serán comentadas de manera general.

3. RESULTADOS

PRIMERA INTERVENCIÓN (ADL)

En la siguiente Tabla se presenta la intervención dividida en los actos del habla correspondientes, así como el tipo de lenguaje que de acuerdo al ADL le corresponde:

Tabla 1. Primera intervención de Minuchin: análisis ADL

Texto	Acto del habla	Tipo de lenguaje
Esto siempre pasa, siempre pasa...	Énfasis	FG
cuando eres muy sensible al dolor de niños pequeños, luego viene el problema de cómo llegar a ser la madre de hijos mayores....	Generalización concreta	A2
siempre pasa	Énfasis, exageración	FG
Significa que tienes que cambiar.	Conjetura o inferencia concreta	A2

En la primera intervención por parte de Minuchin vemos una lógica interesante, ya que se aprecia un lenguaje de tipo lógico (A2) a través de generalizaciones y conjeturas, pero en un lenguaje enfático y dramatizado (FG) que “envuelve” al saber que se presenta como dado por parte del terapeuta. La afirmación es categórica (la madre tiene que cambiar), pero se accede a ella a través de una dramatización. Por otro lado, ahora se presenta la misma intervención de Minuchin, pero analizada bajo el otro instrumento seleccionado para este artículo:

Tabla 2. Primera intervención de Minuchin: análisis SCAT

Texto	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
Esto siempre pasa, siempre pasa...	Aseveración	Sintonizar	Argumentación	Ideas	Neutral
cuando eres muy sensible al dolor de niños pequeños, luego viene el problema de cómo llegar a ser la madre de hijos mayores....	Aseveración	Sintonizar	Argumentación	1. Afectos (sensible)	Otro presente

siempre pasa	Aseveración	Sintonizar		Ideas	Neutral
Significa que tienes que cambiar.	Aseveración	Resignificar	Interpretación	Ideas	Otro presente

La forma básica que se aprecia en la intervención de Minuchin es la aseveración. Invariablemente toda la intervención se compone de afirmaciones, de conocimiento dado como cierto. A nivel de intención comunicacional se observa una preparación para la conjetura final, ya que en los primeros tres actos del habla intenta sintonizar con lo que le sucede a la familia desde su punto de vista, para finalmente buscar el intento de resignificación (la madre tiene que cambiar). La técnica terapéutica también es consistente ya que elabora una serie de argumentaciones para la conjetura final de cambio, la cual se presenta como una interpretación de lo que la familia presenta. En cuanto al ámbito, la intervención se presenta básicamente en el ámbito de las ideas con un pequeño señalamiento hacia los afectos (sensible). Finalmente, la referencia comienza de una manera indirecta, para terminar, centrándose en la figura de la madre. Lo más notorio que se puede resaltar de la intervención de Minuchin es su consistencia en todos los ámbitos, para llegar a un punto conclusivo (la madre tiene que cambiar), aderezado por un tono emocional de sensibilidad.

En la segunda intervención, Minuchin se dirige al miembro de la familia cuyo síntoma es el motivo de consulta (la adolescente de 16 años con diagnóstico de anorexia). Hacia el final de la sesión, la adolescente trata de dejar en claro que están reunidos ahí para tratar un asunto de ella y que debido a eso es el centro de la intervención, el sujeto de la misma. Veamos ahora en primera instancia, el análisis desde el ADL:

Tabla 3. Segunda intervención de Minuchin: análisis ADL

Texto de Minuchin	Acto del habla	Lenguaje
Ana, estás equivocada... tú no eres el sujeto	Rectificación de la opinión ajena	A2
Mamá es un sujeto, papá es un sujeto	Comparación entre rasgos objetivos	A2
estoy interesado en la familia ...estoy interesado...	Énfasis	FG
para mí es muy importante lo que está pasando ahora.	Énfasis, dramatización	FG
Para mí es muy importante que las chicas están creciendo y no saben cómo hacerlo”.	Conjetura o Inferencia concreta	A2

Al igual que en la primera intervención, notamos una combinación entre lenguaje A2 (estructura) y FG (énfasis, dramatización artística). El primer acto del habla lo dirige hacia la corrección de la afirmación de la adolescente (rectificar la opinión ajena, A2) y lo ejemplifica con una comparación (también A2). Después viene un matiz enfático y dramático de lo que está ocurriendo en ese momento en la sesión y lo que a él le interesa (FG), para concluir con una inferencia concreta que se articula alrededor de la misma idea que había sostenido en su primera intervención (el crecimiento de las adolescentes y el nivel de independencia). A nivel de actos del habla resalta esta combinación de lenguaje estructurado y enfático/dramático en sus intervenciones.

Tabla 4. Segunda intervención de Minuchin: análisis SCAT

Texto	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
Ana, estás equivocada...tú no eres el sujeto	Negación	Resignificar	Confrontación	Ideas	Otro presente
Mamá es un sujeto, papá es un sujeto	Aseveración	Resignificar	Nominación	Ideas	Otro presente
estoy interesado en la familia ...estoy interesado...para mí es muy importante lo que está pasando ahora.	Aseveración	Resignificar	Auto-revelación	Ideas	Otro presente (hacia la familia)
Para mí es muy importante que las chicas están creciendo y no saben cómo hacerlo”.	Aseveración	Sintonizar	Información	Ideas	Otro presente (hacia la familia)

Cuando analizamos la segunda intervención de Minuchin desde el SCAT, notamos a nivel de técnica primero una confrontación que en su forma básica se expresa como una negación de lo dicho por la adolescente tratando de resignificar la idea de quién es el objeto de la intervención. En esta ocasión el terapeuta se dirige hacia la hija para aclarar una idea desde su enfoque sistémico que ve a la familia como un todo. Posteriormente esta idea pasa a ser explicada con una serie de aseveraciones (forma básica) de quién es el objeto de la intervención, tratando de resignificar (intención comunicativa) esta idea. A nivel de técnica los actos del habla se ubican en la nominación y la información, aderezadas por una pequeña auto-revelación sobre lo que le interesa de la familia. Todas estas técnicas se centran en el ámbito de las ideas y la referencia fluctúa entre la adolescente, los papás y finalmente hacia toda la familia entera. La manera de intervenir de Minuchin asemeja a la de un experto que sabe lo que le sucede a la familia.

4. CONCLUSIÓN

En este artículo se ha presentado un análisis performativo de dos intervenciones centrales de Salvador Minuchin en el tratamiento de una familia con un miembro con diagnóstico de anorexia. La propuesta de este artículo ha consistido en “develar” las sutilezas usadas en el lenguaje desde la teoría de los actos del habla, considerando que la función performativa del lenguaje es la que opera el cambio a nivel micro-analítico. La teoría del autor analizada ha sido considerada de manera somera solo en algunos puntos específicos del análisis.

Al observar de cerca la lógica del lenguaje utilizado por Minuchin vemos que lo que más resalta es su consistencia en el momento de la intervención. Ya sea con un instrumento o con el otro (ADL o SCAT), la intervención es consistente y estructurada al ser analizada como un todo. En el caso del ADL, el lenguaje A2 (estructurado y lógico) se mantiene a través de conjeturas y generalizaciones principalmente. En cuanto al SCAT, el ámbito de las dos intervenciones es prácticamente invariable: las ideas que requiere introducir en el sistema familiar. Esto conlleva que a nivel de técnica sus intervenciones sean interpretaciones, argumentaciones, nominaciones y confrontaciones, con la intención de que el sistema resignifique (intención comunicacional) como elemento central de la intervención.

Para lograr el terreno común (Clark, Schreuder y Buttrick, 1983) con la familia, este tipo de intervención tiene que ser muy convincente, una vez que se trata de influir en la manera de pensar de

una familia que está conflictuada. La manera en la que performativamente se presenta la intervención aduce a la opinión de un experto en la materia que sabe qué es lo que le ocurre a la familia. Un detalle sutil parece resaltar en la intervención: el énfasis y la dramatización. Desde el ADL, las intervenciones lógicas y estructuradas van envueltas de pequeños elementos de énfasis (lenguaje estético FG). Al usar el SCAT, las intervenciones donde hace referencia a sí mismo (“me interesa lo que le está pasando a la familia”) y el uso de adjetivos afectivos en sus argumentaciones (“sensible”), parecen hacer una pequeña gran diferencia. Este hallazgo sin duda que requiere una mayor investigación en diferentes enfoques terapéuticos para ser considerado como lo que Norcross y Wampold (2018) han denominado *relaciones terapéuticas empíricamente fundamentadas*, es decir, una secuencia comunicativa que encuentra evidencia de ser útil en diferentes contextos y en diferentes enfoques.

El concepto de diálogo terapéutico (Strong, Busch y Couture, 2008) encuentra eco en las intervenciones analizadas, una vez que son presentadas como evidencia conversacional de la manera en la que un autor de un enfoque aplica sus ideas ya en el contexto de una intervención específica. Sin este tipo de evidencia los enfoques terapéuticos se convertirían en una retórica de difícil acceso, lo cual dificultaría la formación de clínicos y la evaluación de la efectividad y los contextos en los cuales resultan útiles. Esta es la apuesta principal del presente artículo: evidenciar a un nivel micro-analítico y de actos del habla las intervenciones terapéuticas que sus propios autores consideran paradigmáticas. En ese sentido, el ADL y el SCAT han demostrado ser aplicables para develar en una parte los patrones y consistencias de autores como Minuchin.

Por otra parte, aun cuando los resultados del presente micro-análisis no serían posibles de generalizar, la propuesta para entender el cambio terapéutico aquí presentado a un nivel de evidencia en la conversación puede aportar mucho al ejercicio clínico. Por ejemplo, evidenciar las intervenciones en momentos específicos de las sesiones (episodios terapéuticos) nos permite distinguir las intervenciones centrales de las que son más periféricas. El terreno común que se logre con el sistema consultante es clave para saber si es posible construir sobre las diferentes ideas que se van planteando como alternativas para el cambio terapéutico. Además, las categorías del lenguaje que presentan instrumentos como el ADL y el SCAT permiten pensar al clínico de qué manera utiliza el lenguaje de una manera más sistematizada desde sus elementos de análisis del discurso, lo cual puede reforzar el enfoque que utilice. Por ejemplo, el uso de directivas en determinados enfoques permite pensar la intervención como una forma de influir a través del lenguaje, y distinguirse de otros recursos lingüísticos tales como la connotación positiva, la interpretación y del uso de preguntas.

Se requiere de mayor investigación micro-analítica de la gran variedad de enfoques terapéuticos en terapia familiar para determinar aquéllos factores que tienen en común y también para facilitar su enseñanza en la formación de las nuevas generaciones, para que el aprendizaje de los enfoques se enriquezca y se visibilice la manera en la que ejecutan (función performativa) sus ideas los autores reconocidos como emblemáticos de cada escuela terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Austin, J. L. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. (reimpresión, 1982). Barcelona: Paidós.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1975). *La estructura de la magia*. Madrid: Cuatro Vientos.
- Bertrando, P. y Toffaneti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Clark, H. H., Schreuder, R., y Buttrick, S. (1983). Common ground and the understanding of demonstrative reference. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22, 245-258.
- Garfinkel, H. (2002). Ethnomethodology's program: Working Out Durkheim's aphorism (A. W. Rawls, Ed.), Lanham, MD: Rowan y Littlefield.
- Maldavsky, D. (2013). *ADL. Algoritmo David Liberman*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families in context*. Cambridge: Harvard University Press.

- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889–1906. <https://doi-org.ezproxy.iteso.mx/10.1002/jclp.22678>
- Ramos Gutiérrez, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas. Un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Searle, J. (1980). *Actos del habla*. Madrid: Cátedra.
- Strong, T., Busch, R. y Couture, S. (2008). Conversational evidence in therapeutic dialogue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 388-405.
- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J.C. y Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(2), 117-130.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. (1967 año original en inglés). Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Family Therapy intervention model focused on child emotional abandonment

Marina Salazar Alfaro^a, Lourdes Aletheia Carrillo Cuevas^a

^aUnidad Médica D´Milo, marina.sal.alf@gmail.com

^bPaideia Psicología Infantil

Historia editorial

Recibido: 03-08-2020

Primera revisión: 01-03-2021

Aceptado: 11-07-2022

Palabras clave

terapia familiar, terapia infantil, abandono emocional, maltrato infantil, modelo de intervención.

Resumen

Este modelo de intervención de terapia familiar está inspirado en la necesidad de trabajar de manera asertiva con familias que presentan, dentro de sus distintas situaciones, abandono emocional hacia uno o varios de los hijos. Se plantea el modelo con base en que el maltrato infantil tiene muchas formas, siendo el abandono emocional una de ellas y que incluso puede llegar a pasar desapercibida, por esta razón se pretende hacer visible dicha situación y acompañar a la familia a generar cambios positivos en la relación con los hijos, a través del modelo propuesto que consta de tres etapas del proceso terapéutico: evaluación, intervención y cierre. Mismas que incluyen actividades y técnicas específicas de intervención.

Abstract

This model of family therapy intervention is inspired by the need to work assertively with families who present, within their different situations, emotional abandonment towards one or more of the children. The model is proposed based on the fact that child abuse has many forms, with emotional abandonment being one of them and that it may even go unnoticed, for this reason it is intended to make this situation visible and accompany the family to generate positive changes in the relationship with the children, through the proposed model that consists of three stages of the therapeutic process: evaluation, intervention and closure. They include activities and specific intervention techniques.

Keywords

family therapy, child therapy, emotional abandonment, child abuse, intervention model.

En el consultorio terapéutico cuando se atiende un caso de un niño en edad escolar o de una familia con uno o más niños de dicha edad, suele llamar la atención la presencia de un tipo de maltrato del que se habla poco, posiblemente porque es poco visible, el abandono emocional infantil. Para entender esto, primero es importante comprender qué es el maltrato infantil en general.

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato infantil como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Organización Mundial de la Salud, 2020, párrafo 1).

Diversas investigaciones citadas en Soriano et al. (2009), describen que todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos, siendo las consecuencias más comunes las siguientes: aislamiento social, agresividad, abuso o dependencia al alcohol, desórdenes de la conducta alimentaria, ansiedad, problemas de aprendizaje, disminución de atención, pobre autoconcepto, pobre autoestima, disminución de la concentración, problemas de conducta, pobre cooperación, sentimientos de culpa, conductas delictivas, dependencia en las relaciones sociales, depresión, desobediencia, abuso de drogas, desajuste emocional, problemas escolares, estrés postraumático, hiperactividad, hostilidad, cambios de humor, impulsividad, problemas de socialización, alteraciones del sueño, conductas sexuales inapropiadas, suicidio, ideación suicida y autolesiones.

De acuerdo con Barcelata y Álvarez (2005), los altos niveles de incidencia del maltrato infantil en la familia, la colocan como un importante problema de salud pública en América Latina, principalmente por las graves consecuencias que puede traer en el desarrollo de los niños. Es por esa razón que resulta imperativo generar modelos de abordaje profesional para este tipo de fenómenos. La propuesta de intervención de este modelo está enfocada específicamente en uno de los tipos de maltrato infantil: el abandono emocional.

Para definir el abandono emocional recurriremos a la definición que hacen Arruabarrena y De Paúl (1994) quienes lo describen como:

La consecuencia de una persistente falta de interacción de los miembros de la unidad convivencial con los menores a su cargo, lo que se manifiesta a través de la ausencia o escasez de interacciones padres-hijos, la insuficiente estimulación del niño y la falta de respuestas paternas a las señales de proximidad, contacto e interacción generadas por el menor. Lo cual podría impedir su adecuado desarrollo evolutivo.

En el consultorio terapéutico es común ver este síntoma en varias situaciones familiares, sin embargo, no existe una estadística actual que nos indique la presencia y frecuencia del mismo en las familias mexicanas, probablemente por ser un tipo de maltrato poco evidente, el cual es difícil medir cuantitativamente. Este es un motivo más para ahondar en el objeto de estudio de este trabajo, ya que al no contar con estadísticas oficiales sobre el abandono emocional, se impide la visibilidad del fenómeno y sus consecuencias, reduciendo la posibilidad de que se generen estrategias de intervención para abordar el problema. Es por tal razón que a través de esta propuesta se busca dar respuesta a dicha problemática, generando líneas de acción para intervenir en la misma a través de un abordaje sistémico.

El modelo de intervención de terapia familiar enfocado al abandono emocional infantil surgió a raíz de la formación y experiencia de ambas autoras, terapeutas familiares y enfocadas a la atención de familias con niños en edad escolar. El modelo fue creado en el contexto del Diplomado de Atención Psicológica Infantil del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, de Guadalajara, Jalisco, México. El caso plasmado como aquellos en los que se ha aplicado el modelo fueron procesos terapéuticos de la práctica privada.

El modelo de intervención es plasmado en este documento, sustentado por fundamentos teóricos detallados en el siguiente apartado y principios básicos que tienen en común aspectos teóricos de la terapia familiar y de la terapia infantil, puesto que se plantea que la intervención sea realizada por terapeutas con formación en ambas especialidades. Se plasman las etapas de intervención y las técnicas específicas que se pueden utilizar durante el proceso de terapia, así como los campos de aplicación del modelo y un caso, a manera de ejemplo, donde fue aplicado.

2. FUNDAMENTACIÓN

Moreno (2004) señala que un factor frecuente en el abandono emocional es precisamente los antecedentes parentales, en donde se ha visto que los responsables de los niños han tenido un modelo parental muy inapropiado, en donde habían sido objeto de situaciones de desprotección.

Autores como Browne y Linch (1995 en Moreno, 2004) concluyen que la tasa de padres españoles que manifiestan haber sido víctimas de malos tratos durante su infancia oscila entre el 30 y el 60%. Asimismo, Belaski (1993, en Moreno, 2004) señala que es el historial previo de crianza de los padres lo que condiciona su estilo interactivo con sus hijos, el método de disciplina, el conocimiento acerca del desarrollo infantil y, en general, el cuidado y atención que proporcionan a estos.

De igual manera, Di Bártolo afirma que “Cuando la propia historia infantil no está elaborada, los afectos que las necesidades emocionales de sus hijos les evocan son maximizadas o minimizadas en su importancia, lo que lleva a los padres a responderles de forma inadecuada” (2019, p.173). Por tanto, la intervención que se realice para beneficiar a los niños víctimas de abandono emocional requiere del involucramiento de toda la familia, siendo el subsistema paterno un eslabón clave para la modificación de la dinámica familiar, ya que como lo menciona Stern (2001) “el estado emocional y las reacciones de los padres afectan el desarrollo psicológico del hijo, la forma en que se ve a sí mismo y su autoconfianza” (p. 3).

Por tal razón, y con la finalidad de dar respuesta a la atención del abandono emocional, proponemos hacerlo a través de la terapia familiar, misma que ha sido exitosa en tratar situaciones emocionales, conductuales, académicas y psiquiátricas en niños y adolescentes, pues la familia completa se ve afectada cuando uno de los miembros de la familia tiene un problema y, a su vez, la influencia del ambiente en que se desenvuelve este miembro afecta la experiencia del mismo. Es por ello que el fenómeno se observa de manera circular. Estos patrones de influencia mutua pueden ser repetitivos de generación en generación y pueden repetirse también en diferentes escenarios (Stern, 2001).

Un aspecto que resalta Marcia Stern, es que la genética provee el plan base, pero es la influencia del ambiente la que dicta la manera en la que el plan se lleva a cabo (Stern, 2001). Entendiendo que el ambiente del sujeto es en gran parte el que se da en el sistema familiar al que pertenece y dado que las familias funcionan como sistemas en los cuales el comportamiento de un miembro influencia el comportamiento del resto, cuando los miembros de la familia logran cambiar un comportamiento clave, esto influenciará el comportamiento del resto de la familia (Stern, 2001).

Bermejo (2018) propone un patrón de trabajo que incorpore, entienda, respete y tenga en cuenta al menor a partir de intervenciones tanto individuales como familiares, considerando las diferentes tipologías familiares, así como los factores socioeconómicos de la actualidad, incorporando a su vez, aspectos emocionales y relacionales a través de un modelo de intervención sistémica.

Uno de los grandes aportes en este tema es el de Juan Luis Inares, quien crea el concepto de nutrición relacional, mismo que explica la importancia de percibirse amado pues “la nutrición relacional es el motor que rige la construcción de la personalidad, animando los procesos madurativos del psiquismo de forma continuada, en el niño y en el adulto” (2012, p.77). Por lo tanto, cuando no se logra una apropiada nutrición relacional y el niño no se percibe amado por sus padres o cuidadores primarios, es entonces cuando estamos en presencia del abandono emocional infantil.

Dentro de las intervenciones sistémicas se encuentra la Terapia Breve, misma que integramos a este modelo, ya que se caracteriza por ser sencilla de abordaje y centrada en soluciones, con la cual se pretende transmitir a los padres el mensaje de que ellos tienen la facultad de modificar aquellas

conductas y actitudes que mantienen o agravan el problema de forma tal que lo reduzcan o superen, sin que ello implique que sean los causantes del mismo (Beyebach y Herrero de Vega, 2014).

Integrando las teorías antes planteadas, este modelo de intervención busca proveer a las madres, padres y tutores de los niños y niñas en edad escolar, de recursos que les permitan dar respuesta a las necesidades de afectividad e interacción de sus hijos. Esto teniendo presente que el bienestar infantil es el resultado de un proceso que es más que la suma de los aportes y las responsabilidades individuales de los padres y de los miembros de una familia. Ya que se parte de la idea de que los buenos tratos infantiles son el resultado de las competencias que las madres y los padres tienen para responder a las necesidades del niño, y también de los recursos que la comunidad ofrece a las familias para apoyar esta tarea (Barudy 2005, en Bermejo 2018).

3. PRINCIPIOS BÁSICOS

El modelo parte de los siguientes principios:

1. Considera que todos los miembros de la familia son igualmente importantes para el proceso terapéutico, esto incluye la participación de los niños (Stern, 2001 y Bermejo, 2018).
2. Parte de la idea que cada familia es distinta por lo que la intervención en cada caso deberá ser flexible y adaptada ante las necesidades de la familia (Beyebach y Herrero de Vega, 2014).
3. Cree en la importancia de movilizar a la familia para que interactúe y experimente formas alternativas de relación y comunicación, modificando de esta forma la estructura familiar (Beyebach y Herrero de Vega, 2014).
4. Cuida que en el proceso terapéutico se establezca una alianza con la familia, generando una relación de confianza y respeto con todos los miembros (Bordin, 1976 en Corbella y Botella, 2003).
5. Observa los fenómenos de manera circular, entendiendo el síntoma como parte del funcionamiento de la familia (Bateson 1979 en Páez-Cala, 2019).
6. Hace un análisis exploratorio del pasado y el presente con el fin de ayudar a la familia a comprender cómo han llegado a la situación actual.
7. Entiende el síntoma de manera multicausal, como resultado de variables bio-psico-sociales (Stern, 2001).

4. PROCEDIMIENTOS

La persona que acompañará a la familia durante este proceso será un terapeuta familiar con un amplio conocimiento sobre las etapas evolutivas y necesidades psicológicas básicas de quienes atiende, con la finalidad de garantizar con ello la posibilidad de que todos los miembros de la familia que asistan a las sesiones puedan expresarse y participar activamente. De tal manera que el terapeuta debe tener preparación y experiencia en el uso terapéutico del juego y en los sistemas familiares.

La población a la que va dirigido son familias en las que el paciente o los pacientes identificados sean niños o niñas que vivan abandono emocional. Esto no necesariamente será la causa o motivo de consulta, sino que será el terapeuta quien valorará la presencia de dicho fenómeno durante la etapa de evaluación.

La intervención tendrá lugar dentro de un consultorio terapéutico adaptado para familias con hijos en edad escolar.

Características físicas del espacio:

- Contar con una adecuada ventilación e iluminación, preferiblemente natural.
- Garantizar la privacidad de la familia, tanto visual como auditiva.
- Ser lo suficientemente amplio para la realización de diferentes actividades que permitan el movimiento y la interacción.
- Contar con el mobiliario necesario: sillas cómodas para niños y adultos, mesa de trabajo,

un mueble para colocar juguetes y otros materiales, un archivo para el resguardo de expedientes y documentos importantes.

- Ser un espacio limpio y ordenado.

5. ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN

ETAPA 1: EVALUACIÓN

Objetivo: Conocer a la familia y valorar si se presenta o no abandono emocional. De ser así, evaluar el grado de abandono y la forma en la que se expresa, así como plantear los objetivos terapéuticos.

Sesión 1: Entrevista inicial con cuidadores primarios.

- Formato de entrevista inicial
- Historia de desarrollo (*para responder en casa*)
- Escala de Parentalidad Positiva (Gómez y Muñoz, 2013), (*para responder en casa*).

Sesión 2: Sesión de juego familiar (videograbada)

Técnica del Acuario

Esta técnica se utiliza con el fin de observar la interacción familiar entre todos los miembros e identificar alianzas, coaliciones, roles y estilos parentales.

Consiste en solicitarle a los miembros de la familia que cada uno dibuje, recorte y decore un pez que les guste y al finalizar los acomoden en un papel azul para representar un acuario (Gil y Sobol en Bailey, 2005).

Una vez realizado el acuario, se lo solicita a la familia que elabore una historia sobre el mismo. Posteriormente, se hacen las siguientes preguntas:

- ¿Quién es más unido a quién?
- ¿Le gusta estar cerca de otros peces o prefiere estar solo?
- ¿Quién le gusta que esté cerca de él?
- ¿Qué le gusta hacer cuando está acompañado de otros peces?
- ¿Qué pasa cuando no hay más peces cerca de él? ¿Cómo se siente?
- ¿Qué necesita este pez (o animal marino) para sentirse feliz y seguro?

Sesión 3: Sesión familiar para la recuperación de la sesión de juego.

Se analiza el video de la sesión de juego junto con la familia a través de una reflexión en conjunto, haciendo uso de preguntas, dentro de las cuales resaltamos la importancia de las preguntas circulares.

Las preguntas circulares tienen por objetivo identificar patrones que permitan una comprensión circular o sistémica de la situación problemática. De esta manera, los miembros de la familia que están escuchando las respuestas se hacen conscientes de la circularidad en sus propios patrones de interacción y permite que aborden sus dificultades desde una nueva perspectiva (Tomm, 1987).

Ejemplos de preguntas:

A los hijos:

- ¿En qué se parece lo que sucede en este acuario y lo que pasa en su casa?
- ¿Tus papás se comportan de esta manera en casa?
- ¿En qué se parece el personaje de tu hermano (a) a como es en la vida real?

A los papás:

- ¿De qué se dieron cuenta al realizar esta actividad?
- ¿Qué crees que piensa tu hijo(a) sobre la relación que tiene contigo?
- ¿Qué piensas que necesita de ti?

Sesión 4: Conocer la historia vincular infantil de los padres.

Entrevista de los padres como hijos (Di Bártolo, 2016 citado en Di Bártolo 2019).

Objetivo: Comprender aspectos de la historia de los padres (como hijos) que influyen en su manera de ser padres. Esta entrevista adentra a los padres en la elaboración de su propia vivencia como hijos y refuerza la posibilidad de conectarse con la experiencia actual de su hijo (s).

1. ¿Cómo está constituida su familia de origen? (padres y hermanos, consignando edades y estado de salud, estilo genograma).
2. ¿Cómo describiría la personalidad de su padre tal como lo recuerda cuando usted era chico?
3. ¿Cómo lo describiría como padre?
4. ¿Cómo era entonces su relación con él?
5. ¿Cómo describiría la personalidad de su madre tal como la recuerda cuando usted era chico?
6. ¿Cómo la describiría como madre?
7. ¿Cómo era entonces su relación con ella?
8. ¿Cómo era entonces la relación de sus padres entre sí?
9. De su familia, ¿a quién se parece su hijo en su personalidad?
10. ¿Piensa que lo que vivió como hijo de sus padres afecta su forma de ser padre? ¿De qué manera?
11. ¿Qué le gustaría cambiar de su forma de ser padre de sus hijas (os)?

Nota: en los ítems 4 a 8 es importante estimular al entrevistado a explayarse lo más posible, y a justificar lo que describe con ejemplos concretos.

- Si los hijos tienen 10 o más años, la sesión será familiar.
- Si los hijos son menores de 10 años, la sesión será exclusivamente con los padres.

ETAPA 2: INTERVENCIÓN

Objetivo: Buscar que los miembros de la familia experimenten formas alternativas de relación y comunicación, de manera que interactúen de manera cercana emocionalmente.

La intervención puede constar aproximadamente de cinco a doce sesiones. Sin embargo, el diseño y número de las sesiones puede variar debido a las diferencias que presente cada familia tanto en su estructura como en su proceso. El terapeuta deberá definir la intervención en base al planteamiento del problema, mismo que aunque incluya el abandono emocional, en muchas ocasiones no será lo único que se trabaje en el proceso terapéutico, por lo que esta intervención deberá integrar el abordaje de atención al abandono emocional infantil dentro del proceso familiar.

Dentro de la intervención se propone incluir el establecimiento de rutinas y rituales en la familia en la que todos los miembros se vean involucrados y propicien hábitos que generen mayor vinculación entre padres e hijos, esto va desde las cosas sencillas como realizar algunas labores del hogar juntos, hasta generar tradiciones familiares, días especiales o incluso el ritual de cenar juntos algunos días de la semana.

Dichas actividades no tienen que ser forzosamente de todos los miembros siempre, también se pueden fomentar actividades de vinculación entre la madre y cada uno de sus hijos, y el padre y cada uno de sus hijos, de tal manera que se fortalezcan los vínculos de manera directa y a su vez se fortalezca el sistema familiar.

La intervención también deberá contemplar el integrar sesiones paralelas con los padres para trabajar en sus propias experiencias infantiles, pues es posible que estén replicando patrones de comportamiento con sus hijos, situación que es importante explorar. Será esencial que el terapeuta propicie que los padres se hagan conscientes de su propia vivencia en relación al vínculo con sus padres y a la forma en que recibían afecto de los mismos durante su infancia, que se pregunten si esto tiene alguna relación con la forma en la que se están relacionando con sus hijos y una vez estando conscientes, decidan si quieren hacer algún cambio en esto. Para lograr dichos cambios, será necesario que los padres sanen las heridas que puedan tener en sus propias relaciones parentales, logrando perdonar lo que deba ser perdonado.

Otra fase de la intervención serán las sesiones familiares en las que se propicie el vínculo entre el sistema familiar completo, para esto se sugiere utilizar las técnicas que se desglosan en el apartado

de “técnicas específicas” que se encuentra más adelante, mismas que buscan hacer florecer los recursos de la familia, logrando que cada miembro brinde y reciba afecto del sistema al que pertenece.

ETAPA 3: CIERRE

Objetivo: Buscar que los consultantes asuman el mérito por los cambios logrados así como el reconocimiento de sus recursos y habilidades en el manejo de la problemática.

Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos definidos al inicio del proceso, se realizará el cierre del mismo a través de un ritual en el cual harán evidentes los recursos que faciliten a los consultantes manejar eventuales recaídas. Dicho ritual puede ser propuesto por los mismos miembros y llevado a cabo fuera del contexto terapéutico, como se ejemplifica en el ejemplo de caso que se plantea más adelante, y posteriormente se retoma en una sesión de cierre, haciendo evidentes los recursos familiares. También, puede ser que los miembros verbalicen los cambios logrados por cada quién y por la familia, así como la manera en la que lo lograron. El terapeuta podrá ayudarles a concretizar los recursos familiares e incluso escribirlos para la posteridad.

6. TÉCNICAS ESPECÍFICAS

Estas técnicas tienen como objetivo favorecer la expresión de emociones, el fortalecimiento de vínculos entre los miembros de la familia y facilitar que identifiquen los recursos familiares que les permitan solucionar las dificultades que se les presenten.

Las técnicas seleccionadas son propias de la Terapia Breve, misma que es de gran utilidad para resolver situaciones familiares de manera sencilla y centrada en soluciones (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

EL MURAL FAMILIAR

“El mural familiar” pretende promover un consenso respecto a qué es lo que la familia desea cambiar. Esta tarea requiere de un gran grado de cooperación en la familia, así como de la capacidad de dejar de lado momentáneamente las diferencias entre sus miembros para trabajar en un proyecto común (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

Se solicita a la familia que elaboren un mural en el que representen cómo quieren que sean las cosas en su familia. Padres e hijos colaboran utilizando materiales artísticos, como son: pinturas, colores, recortes, plastilina, entre otros (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

LA CAJA DE CARICIAS

El objetivo de esta actividad es reforzar las conductas positivas que se presenten en la familia, de manera que quien recibe los elogios se sentiría visto por los demás miembros de la familia, fortaleciendo su sensación de pertenencia y a su vez, reforzando dicha conducta. Asimismo, quienes escriben los elogios estarán focalizados en lo positivo. Abrir la caja de caricias en familia crea un ritual que enfatiza lo positivo (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

La indicación en esta actividad consiste en sugerir a la familia que pongan una bonita caja en algún lugar especial que asignen dentro de la casa. Junto a la caja pondrán varios papelitos de colores, se asignará un color para cada miembro de la familia. Cuando alguien observe o escuche alguna actitud o conducta que le agrade de alguno de los demás miembros de la familia, tomará el papel del color que corresponde a esa persona y escribirá “Me gustó mucho que...”. Después, meterá el papelito en la caja. En el momento que la familia haya acordado para abrir la caja de caricias, se juntarán a leer sus respectivos papeles en voz alta (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

Se sugerirá a los padres meter por lo menos un papel al día referente a cada miembro de la familia. Asimismo se les recordará que abrir la caja de caricias no debe convertirse en un momento para intercambiar exigencias ni descalificaciones (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

Esta actividad busca promover de otra manera actividades agradables e intercambios positivos entre los miembros de la familia (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

Se solicita a los hijos que preparen alguna sorpresa para sus padres y así mismo, a los padres para los hijos. La sorpresa tiene que consistir en algo que sepan que les gusta mucho. Esta tarea puede pedirse en secreto a unos y otros (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

7. CAMPOS DE APLICACIÓN

El principal campo de aplicación de este modelo es el psicoterapéutico, siendo su objetivo inicial intervenir en los procesos de terapia de las familias en las que uno o varios miembros de la familia experimentan abandono emocional.

No obstante, resultaría interesante realizar un proceso de investigación en el cual, mediante su aplicación con varias familias, podamos tener mayor información sobre las características de las familias mexicanas que experimentan dicha problemática y su evolución una vez completado el proceso terapéutico. Esto nos permitiría incrementar el conocimiento que se tiene en relación al tema tratado y analizar la confiabilidad del modelo, así como las modificaciones que requiera el mismo para lograr los objetivos psicoterapéuticos propuestos.

8. EJEMPLO DEL MODELO APLICADO AL CASO DE SOFÍA

Sofía tiene 6 años, es hija única de padres separados. La mamá tiene 33 años y el papá 35. El padre de Sofía solicita atención psicológica para su hija, referidos por el pediatra de la niña, con quien han estado asistiendo en repetidas ocasiones por malestares físicos, principalmente dolor de estómago, los cuales no tienen una aparente causa física, razón por la que el médico les sugiere un acompañamiento de terapia familiar.

A la primera sesión se convoca solamente a los padres con el fin de conocer las preocupaciones que les llevan a la terapia y obtener información acerca de la conducta problema: inicio, duración, intensidad, contextos en los que se presenta, soluciones intentadas, etcétera.

Asisten ambos padres a dicha sesión, a quienes se les percibe incómodos de compartir el mismo espacio; muestran intolerancia y en ocasiones agresividad verbal ante los comentarios del otro. Cuando se les pregunta sobre la historia de la familia manifiestan que nunca fueron una familia, incluso comentan no haber sido una pareja formal en ningún momento y describen la concepción de Sofía como un “accidente”, producto de una relación casual y extramarital por parte del papá.

Sofía vive en el domicilio materno, en el cual también vive la abuela materna. Ambos padres son empleados y tienen un horario de 9:00 a 19:00hrs. razón por la que Sofía se queda al cuidado de la abuela hasta que mamá llega a casa (alrededor de las 20:00hrs) y convive con papá los fines de semana de cada quince días. No obstante, la mamá refiere que no es puntual en las mismas y que en varias ocasiones ha cancelado de último momento.

A la siguiente sesión asiste Sofía con sus padres. La terapeuta se presenta con la niña y les explica la actividad de “El acuario” y Sofía se muestra muy emocionada, el papá se muestra dispuesto y la madre muestra cierta apatía, mencionando que ella no es buena para las manualidades. No obstante, los tres acceden a hacerla. Durante esta sesión, se puede apreciar que la relación de los padres presenta grandes diferencias en cuanto a sus estilos parentales: la mamá no muestra interés en el dibujo de Sofía, no le hace preguntas ni elogia su trabajo, sino que únicamente se enfoca en su propia tarea, sin observar la de los demás. No hay organización ni acuerdos en cuanto a cómo diseñarán dicho acuario sino que cada uno trabaja por su cuenta. Sofía busca constantemente la aprobación de sus padres y les pregunta con frecuencia cómo le está quedando su dibujo. Papá le reconoce lo bien que le está quedando su trabajo, a lo que Sofía responde con un comportamiento alegre y activo hacia él, sin embargo, ante la indiferencia de mamá, ella insiste en buscarle la mirada y encontrar su aprobación, situación que no consigue.

En la sesión para conocer la historia de los padres en sus vivencias como hijos se puede apreciar que presentan historias personales muy distintas: el padre tuvo una infancia en la que había manifestaciones de afecto, reconocimiento y respeto hacia su persona, no obstante la figura paterna era periférica, ya que por su trabajo como piloto estaba constantemente fuera de casa. Por otro lado, en el caso de la madre, ella vivió el divorcio de sus propios padres desde muy chica y con ello un distanciamiento físico y emocional con el padre y emocional con la madre.

En la etapa de intervención con esta familia, se buscó fomentar estilos de interacción afectuosos, respetuosos y asertivos. Se realizaron sesiones con técnicas como “La caja de caricias”, en la cual Sofía se sintió vista y reconocida por los padres (Sofía tenía la tendencia a buscar el reconocimiento de los padres y cumplir sus expectativas), así como también la mamá se sintió reconocida en su rol de madre por parte del padre, lo cual era un conflicto de fondo.

Asimismo, se logró establecer entre los padres un acuerdo sobre los temas relacionados con Sofía que resultaban importantes para ser comunicados con el otro padre, por ejemplo: salud y educación, así como el horario preferente para hacerlo, (en este caso en horarios de oficina, de manera que no generara conflictos en la otra familia del padre) y el medio a través del cual lo harían (llamada telefónica cuando fueran asuntos de emergencia y mensajes de texto cuando fuese relacionado con educación y recreación).

Con Sofía se trabajó en la expresión verbal de sus emociones y necesidades a través del juego, de cuentos, dibujos y juego de roles. Por lo que Sofía comenzó a mostrar una disminución significativa en sus malestares físicos (ya no había reportes de la enfermería de la escuela ni manifestaciones de dolencias físicas en casa).

Finalmente se les solicita, como ritual de cierre, que organicen juntos la fiesta de cumpleaños de Sofía, esto implicaba un gran reto para ambos padres pues no acostumbraban compartir el mismo espacio, sin embargo, en esta ocasión optaron por hacerlo en beneficio de la dinámica para todos, incluso invitaron a sus parejas actuales y llevaron a cabo la celebración de Sofía de manera exitosa, siendo ella misma quien refiere haber vivido una experiencia en la que se sintió muy feliz.

Se cierra el proceso terapéutico una vez que Sofía deja de presentar malestares físicos asociados a dificultades emocionales y que los padres logran una relación de respeto mutuo que se evidencia en la manera en la que se comunican y llegan a acuerdos con temas relacionados con Sofía.

9. APRENDIZAJES LOGRADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO

La construcción de este modelo nos ha permitido estructurar de manera más clara la forma en que como terapeutas familiares atendemos casos de familias con niños y niñas en situación de abandono emocional. Asimismo, nos ha ayudado a tener presente la relevancia de tener un protocolo de intervención para las distintas situaciones que pueden presentarse en la consulta psicoterapéutica, ya que el tener un modelo nos permite tener una visión completa del fenómeno, es decir, una mirada bio-psico-social, lo que a su vez nos facilitará el diseño de las intervenciones, así como la valoración de los avances obtenidos. Generando de esta manera, mayor claridad tanto para el terapeuta como para la familia que asiste a terapia.

Por otro lado, la elaboración de este modelo nos ha brindado la oportunidad de profundizar en el tema del abandono emocional, en las variables involucradas en la conformación de este fenómeno y en la influencia negativa que tiene en la formación de un niño. Es por ello que este modelo pretende integrar las emociones tanto del niño como de su familia en el proceso terapéutico para hacer cambios que tengan un impacto positivo para el resto de sus vidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arruabarrena, M. y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- 106 Bailey, C. B. (2005). *Children in Therapy: Using the Family as a Resource*. The United States: W.W. Norton & Company.
- Barcelata E. y Álvarez A. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 35-46.
- Bermejo, M. (2018). *La danza de las emociones familiares*. España: Desclée De Brouwer.
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Herder.
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2014). "Más papás y menos pastillas": *La terapia familiar colaborativa y basada en fortalezas en la intervención con niños y sus familias*. [Artículo en prensa. Prevista su publicación en la revista *Sistemas Familiares*]. Recuperado de <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/M%C3%A1s-pap%C3%A1s-y-menos-pastillas...-Beyebach-y-Herrero-de-Vega-2014.pdf>
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Di Bártolo, I. (2019). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gómez, M. y Muñoz, Q. (2013). *Manual Escala de Parentalidad Positiva E2P*. Santiago de Chile: Fundación ideas para la infancia. 50-57
- Linares, J. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Moreno, J. (2004). Maltrato infantil: análisis diferencial entre el abandono físico y el emocional. *Psicología y Salud*, 14 (2), 215-227).
- OMS. (2020). *Maltrato de menores*. (18 de marzo de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://www.who.int/topics/child_abuse/es/
- Páez-Cala, M. (2019). Intervención sistémica con familias: de la linealidad a la circularidad. *Revista CS*, (28) 207-227. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2629>
- Soriano, F., Cortés, O., Esparza, M., Galbe, J., Martínez, A., Merino, M., Pallás, C., Pericas, J., Sánchez, F., Colomer, J. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria *Revista Pediatría de atención primaria*, 11, (41).
- Stern, M. (2001). Children's emotional and learning problems: a family systems perspective. *Child Study Center*, 5(3).
- Tomm, K. (1987). La entrevista como intervención. Parte I: El diseño de estrategias como una cuarta directriz para el terapeuta. *Family Process*, 26,(1), 3-13.

Tratamiento sistémico integrativo en trastornos del uso de sustancias: presentación de una meta-intervención terapéutica (MIT)

107

Integrative Systemic Treatment in Substance Use Disorders: Presentation of a Therapeutic Meta-Intervention (MIT)

Facundo Cocola^a

^aInstitución de Facundo Cocola: Espacio de Prácticas Itinerantes en Estudios Sistémicos (Espacio PIES); Mendoza, Argentina. facundococola@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 06-06-2020

Primera revisión: 21-06-2021

Aceptado: 11-07-2022

Palabras clave

terapia familiar sistémica; teoría del apego, regulación emocional, trastornos por el uso de sustancias.

Resumen

En el marco de un Tratamiento Sistémico Integrativo en Trastornos del Uso de Sustancias (TUS) se presenta una Meta-Intervención Terapéutica (MIT) familiar e individual, la cual reúne elementos de la Terapia Familiar Sistémica, la Teoría del Apego, la Regulación Emocional, y la Teoría Ecológica de la Resiliencia. El fundamento de este trabajo radica en la necesidad de desarrollar tratamientos contemporáneos basados en la complejidad, que se adapten a las características clínicas actuales de los TUS. En lugar de un enfoque confrontativo, el foco del trabajo aquí presentado está puesto en la implementación de la mayor calidez terapéutica posible, a los fines de generar una gran alianza con pacientes que presentan desconfianzas relacionales basadas en experiencias traumáticas de su desarrollo. Para ello, se explica la composición y dinámica de la MIT, la cual se sitúa a un nivel lógico superior del resto de las intervenciones, y sigue un proceso de aplicación de tres etapas desplegadas en ejes temporales sincrónicos y diacrónicos: Etapa 0: Contención emocional; Etapa 1: Control sintomático; y etapa 2: Identificación del sufrimiento y de la disfuncionalidad sistémica. Luego se sugieren estrategias terapéuticas que se adecuan a los distintos contextos relacionales y que contemplan la función del síntoma en cada caso, para lo cual se realiza una integración de la clasificación de las toxicomanías propuesta por Cancrini y de los contextos relacionales propuestos por Linares. Al finalizar, se indican cuatro complementos terapéuticos que fortalecen la tarea.

Abstract

In the framework of an Integrative Systemic Treatment in Substance Use Disorders (SUD), a family and individual Therapeutic Meta-Intervention (MIT) is presented, which brings together elements of Systemic Family Therapy, Attachment Theory, Regulation Emotional, and the Ecological Theory of Resilience. The basis of this work lies in the need to develop contemporary treatments based on complexity, which adapt to the current clinical characteristics of SUD. Instead of a confrontational approach, the focus of the work presented here is on the implementation of the greatest possible therapeutic warmth, in order to generate a great alliance with patients who present relational mistrust based on traumatic experiences of their development. For this, the composition and dynamics of the MIT are explained, which is located at a higher logical level than the rest of the interventions, and follows a process of application of three stages deployed in synchronous and diachronic time axes: Stage 0: Emotional containment; Stage 1: Symptomatic control; and stage 2: Identification of suffering and systemic dysfunction. Then, therapeutic strategies are suggested that are adapted to the different relational contexts and that at the same time contemplate the symptomatic function in each case, for which an integration of the classification of drug addictions proposed by Cancrini and the relational contexts proposed by Linares is carried out. At the end, four therapeutic supplements that strengthen the task are indicated.

Keywords

systemic family therapy; attachment theory, emotion regulation, substance use disorders.

En el presente artículo se describe una propuesta de tratamiento sistémico integrativo en *Trastornos del Uso de Sustancias* (TUS), que incluye una *Meta-Intervención terapéutica familiar e individual*, la cual en adelante se denominará MIT. Para iniciar, se explicará de forma específica cómo se definen cada uno de estos conceptos, lo que dará el marco de referencia correspondiente para luego pasar a exponer el fundamento de la MIT, sus etapas y la dinámica de las mismas. El trabajo finaliza con algunos complementos que potencian los efectos del tratamiento.

Se entiende por *Meta-Intervención* a un grupo de intervenciones terapéuticas, situadas en un nivel lógico superior al de las intervenciones sistémicas propiamente dichas (reformulación, preguntas circulares, prescripciones, etc.), y distribuidas en una serie de tres etapas que se despliegan en ejes temporales sincrónicos y diacrónicos, conformando así una guía general para el profesional durante el proceso terapéutico en TUS. Para una mayor comprensión se presenta un gráfico inicial, el cual será detallado posteriormente:

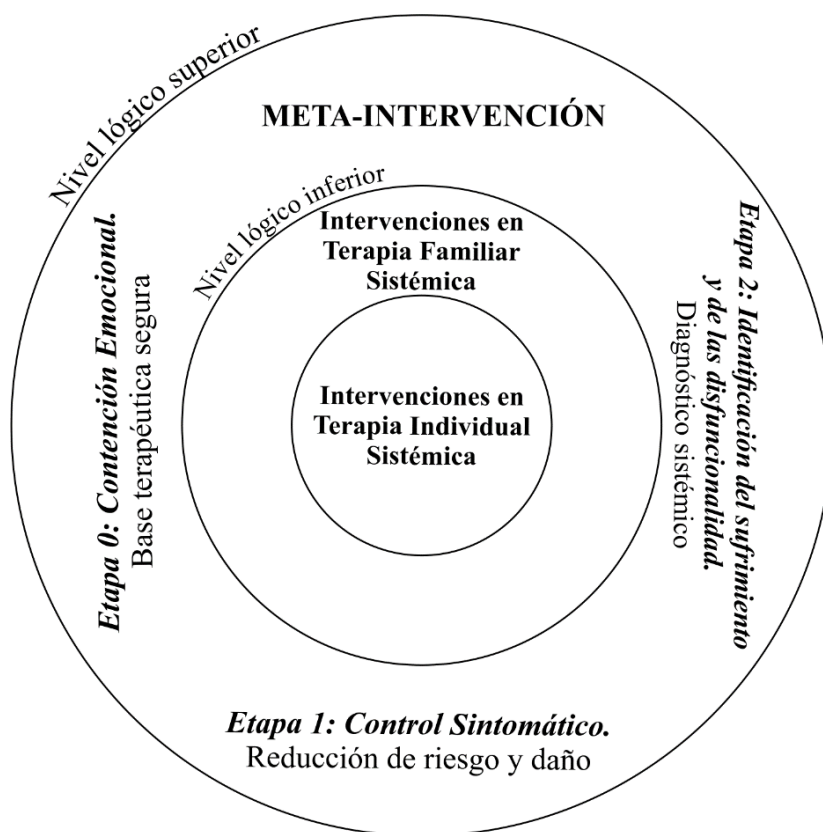


Figura 1. Meta-Intervención en Trastornos del Uso de Sustancias (MIT)

La MIT proporciona el marco de contención e incluye la dirección en el tratamiento, tanto de la familia completa, como del paciente en terapia individual. Por familia, en este caso, se entiende al grupo de personas que mantienen relaciones íntimas, cercanas, duraderas, que consultan por uno o varios sujetos del sistema que conforman entre sí, y que ellos mismos se definen como familia.

La propuesta es sistémica-integrativa, y se basa en una epistemología sistémica (Ceberio y Watzlawick, 1998) desde la cual se toma como principal modelo terapéutico el de la Terapia Familiar Sistémica, mientras que, a su vez, integra otros postulados teóricos y prácticos, los cuales resultan útiles para el tratamiento de un cuadro clínico grave y complejo, como son los TUS. Para este fin, se hace uso de los aportes de la Teoría del Apego (Bowlby, 1969/1980; Ainsworth, et al., 1978; Fraley y Shaver 2016), de la Regulación Emocional (Thompson 1994; 2014; Gratz y Roemer,

En esta propuesta se despliega una estrategia terapéutica general, que contempla los diferentes contextos relacionales que subyacen a los TUS. Es la estrategia que el autor del presente trabajo ha empleado en el Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones (CPAA) de Las Heras, en la provincia de Mendoza, Argentina, donde realizó tratamiento psicoterapéutico durante 9 años, de forma intensiva, ambulatoria y pública. La buena adherencia al tratamiento, la confianza brindada por las familias en el equipo tratante, y los resultados positivos manifestados por los pacientes, han sido el principal motivo de la publicación de este trabajo.

2. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

En el artículo que aparece en el número 38 de la revista REDES Digital, titulado “Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión de la literatura sistémica” (Cócola, 2018), se describió como el modelo sistémico proporcionó valiosos aportes al tratamiento familiar de los TUS, fundamentalmente desde los años 70 hasta finales de los 90, para luego encontrar una disgregación de propuestas acordes a los embates que la familia, tal como se la conocía, estaba sufriendo. También en dicho trabajo, luego de exponer una revisión sobre los postulados teóricos más relevantes sobre el funcionamiento familiar en TUS, y los diversos tipos de terapias sistémicas que se han desarrollado, se arribó a la conclusión de que resulta necesaria una actualización teórica que permita una mejor comprensión y tratamiento de las familias que hoy presentan este cuadro. Esta afirmación se apoya básicamente en dos aspectos. Por un lado, en las características clínicas que muestran en la actualidad los TUS: altas comorbilidades con otros trastornos; diversidad de sustancias consumidas; frecuencia sintomática equiparada en ambos géneros; consumo problemático inter e intra generacional; más de un miembro del sistema con consumo de sustancias, masificación del consumo a nivel global, etc. Y, por otra parte, en las modificaciones familiares que abruptamente se han dado en los últimos 30 años. Esto hace que los tratamientos basados en las típicas configuraciones familiares de los años 80’ y 90’ hoy requieran de una actualización que permita abordar un gradiente más amplio de fenómenos clínicos del que se propusieron en su origen.

Siguiendo la línea del artículo, a la hora de brindar una propuesta sistémica de abordaje terapéutico de “amplio espectro”, surge un dilema que se intentará responder en el trabajo que aquí se desarrolla: dado que en la actualidad son altas las comorbilidades entre diversos trastornos mentales y los TUS, y que las características de su funcionamiento familiar en estos cuadros se evidencian de manera más opacada debido a esta dualidad, ¿Es necesaria una propuesta terapéutica sistémica contemporánea que se focalice exclusivamente en el abordaje de los trastornos del uso de sustancias? Dos respuestas se pueden brindar a esta pregunta: *si* es necesario, y *no* es necesario, aunque es un *no condicional*. *No* resulta necesaria la creación de dispositivos sistémicos específicos en TUS cuando estos no consideren los distintos contextos relacionales que se dan en cada caso. Ya existen propuestas generales, con pasos preestablecidos, que han dado cuenta ser eficaces en su momento (Haley, 1980; Stanton y Todd, 1982), aunque se adecuaban puntualmente a un grupo específico de familias, aquellas de contextos relacionales principalmente neuróticos.

El fundamento de que *sí* es necesaria una propuesta sistémica actual, e integrativa, radica fundamentalmente en la necesidad de considerar el amplio gradiente de atmósferas relacionales posibles que pueden presentar esta problemática, la particularidad de sus sufrimientos y, al mismo tiempo, tener presente los factores comunes que presentan las familias con problemas de consumo, tal como se esbozará a continuación. Basándose en las características clínicas comunes, se puede incluir una estrategia general como la que aquí se presenta, para luego pasar a trabajar con el contexto relacional específico de cada caso. La estrategia general prepara el terreno, o sea al profesional y a sus consultantes, afianzando la relación entre ellos, y posibilitando avanzar a un siguiente nivel del

110 tratamiento pisando un suelo firme, el cual resista los distintos embates que la sintomatología querrá generar para obstaculizar la emancipación principalmente.

No obstante, si bien las características comunes en la clínica de los sistemas que presentan TUS dan fundamento a un tipo de meta-intervención transversal a todos los cuadros clínicos, es necesario remarcar que la propuesta resulta estéril sin un diagnóstico relacional preciso en cada caso, ya que el solo hecho de conocer las semejanzas en estos cuadros no alcanza para un correcto abordaje terapéutico, aunque colabora en preparar el terreno fértil para que den sus frutos las intervenciones acordes a cada atmósfera relacional. Es por ello que la meta-intervención se encuentra en un nivel lógico superior.

A continuación, se describen algunos factores clínicos comunes de la clínica contemporánea de los TUS, luego se presentará el proceso de aplicación de la MIT.

2.1 FACTORES CLÍNICOS COMUNES EN LOS TRASTORNOS DEL USO DE SUSTANCIAS

a) Agudeza sintomática: el consumo problemático de sustancias tiñe de agudeza sintomática a cualquier cuadro clínico. Por ejemplo, una persona con depresión resulta de mayor gravedad cuando utiliza la cocaína como estabilizador del ánimo. Al decaimiento propio de la depresión se le suman los sentimientos de culpa y el aislamiento característicos de los momentos posteriores a los episodios de consumo. En otro caso, una persona con psicosis, si bien las voces que oye pueden atenuarse producto del consumo de cocaína, las dificultades que posee en la vinculación social y en su juicio crítico, lo convierte especialmente vulnerable a la manipulación de los *dealers* y de otros compañeros de consumo, y el propio consumo colabora en apresurar el proceso de deterioro que suele darse. Esto es solo por citar algunos ejemplos de las complicaciones que traen aparejadas las comorbilidades clínicas entre estos trastornos, además de dificultades clínicas-orgánicas que revisiten implicancias médicas.

b) Sufrimiento generalizado: Más allá de los diagnósticos relacionales e individuales, siempre que una familia consulta por problemas de consumo, el sufrimiento y la angustia es expresada de manera generalizada en todos los miembros del sistema, aunque algunos lo hagan con expresiones más explícitas y otros más implícitas. Quien o quienes consumen, manifiestan angustia por las consecuencias de su propio consumo, o por los problemas que esto genera en sus seres cercanos y que han hecho que él o ella lleguen a consultar. Los familiares de quien consume, sufren por las vivencias de pérdida y riesgo asociadas al problema de consumo de su ser querido y, a su vez, sufren por sus propias penurias relacionales e históricas.

c) Dificultades en el proceso de emancipación: ya sean pacientes psicóticos, trastornos límites de la personalidad, depresivos, o cualquier cuadro psicopatológico, cuando se da en comorbilidad con un TUS, el sistema evidencia notorias dificultades en el proceso de emancipación y autonomía de sus miembros (Haley; 1980; Stanton y Todd, 1982), representado en su máxima expresión por el paciente identificado. La vida parece haberse estancado en un momento del desarrollo, fácilmente identificable con la adolescencia.

d) Funcionamiento familiar polarizado: las familias con uno o varios miembros que presentan TUS, tienden funcionar de una manera polarizada en base a los niveles de cohesión y adaptabilidad (McGaha, 1993; Schmidt, 2001; Autor, 2020, en prensa), oscilando entre la rigidez o el caos, y entre la desconexión emocional y una gran conexión emocional. Este último punto amerita una discusión más profunda, ya que no hay evidencia concluyente de que una gran unión emocional sea correlativa con problemas de consumo. También, una gran conexión emocional no es sinónimo de un funcionamiento familiar aglutinado. De esta manera, parece que los factores más comunes y de mayor riesgo en este aspecto, son aquellos que se dan en déficit: menor flexibilidad y menor cohesión percibida por los miembros del sistema.

e) Dificultades en la regulación emocional: Un grupo de investigadores (Khantzian, 1985, 1990, 1997; Kober y Bolling, 2014) refieren que las personas que consumen sustancias de manera problemática presentan dificultades en la regulación de sus emociones. El consumo viene a cumplir

una función estabilizante frente a un mundo interno emocional apabullante. Una investigación reciente (Autor, 2020, en prensa) identifica la falta de aceptación emocional como aquella dimensión más perturbada en una muestra de 183 personas con abuso y dependencia de cocaína.

f) Traumas de Apego: En la última década han empezado a considerarse a los TUS como patologías que se desprenden de traumas de apego (Flores, 2001, 2004; Padykula y Conklin, 2010). Fallecimientos de figuras de apego, separaciones prolongadas durante la infancia, maltrato por parte de los familiares cercanos quien a su vez son fuentes de apoyo, pueden generar traumas de apego, que erosionan la confianza relacional necesaria para pedir ayuda, y construyen una visión negativa del mundo y del *self* de la persona. Esto propicia el “caldo de cultivo” donde las sustancias vienen a actuar, favoreciendo la vivencia de realidades internas distantes en lo afectivo del propio dolor traumático. Ya en los años noventa, Cirillo et al. (1996) hablaban de la “transmisión intergeneracional de la carencia afectiva” en estas familias como un patrón isomórfico que ocasionaba traumas de apego generación a generación. Pareciera que a mayor dolor interno (sin factores ambientales paliativos eficaces) mayor es la necesidad de intensidad en las sensaciones de placer compensatorias, siendo la sustancia un medio sumamente útil para tal fin, aunque no el único, ya que está demostrado como una serie de actividades (sexo, compras, actividad física, alimentación) pueden cumplir funciones similares de forma patológica.

g) Desvitalización: Los sistemas que presentan trastornos del uso de sustancias suelen mostrar niveles importantes de desvitalización, entendiéndose por esto: hipobulia en más de uno de sus miembros; tristeza crónica; descuidos de algunos o varios aspectos del hogar, de sus mascotas, de sus jardines, de todos aquellos aspectos que requieren de algún tipo de cuidado para permanecer con vida, en funcionamiento y bellos. Stanton y Todd (1982) mencionan que las temáticas asociadas a la muerte suelen ser recurrentes en la mitología de la familia y en sus conversaciones cotidianas. La exaltación de la ausencia y la minimización de la presencia de lo positivo. El déficit de auto y hetero cuidado suele ser una constante que se traduce en sensaciones de desvitalización. De esta manera, necesitan realizar grandes montos de esfuerzo para sostener las tareas a las que deben abocarse, que no suelen ser numerosas, sino más bien limitadas. Aquellos miembros que encuentran una luz de vitalidad en alguna actividad, se aferran a ella como soga que sostiene del abismo.

h) Sentimientos de culpa y castigo asociado: otra expresión recurrente en estas familias son las sensaciones de culpa. Sentimientos que son explicitados en mayor o menor medida, que se manifiestan al inicio o durante el tratamiento, pero que suelen circular generando una paralización de todo el sistema de reacción necesario para generar cambios, para defenderse, para actuar hacia el bienestar. Por el contrario, tras estas sensaciones, la reacción suele ser el autocastigo mediante formas como el aislamiento, el descuido, el abandono de las actividades recreativas, llegando a la autolesión o suicidio en los casos más graves.

2.2 LA POTENCIA TERAPÉUTICA SISTÉMICA EN TRASTORNOS DEL USO DE SUSTANCIAS

La importancia de brindar nuevos desarrollos sistémicos en estos cuadros encuentra también fundamento en el potencial terapéutico que el abordaje familiar ha demostrado cuando se lo ha incorporado en la propuesta asistencial en adicciones (Cancrini, 1994; Coletti, 1998; Cocola, 2018). A continuación, se mencionan dos puntos que dan cuenta de esto:

a) Mayor efectividad terapéutica: Es notable la evidencia que indica que los tratamientos en problemas de consumo que incluyen al grupo familiar muestran mejores indicadores de eficacia que aquellos que no lo incluyen (Liddle, 2004; Corless et al., 2009).

b) Beneficios Sanitarios: También, cobra fuerza la dirección de desarrollar una propuesta de abordaje sistémico en TUS por los beneficios sanitarios que posibilita la formación de profesionales en el modelo sistémico, especialmente cuando se piensa en salud pública:

- Capacidad de realizar análisis en distintos niveles lógicos (Watzlawick et al., 2012): esto permite realizar lecturas abarcativas de la situación individual, de pareja, familiar,

intergeneracional, necesarias para comprender la complejidad que presenta este trastorno.

- Aptitudes para visualizar el síntoma en función del contexto: favorece la alianza terapéutica con el paciente identificado al no “cargar” de culpas a esa persona sin dejar de responsabilizarlo sobre el proceso de emancipación que debe encarar. Las lecturas intersistémicas en diferentes generaciones también alivian a la familia de origen, ya que estas suelen expresar, de manera más o menos explícita, importantes sentimientos de culpa por lo acontecido en sus hijos. El hecho de que puedan comprender su accionar en función de lo vivido genera alivio y desculpabiliza, lo que se traduce en menores sensaciones de impotencia y nuevas epistemologías con potencial de acción y de reparación sobre el problema.
- Maniobrabilidad terapéutica familiar: La desinformación y el desconocimiento de gran cantidad de profesionales de la salud mental sobre las dinámicas relacionales patológicas que se dan en estos cuadros, y sobre estrategias de intervención para atenuarlos o desactivarlos, generan enojo y sentimientos de impotencia en quienes deben trabajar con ellos, transmitiendo información errónea a otros profesionales sobre sus vivencias clínicas cotidianas, y generando así temores y rechazos en profesionales que aún no tienen contacto con esta problemática. También, por esta misma razón, es frecuente encontrar profesionales que, en base a confrontaciones hostiles, maltratan a los pacientes con TUS, repitiendo (lamentablemente) en el *setting* terapéutico la misma dinámica familiar de la cual provienen sus pacientes.

3. PROCESO DE APLICACIÓN DE LA META-INTERVENCIÓN

Como se esbozó inicialmente, el proceso de la MIT consta de tres etapas que se despliegan con mayor o menor intensidad a lo largo de todo el proceso terapéutico. Las tres, en su conjunto, funcionan como guía de contención de la terapia, cumpliendo una doble función: sosteniendo y estimulando el avance. A continuación, se describirá cada etapa en detalle.

3.1 ETAPAS DE LA META-INTERVENCIÓN

Antes de pasar al desarrollo de cada etapa, es conveniente mencionar que, si bien el paso entre ellas sigue una secuencia lógica (0, 1 y 2), el proceso es dinámico y flexible, pudiendo en la misma entrevista transitar las tres instancias, o bien dedicar una entrevista entera a la contención emocional y a pautas de control sintomático, para luego avanzar en recabar información que sea útil de diagnóstico. Bajo ningún aspecto se busca deshumanizar el encuentro con fases que no contemplen lo que acontece dentro del consultorio, sino por el contrario, se pretende establecer un intercambio lo más humano y natural posible, dentro de algunos límites y direcciones que por un lado cuidan a quienes sufren, y por otro guían al terapeuta.

A su vez, no hay una duración temporal pre-establecida para cada etapa. La duración e intensidad va a estar determinada por las singularidades del caso, el contexto de trabajo, los recursos con los que cuente el sistema consultante y el sistema tratante, y del grado de confianza generado entre el sistema que integran ambas partes. Ahora sí, se pasa a describir cada etapa.

- *Etapas 0: Contención Emocional, para la construcción de una base terapéutica segura.*

Comenzar con el n° 0 no es un error, sino es más bien un recordatorio que responde a una necesidad clínica en los TUS: el primer encuentro con estas familias debe focalizarse en la contención emocional desde el inicio de la entrevista. Tanto los pacientes individuales, como las familias, cuando arriban a la institución, sea pública o privada, llegan cargados de ansiedades, angustias, miedos, que no dan lugar al proceso reflexivo (cambio de epistemología sobre el problema) que debe realizarse para generar ciertos avances. Resulta necesario recibirlas en un clima cálido, que pueda atender y contener sus estados emocionales. Esto implica posicionarse desde un lugar diferente al típico abordaje confrontativo que suele realizarse en adicciones. Implica esconder el dedo acusador

y contener a todos los participantes de la entrevista por igual, sin importar quién tenga mayor grado de responsabilidad en el desarrollo y sostenimiento de la problemática.

Este proceder tiene la ventaja de obstaculizar, de forma indirecta, los intercambios comunicacionales disfuncionales a los que suele estar acostumbrada la familia. Esto se debe a que usualmente los miembros de familias con TUS expresan con mayor facilidad comentarios con respecto a otros miembros, y no a sus propios dolores, más allá de aquellas angustias asociadas al problema de consumo. Mediante la presente propuesta, él o la terapeuta impide ese devenir disfuncional de la entrevista, dirigiéndose en tono suave y haciendo foco en las sensaciones de cada persona por separado, otorgándole tiempo a cada uno, y llevando la atención persona a persona mediante preguntas que centralizan la atención en un solo miembro del grupo a la vez. Las preguntas son del tipo: “¿Vos qué haces con tus propias tristezas?”; “¿Le expresas este enojo a alguien más?”; “Debe ser difícil esto para vos, imagino que podés sentir tristeza, ¿es así?”; etc.

Este procedimiento se realiza persona por persona, respetando la dinámica familiar, empezando por quien desea comenzar a hablar, siempre realizando preguntas que deban ser respondidas de manera autorreferencial, e impidiendo que otra persona se entrometa durante la exposición de su familiar, mencionando a quién interrumpe que va a tener su turno para expresarse. Al finalizar con cada uno, se contiene emocionalmente al grupo como un todo. Se proporciona una “confirmación emocional” de cada miembro, para luego pasar a fomentar la cohesión del sistema total, señalando los puntos en común que hay entre ellos y las sensaciones familiares. De esta manera, se evitan escaladas, triangulaciones, y recortes en la puntuación de la secuencia de los hechos, y se genera un clima de intimidad que sirve de antídoto contra el desligamiento afectivo usualmente percibido por los integrantes de estas familias.

Una buena estrategia en la contención emocional a seguir puede ser la siguiente: identificar la emoción, nombrarla, legitimarla y brindar consuelo. Es de suma importancia consolar a cada persona que participa en la entrevista, y no dejar pasar estados emocionales, ya que las personas estarán muy atentas a nuestra reacción al respecto a los fines de evaluar si es posible confiar y apoyarse los terapeutas, o si repetiremos (de manera similar a sus vivencias infantiles) posiciones ambivalentes o poco disponibles para cuando nos necesiten. Deben ser neutralizados todos los sentimientos de culpa, ya que estas sensaciones son gran parte del motor de la impotencia que expresa el sistema.

No es aconsejable durante el primer encuentro, o en los momentos críticos que pueden darse posteriormente asociados a recaídas, ahondar en redefiniciones o señalizaciones del tipo cognitivo, más que una devolución precisa al final de la entrevista, una vez que hayan volcado sus angustias y ansiedades, y se encuentren en condiciones de escuchar lo que va a ser mencionado por el equipo tratante.

Posteriormente a la primer o segunda entrevista, puede resultar útil incluir a los padres rápidamente en un taller psicoeducativo de dos o tres encuentros, donde se brinde información para acompañar de manera más efectiva el proceso terapéutico del hijo. Esto colabora en disminuir la demanda feroz del tipo “no sabemos qué hacer con nuestro hijo y necesitamos que nos lo digan ya”. Esta estrategia, a su vez, alivia al equipo de tener que enfocarse en aspectos educacionales asociados al consumo durante las entrevistas terapéuticas. El encuadre de dicho trabajo debe ser muy claro, a los fines de no abrir puertas que requieran de un abordaje terapéutico en momentos educacionales.

- *Etapa 1. Aumento del control sintomático, en el marco de la reducción de riesgos y daños.*

Resulta necesario que, tanto la familia como el paciente identificado, adquieran cierto control sobre el síntoma antes de pasar a trabajar aspectos relacionales disfuncionales. Esto quiere decir que, en condiciones de riesgo de vida inminente, ya sea por episodios recientes de abuso de sustancias o por una grave compulsividad cotidiana, no es posible trabajar aspectos relacionales estructurales o funcionales en lo inmediato. Una persona intoxicada, o con intoxicaciones intensas y diarias, no está en condiciones de realizar entrevistas terapéuticas que apunten al cambio de la situación, pero si lo está para obtener entrevistas de contención. Su propia condición clínica y la intensidad de las emociones que esta situación evoca, hacen que sea indispensable necesitar de una reducción del riesgo

114 y daño del consumo para pasar de etapa. Esta condición no implica arribar a una abstinencia total, sino trabajar dentro de un margen de riesgo que permita realizar entrevistas terapéuticas eficaces.

Este aumento del control sintomático es obtenido cuando:

- No hay una frecuencia diaria en el consumo de sustancias que pongan en riesgo inmediato la vida (cocaína, alcohol, paco, heroína.).
- Reducción inicial de las cantidades y frecuencias de consumo desde la percepción del paciente.
- Información brindada por sus allegados con respecto a la disminución de involucración constante en situaciones de alto riesgo.

Esto puede generarse mediante la transmisión de pautas prácticas a la familia sobre cómo acompañar el proceso de manera saludable, tales como: estrategias de apoyo emocional, información sobre la red de salud pública y privada, prevención relacional previas al episodio de consumo, etc. En simultáneo, puede brindarse al paciente estrategias de reducción de riesgo y daño, que puede aplicar sobre su propio consumo. Y por supuesto, los psicofármacos, siempre y cuando no impliquen la anulación de las capacidades volitivas de la persona, pueden ser de gran ayuda para el aumento del control sintomático cuando son administrados con criterios y sin abusos profesionales.

Si bien esto puede colaborar en el aumento del control sobre el síntoma, no es suficiente si lo que se desea es obtener resultados terapéuticos que den cuenta de mayores niveles de mejoría, sin que esto signifique exclusivamente alcanzar la abstinencia total y sostenida, ya que ciertos niveles de reducción de riesgo y daño pueden considerarse un éxito terapéutico según el caso. La siguiente etapa, y el nivel lógico inferior del tratamiento, tienen el cometido de alcanzar objetivos terapéuticos mayores que las etapas anteriores, apoyándose en las bases construidas por sus precedentes.

- *Etapa 2. Identificación del sufrimiento y de la disfuncionalidad, para el diagnóstico sistémico.*

Es imprescindible que cada consultante se sienta comprendido en su sufrimiento. Algunos inicialmente traerán angustias asociadas a la problemática actual, y otros acarrearán resabios dolorosos de antaño. Sea cual sea el tiempo vinculado al dolor, es de vital importancia que, tras los primeros encuentros, el equipo tratante tenga claro cuáles son las fuentes del dolor vivenciado. Dichas fuentes pueden deberse a distintos tipos de traumas y tramas familiares, las cuales pueden ser: rechazantes, trianguladoras, descalificadoras, deprivadoras, etc. Es por eso, que la comprensión del sufrimiento se encuentra directamente ligada al diagnóstico sistémico sobre el problema, la estructura y la dinámica familiar.

El diagnóstico no debería llevar más de tres entrevistas, pudiendo ser menos. Se sugiere utilizar el modelo de la Terapia Familiar Ultramoderna (TFU, Linares, 2012) para dicho diagnóstico, y encarar la estrategia terapéutica sugerida por el autor según cada contexto relacional. En simultáneo, se propone recurrir a la clasificación de las toxicomanías de Cancrini (1988) para comprender la función de la sustancia en la persona, diferenciado así los tipos de sufrimiento en quienes nos consultan. Dicha clasificación fue evaluada por Sierra et al. (2001) quienes encontraron con claridad que la población de toxicómanos no es homogénea, y que evidentemente habían distintos tipos de estructuras de personalidad que podían ser ubicadas en la clasificación de Cancrini, en donde el consumo tiene diferente sentido en cada caso, aspectos que según los autores deben ser considerados en el análisis de la demanda de tratamiento.

A continuación, a los fines de orientación y referencia para los profesionales que trabajan en este campo, se expone una tabla que integra la categorización de toxicomanías sugerida por Cancrini (1988), y la estrategia terapéutica elegida subsiguiente en base a la TFU propuesta por Linares (2012). Cabe destacar, que esta integración fue presentada al Dr. Linares (Comunicación personal, 25 de Mayo del 2020) quién refirió estar de acuerdo con la disposición de la misma.

Tipología de las toxicomanías (Cancrini)				Terapia Familiar Ultramoderna (Linares)				
Tipo de TUS	Clasificación	Función del síntoma de consumo	Indicación	Áreas psicopatológicas	Contextos relacionales		Estrategia terapéutica	
					Organización	Mitología	Organización	Mitología
Tipo A	Toxicomanías Traumáticas	Evitar la conciencia y el dolor	Terapia Individual Sistémica	No hay necesariamente una estructura psicopatológica previa	Diversos contextos relacionales	Diversos contextos relacionales	Según el contexto relacional identificado	Según el contexto relacional identificado
Tipo B	Toxicomanías del área Neurótica	Evitación de un conflicto doloroso familiar	Terapia Sistémica Familiar	Trastornos de Ansiedad / Trastornos de personalidad del grupo C + T. Histriónico / Distimia	Triangulada	Manipuladora	Destrianguladora	Negociadora
Tipo C	Toxicomanías de transición	Cubrir o compensar estados neuróticos y excepcionalmente psicóticos	Terapia Familiar Sistémica + Terapia Individual + Comunidad Terapéutica Breve de ser necesario	Trastorno Límite de la Personalidad	Deprivada	Rechazante	Vinculadora	De Aceptación
				Psicosis	Triangulada	Desconfirmadora	Destrianguladora	Reconfirmadora
				Depresión Mayor	Deprivada	Descalificadora	Vinculadora	Recalificadora
Tipo D	Toxicomanías sociopáticas	Facilitar la expresión de sentimientos agresivos a través de acting out.	Grupos de autoayuda + Abordaje Comunitario.	Familias Multiproblemáticas Psicopatías	Caótica	Negligente	Estructurante	Responsabilizadora

Tabla 1. Integración de la clasificación sobre las tipologías en toxicomanías de Cancrini y la estrategia terapéutica según los contextos relacionales de Linares

De esta manera, podemos apreciar el contexto familiar atravesado por el consumo problemático de sustancias, y el sufrimiento histórico y presente, con las concomitantes ansiedades por dramas futuros si la línea de proyección siguiera igual a cómo llega la familia a la institución. Con este panorama, más la base terapéutica sólida que posiblemente se haya generado en estas etapas, es posible comenzar el tratamiento terapéutico propiamente dicho, tanto del paciente individual, como de la familia. Reformulaciones, prescripciones, posiciones desafiantes, triangulaciones terapéuticas, van a tener una mayor potencia terapéutica en estos cuadros, y probablemente nos encontremos con un sistema más permeable a nuestras intervenciones.

En el diagnóstico que se realice es fundamental dejar en claro cuál es la “línea base” en cuanto al consumo desde la cual parte el proceso terapéutico, ya que esto permitirá realizar comparaciones y evaluaciones del tratamiento. Por línea base se entiende a la frecuencia, duración, intensidad, gravedad, urgencia y compromiso de la autonomía, que revise el problema de consumo presentado por los consultantes.

Solo una norma se plantea con límites bien claros con respecto al pasaje entre las etapas: Frente a situaciones de sintomatología aguda (graves y urgentes), el equipo tratante se debe posicionar en la etapa 0 y 1, y no deben pasar a la etapa 2 hasta tanto se haya realizado algún tipo de control sobre el síntoma. Se pueden dar consecuencias nefastas al intervenir en la disfuncionalidad cuando estamos frente a síntomas de consumo que implican riesgo de muerte inminente, debido a un alto nivel de entropía, sin un arco de primer orden superior que contenga.

3.2 EJES DIACRÓNICOS Y SINCRÓNICOS DE LA META-INTERVENCIÓN

La MIT acompaña a todo el proceso terapéutico, desde el primer encuentro hasta la despedida. Este transitar clínico puede ubicarse en los ejes temporales diacrónico y sincrónico, teniendo una intensidad de aplicación que va de más a menos, con una fuerte presencia al inicio y luego haciendo uso de sus etapas en momentos de crisis, como puede ser una vuelta a un estadio de consumo ya superado.

En el eje *diacrónico*, la MIT se encuentra ubicada a lo largo de la historia de la terapia y de su devenir, transmitiendo el clima ameno, atento, cálido y disponible, en el cual deben llevarse adelante las entrevistas, “revoloteando” por si es necesario recurrir a ella nuevamente en su totalidad.

En el eje *sincrónico* adquiere intensidad absoluta, ya que es cuando debe aplicarse etapa a etapa sin pasar de manera apresurada al nivel lógico inferior. Por nivel sincrónico se entiende la aplicación completa en los primeros encuentros, y luego en cada momento de crisis asociadas al consumo de sustancias. En este último caso, no es necesario realizar el diagnóstico sistémico nuevamente, pero sí comprender la significancia del sufrimiento en ese preciso momento del proceso terapéutico.

La evolución de los tratamientos en TUS no suele darse de manera lineal, sino más bien en forma de espiral ascendente, con sus procesos de grandes mejoras que llegan hasta cierta meseta, para luego volver a decaer. Esta bajada debe ser considerada en el contexto de dicho espiral, y no como un proceso aislado, ya que eso puede ser profundamente desalentador para el paciente. Debe recurrirse a la meta-intervención “en sincro” con la bajada, a los fines de que la curva descendente no caiga a profundidades irremontables. El objetivo de aplicación de la meta-intervención en este caso es aplanar la curva de decaimiento tras crisis por consumo, y brindar el consuelo emocional necesario que sirva como base de despegue para retomar tendencias ascendentes y alcanzar nuevas mesetas en estadios de evolución superiores. Los sentimientos de culpa (sean más o menos explícitos) del paciente y la familia, y las conductas de castigo asociadas a estos, pueden llegar a ser demoledores, al punto de arrasar con la persona, el sistema, el tratamiento, etc. Es por eso que resulta de una trascendencia vital recurrir a la etapa 0, y tener un proceder terapéutico sumamente cariñoso que, sin ningún tipo de ingenuidad y con una cabal comprensión de lo que está sucediendo, pueda contener y redirigir los pasos de quién consulta hacia un camino más saludable. A alguien que está en el suelo no se lo levanta a los golpes (confrontación directa), sino con abrazos (contención emocional), ese es el espíritu de la meta-intervención en este momento.

Mediante este proceder, no solo se evita el “desplome de las acciones” de los consultantes, sino que se los estimula a desarrollar resiliencia. En estos cuadros clínicos, en ocasiones, las opciones son: entregar la vida o desarrollar resiliencia. Con todo el abanico terapéutico que esté a nuestro alcance, siempre se deberá apuntar todas las fuerzas asistenciales a la segunda opción, propiciando las condiciones ambientales para el desarrollo de recursos personales y familiares en plena crisis, y favoreciendo el aprendizaje que puede realizarse en compañía del equipo tratante. Esto se puede conseguir siempre y cuando las personas que consultan identifiquen a los profesionales como tutores de resiliencia, y así puedan pasar del “apego a las sustancias al apego a las personas”, tal como sugiere el artículo escrito por Ceberio y Autor (2020, en prensa).

A los fines de generar resiliencia suele ser útil historizar, recordar la línea base desde la cual se partió y las condiciones de salud de las consultas iniciales. También ayuda el permanente reconocimiento de los logros obtenidos, sea cual sea el tamaño de estos. Demostrar las fortalezas aplicadas en cada situación, aunque estas no sean percibidas por los pacientes, genera un necesario empoderamiento y otorga mayor seguridad para afrontar los miedos. Estas son solo algunas estrategias que pueden mencionarse en el marco de este trabajo.

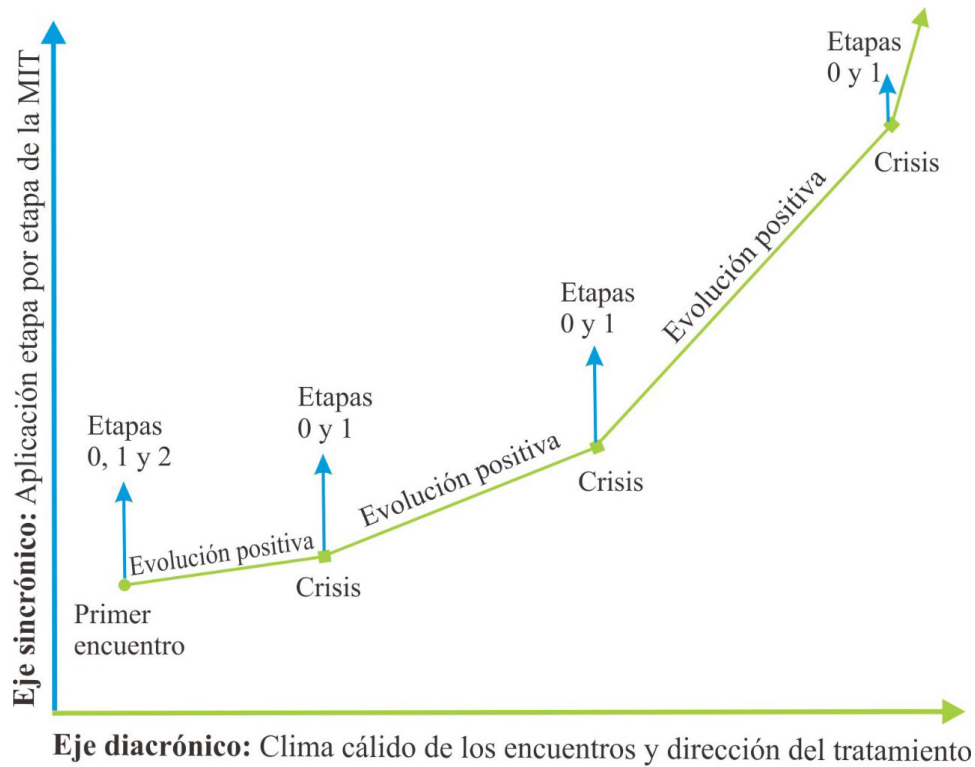


Figura 2. Proceso de aplicación de la Meta-Intervención en Trastornos del Uso de Sustancias

Tal como muestra la figura n°2, otro de los objetivos que persigue la aplicación de la MIT es que las crisis se den con menos frecuencia e intensidad. Esto quiere decir, que haya una distancia temporal cada vez más extensa entre los episodios problemáticos asociados al consumo, y que estos puedan ir disminuyendo en la gravedad que revisten: menos cantidad consumida, consumo en condiciones más saludables, con menos riesgo para sí y terceros, etc.

En el eje diacrónico, la dirección del tratamiento se apoya en la estrategia terapéutica adecuada a cada contexto relacional (vinculadora, reconfirmante, de aceptación, etc.), siempre en un clima de calidez, cariño y suavidad en el trato, acorde a la impronta de la MIT, ya que este enfoque se considera el más adecuado para el trabajo con casos que implican antecedentes de impacto traumático en el desarrollo.

Por otra parte, la aplicación en “sincro” de la MIT en momentos de crisis, como puede ser tanto en los primeros encuentros como en entrevistas posteriores, opera como un arco regulador de la entropía desatada por descuidos personales o familiares. Esta regulación negativa, lejos de ser impuesta a partir de modalidades controladoras punitivas, se realiza brindando consuelo, estimulando aprendizajes a partir de lo acontecido, y propiciando que tanto que el paciente individual o la familia incrementen el trato benévolo, comprensivo y afectivo, en lugar de castigarse.

3.3 CALIDEZ TERAPÉUTICA NO ES INGENUIDAD NI DESRESPONSABILIZACIÓN

A modo de defensa frente a una realidad que resulta muy dolorosa, o cómo hábito comunicacional instaurado, los pacientes en más de una oportunidad pueden llegar a presentar percepciones muy sesgadas, emitiendo interpretaciones desresponsabilizadas, omitiendo fragmentos importantes en las secuencias de los hechos, o simplemente alterando sustancialmente los acontecimientos en su

118 discurso. En este punto resulta necesario aclarar: dirigirse en las entrevistas de una manera cálida, afectiva y atenta, no quiere decir actuar de forma ingenua frente a las posibles transgresiones desdibujadas en la narrativa de quienes nos consultan. Un estilo terapéutico cálido debe colaborar siempre en que los pacientes puedan manejarse con un sólido criterio de realidad, y así avanzar “con los pies en la tierra”. Por ejemplo, en lugar de oscilar entre la impotencia y la omnipotencia, se los debe ayudar a tomar contacto con la potencia que habita dentro de ellos y, a su vez, con aquellos aspectos aún por madurar. Llegado el caso, el o la terapeuta deberán ofrecer su propio criterio de realidad (sentido común) a los fines de contrastarlo con los relatos alternos que colaboran con sostener el problema. Pero esta confrontación no debe ser realizada con intenciones de dejar en falta a la persona, ni de exponer sus aspectos infantiles, sino que debe ser señalada con el espíritu de ayudar a clarificar la comunicación y pasar de una percepción adolescente a adulto, que integre los aspectos positivos y negativos de la realidad, sin que ello sea motivo para ser juzgado por ellos mismos o por el profesional que lo atiende.

Marcar las percepciones polares, omisiones y exageraciones, es parte del trabajo terapéutico que busca generar confianza. Ofrecer un criterio de realidad que no oscile entre modos extremos de ver la vida, transmite solidez y representa una buena base donde el sistema puede apoyarse cuando lo necesite.

Todo esto, bajo ningún aspecto implica imponer un modo de ver la realidad, pero tampoco ser cómplice en el juego de las realidades que sostienen el funcionamiento patológico.

4. COMPLEMENTOS TERAPEÚTICOS

Existen complementos que, utilizados en conjunto, potencian el proceso mencionado anteriormente. Ya finalizando este artículo, se mencionan solo cuatro de ellos para pacientes individuales, muchos más pueden incluirse en la lista.

- **Cuadernos anotadores:** El uso de cuadernos puede resultar clave en el incremento de procesos de reconocimiento y aceptación de las emociones, así como también en el desarrollo de reflexiones alternativas a las automaltratantes. Para ello, se debe acompañar su utilización, indicando que se lo tomará como un diario personal, el cual puede ser traído a cada entrevista. A su vez, se le explicará cómo ampliar focos de percepción, registrar emociones, autopensarse de manera respetuosa, etc.
- **Participación conjunta en los rituales familiares cohesivos:** el aislamiento social del paciente, incluso dentro de su propia familia, refuerza los sentimientos de tristeza e incompreensión. Es importante solicitarle a él o a ella, y a su familia, que participen juntos de los rituales familiares cohesionadores tales como las comidas, momentos de ocio y celebraciones. Lejos de favorecer la aglutinación, esto estimula la unión del sistema e incrementa las posibilidades de intercambios afectivos, sobre todo en el marco de un tratamiento en donde se está acompañando al sistema para eso. No debe ser indicado como una imposición, pero sí se debe remarcar la importancia que tiene como antídoto contra la soledad y los sentimientos depresivos. Este complemento debe ser utilizado con cuidado en aquellos casos en que el sistema tenga un funcionamiento de tipo autoritario y rígido en donde se exige si o si la presencia de todos los miembros en los rituales mencionados.
- **Visualizaciones preventivas:** Los imprevistos juegan malas pasadas en la evolución positiva del tratamiento, fundamentalmente al inicio del mismo, es por eso que resultan muy útiles las visualizaciones (mediante el uso de la imaginación) paso a paso, que incluye imágenes de autocuidado preestablecidas y bien definidas, frente a posibles situaciones impredecibles que evoquen un gran estrés en relación al consumo y que sean altamente exigentes para el paciente, tales como: cruzarse con un *dealer*, pasar por un lugar usual de consumo, encontrarse compañeros de consumo, etc. Tener un “*kit* de respuesta” ya reflexionado con antelación, proporciona un resguardo protector en momentos en los que se

deben tomar decisiones con agilidad para garantizar el autocuidado. Dichas visualizaciones pueden ser confeccionadas en las entrevistas, a los fines de ayudar a generar representaciones lo más ajustadas a la realidad de cada sujeto.

- **Cartas entre pacientes:** La comunicación entre pares posee una importante potencia terapéutica en TUS, basta con dimensionar la cantidad de años que llevan operando Alcohólicos Anónimos (AA). Es por ello que los grupos clínicos de pacientes son tan utilizados en este campo. Cuando ello no es posible, previo a la incorporación de alguien en un grupo, o como complemento del abordaje grupal, resulta muy interesante y efectivo el uso de cartas entre pacientes. Dentro de las múltiples variables de aplicación de las mismas, aquí se hace mención a la redacción de una carta para otros pacientes al finalizar el tratamiento, y a la lectura de la misma por parte de quienes inician el tratamiento. A aquel que escribe la carta, la redacción le proporciona un sentido de trascendencia y ayuda. De esta manera, procesos de reparación se ponen en marcha frente a los recuerdos de destrucción que pueden asistir a la memoria, y marca una dirección a sostener en el camino relacional: la del cuidado del otro. Por su parte, quien la lee, recibe un mensaje esperanzador, realista y basado en la experiencia, de alguien que estuvo en un lugar semejante a él. Para que todo esto caiga en terreno fértil, y no se adopte una escritura con indicaciones de tipo imperativas, es importante el acompañamiento del terapeuta tanto en el proceso de escritura como de lectura. Acompañamiento que, sin limitar la creatividad ni el estilo de quien confecciona la carta, se realiza aplicando guías de cuidados para todos, siguiendo la misma lógica que la MIT.

5. PALABRAS FINALES

Si bien se ha presentado una Meta-Intervención que atañe al campo clínico, la impronta de la MIT puede trasladarse a modalidades relacionales de las instituciones en sí mismas con sus usuarios. Capacitar al equipo en un modo de funcionamiento que brinde contención y estímulo en cada espacio, genera un clima de trabajo cargado de optimismo, predisposición, y un trato considerado, lo que refuerza la adherencia no solo a un profesional sino a toda una organización. Una gran cantidad de actividades concretas pueden realizarse desde los establecimientos con esa finalidad, aunque eso ya excedería el cometido de este escrito.

Con respecto a la evaluación de resultados, al momento de finalizar este artículo, su medición queda limitada a las buenas referencias emitidas por un importante número de pacientes y familias en las entrevistas mantenidas y, por supuesto, por los indicadores de mejorías observados, tanto a nivel relacional como personal. Es un deber académico dejar en claro que no se han realizado evaluaciones con métricas cuantitativas que den cuenta de lo manifestado sobre la buena evolución en los tratamientos. Aspecto que queda pendiente para futuros estudios, algunos de los cuales ya están en marcha.

Dicho esto, se espera que lo expuesto sirva de estímulo para todos aquellos profesionales que deseen experimentar vivencias terapéuticas vivificantes en el trabajo con TUS, campo clínico que ha sido desconsiderado por buena parte de la comunidad que trabaja en salud mental. Desarrollar las entrevistas bajo esta modalidad no solo trae mejoras en quienes nos consultan, sino que permite vivenciar en la relación terapéutica expresiones positivas en las áreas afectivas, emocionales, del pensamiento y conductuales, que se contraponen al desgano típico que suele asociarse al abordaje en adicciones. La población de pacientes y familias con problemas de consumo necesitan mayor comprensión, empatía, y quedar por dentro del sistema de salud. Se espera que lo aquí expresado colabore en ello.

- Ainsworth, M. Blehar, M. Waters, E y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Eribaum.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C. P., Kasser, T., Zax, M., Sameroff, A., y Seifer, R. (1993). Contextual risk and resiliency during late adolescence. *Development and Psychopathology*, 5, 741-761.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. *Attachment*. (Vol. I) Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). El Apego. Vol. I. de la trilogía El apego y la Pérdida. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss. *Attachment*. (Vol. II). Separation. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998) La separación. Vol. II de la trilogía El Apego y la Pérdida. Paidós.
- Cancrini L. (1994). The Psychopathology of Drug Addiction. A Review. *The Journal of Drug Issues*, 24(4), 597-622.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D., y Mazzoni, S. (1988). Juvenile drug addiction: a typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27(3), 261-271.
- Ceberio, M. R. y Watzlawick, P. (1998) *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder
- Cirilo, S., Berrini, R., Cambiasi, G., Mazza, R. (1996) *La familia del tossicodipendente*, Milan: Cortina
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los Trastornos por el Uso de Sustancias: una revisión de la literatura sistémica. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (38), 47-64.
- Coletti, M. (1998). La terapia familiar con las familias de los tóxicodependientes. En *V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque Comunitario* (507-519). Cádiz: Diputación Provincial
- Corless, J. Mirza, K. y Steinglass, P. (2009). Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Journal of Family Therapy*, 31: 109-114.
- Fraley, R. C., y Shaver, P.R. (2016). Attachment, loss, and grief: Bowlby's views, new developments, and current controversies In J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd Edition) (pp. 40-62). The Guilford Press.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson.
- Gratz, K., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Haley, J. (1980). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*: McGraw-Hill
- Khantzian, E. J. (1990). Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, *the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 8, 255-271.
- Khantzian, E. J. (1997). The self medication hypothesis of substance use disorders: reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244
- Khantzian, E. J. (2011). Fine-tuning on painful affect and relapse: A group vignette. *Journal of Groups in Addiction y Recovery*, 6(3), 264-271.
- Kober, H. y Bolling, D. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. *Handbook of emotion regulation*, 2, 428-46.
- Linares, J. L (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Herder.
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99, 76-92.
- Luthar, S. y Cushing, G. (1999). "The construct of resilience: Implications for interventions and

- social policy". *Development and Psychopathology*, 26(2), 353–372.
- Luthar, S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- McGaha, J. E. (1993). Alcoholism and the chemically dependent family: A study of adult felons on probation. *Journal of offender rehabilitation*, 19(3-4), 57-69.
- Padykula, N. L., y Conklin, P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351-360.
- Schmidt, V. (2001). Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en Familias de Drogodependientes. *RIDEP*, 11(1), 75-92.
- Sierra, J. A., M., Iglesias, T. J., Millán Jiménez, A. M., y Molina, J. P. y Fernandez, C. R. (2001). Evaluación de tipologías en toxicomanías. *Apuntes de Psicología*, 19(2), 263-282
- Stanton, M. D. y Todd, T. y cols. (1982). The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Press. Versión Cast. (1997). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25–52.
- Thompson, R. A. (2014). Socialization of emotion regulation and emotion regulation in the family. In *Handbook of emotion regulation* (2nd ed) (pp. 173–186). The Guilford Press.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., y Fisch, R. (2012). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Herder Editorial.

LECTURAS ADICIONALES

- Abeijon, J. (2008). Estrategias de futuro en el abordaje de las toxicomanías. *El trabajo psicoterapéutico con las familias de los consumidores de drogas. Reflexiones desde Europa. Sistemas Familiares*, 24(1), 59-85.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Rome: Nuova Italia Scientifica. (Versión cast. (1991). Los temerarios en sus máquinas voladoras. Buenos Aires: Nueva Visión.

Clásicos



Diálogos: Gianfranco Cecchin

Entrevistado: Gianfranco Cecchin
Entrevistador: Alfredo Canevaro

Comentario: Resonancias de reflexiones de pioneros Marcelo R. Ceberio

Recibido: 08-06-2021

Primera Revisión: 08-06-2021

Aceptado: 08-06-2021

Hace 35 años atrás, Alfredo Canevaro nos hacía leer un material realmente valioso: más que una entrevista a Gianfranco Cecchin, era un intercambio de experiencias y de teoría entre pioneros del paradigma sistémico. Ese encuentro plasmado en las páginas de la célebre revista “Terapia Familiar”, ahora es republicada en “Redes” y deja entrever temas que hoy mismo tienen mucha vigencia y es necesario traerlos hoy para contextualizarlos en su evolución y desarrollo en el tiempo.

Comentaré algunas de las repercusiones que tuvo en mí ese diálogo histórico o, más bien, lo que pude construir de lo que se transcribió en esa entrevista, una especie de asociación de libre pensamiento.

SISTEMAS OBSERVADOS Y OBSERVANTES

Un detalle interesante y también anecdótico de la escuela milanesa en los inicios de la práctica de la terapia familiar, es el que hace Cecchin cuando hace referencia a cómo los terapeutas familiares ensayaban técnicas y estrategias, para después darle un cuerpo teórico. Pero fue la presencia de Prigogine y Foerster con el planteo de la segunda Cibernética y el Constructivismo, los que incorporaron a la figura del terapeuta en el sistema, puesto que, en los trabajos iniciáticos de Palo alto, se trabajaba con una primera Cibernética en donde no se tomaba en cuenta a un terapeuta involucrado en el campo de lo observado. En cambio, la cibernética segunda estudia los sistemas observantes (el terapeuta y a su equipo) en conjunción con los observados, en la construcción del problema. Ya no es el problema en sí mismo, aquel que relata la familia, sino el problema que construye el terapeuta a partir de esa narración. Lo narrado está sujeto a reglas sintáctico-gramaticales que reproducen la vivencia, y ésta no es el hecho. A la vez, el terapeuta escucha captando la información que sus esquemas conceptuales le permiten, además de la interacción particular y única que genera en cada sesión con sus pacientes. Ya no es una realidad que se descubre sino una realidad que se construye, como señala Maturana y otros autores como Watzlawick, von Glasersfeld, Keeney. Postulado básico constructivista-cibernético que tiene vigencia actualmente.

En la actualidad, si bien ha corrido bastante agua bajo el puente de la teoría sistémica, todavía los terapeutas familiares y los terapeutas sistémicos, más precisamente, ponen en juego su genio creativo en cada una de las intervenciones. Porque si en algo hace gala el modelo es la puesta en marcha de la creatividad. Es que la mayoría de las técnicas sistémicas devienen de la comunicación cotidiana, con lo cual la gama de intervenciones es vastísima, dando un lugar amplio a la creatividad. Por tal razón, un terapeuta que maneje un caudal técnico bien incorporado a su repertorio terapéutico, podrá jugar su ser creativo con solidez teórica en cada aplicación. Desde las preguntas circulares que tan bien empleó la escuela selviniana, la paradoja y contraparadoja, la connotación positiva hasta las prescripciones ericksonianas paloaltinas, todos son recursos con teorías que los respaldan.

Eso demarca la diferencia con los inicios, cuando todo estaba por inventarse. Allí estaba la teoría gestándose en la medida que los terapeutas actuaban en planteos tan innovadores como incorporar a más de una persona en las consultas, ni más ni menos que la incorporación de una familia, con todo el movimiento estratégico que implica la atención de todo un sistema, en comparación con la “aparente simpleza” del trabajo individual.

LA CRISIS DE LA TERAPIA FAMILIAR

La conversación discurre sobre la crisis de la terapia familiar y Cecchin menciona “que se habla que la terapia familiar no ha influido en los grandes sistemas y en la psiquiatría clásica y que hasta el mismo Minuchin habla de los avances de la terapia familiar, pero “que no es exitosa en la producción de efectos”. No obstante, Cecchin rechaza estas posiciones: afirma que la terapia familiar es la única forma de ver los sistemas humanos.

Entiendo que Cecchin cuando habla de “terapia familiar”, está hablando del paradigma sistémico-cibernético, como un modelo epistemológico que posibilita analizar cualquier sistema, de la partícula a la galaxia. En este sentido, hoy no cabe la duda que el modelo es la opción más eficaz de lograr poder construir hipótesis de alta complejidad en los sistemas. Hoy podríamos llamar “terapeutas sistémicos” y no “terapeutas estrictamente familiares”, porque el modelo sistémico es un modelo epistemológico y en ese sentido está en un supra nivel con respecto al resto de los modelos terapéuticos, porque una de las aplicaciones del modelo sistémico es a la psicoterapia, dentro de los tantos campos de aplicación.

No deja de ser cierto que el movimiento sistémico ha tenido diversas influencias en el tema del diagnóstico psiquiátrico, y si bien en manuales diagnósticos como el DSM han empezado a tomar variables de contexto, siempre el desarrollo de la sintomatología se centraliza en el análisis la persona como individuo. Por supuesto que se hace muy difícil poder estructurar construcciones sistémicas de diagnóstico: son múltiples las variables que intervienen en la constitución de una categoría diagnóstica que aúne signos y síntomas de un individuo que, si debe tomarse en cuenta los diversos juegos interaccionales de un sistema, la complejidad es miles de veces mayor en la construcción psicopatológica.

Cecchin afirma que las instituciones funcionan y seguirán funcionando de manera lineal. Sobre esta lógica deben entenderse estructuras piramidales y, por ende lineales, de funcionamiento. Creo que este tema que sale a la palestra en la entrevista tiene vigencia en la actualidad y va más allá. Socioculturalmente, seguimos transitando en una cultura positivista, lineal y objetivista, que constituye el paradigma de nuestra sociedad occidental en la forma de procesar información.

Los profesionales cuyo punto de observación es la epistemología sistémica, aplicada tanto a la psicoterapia como a la investigación, por ejemplo, hoy deben luchar contra las resistencias que ejerce el paradigma lineal y objetivista, porque todas las consultas están impregnadas de esta forma de procesar información por parte de nuestros clientes. De la misma manera, que trabajamos en instituciones construidas en estratos con variables lineales tal como lo señala Cecchin. Hoy, 2021, el panorama epistemológico sistémico, si bien se ha desarrollado y tiene mayor vigencia, continúa en un nivel “micro” en un contexto macro lineal.

TERAPIA FAMILIAR Y TERAPIA SISTÉMICA

Pregunta provocativa la de Alfredo, cuando refiere a si la Terapia Familiar va a ir “en retroacción o en progreso” y brillante la respuesta: Cecchin hace una perfecta discriminación entre lo que considera la pragmática de la terapia familiar y procesar información de manera sistémica. Es decir, la diferencia entre terapia familiar y terapia sistémica; más aún, la distinción entre pragmática y epistemología. Esta posición de enseñar a observar y construir una hipótesis de manera sistémica es la premisa que sigue el instituto milanés y con ello van más allá de la terapia familiar, o sea, se puede trabajar con el modelo sistémico hasta en terapia individual, es por eso que ser sistémico es mucho más que el ejercicio de trabajar con la familia. Pienso que, en la actualidad, se ha abandonado en

la formación sistémica, la reducción del modelo a un glosario de técnicas, como se enseñaba a los inicios. La mayoría de los institutos bregan por un modelaje cognitivo, en donde los alumnos logren construir el objeto de estudio desde la teoría sistémica.

La plasticidad del modelo y la versatilidad es expresada en la frase “La terapia familiar es abierta y tiene un vasto campo de posibilidades” ... “no es una religión donde hay una escuela fija donde hay un padre, Freud, al cual todos deben referirse”. Más allá de lo acertado de la frase, los inicios de la terapia familiar estuvieron signados por la comparación con el psicoanálisis: que es una terapia breve (en comparación con los años de tratamiento psicoanalítico), que es poca la frecuencia de sesiones (quizá una por semana o cada 15 días en comparación con las tres semanales psicoanalíticas), que trabaja el presente (y no busca en el pasado, en las experiencias infantiles) y así en cantidad de detalles comparativos.

La Terapia Familiar, entonces, es una de las tantas formas de terapia -como señala Cecchin- y la psicoterapia sistémica es mucho más, porque como hacía referencia, es un modelo epistemológico que puede aplicarse a multiplicidad de situaciones, desde una empresa, familia, pareja, individuo y su sistema o a grupos.

Es claro que esa perdurabilidad de la epistemología sistémica como forma de ver los problemas humanos o de construirlos, más precisamente, excede el marco de la terapia familiar ya que no podemos afirmar que todos los problemas de un individuo se deben a su propia familia. Es rotunda la opinión del maestro italiano al respecto: un sujeto interactúa con otros sistemas, aunque la familia es un fuerte referente. Sin duda, en el sistema familiar se elaboran procesos de identificación no solo de humanos masculinos y femeninos, sino también referentes de estilos de interacción, en modelos de relación de pareja, modelos de estilos de crianza, internalización de valores, creencias. Todo se cuece dentro de la estructura familiar, pero este modelaje va a perturbar otros sistemas. Hay que ver como estos *patterns* se repiten en otros sistemas.

DETERMINISMO PSICOANALÍTICO VS DETERMINISMO ESTRUCTURAL

La familia es la estructura de base social, dice Cecchin- pero de ninguna manera es la causa de los problemas. Es muy claro que cuando se trabaja el problema, se explora el contexto (el sistema) donde se desarrolla el problema y son numerosos los sistemas participantes. El determinismo psicoanalítico se construye en la historia familiar en los primeros años de vida, cuyos patrones internalizados pueden repetirse en otros contextos. Para Maturana, en cambio, el determinismo es estructural: “la organización de un sistema es constante, lo que se modifica es la estructura, el determinismo de Maturana no es histórico es estructural. La estructura es lo que determina lo que se produce dentro de un sistema”, afirma Cecchin.

El terapeuta puede perturbar al sistema, pero de ninguna manera puede empujarlo en una dirección determinada. La escuela milanesa interviene en las acciones y después ve los resultados, pero de ninguna manera insta a la familia a ver en una dirección determinada. Esto tiene cierto grado de relatividad, a mi entender, porque de alguna manera el terapeuta cuando conceptualiza a sus pacientes, crea un sistema determinado que es lo que observa a partir del relato y de lo que ve, es decir, lo que cuentan los integrantes de la familia mientras que son influenciados por las preguntas del profesional en el sistema.

Este grado de influenciabilidad que emerge a partir de las preguntas, hace que terapeuta empiece a construir una hipótesis y a partir de ella va actuando; porque la hipótesis es un estructurando al cual va modificando, certificando o ratificando sobre la marcha. No obstante, es difícil no influenciar porque siempre lo que construye el terapeuta es a partir de sus propias estructuras conceptuales, porque no solamente cuando trabajamos, abordamos desde nuestro modelo terapéutico: no hay bisturí epistemológico que cercene nuestros preceptos, creencias, valores, historia, reglas individuales.

El equipo milanés piensa, que cuando se habla de la familia de origen en la producción sintomatológica, se está hablando de la historia. En ese sentido, es un viejo mito que el mundo sistémico trabaja únicamente el tiempo presente, porque los terapeutas sistémicos trabajan con la historia

puesto que al hablar de la familia de origen estamos hablando de la historia. Cuando trabajan integrando toda la familia, están viendo la historia en vivo, pero cuando trabajan con pacientes individuales, ven una multiplicidad de fantasmas, y esos son los fantasmas de la historia que se encuentran en la familia de origen.

Esta parte del diálogo es una permanente reflexión de estos dos grandes maestros: cuántos individuos o cuantas parejas no llegan a desarrollarse porque todavía no obtuvieron la confirmación de su familia de origen. La noción de “matrimonios escondidos”, investigando cuales son aquellas personas a las que uno recurre cuando está en crisis. Y es lo que Cyrulnik llama “tutores de resiliencia” que serían ni más ni menos que las “figuras de apego” que señala Bowlby. Cuando fracasan los problemas de individuación y las personas quedan adheridas a su familia de origen, desde allí se establecen ciertos juegos relacionales que no permiten construir la propia familia. Cecchin recuerda un ejemplo de una paciente que no se casó enamorada de su marido sino de la madre de su marido, porque necesitaba una madre para ella por este déficit de mamá en su familia de origen. También destaca la diferencia con respecto a la terapia americana, que centra la terapia en empujar en dirección a la autonomía y a la independencia del paciente de su familia de origen. Mientras que los italianos con la terapia paradójica, llevan las figuras parentales a un límite para que el cambio se produzca solo. Además, las familias americanas con el mito de la autonomía, piensan que hasta las familias extensas bloquean la independencia de las personas y las familias argentinas e italianas son muy diferentes en ese sentido.

Es interesante la concepción del *training* que tienen en la escuela de Milán, y puntualiza algunas premisas: no pretender que los alumnos devengan terapeutas familiares sino pensadores sistémicos, y ese “formateo” mental amplía la forma de intervenir sobre cualquier sistema. También observan, cuál es el contexto en donde se produce el problema y que lo vuelve comprensible, y tratan de ampliar el sistema a padres y hermanos. De las máximas dificultades que encuentran en la enseñanza del modelo, es la falta de espontaneidad de los alumnos que en la observación de videos o simuladas, ya que copian las actitudes de los maestros -como los llama Semboloni, los terapeutas “clones”-.

Por último, muestra la forma de enseñanza del modelo, el nivel de detallismo casi obsesivo en las explicaciones, el “ritual de la pre-sesión” dividida en dos sistemas uno que observa y el otro que hace la pre-sesión. Los distintos subsistemas: la familia, la terapia, el observador. Y algo que Cecchin describe que llamó mi atención, cuando señala que los alumnos no vayan diciendo en un nivel de superioridad que ellos están formados como terapeutas de familia, sino “que están estudiando en un equipo”, que están profundizando sobre el tema en una posición más complementaria evitando la simetría: excelente ejemplo de *Humildad ecológica*.

DIÁLOGOS

DIÁLOGO ENTRE EL DR. GIANFRANCO CECCHIN Y EL DR. ALFREDO CANEVARO¹

Alfredo Canevaro: Gianfranco, querría saber qué piensas acerca de los desarrollos teóricos recientes, cómo pueden enriquecer la terapia familiar y además, cómo ves el movimiento de la terapia familiar y su futuro.

Gianfranco Cecchin: Los terapeutas familiares son sustancialmente clínicos que trabajan con el material humano que ven, con los sistemas humanos que ven. Primero hacen el trabajo y luego tratan de teorizar sobre lo que hicieron, Al menos así fueron nuestros comienzos en Milán con Selvini, Palazzoli, Prata y Boscolo. Primero hacíamos nuestros experimentos, nuestras intervenciones y después tratábamos de explicar qué habíamos hecho. Por lo tanto es una tradición en terapia fami-

liar: primero accionar y después tratar de explicar, de teorizar, y en cierto sentido tratar de mejorar nuestras intervenciones. Distinguir entre aquellas eficaces y las menos eficaces. Por lo tanto esta búsqueda de teoría ha existido siempre dentro del movimiento de la terapia familiar.

Alguien podría pensar que hay una crisis en la terapia familiar dada la búsqueda de ciertos personajes teóricos que contribuyan. Yo no pienso para nada en esto ya que hay una continua dialéctica entre práctica y terapia, teoría y práctica. Es casi imposible tener una teoría y después aplicarla con éxito.

Se debe trabajar de consuno.

A. C.: ¿Dices esto por la contribución de gente como Prigogyne, Maturana y Von Foerster, por ejemplo?

G. C.: Así es, los terapeutas familiares continúa organizando reuniones e invitando a estos célebres personajes, que son éstos quienes hablan de la así llamada “segunda cibernética”.

En Palo Alto, y en los primeros tiempos se trabajaba con la llamada primera cibernética, o sea, se observaba el sistema, cómo estaba organizado, cómo se autodeterminaba. Existía el concepto de homeostasis y transformación, pero no se teorizaba sobre la presencia del observador en el sistema. El sistema era un objeto para examinar y para teorizar. Al menos así lo hicimos nosotros en los tiempos de Paradoja y Contraparadoja.

Luego de este período, ha habido un movimiento hacia la segunda cibernética, o sea una intervención en el observador, o sea el observador en el sistema. No se trata ya de observar sólo el sistema familiar, sino el sistema más el terapeuta. Prácticamente este concepto es la “cocreación de la realidad”. Ahora bien, saber cómo llegan a crearla, ése es un gran problema. De ahí la contribución teórica de Maturana con su concepto de que es el ser humano, en cierto sentido, quién organiza su “realidad”. No es la realidad a descubrir sino que es el observador quien crea la realidad al descubrir sino que es el observador quien crea la realidad que está descubriendo. Este es un concepto muy útil, así como las ideas de Von Foerster, con su “constructivismo radical” que puede ser útil como expresión de los que hacemos.

Estos movimientos nos dan ideas, pero no explicaciones completas. Sólo algunas ideas sobre aquello que está sucediendo. Por lo tanto esta conversación continúa entre clínicos y teóricos, parece estimulante y útil, sobre todo en este período, para salir del concepto del sistema como una cosa mecánica.

A. C.: ¿Cómo es esto de la llamada crisis de la terapia familiar, en qué sentido?

G. C.: A veces se habla de esto porque la terapia familiar no ha sido exitosa en influir sobre los grandes sistemas y no ha influido en la psiquiatría clásica. Hay muchos grupos, como por ejemplo el de Andolfi en Roma, que ahora comienzan a “redescubrir” al individuo. Algunos dicen que la terapia familiar no funciona, que no tiene futuro. El mismo Minuchin en su último artículo de Networker habla de que la terapia familiar ha crecido mucho, pero que no ha tenido éxito en producir efectos. Existe esta sensación de crisis y algunos dicen que estas investigaciones de los teóricos forma parte de esta crisis.

A. C.: Y tú no piensas esto...

G. C.: No. Pienso que la terapia familiar es el único modo de ver cómo funcionan los sistemas humanos. La familia es uno de los sistemas naturales más frecuentes, digamos, que se puede examinar para estudiar los sistemas. Si no hemos tenido éxito en influenciar los sistemas más amplios, esto depende de nosotros que no hemos encontrado las palabras justas, las teorías justas. O sea, para mí esta búsqueda de teorización es muy positiva, aún porque como veíamos antes, la terapia familiar no es una religión, donde hay una escuela fija, donde hay un padre, Freud, al cual todos tienen que referirse. La terapia familiar es abierta, es un movimiento con posibilidades muy vastas.

A. C.: A veces pienso que no se ha tenido éxito en influir sistemas más amplios por intereses creados.

G. C.: Así es.

A. C.: ... lo que no quiere decir que una política sanitaria no deba basarse en el sistema familiar más que en el individuo. Este es un gran problema en todas partes. Aquí hace años que estamos tratando de hacerlo pero no es fácil, ya que a veces la política sanitaria depende de grupos burocráticos...

G. C.: Una organización vasta no puede hacer otra cosa que pensar de un modo lineal. Es difícil que una organización, un sistema fuerte y potente pueda ser circular. Es casi una contradicción. Cuando se organiza un sistema sanitario, no se puede hacer otra cosa que hacerlo de una forma tradicional, lineal, con explicaciones no circulares. Minuchi hablaba en este artículo de que la terapia familiar no había sido exitosa en cambiar los grandes sistemas.

A. C.: ¿Tú no crees eso, no?

G. C.: No. Puede ser que aún no haya tenido efecto, pero de ninguna manera es para descartarla por ineficaz.

A. C.: ... Porque no hay que alejarse nunca del hecho clínico como referencia de base.

G. C.: Así es.

A. C.: Sería un error si entráramos en una fase de esperanza frustrada, de desilusión. Personalmente creo que el hecho clínico es irrefutable.

G. C.: Estoy completamente convencido de esto. Sin embargo no encuentro raro que las instituciones permanezcan lineales, tradicionales, porque para sobrevivir deben tener estas reglas.

A. C.: ¿Tú crees que el futuro de la terapia familiar irá hacia una retracción o hacia un desarrollo mayor?

G. C.: No, por ejemplo, con el *training* que hacemos en Milán, nosotros enseñamos a los alumnos a pensar de la manera sistémica, aunque trabajan luego en instituciones tradicionales, la institución puede ser lineal, pero el individuo no. Pueden tener un pensamiento sistémico y esto es una paradoja de la cual se pueden extraer efectos positivos. Mantener la institución como es pero utilizarla de un modo clínico y útil. Lo que tratamos de enseñar a los alumnos es no de “vender” la terapia familiar como la única terapia, sino enseñar a pensar de manera sistémica, diversa, aun aceptando las instituciones dentro de las que están. Se puede tener pensamientos sistémicos aún haciendo terapia individual o utilizando la internación de modo clínicamente válido. O sea, la terapia familiar no es idéntica a terapia sistémica.

A. C.: ¿O sea que tú piensas que la terapia sistémica tendrá un desarrollo mayor que la terapia familiar?

G. C.: Así es. La terapia familiar no es necesariamente la única intervención, aún porque el *establishment* no la acepta como una forma general de terapia. La terapia familiar es una de las tantas formas de terapia.

A. C.: ¿Tú crees que esto tenga que ver con la noción de familia, en el sentido sociocultural?

G. C.: Sí, porque la familia es la estructura de base social, pero no necesariamente es la causa de los problemas, cuando uno se enfrenta con un problema tiene que ver cuál es el sistema en torno a dicho problema que le da sentido. A veces es la familia, a veces la escuela, o el trabajo y también la política social y no siempre la familia.

A. C.: Entiendo, pero ¿no piensas que la estructura íntima del individuo está formada por un entrelazamiento relacional significativo a partir de la familia?

G. C.: Sí. Uno nace en una familia, pero también se pone en contacto con otros sistemas desde el inicio de su vida.

A. C.: Lógico, pero como contexto inteligible para entender los problemas. O sea, dependiendo de las experiencias adquiridas dentro del contexto familiar, ¿no piensas que éste sea significativo al reproducir conductas patológicas en otros sistemas?

G. C.: Estudiando el sistema familiar se llegan a captar ciertos problemas que se pueden reproducir en otros sistemas. Estos *patterns* aprendidos de 0 a 6 años, según el psicoanálisis quedan fijos y se reproducen por la transferencia en otros sistemas humanos. La persona está determinada históricamente. En cambio para la teoría sistémica, el sistema en el que uno vive es siempre algo nuevo

y no una repetición del pasado, salvo en aquellos sistemas rígidos que permanecen “congelados” sin cambios y sólo repitiendo. Es interesante comentar aquí la aplicación de las teorías de Maturana. El dice que la organización de un sistema es constante, nosotros la creamos, pero la estructura está en continuo cambio. El determinismo de Maturana no es histórico sino estructural. Es la estructura la que determina lo que sucede dentro de un sistema. Lo que yo veo depende de mi estructura que está en continuo cambio. Otra cosa muy importante que he captado de Maturana es que ningún sistema puede determinar a otro sistema, sólo perturbarlo. Esto es muy importante en la terapia, porque nosotros no podemos empujar a una familia a ver las cosas como las vemos nosotros. Podemos sólo crear perturbaciones que la estructura interna de la familia, su organización interna que nosotros no llegamos jamás a conocer completamente, es la que determina cómo usará las intervenciones. Eso va perfectamente de acuerdo con el abordaje a la familia de la escuela milanesa. Nosotros ideamos las intervenciones, accionamos y luego esperamos a ver qué sucede, sin influenciar jamás a la familia en una dirección determinada.

A. C.: Antes de pasar a hablar sobre el *training*, te querría hacer una última pregunta. ¿Cómo entienden ustedes la influencia de la familia de origen tanto sea en la patología actual como en la terapia?

G. C.: Esto es muy interesante. La familia de origen representa un poco la historia de la familia ¿no? Una familia nueva, se va desprendiendo de la de origen. Sino tiene éxito, como en las familias rígidas, queda ligada a la vieja familia, y el sistema significativo es la vieja familia, y entonces hay que llevarla a terapia.

A. C.: ¿Y la influencia actual de la familia de origen, aún cuando sea oculta?

G. C.: Cuando un sistema está mal, y no puede organizarse en un sistema normal, sale a menudo a relucir la historia. Por ejemplo, estoy triste porque mi madre... siempre me trató mal, etc., o mi padre... aún cuando no se vean los parientes se traen los viejos fantasmas.

A. C.: ¿No piensas que a veces los individuos no pueden desarrollarse, o las parejas consolidarse porque todavía no ha habido una confirmación desde las familias de origen, y entonces la influencia es actual?

G. C.: Claro, la mayor parte de los problemas vienen de ahí, porque un niño se confunde cuando su padre todavía no terminó de ser hijo o su madre de ser hija. Nosotros vemos muy frecuentemente como las familias, que existen los llamados “matrimonios escondidos”. Tratamos de investigar a través del paciente cuál es el vínculo más importante. Por ejemplo, ¿Cuándo estás mal “en quién piensas?”, “¿a quién llamas?”. O ¿si su madre ahora muriera, su matrimonio mejoraría o empeoraría? Se descubren cosas fascinantes, como por ejemplo que una mujer se casa, no realmente enamorada de su marido, sino de la madre de su marido, buscando una madre para sí.

A. C.: En Estados Unidos trabajan menos con las familias de origen ¿no? Quizás a causa de la distancia y de la movilidad geográfica.

G. C.: Sí, pero los problemas son los mismos. Allá trabajan menos porque la tendencia es a trabajar con el método estructural. Tienen a reconstruir la familia actual y a desprenderse de los viejos fantasmas empujándola en una dirección de autonomía e independencia. La diferencia con nuestra terapia paradójica es que nosotros aceptamos esos vínculos y tratamos de llevarlos a un límite absurdo para que cambien solos.

A. C.: ¿Y los americanos pueden entender esto?

G. C.: Les cuesta mucho porque la idea de ellos es de hacer, construir, hacer las cosas juntas, ayudar a las personas a ser autónomas.

A. C.: Es la tradición anglosajona del mito de la individualidad.

G. C.: Esa es una idea cultural que los terapeutas repiten con una visión moral, falta la neutralidad. Con este mito de la autonomía, ellos tienen a ver la influencia de la familia extensa, como una falta de autonomía, y no siempre es así. En los sistemas latinos, en Italia, en Argentina, es más fácil ver la influencia de las familias de origen y no siempre es patológico. Son las familias “*Enmeshed*”

A. C.: ¿Y cómo hacen para que los alumnos entiendan esto en el *training*?

G. C.: Primero, les decimos a los alumnos que no pretendamos que ellos devengan necesariamente terapeutas familiares sino que aprendan a pensar sistémicamente para poder aplicarlo en su campo de trabajo. Cuando vemos un problema les preguntamos cuál es el contexto significativo que vuelve comprensible este problema. Tratamos de ampliar el contexto del paciente a sus padres, hermanos, etc. A veces descubrimos que no son los pacientes, sino la escuela. Entonces los alumnos aprenden a distinguir cuál de esos contextos es más importante para la terapia, o la familia nuclear o la extensa o el contexto social. No partimos de prejuicios.

A. C.: ¿Cuánto tiempo lleva el *training*?

G. C.: Son tres años. Son 16 ó 17 jornadas por año. Nos vemos cada 15 días y cinco horas por vez. Vemos familias en vivo, hacemos *video-tape* o familias simuladas y discusiones teóricas o grupos de lectura. Otra cosa que decimos es que la nuestra es una escuela ortodoxa, en cierto sentido rígida. Nosotros le mostramos lo que nosotros hacemos. Si quieren aprender otras escuelas tienen que ir a aprenderlas con otros porque nosotros no las sabemos.

A. C.: ¿Cuáles son los problemas más importantes que encuentras en los alumnos?

G. C.: Es muy difícil que actúen espontáneamente, pues siempre tratan de imitar a los maestros. Es esta paradoja de “sé espontáneo”. No lo pueden ser. También les hacemos tener sesiones sin supervisión y después vemos los *tapes*. Los discursos que hacemos sobre las intervenciones son más bien de tipo intelectual y ellos encuentran más problemas en la relación analógica.

En el primer año hacemos sólo teoría y *video-tapes*. En el segundo ven familias y en el tercero son ellos quienes conducen la sesión. Tenemos el problema de que no tienen la posibilidad de ver muchas familias.

A. C.: ¿Qué encuentras de semejante o diverso con el *training* en otras partes del mundo?

G. C.: Que son más eclécticos. Ahora sí, ven más familias, tienen más práctica clínica, pero menos cuidado del detalle como hacemos nosotros que a veces nos ponemos muy obsesivos.

A. C.: En Estados Unidos ustedes son muy requeridos.

G. C.: Sí, y también en Europa. Probablemente porque existe esa idea de que nosotros hacemos una cosa no mezclada con otras y que tratamos de seguir rígidamente a Bateson. Además hacemos casi un ritual con eso de la pre-sesión, el trabajo con el equipo y las intervenciones.

Ahora dividimos el grupo en dos subsistemas. Uno se encarga de la sesión y el otro observa y comenta. Es un ejercicio muy interesante. Trabajamos con esto de los varios niveles de Bateson. El nivel de la familia, de la terapia, el nivel del observador. Cada nivel tiene una formación diversa del otro y el alumno aprende que lo que piensa y hace depende de la posición que tenga en el sistema. Cambia de posición y cambia de idea y esto se ve bien en las simuladas. Otro mensaje que damos es que en sus puestos de trabajo jamás se pongan en posición simétrica o sea, decir: “Ahora nosotros sabemos cómo se hace terapia de familia”, sino meterse en una posición complementaria. “Estoy estudiando y experimentando algo diverso en Milán, pero no trataré por el momento de aplicarlo acá porque no sé si vale o no vale”.

A. C.: El conocimiento previo que ellos tienen, ¿cuál es?

G. C.: Muchos vienen del psicoanálisis en su mayoría, aunque también psiquiatras organicistas.

A. C.: ¿Y encuentran dificultad de comprensión en estos alumnos?

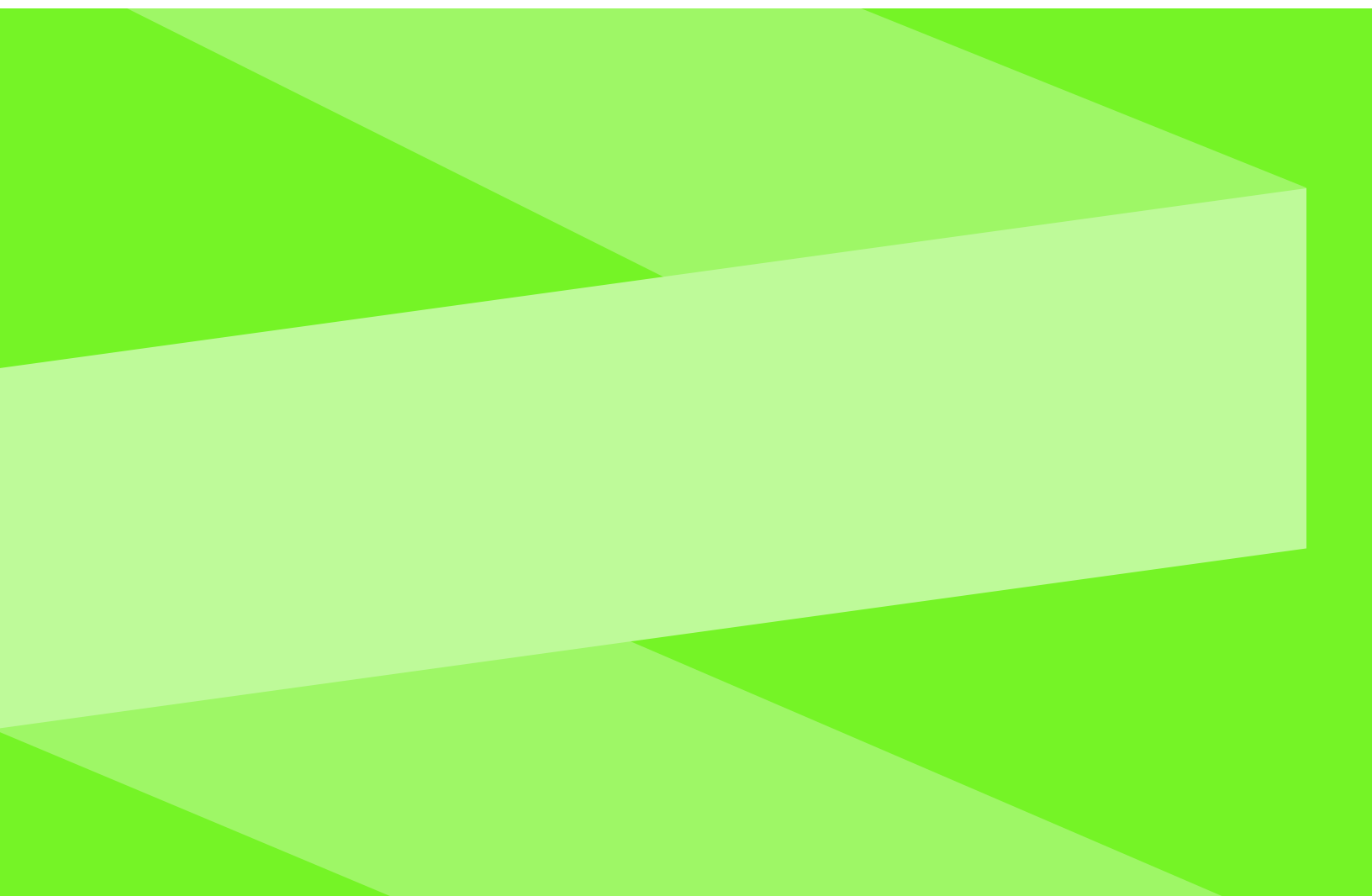
G. C.: No, porque la idea sistémica son solo ideas, que conexas con otras, se vuelven diversas.

A. C.: Yo encuentro aquí que la influencia del psicoanálisis individual durante el *training* es a veces uno de los problemas “ocultos” más importantes como resistencia al cambio.

G. C.: Eso lo he visto más en Alemania e Inglaterra que en Italia y esa doble lealtad los confunde. Últimamente aprendimos a trabajar mejor ese problema. No atacamos jamás al psicoanálisis, sino que les decimos que el psicoanálisis tiene un número de hipótesis muy útiles. Lo importante es no creer en estas hipótesis. Más bien utilizarlas como instrumentos para pensar.

A. C.: Bien Gianfranco, te agradezco mucho tu gentileza y creo que nuestros lectores sabrán reconocerla.

Reseñas



Marcelo Pakman
El exilio del Mesías.
Barcelona: Gedisa, 2022. (246 p.)

Armando Valle Valadez

Una verdad inconfesable y que puede ser difícil de aceptar por nosotros, lo terapeutas familiares, es que no leemos, y si lo llegamos a leer de forma mínima y fragmentada, no lo entendemos, como le pasó en los orígenes del enfoque al Grupo de Palo Alto, a nuestro patriarca fundador, Gregory Bateson.

En su último libro, Pakman lo lee, lo entiende mediante un profundo, paciente pensar filosófico, y así, nos ayuda a entenderlo; pero más importante, nos muestra las implicaciones prácticas de la teoría de aquel antropólogo inclasificable, en las prácticas cotidianas tanto de la psicoterapia como de los discursos “micropolíticos” que influyen y con-forman nuestra vida.

El libro da fin a la trilogía, “*El Espectro y el Signo*”, que comenzó en el 2014 con “**Texturas de la imaginación**”, una estética de la vida cotidiana en el mundo natural y cultural que habitamos, donde se pronuncia en contra de las terapias normalizadoras para privilegiar la experiencia de lo sensible que da origen a lo poético, poner en palabras aquella vida sensible. Para luego, cuatro años después, pasar al abordaje ético de lo propuesto, en “**El Sentido de lo Justo**” (2018), cómo lo estético nos inspira a una vida mejor, la vida vivible y que vale la pena ser vivida con la “comunidad que comparece” en esos momentos singulares que trascienden nuestra identidad.

Y en ésta última publicación, se aborda aquello de teológico que hay en la terapia. Una mesiánica de la vida cotidiana, “una inclinación hacia lo abierto más allá de lo que existe”, y que nos da un impulso esperanzador y transformador para dar sentido a nuestra experiencia singular y en comunión. La inclinación hacia lo abierto, es una inclinación hacia lo bello y lo justo, abordado en los números anteriores de la trilogía, para ahora, “habitar la potencia de cambio que nos habita”, que en terapia se traduce como “el deber de hacer existir lo que no existe” en conjunto con los que hacemos comunidad.

Aunque bien podría decirse que es una trilogía de cuatro, pues entre la publicación del análisis ético y teológico, se publicó “**A flor de piel. Pensar la pandemia.**”, que según el autor es “un desvío del proyecto y a la vez es una extensión y exploración de los conceptos centrales con la situación que estábamos viviendo”.

Marcelo Pakman (Buenos Aires, 1953) combina la sensibilidad del terapeuta experimentado con el afán de saber y riguroso cuestionarse del filósofo. Su propuesta enriquece nuestra profesión, pues temas tan variados y difíciles de ver juntos en una colección de psicoterapia, como lo son lo bello, lo justo y lo espiritual, dan muestra de la “rara avis” inspiradora del oficio, que es este psiquiatra argentino.

Como sugerencias de lectura se recomienda leer por pocas pero largas sesiones. Idealmente un capítulo por sesión de lectura. No porque sean muchas sus menos de 250 páginas, sino porque Pakman tiene esa cualidad que se le atribuía a Tertuliano: cada palabra es una sentencia. Su obra requiere un leer lento, saboreado y reflexivo, de atención sostenida, que da por recompensa ese estallido interno que mediante palabras nos produce la bella experiencia de sentir, que produce el comprender algo que previo a la lectura hubiéramos considerado inefable.

Leer la obra de Pakman, es como la lucha del ángel contra Jacob, dura toda una larga noche de la que uno no sale ileso, pero sí transformado como psicoterapeuta.

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

ISSN: 2938-2343

Diciembre de 2021
www.redesdigital.com

44

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

